

*V*otre

égaux —

GRANDIR

EN

santé

Maître

égaux

GRANDIR
EN
santé

*Un programme intégré
de promotion de la santé et
de prévention en périnatalité*

Catherine Martin et Gineete Boyer
avec la collaboration de: Daniel Beauregard, Suzanne DeBlois, Louise Denhez,
Danielle Durand, Martine Fortier, Francine Ouellet, Suzanne Parenteau et Barbara Stewart.



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la santé publique



RÉGIES RÉGIONALES
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE
Direction de la santé publique

R e m e r c i e m e n t s

Ce n'est malheureusement pas d'hier que se conjuguent pauvreté et grossesse. Aussi, le programme Naître égaux — Grandir en santé trouve-t-il ses origines dans le travail des pionnières des projets OLO (oeufs, lait, oranges), mis sur pied par plusieurs CLSC (centres locaux de services communautaires) au début des années 80, à la lumière de l'expertise du Dispensaire diététique de Montréal. Le projet pilote en cours s'inscrit donc en continuité avec les efforts déployés ici et ailleurs pour réduire les inégalités sociales et leurs effets sur la santé.

Sans le parti pris de Christine Colin pour les familles du Quart-Monde, sans sa vision, sa persévérance et son énergie communicatrice, le programme Naître égaux — Grandir en santé ne serait pas ce qu'il est. Elle est de celles qui croient fermement que ce type de programme doit reposer, au-delà des facteurs de risque, sur le courage des femmes qui luttent quotidiennement pour leur survie et qui sont nos expertes.

Du projet initial d'un «programme intégré de soins périnataux globaux» au livre que vous avez entre les mains, la petite histoire du programme s'est tramée peu à peu. En effet, depuis 1989, cet ouvrage a été précédé par la réalisation d'un nombre important de documents de travail et de protocoles de recherche, par la tenue de tables rondes et de sessions de formation, de même que par la conception d'outils adaptés au programme. Bref, c'est l'œuvre de toutes celles, de tous ceux qui, à différents moments de l'implantation du programme Naître égaux — Grandir en santé, ont soutenu ce projet pilote par la rédaction de documents qui rendaient compte du développement de l'un ou l'autre aspect du programme.

La version actuelle de ce document a donc été rédigée, sous la coordination de Catherine Martin et Ginette Boyer, par Daniel Beauregard, Suzanne DeBlois, Danielle Durand, Martine Fortier, Francine Ouellet, Suzanne Parenteau et Barbara Stewart, équipe qui a pris le relais de Louise Denhez et Jeanne Tétreault. Mis sur pied au sein du Département de santé communautaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ce projet a été repris — réforme oblige! — par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Un merci spécial à Hélène Gagnon et Chantal Langevin, pour leur si efficace (et si joyeux!) travail de secrétariat, ainsi qu'à Chantal Paradis et Jocelyne Ayotte, pour leur excellent travail de traitement de texte.

Ces personnes ont été stimulées par l'implication soutenue des intervenantes et gestionnaires des établissements partenaires : les CLSC J.-Octave Roussin, Mercier-Est/Anjou, Olivier-Guimond et Hochelaga-Maisonneuve (Montréal), le CLSC Le partage des eaux (Rouyn-Noranda), le CLSC Grande-Rivière (Aylmer) et le CLSC de Hull, la Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue et la Direction de la santé publique de l'Outaouais.

Au fil des ans, l'équipe a également pu compter sur la collaboration assidue de Michel Perreault (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal) et de ses équipes de recherche, ainsi que sur celle de Lucille Rocheleau (Fédération des CLSC du Québec), Nathalie Bouchard, Nicole Lefebvre, Michelle Moreau, Christine Pakenham et Huguette Rivard (ministère de la Santé et des Services sociaux). Des stagiaires, des formatrices, de nouveaux chercheurs se sont joints à l'équipe. De plus, des collègues et des collaborateurs ont été sollicités pour une consultation informelle, un avis, un coup de pouce. Merci notamment à Louise Séguin (Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal), pour ses commentaires étoffés sur la version de travail de ce document, et à Pierrette Verlaan (projet ÉLEDEQ), pour sa contribution à la revue des programmes d'intervention.

Ce bel effort collectif est au cœur du présent livre. Que chacune, que chacun sache que sa contribution a été sincèrement appréciée.

Ginette Boyer

Coordonnatrice du programme
Naître égaux — Grandir en santé
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Table des matières

	Page
Introduction	1
<i>Chapitre 1</i> Travailler avec les familles les plus pauvres... La pertinence d'une approche écologique	9
Quelques définitions	9
Pauvreté et extrême pauvreté des familles au Québec	10
Pourquoi travailler avec les familles les plus pauvres ?	11
Les communautés culturelles	12
Trois principes fondamentaux	13
La nécessité d'avoir des approches adaptées	15
<i>Chapitre 2</i> La santé des familles en situation d'extrême pauvreté	23
Déterminants de la santé et facteurs de risque associés	24
Les déterminants et facteurs de risque replacés dans le schéma de l'approche écologique du programme	34
<i>Chapitre 3</i> Des stratégies pour réussir l'intervention dans un contexte de pauvreté	39
Une revue des programmes	39
Synthèse des conditions de réussite	50
Trois stratégies pour réussir...	51
<i>Chapitre 4</i> Buts et objectifs	57
Buts	57
Objectifs généraux	57
<i>Chapitre 5</i> Le canevas des activités du programme Naître égaux — Grandir en santé	63
Les axes d'activité majeurs	63
Le plan détaillé ou canevas	69

<i>Chapitre 6</i>	Le processus d'implantation du programme Naitre égaux — Grandir en santé	93
	Quelques conditions de réussite préalables	93
	Le cheminement global de l'implantation du programme	98
	Le volet individuel/collectif	102
	L'action intersectorielle locale	106
	Le volet macrosocial	113
<i>Chapitre 7</i>	Le programme de soutien à l'implantation	119
	Programme de soutien et de développement des ressources humaines	120
	Les outils d'intervention	124
<i>Chapitre 8</i>	Et la recherche ?	133
	Les projets de recherche terminés	134
	Les projets de recherche en cours	138
	Quelques questions soulevées par ces pratiques de recherche	142
	Prospectives : des projets de recherche en développement	148
	Conclusion	151
	Références bibliographiques	153
	Annexes	159

Liste des tableaux et des schémas

	Page	
<i>Tableau 1</i>	Deux approches à la base du programme Naître égaux — Grandir en santé	19
<i>Tableau 2</i>	Naître égaux — Grandir en santé : Les axes d'activité majeurs pour chaque stratégie	64
<i>Tableau 3</i>	Plan d'action (canevas des objectifs et activités)	72
<i>Tableau 4</i>	Les cinq conditions de réussite de l'action intersectorielle	108
<i>Tableau 5</i>	Naître égaux — Grandir en santé : Programme de soutien à l'implantation et outils d'intervention	119
<i>Schéma 1</i>	Cibles et déterminants	35
<i>Schéma 2</i>	Cibles, déterminants et stratégies	53
<i>Schéma 3</i>	Naître égaux — Grandir en santé : Cheminement de l'implantation du programme	100
<i>Schéma 4</i>	Naître égaux — Grandir en santé : Une démarche locale de planification en cinq étapes	109

*«La première fois, quand
Nathalie, l'intervenante, est
venue, j'y ai dit que j voulais
rien savoir. Pis à la longue
j'ai appris à la connaître.
Ben là, j'ai vu...»*

Extrait d'une entrevue auprès d'une femme enceinte ayant participé
à Naître égaux — Grandir en santé, dans le cadre de l'évaluation
de la mise en œuvre de ce programme, en 1992.

I n t r o d u c t i o n

Un peu d'histoire...

Depuis quinze ans, de nombreuses recherches, ainsi que plusieurs intervenantes dans le domaine de la périnatalité, arrivent aux mêmes constats : les femmes enceintes de milieu défavorisé n'utilisent pas au mieux les services de santé, même lorsqu'ils sont gratuits ; les services de soins médicaux pendant la grossesse sont efficaces, mais insuffisants pour réduire la morbidité et la mortalité périnatales en milieu défavorisé ; les cours prénatals ne rejoignent qu'exceptionnellement les femmes enceintes défavorisées (Colin et Desrosiers, 1989).

Parmi les intervenantes des services préventifs de périnatalité des CLSC, ainsi que dans plusieurs organismes communautaires, on a su s'interroger sur la difficulté de rejoindre les femmes de milieu défavorisé et on a conséquemment tenté des approches novatrices pour les rejoindre et leur offrir des services adaptés.

Le Dispensaire diététique de Montréal a été l'un des précurseurs et l'un des chefs de file de l'intervention nutritionnelle adaptée aux besoins de femmes enceintes défavorisées. Dès 1940, le Dispensaire, conscient des résultats obstétricaux insatisfaisants des femmes enceintes défavorisées et conscient de leur état nutritionnel précaire, a développé une approche nutritionnelle spécifique pour compenser les facteurs de risque nutritionnels chez ces femmes.

Des projets d'intervention préventive en périnatalité auprès de femmes enceintes et de familles de milieu défavorisé avec de jeunes enfants ont été mis de l'avant par de nombreux CLSC et par des organismes communautaires : projets OLO (distribution d'oeufs, de lait et d'oranges aux femmes enceintes, information sur la grossesse et l'accouchement, soutien) ; rencontres prénatales de cuisine ; visites prénatales et postnatales à domicile ; groupes d'entraide pour l'allaitement ; groupes d'entraide de parents et activités éducatives sur le développement de l'enfant ; etc.

Intervenantes et chercheurs s'entendent sur un certain nombre de conditions de succès liées à l'intervention en milieu défavorisé : une approche respectueuse des personnes, de leur dignité et de leurs valeurs et une qualité d'intervention qui assure continuité et globalité et qui vise à répondre aux besoins insatisfaits ; une relation de qualité entre la femme enceinte et l'intervenante ; le travail en équipe et l'appui de la direction. Ces différents constats et expériences ont fait l'objet d'une formation ministérielle sur les approches préventives en milieu de pauvreté, laquelle fut offerte à quelque 500 intervenantes en périnatalité des CLSC et des Départements de santé communautaire (DSC) du Québec, entre 1985 et 1987.

De la série d'avis sur la périnatalité au Québec présentés au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), en 1989, émergent des recommandations soutenant l'implantation de programmes intégrés de soins périnataux globaux devant, en priorité, rejoindre les femmes de milieu défavorisé. Depuis, le rapport *Un Québec fou de ses enfants* (1991), *La politique de la santé et du bien-être* du gouvernement du Québec (1992), ainsi que la récente *Politique de périnatalité* (1993), sont des pièces maîtresses qui sont venues s'ajouter au large consensus national et international quant à la nécessité d'agir pour réduire les inégalités sociales sur le plan de la santé. La pauvreté des enfants et des familles retient particulièrement l'attention.

Naître égaux — Grandir en santé voit le jour...

Le programme Naître égaux — Grandir en santé a été conçu, à la lumière de ces courants et de ces expériences, comme un projet pilote ayant pour but de démontrer l'efficacité d'une intervention en milieu d'extrême pauvreté, intervention visant à réduire l'insuffisance de poids à la naissance et à améliorer l'adaptation au rôle parental.

Après avoir procédé à une revue des programmes efficaces pour rejoindre les femmes enceintes de milieu défavorisé, et à partir d'une analyse de leurs besoins, le Département de santé communautaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont proposa à quatre CLSC de l'Est de Montréal, en 1989, d'expérimenter et d'évaluer un programme intégré de services globaux destiné prioritairement aux femmes de milieu défavorisé. Deux autres régions désirant participer au programme se sont ajoutées en 1990 : l'Outaouais et l'Abitibi-Témiscamingue. L'Outaouais s'est toutefois retiré de l'étude des effets de la phase prénatale du programme, à l'automne 1994.

Les principaux éléments qui caractérisaient le programme à son point de départ (en 1989) sont les suivants :

- Ce programme se devait d'être un programme intégré, c'est-à-dire dont l'intégration dans l'établissement amène l'ensemble des équipes, gestionnaires et intervenantes à se préoccuper des problématiques et des approches à développer auprès des populations pauvres et les incite, notamment, à connaître et à soutenir le déploiement du programme Naître égaux — Grandir en santé dans leur communauté. Celui-ci, en effet, ne doit pas demeurer le strict apanage des équipes travaillant en périnatalité.

- Il devait offrir des services globaux basés sur une approche tenant compte de l'ensemble des dimensions (biologiques, psychologiques, sociales) de la santé, et des caractéristiques et besoins spécifiques des femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté.
- Il devait s'agir d'un programme axé sur la périnatalité, puisqu'il s'adresse aux femmes enceintes, aux jeunes mamans et aux enfants de 0 à 2 ans. Le programme fut donc d'emblée conçu comme un programme pré et post-natal, étant donné l'importance d'offrir des services et des soins continus dans cette période. Cependant, pour des raisons pratiques, on décida de commencer par implanter le programme dans sa partie prénatale. La phase postnatale sera implantée à l'automne 1995. À moyen terme, l'intervention se poursuivra également au cours de la période préscolaire.
- La démarche systématique d'intervention, le recours à une intervenante privilégiée, l'interdisciplinarité de l'équipe, l'implication des ressources communautaires du milieu et la distribution de suppléments alimentaires aux femmes enceintes sont d'autres éléments clés du programme depuis sa mise en œuvre.

Les principaux partenaires et maîtres d'œuvre

Les premiers partenaires de ce projet demeurent les familles en situation d'extrême pauvreté ayant de jeunes enfants. Elles sont les premières à connaître à fond leur situation et possèdent la capacité d'agir pour répondre à leurs besoins et s'impliquer dans leur milieu de vie, de façon à définir et à analyser les problèmes et à agir pour les résoudre.

Le programme est actuellement expérimenté et évalué dans cinq CLSC : Hochelaga-Maisonneuve, J.-Octave Roussin, Mercier-Est/Anjou et Olivier-Guimond, à Montréal ; Le partage des eaux, à Rouyn-Noranda. La Direction de la santé publique de Montréal-Centre assure la coordination du développement et de l'évaluation de l'ensemble du programme, en étroite collaboration avec la Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue.

Étant donné la nature des composantes du programme qui sont en voie de développement et qui font appel à des dimensions collectives, communautaires et sociopolitiques de l'intervention en milieu de pauvreté, la concertation et la collaboration des CLSC et des directions de santé publique (DSP) avec des organismes communautaires œuvrant auprès des familles de milieu défavorisé

ayant de jeunes enfants seront privilégiées. Faut-il rappeler leur expérience considérable sur ce chapitre !

Il nous faudra aussi consolider ou développer des nouvelles formes de collaboration avec d'autres partenaires : les centres hospitaliers, les cliniques médicales, le réseau de l'éducation, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), etc.

Une contribution financière substantielle du Plan d'action jeunesse du ministère de la Santé et des Services sociaux a rendu possible la réalisation de ce projet pilote jusqu'à ce jour.

*Le programme
Naître égaux —
Grandir en
santé
aujourd'hui...*

Les intervenantes, les partenaires et maîtres d'œuvre impliqués dans l'implantation du programme se retrouvent aujourd'hui à l'orée d'une nouvelle phase de développement du programme. Deux orientations majeures sous-tendent cette phase de développement :

- ① La préoccupation d'offrir des services continus aux familles en situation de pauvreté en mettant au point une gamme de services et d'activités spécifiques à la période postnatale, lesquels viendront compléter le suivi et les activités en période prénatale, tels qu'ils sont expérimentés actuellement. Les solides acquis des CLSC et des organismes communautaires sur le chapitre des interventions préventives auprès des familles ayant de jeunes enfants sont des atouts précieux.
- ② La volonté d'élargir la portée du programme en travaillant davantage dans une perspective de promotion de la santé à l'aide d'une approche écologique, et ceci, dans le but de diversifier les plans d'intervention auprès des familles en situation de pauvreté ayant de jeunes enfants, en s'attaquant non seulement aux conséquences, mais aussi aux causes de la pauvreté. C'est pourquoi nous proposons l'adjonction de nouvelles composantes au programme : adjonction de nouvelles cibles (familles, réseau immédiat, services, milieux de vie, environnement global) aux cibles actuelles (les femmes enceintes) ; multiplication des déterminants de la santé, qui se transforment en autant d'objectifs d'intervention (conditions de vie, sécurité alimentaire, qualité du réseau, etc.) ; association avec de nouveaux partenaires ou conso-

Validation des collaborations actuelles (organismes communautaires, centres hospitaliers, CPEJ, réseau de l'éducation, etc.) ; amélioration de la «boîte à outils» avec de nouvelles stratégies (renforcement du potentiel individuel, renforcement du milieu, influence).

Un nouveau contexte viendra colorer cette phase de développement. À l'automne 1994, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal a inclus au nombre de ses priorités pour les trois prochaines années la prévention auprès des tout-petits, des femmes enceintes et des jeunes de milieu défavorisé. Le programme intégré Naître égaux — Grandir en santé est une des voies d'action mises de l'avant pour rendre cette priorité opérationnelle dans la région de Montréal. La Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue a également fait une place de choix à la périnatalité dans ses priorités. Dès l'automne 1995, cinq nouveaux territoires de CLSC seront donc impliqués dans une phase intermédiaire de déploiement du programme, soit à Montréal, les CLSC Centre-Sud, Pierrefonds, Saint-Michel, Verdun — Côte-Saint-Paul, et en Abitibi, le CLSC Le Minordet (Val-d'Or).

L'objectif et le contenu du document

Le présent document tente de rendre compte de la nouvelle phase de développement de ce programme en rendant explicites les deux orientations présentées ci-dessus, c'est-à-dire en exposant les fondements théoriques et les composantes pratiques de ces orientations et en donnant un aperçu du canevas d'activités et de services couvrant les périodes pré et postnatale, et propres au programme comme tel.

Le chapitre 1 expose la situation des familles les plus pauvres ainsi que les raisons qui ont présidé au choix de cette population comme cible du programme Naître égaux — Grandir en santé. Les principes et les modèles qui ont inspiré la nouvelle phase de développement du programme, de même que les nouvelles approches examinées, y sont brièvement présentés.

Le chapitre 2 dresse un tableau des déterminants de la santé des familles en situation d'extrême pauvreté, lesquels sont définis dans le cadre de l'approche écologique et d'une approche de promotion de la santé.

Au chapitre 3, à partir d'un survol des principales expériences dans le domaine, certaines des conditions de réussite de l'intervention en milieu de pauvreté sont cernées. Cet exercice nous a

conduit au choix de trois stratégies pour mettre en œuvre le programme Naître égaux — Grandir en santé.

Le but et les objectifs du programme sont énoncés au chapitre 4.

Le chapitre 5 contient les axes de réalisation majeurs des activités du programme, ainsi que le canevas détaillé de l'ensemble des activités réalisables par les divers partenaires pour la mise en œuvre de ce programme.

Le chapitre 6 expose les étapes du processus d'implantation du programme dans les communautés ; les partenaires impliqués dans ce processus à différents niveaux y sont également présentés.

Le chapitre 7 décrit le programme de soutien à l'implantation, c'est-à-dire les activités de développement des ressources humaines, soit les activités de formation et les outils d'intervention adaptés au programme.

Le programme de recherche qui accompagne l'intervention fait l'objet du chapitre 8. On trouvera dans ce chapitre la méthodologie et les résultats des projets de recherche terminés, les grandes lignes des projets en cours, ainsi les orientations des projets en préparation.

Les annexes incluent les principaux outils d'intervention conçus au fil des ans et utilisés par les intervenantes.

C
H
A
P
I
T
R
E



*Travailler avec
les familles
les plus pauvres...*

*La pertinence
d'une approche
écologique*

Le choix de travailler avec les familles les plus pauvres dans une perspective de promotion de la santé et de prévention repose sur le constat qu'il y a inadéquation entre les services offerts et les manières dont ils sont dispensés, d'une part, et les besoins spécifiques des familles visées, d'autre part. Au-delà de cette analyse objective, ce choix repose aussi sur la conviction que les familles en situation d'extrême pauvreté ont fondamentalement la capacité d'élever leurs enfants et de les conduire à un état de santé physique et mentale relativement satisfaisant.

En plus d'offrir un bref aperçu de l'extrême pauvreté d'un bon nombre de familles québécoises avec de jeunes enfants, ce chapitre expose les raisons qui motivent le choix de cette population comme cible et comme partenaire privilégiée dans le cadre du programme Naître égaux — Grandir en santé. Il souligne de plus la nécessité d'avoir recours à des approches adaptées, en proposant des principes et des modèles qui doivent sous-tendre celles-ci.

Quelques définitions

La pauvreté est traditionnellement définie comme l'absence ou l'insuffisance de revenus, ce qui a conduit à l'établissement de seuils de faible revenu, dont le plus utilisé est celui de Statistique Canada.

Cette définition semble toutefois insuffisante pour rendre compte des différentes dimensions sociales et culturelles de la pauvreté, ainsi que des différentes situations de pauvreté. Il faut aussi considérer l'intensité de la pauvreté. Il y aurait deux degrés d'intensité : la précarité et la grande pauvreté.

On parle de précarité «quand il y a absence d'une ou plusieurs des sécurités qui permettent aux personnes ou aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux». Cependant, «quand la précarité affecte plusieurs domaines de l'existence, lorsqu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante» (Colin, *et al.*, 1992, citant le Conseil économique et social, 1987), elle devient grande pauvreté, véritable cercle vicieux de misère et d'exclusion sociale. La grande pauvreté est caractérisée par l'ampleur, le cumul et la durée des problèmes. Certains chercheurs ont établi le seuil de grande pauvreté à 60 % du seuil d'insuffisance de revenu. On estime qu'environ «la moitié des personnes [vivant sous le seuil du faible revenu] est très pauvre, leur revenu n'atteignant pas 60 % du seuil de faible revenu établi par Statistique Canada» (Wilkins, 1985). Malgré la difficulté d'estimer le nombre de per-

sonnes touchées par ce phénomène, en raison des limites des critères statistiques ou administratifs, on estime que le noyau dur de la pauvreté (ou l'extrême pauvreté) regrouperait entre 5 % et 10 % de la population.

Dans le programme Naître égaux — Grandir en santé, nous parlons d'extrême pauvreté, afin d'inclure simultanément dans notre approche toutes les dimensions économiques, culturelles et sociales de la grande pauvreté, ainsi que l'ampleur, le cumul et la durée des problèmes qui caractérisent la grande pauvreté. Lorsque nous appliquons le critère de l'extrême pauvreté pour recruter les femmes enceintes dans le cadre du programme, nous constatons que, conjugué au revenu, l'indicateur le plus déterminant est la sous-scolarisation, soit le fait de ne pas avoir terminé onze ans de scolarité (secondaire V). Tel qu'observé lors de l'évaluation de la mise en œuvre du programme, la sous-scolarisation des femmes est très fortement associée à la chronicité de la pauvreté: on ne s'étonnera donc pas de la grande difficulté de rejoindre cette population spécifique, et ce, même lorsqu'un programme est déjà implanté auprès de la population vivant sous le seuil du faible revenu (voir le chapitre 8 pour plus de détails).

Pauvreté et extrême pauvreté des familles au Québec

En 1991, presque une famille sur cinq (16,2 %) vivait sous le seuil de la pauvreté au Québec (seuil de Statistique Canada), comparativement à 15,8 % en 1985 et à 14,8 % en 1981.

L'analyse des données depuis le début des années 1980 révèle deux tendances : féminisation et rajeunissement des populations pauvres. Si, dans l'ensemble, 11 % des familles canadiennes ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté, 45 % des familles monoparentales dont le chef est féminin vivaient sous le seuil de pauvreté en 1991, contre 14 % lorsque le chef de famille est masculin (Institut canadien de la santé infantile, 1994). Ces pourcentages augmentent encore lorsqu'on examine les familles comprenant des enfants d'âge préscolaire.

Au Québec, en 1991, une femme enceinte sur cinq, soit près de 20 000 femmes au total, avait un revenu inférieur au seuil de pauvreté. On estime qu'environ la moitié d'entre elles vivaient en situation d'extrême pauvreté (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993).

Les conséquences de la pauvreté sont multiples dans la vie des familles québécoises. La pauvreté oblige les personnes à vivre dans des logements insalubres, exigus, non sécuritaires, mal

chauffés, et à comprimer les dépenses liées aux autres nécessités afin de payer le loyer. Les besoins dans l'alimentation, l'habillement, les loisirs et les services de garde deviennent difficiles à combler adéquatement. De plus, la pauvreté prive les personnes des conditions essentielles à leur intégration minimale à la société et à leur participation aux progrès de celle-ci. Elle affecte aussi les personnes dans leur dignité, porte atteinte à leur sentiment de compétence personnelle et maintient l'immense majorité d'entre elles dans une marginalisation très éprouvante (Robichaud, *et al.*, 1994). La pauvreté place donc les familles dans un contexte global défavorable aux parents et au développement des enfants.

Pourquoi travailler avec les familles les plus pauvres ?

Les familles vivant dans l'extrême pauvreté «cumulent la triple absence d'avoir, de pouvoir et de savoir reconnu» (Colin, *et al.*, 1992). Les problèmes vécus sont nombreux, intenses et enchevêtrés, et la possibilité de s'en sortir seul est quasi nulle. Cependant, les efforts faits par ces familles pour se sortir du cercle vicieux de la pauvreté sont considérables. Les familles font preuve de débrouillardise et mettent en œuvre toute une panoplie de stratégies de survie pour surmonter leurs difficultés quotidiennes. Nos interventions doivent miser sur ces efforts et sur cette débrouillardise, et nous devons dépasser ainsi les appellations négatives accolées à ces familles (cas lourds, familles à problèmes, à risque, vulnérables, défavorisées), pour leur donner une identité positive et dynamique.

Les familles en situation d'extrême pauvreté sont les plus négativement affectées si l'on considère les indicateurs de santé et les taux de mortalité et de morbidité. Elles utilisent moins les services de santé et, en particulier, les services préventifs, pour toute une série de raisons déjà bien documentées (voir le chapitre suivant). Si elles utilisent moins les services à leur disposition et sont, par conséquent, moins rejointes par nos interventions, c'est aussi parce qu'elles ont rarement fait l'objet d'interventions qui leur étaient spécifiquement destinées et dont l'approche était particulièrement adaptée à leurs besoins. En les incluant dans une population défavorisée dans un sens trop large (c'est-à-dire en ne tenant pas compte de l'intensité de leur pauvreté et en visant tant les familles vivant dans la précarité que celles vivant dans la grande pauvreté), en ne déployant pas tous les efforts nécessaires pour approcher et rejoindre le segment de la population défavorisée le plus exclu et le plus démuné (les 5 à 10 % évoqués plus haut), l'expérience nous indique que les familles en situation d'extrême pauvreté ne seront tout simplement pas rejointes et ne pourront bénéficier des services auxquels elles ont droit.

Afin de faire tomber les barrières qui s'élèvent entre les familles en situation d'extrême pauvreté et les intervenantes, et dans le but de rendre nos interventions accessibles et adaptées aux besoins de ces familles, le programme Naître égaux — Grandir en santé cible, de façon spécifique, les familles en situation d'extrême pauvreté. Bien sûr, les familles vivant dans la pauvreté et ayant de jeunes enfants, et éventuellement toutes les familles, pourront aussi bénéficier des retombées des activités réalisées dans le cadre de ce programme. Les activités ayant une envergure communautaire, particulièrement celles mobilisant l'ensemble des acteurs et des intervenantes œuvrant auprès de familles d'une communauté donnée dans le cadre d'actions intersectorielles, donneront lieu à ce genre de retombées.

Les communautés culturelles

L'adaptation du programme Naître égaux — Grandir en santé aux différentes réalités culturelles présentes au sein de la société québécoise constitue une préoccupation pour les partenaires du programme. Des femmes enceintes et des parents de jeunes enfants issus des communautés culturelles vivent en situation chronique de pauvreté, particulièrement parmi les jeunes familles récemment immigrées.

Une recherche récente sur l'adéquation entre les services offerts aux jeunes familles immigrantes arrivées au Québec depuis moins de quatre ans et leurs besoins, dans trois territoires de CLSC avec une forte présence de communautés culturelles, révèle entre autres que 78 % de ces familles vivent sous le seuil de pauvreté (tel que défini par le Conseil national du Bien-être social), que 60 % vivent sous le seuil d'extrême pauvreté et que 31 % des femmes de ces communautés n'ont pas dépassé le niveau des études secondaires (Heneman, *et al.*, 1994).

Aucune approche culturelle n'a été spécifiquement développée au sein du programme jusqu'à maintenant. Les grands principes sur lesquels repose ce programme, tels l'ouverture et le respect des différences, constituent certainement une base essentielle pour mettre en place des interventions adaptées, prenant en considération l'aspect culturel des situations visées. Plusieurs intervenantes du programme Naître égaux — Grandir en santé ont toutefois été confrontées à des difficultés lors d'activités réalisées avec des femmes enceintes provenant de communautés culturelles. Mentionnons les barrières linguistiques, les croyances, les conditions socio-économiques de ces femmes avant leur arrivée au Canada, les habitudes alimentaires, le contenu et la fréquence des

rencontres, la participation timide à des activités de groupe et l'accroissement de la fécondité de ces femmes à leur arrivée au Canada.

Une intervention nutritionnelle auprès de femmes enceintes d'origine pluriethnique a toutefois été expérimentée au CLSC Côte-des-Neiges, en collaboration avec le Département de santé communautaire Sainte-Justine (Ledoux, 1991). L'adaptation du programme aux aspects culturels de l'intervention pourra également s'inspirer des résultats de la recherche de Heneman *et al.* (1994), ainsi que des balises proposées par le groupe de travail de Bibeau (1992). Par ailleurs, afin de mieux comprendre certains aspects culturels, les intervenantes peuvent s'appuyer sur des informations concrètes recueillies par Waxler-Morrison *et al.* (1990) sur le contexte social, les croyances et pratiques de groupes culturels particuliers au Canada.

Trois principes fondamentaux

Rejoindre les familles ayant de jeunes enfants et vivant en situation d'extrême pauvreté et travailler avec elles exigent de repenser nos moyens et de remettre en question nos pratiques. Trois principes majeurs doivent alors guider nos attitudes et nos approches.

- Premièrement, éviter les attitudes de nature à stigmatiser les familles, c'est-à-dire des attitudes qui les culpabilisent ou qui les dépossèdent de leur capacité d'agir, et adopter une approche résolument adaptée à leurs besoins et tenant compte de leurs forces.
- Deuxièmement, l'«empowerment»¹ des familles et des communautés en situation d'extrême pauvreté va de pair avec l'expérience d'un processus d'«empowerment» par l'intervenante elle-même, ce qui implique : une grande capacité à remettre en question son bagage de valeurs sociales et d'attitudes, tant personnelles que professionnelles ; beaucoup de créativité et d'engagement dans l'action afin de surmonter son sentiment d'impuissance face à la lourdeur de la misère que l'on côtoie ; l'acquisition de nouveaux modes d'organisation du travail et de nouvelles responsabilités, ce qui peut entraîner le dépasse-

¹ On se souviendra des multiples discussions qui entourent la traduction de ce concept. Nous avons toutefois préféré conserver l'expression originale, largement utilisée par ailleurs.

ment des frontières professionnelles habituelles et l'intégration systématique de l'interdisciplinarité dans le travail d'équipe.

Dans l'esprit de ce deuxième principe, deux concepts chers aux intervenantes du programme Naître égaux — Grandir en santé méritent d'être précisés succinctement. Tout d'abord, dans un article présentant un aperçu historique de la notion d'« empowerment » dans le domaine de la psychologie communautaire, deux chercheurs nous offrent une définition synthétique de ce qu'il est actuellement possible d'avancer pour définir l'« empowerment » :

«Un processus par lequel une personne, qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe, par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale qui sont importants pour elle ou pour ses proches. Ce sentiment peut déboucher sur l'exercice d'un contrôle réel. Le processus d'empowerment est fréquemment initié par une forme ou une autre de réaction (crise, révolte, etc.) aux conditions de vie auxquelles la personne est soumise. Le développement du processus s'appuie sur la mise en pratique ou l'acquisition d'attitudes psychologiques (i.e. estime de soi, motivation à l'action, prise de conscience, etc.) et de conditions environnementales (i.e. qui facilitent le processus) particulières» (LeBossé, et al., 1993).

De même, la notion d'interdisciplinarité est préférée à celle de multidisciplinarité, puisqu'elle renvoie davantage à l'intégration des expertises professionnelles diversifiées à l'intérieur d'une équipe (Dussault, 1990). Une équipe interdisciplinaire est donc plus qu'une juxtaposition ou une addition d'expertises ; la contribution de chacun y est dictée plus par les besoins de la situation ou du client que par les exigences des disciplines représentées et le besoin d'autonomie professionnelle de chacun. Le travail en équipe interdisciplinaire exige de plus une certaine polyvalence de la part des professionnelles : cette transdisciplinarité ne signifie pas l'abolition des frontières professionnelles, mais suppose plutôt que, tout en exerçant son métier, on soit capable de faire sienne la problématique d'une autre discipline et d'accomplir une partie des tâches qui y sont rattachées parce que la situation l'exige (Poupart, et al., 1986).

- Troisièmement, on ne saurait trop insister sur la nécessité d'une conjugaison harmonieuse et soutenue des efforts de tous les partenaires et maîtres d'œuvre d'un tel programme, ainsi que des divers secteurs d'activité concernés par la santé et le bien-être des familles en situation d'extrême pauvreté. Ces efforts

doivent s'inscrire dans le cadre d'une collaboration clairement définie et déboucher sur des actions concertées et intersectorielles. De plus, la population concernée est elle-même conviée à participer au projet global de santé et de bien-être, puisqu'elle n'est pas l'objet passif de l'intervention, mais bien l'artisane de son propre devenir.

La nécessité d'avoir des approches adaptées

Deux approches paraissent particulièrement utiles pour fonder les nouvelles orientations du programme Naître égaux — Grandir en santé et nous permettre ainsi de revoir nos activités :

- ① L'approche visant la promotion de la santé est orientée vers la santé en tant que ressource et vers la mise en place des conditions favorables (sociales, physiques, économiques, culturelles, psychologiques, politiques, etc.) à l'amélioration de la santé et du bien-être. Elle tient compte de multiples facteurs ou déterminants de la santé des individus et des populations (habitudes de vie, conditions de vie, environnement physique, ressources personnelles, environnement politique, etc.). Elle invite de multiples secteurs d'activité du milieu à rechercher et à implanter des solutions. Elle entraîne le recours à de multiples stratégies : création de milieux favorables ; renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles ; élaboration de politiques publiques saines ; réorientation des services de santé (*Organisation mondiale de la santé*, 1986).

Un programme centré sur les forces de la famille est compatible avec une approche visant la promotion de la santé dans la mesure où il vise à renforcer le potentiel des parents dans l'éducation de leurs enfants, à créer des milieux favorables à la vie familiale, à renforcer l'action communautaire et à tenir le rôle d'avocat auprès des pouvoirs en place afin de donner aux familles défavorisées les moyens de s'en sortir. La diversité des déterminants et des stratégies que suggère cette approche est au cœur des fondements de Naître égaux — Grandir en santé.

De plus, toujours dans une perspective de promotion de la santé, Naître égaux — Grandir en santé propose une approche populationnelle visant l'amélioration de la capacité de soutien du tissu social des différents milieux, couplée à une approche individuelle, intensive et prolongée auprès des personnes vivant dans la grande pauvreté et

qui sont défavorisées depuis leur enfance. Cette approche est également axée sur la mise en valeur des forces de ces personnes et sur leur intégration à un milieu favorable à l'expression de leurs compétences.

La promotion de la santé est dominante dans les nouvelles orientations du programme Naître égaux — Grandir en santé. Elle vient toutefois compléter l'approche préventive déjà présente, ce qui constitue ainsi une approche mixte de prévention-promotion, qui se pose comme un des fondements du programme.

- ② L'approche écologique a été appliquée par Urie Bronfenbrenner (1979) à la psychologie du développement comme un processus continu d'accommodation mutuelle entre la personne en développement et son milieu en changement, processus lui-même influencé par les contextes plus globaux auquel le milieu participe.

La Parentèle, un projet visant la prévention de la négligence envers des enfants de 0 à 5 ans à Laval, a résumé les éléments de cette approche qu'elle a intégrés à son projet. L'individu est un élément dynamique dont la relation avec son milieu se caractérise par la réciprocité. Cette relation est marquée par l'influence de l'environnement écologique qui se structure en quatre sous-systèmes superposés :

- Le microsystème désigne la famille, sa forme, sa composition, son insertion dans le réseau de parenté, les relations qui s'y vivent.
- Le mésosystème comprend les réseaux sociaux auxquels chacun participe : milieu de travail, milieu scolaire, voisinage, groupe d'amis.
- L'exosystème désigne les instances administratives, légales ou politiques qui encadrent la vie sociale.
- Le macrosystème consiste dans l'ensemble des croyances, valeurs et idéologies qui sous-tendent l'organisation de la vie collective, telle qu'elle s'exprime aux autres niveaux (Schaefer, *et al.*, 1992).

Dans la perspective écologique, le développement est plus qu'un processus intra-psychique. Il ne se conçoit qu'en relation avec le milieu.

La prise en compte de l'environnement comme déterminant majeur de la santé et du bien-être des personnes et des familles en situation d'extrême pauvreté, comme cible (réseau, milieux de vie, environnement politique, etc.) de

plusieurs activités, et comme point d’ancrage de plusieurs stratégies (renforcement du milieu, influence) montre bien la pertinence d’utiliser l’approche écologique comme un autre des fondements du programme Naitre égaux — Grandir en santé.

L’évolution du programme vers l’intégration de ces approches s’appuie sur un ensemble de courants et de travaux effectués dans d’autres domaines et par d’autres équipes de chercheurs au Québec. Les travaux des groupes suivants ont grandement inspiré cette évolution : le groupe en promotion de la santé et prévention des toxicomanies chez les jeunes de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre ; le Groupe de recherche et d’action sur la victimisation des enfants (GRAVE) sur l’engagement paternel (Laboratoire de recherche et d’études humaines sociales) : l’équipe du projet La Parentèle (Bureau des services sociaux (BSS) de Laval, CLSC du Marigot et CLSC Norman-Bethune, DSC Cité de la santé de Laval, 1992). Les travaux suivants ont également favorisé cette évolution : la collection «Promotion de la santé», de la revue *Santé et Société*, notamment le cahier n° 5 : «Promotion de la santé mentale» (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988) ; *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l’exclusion à l’équité* (Robichaud, et al., 1994).

En résumé, les orientations du programme Naître égaux — Grandir en santé s'appuient sur trois principes :

- ❶ Éviter des attitudes de nature à stigmatiser les familles.
- ❷ Tenir compte du fait que l'«empowerment» des familles et des communautés en situation de pauvreté va de pair avec l'expérience d'un processus d'«empowerment» par les intervenantes elles-mêmes.
- ❸ Favoriser la conjugaison harmonieuse et soutenue des efforts de toutes les parties en cause.

Un aspect demeure toujours prioritaire : rejoindre les familles sous-scolarisées les plus pauvres et travailler avec elles.

Ces orientations s'appuient aussi sur deux approches : la promotion de la santé et l'approche écologique (ces approches sont résumées dans le tableau qui suit). Il est à noter que l'approche visant la promotion de la santé est dominante dans les nouvelles orientations du programme; elle vient toutefois compléter l'approche préventive déjà présente.

Tableau 1
DEUX APPROCHES À LA BASE DU PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ

<i>Approche</i>	<i>Définition de l'approche</i>	<i>Naître égaux-Grandir en santé</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche orientée vers la santé comme ressource 	<ul style="list-style-type: none"> • Vue non seulement comme un état physique et psychologique, la santé est considérée aussi sous l'aspect de l'accès à certaines ressources (personnelles, économiques, sociales, culturelles, etc.)
	<ul style="list-style-type: none"> • Vise l'amélioration des conditions favorables à la santé et au bien-être (revenu, éducation, logement, alimentation, climat social) 	<ul style="list-style-type: none"> • La création de milieux favorables à la vie familiale et le renforcement de l'action communautaire dans le but de soutenir l'amélioration des conditions de vie des familles pauvres comptent parmi les objectifs du programme
	<ul style="list-style-type: none"> • Tient compte de multiples facteurs ou déterminants de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs et déterminants au coeur du programme sont multiples : ressources personnelles ; habitudes de vie ; conditions de vie ; environnement physique et politique ; qualité et accessibilité des services et ressources du milieu ; etc.
	<ul style="list-style-type: none"> • Interpelle de multiples secteurs d'activité 	<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires, maîtres d'œuvre et collaborateurs sont nombreux (directions de santé publique, CLSC, organismes communautaires, médecins, familles, etc.)

Tableau 1 (suite)

DEUX APPROCHES À LA BASE DU PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ

<i>Approche</i>	<i>Définition de l'approche</i>	<i>Naître égaux-Grandir en santé</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Entraîne le recours à des multiples stratégies 	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement du potentiel des familles, le renforcement du milieu et l'influence sont les principales stratégies du programme, en plus des stratégies préventives
<ul style="list-style-type: none"> • Approche écologique 	<ul style="list-style-type: none"> • S'intéresse au processus continu d'accommodation mutuelle entre la personne en développement et son milieu 	<ul style="list-style-type: none"> • L'interaction entre les familles, leur réseau immédiat, les ressources du milieu et les intervenantes est au cœur des apprentissages et des changements proposés en vue d'améliorer la santé des familles et de favoriser le développement optimal des enfants
	<ul style="list-style-type: none"> • Quatre sous-systèmes influencent la relation de la personne avec son milieu : le microsystème ; le mésosystème ; l'exosystème ; le macrosystème 	<ul style="list-style-type: none"> • Les cibles du programme correspondent assez bien aux sous-systèmes de l'approche écologique (famille, réseau immédiat, milieux de vie, environnement global)
	<ul style="list-style-type: none"> • Le développement est plus qu'un processus intrapsychique : il n'est possible que dans un environnement social donné 	<ul style="list-style-type: none"> • L'environnement des familles est de plus en plus pris en compte, que ce soit par rapport aux cibles, aux déterminants ou aux stratégies d'intervention.

Les cibles, facteurs, déterminants et stratégies liés au programme Naître égaux — Grandir en santé et qui sont mentionnés dans ce tableau seront définis dans les prochains chapitres.

C
H
A
P
I
T
R
E



*La santé
des familles
en situation
d'extrême
pauvreté*

Ce chapitre a pour objet de présenter l'état de santé des familles et des enfants vivant en situation d'extrême pauvreté et de tenter de comprendre ce qui détermine leur situation. Le programme *Naître égaux — Grandir en santé* s'inscrit principalement dans une perspective de promotion de la santé : c'est pourquoi nous nous attardons surtout à décrire les facteurs déterminants de la santé, puisque c'est en intervenant en ce domaine que les individus et les collectivités pourront améliorer leur santé. Toutefois, certains objectifs et activités du programme étant de l'ordre de la prévention, nous indiquerons au passage certains facteurs de risque dont on sait qu'ils sont associés à l'une ou l'autre problématique de santé présente chez la population cible du programme. On aura pressenti la complexité inhérente à l'articulation de ces deux modèles (promotion/prévention). Cependant, quelques précautions supplémentaires s'imposent.

Tout d'abord, la globalité des objectifs d'intervention de ce programme implique de nombreux champs de recherche et d'intervention. Réussir à faire le tour de la question, même brièvement, est déjà un premier défi.

Plusieurs équipes de chercheurs s'intéressent actuellement au processus d'«*empowerment*» afin d'en dégager les principaux paramètres, dans une perspective de promotion de la santé (Lord, *et al.*, 1993 ; Ovrebo, *et al.*, 1994). En toute cohérence avec l'approche basée sur l'«*empowerment*» qui structure ce programme, nous aurions voulu laisser davantage place à la détermination des conditions favorables à la santé, aux facteurs dits «*de protection*», soit à ce qui constitue l'envers des conditions défavorables et des facteurs de risque qui peuplent la majorité des ouvrages consultés. À cet égard, l'expérience de La Parentèle (Schaefer, *et al.*, 1992) et celle du système régional de référence postnatale de Montréal-Centre (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995) sont fort intéressantes. Par exemple, un enfant né à terme, en santé, un parent conscient de ses responsabilités et bien informé des besoins de l'enfant, la biparentalité et la stabilité du couple, une alimentation suffisante en qualité et en quantité, tout comme le plein emploi et des conditions de travail compatibles avec le rôle parental, sont l'envers du parent carencé, alcoolique et toxicomane, ou de l'aménagement urbain incompatible avec la vie familiale, qui sont autant de facteurs de risque associés à l'abus et à la négligence. Il reste donc un certain travail pour faire ressortir systématiquement les facteurs de protection associés aux différentes problématiques de santé physique, qu'elles soient psychosociales ou macrosociales, auxquelles nous nous intéressons.

Par ailleurs, on admet généralement que c'est le cumul d'un certain nombre de facteurs qui détermine les risques que court un individu. Les facteurs de risque énumérés un peu plus loin ne sont effectivement pas isolés les uns des autres : ils interagissent et s'enchaînent au cours d'une vie, d'où la difficulté de les traiter séparément.

Ajoutons enfin que même si, dans l'ensemble, un effort spécial a été fait pour relever les conditions spécifiques au milieu de pauvreté, certaines données manquent toujours. Plus particulièrement, relativement peu d'études mettent au jour les ressources que ces familles mobilisent et les stratégies qu'elles développent pour faire face à leur quotidien écrasant (Rosenfeld, 1989). Différents regroupements ont toutefois pris la parole pour faire connaître l'ampleur des difficultés et faire reconnaître le courage et la débrouillardise de ces familles (Relais-femmes, 1992 ; Deniger, 1992 ; Rose du Nord, 1991). Sans nier que de l'association pauvreté/santé se dégage un assez sombre portrait, il faut tout de même rappeler que la pauvreté «n'a pas les mêmes conséquences pour tous les enfants, ni pour tous les adultes, et que nombre de familles très pauvres réussissent, malgré la difficulté de leurs conditions de vie, à élever harmonieusement leurs enfants et à les conduire à un excellent état de santé physique et mentale» (Robichaud, *et al.*, 1994, p. 142).

En somme, ce chapitre permettra de donner un aperçu de l'état de santé de la population cible du programme, de présenter les déterminants et les principaux facteurs de risque qui y sont associés, puis de les regrouper selon les différentes cibles constituant le modèle écologique appliqué au programme Naître égaux — Grandir en santé.

Déterminants de la santé et facteurs de risque associés

Les études et les avis arrivent à un constat central : les nourrissons et les enfants vivant dans l'extrême pauvreté partent avec une longueur de retard à la ligne de départ de la vie (Halpern, 1993) et vivent dans des conditions susceptibles de compromettre notamment leur croissance et leur développement (cognitif, affectif, psychomoteur et social) optimal.

Santé physique et santé mentale, chez les adultes et les enfants

Les femmes enceintes en milieu de pauvreté présentent plus de problèmes de santé au cours de la grossesse que les autres

femmes, en particulier en ce qui concerne la pathologie hypertensive, les épisodes infectieux et les menaces d'interruption de grossesse. Ces femmes, qui sont le plus souvent de petite taille, sont nombreuses à vivre leur grossesse à un âge précoce, à avoir des grossesses nombreuses et rapprochées. Confrontées à la sous-alimentation chronique, elles n'accumulent souvent qu'un faible gain de poids gestationnel ; la fréquence d'anémie durant la grossesse est également plus élevée chez elles. Les antécédents d'enfants mort-nés ou de nouveau-nés de poids insuffisant sont observés plus fréquemment chez ces femmes que chez les mieux nanties (Colin et Desrosiers, 1989).

Les taux de prématurité (moins de 37 semaines de gestation) et d'insuffisance de poids (moins de 2 500 g à la naissance) des bébés chez les femmes sous le seuil de la pauvreté sont de deux à trois fois plus élevés que ceux observés chez les femmes de milieu favorisé. La proportion de naissances de bébés de moins de 2 500 g est presque deux fois plus élevée chez les femmes ayant moins de onze ans de scolarité que chez les plus scolarisées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993).

Les risques de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance sont accrus lors des grossesses à l'adolescence. Si au Québec, en 1990, 60 % des adolescentes enceintes interrompaient leur grossesse, la majorité de celles qui la poursuivaient provenaient de milieux défavorisés ou de milieux qui présentaient des difficultés psychosociales importantes.

Comme c'est le cas pour la violence conjugale et familiale, on assiste à une transmission inter-générationnelle de la grossesse à l'adolescence. Or, plus les mères sont jeunes, plus elles sont seules. À titre d'exemple, 45 % des nouveau-nés de mères de 15 ans sont de père non déclaré (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993 ; Bilodeau, *et al.*, 1993).

Il n'y a pas de corrélation simple entre pauvreté et santé mentale, entre les processus sociaux et les processus psychiques qui déterminent la santé mentale (De Gauléjac, *in* Robichaud, *et al.*, 1994). L'enquête Santé Québec révèle toutefois que l'état de santé physique et de santé mentale des personnes très défavorisées est plus détérioré que celui des autres groupes socio-économiques (Colin, Lavoie, *et al.*, 1989). Dans le cas des femmes enceintes, on note un plus haut taux d'anxiété (Norbeck, *et al.*, 1989) et un très haut taux de réactions dépressives modérées et sévères. Séguin (1995) rapporte que 47,6 % des femmes enceintes défavorisées présentent une réaction dépressive. La situation est nettement préoccupante au cours de la période postnatale (Stein, *et al.*,

1989). La proportion de femmes agressées par leur conjoint durant la grossesse est également importante (l'Institut canadien de la santé infantile (1994) rapporte un taux global de 21 %).

Plusieurs études récentes (Weisglas-Kuperus, *et al.*, 1993 ; McGauhey, *et al.*, 1991) démontrent qu'un enfant prématuré ou de petit poids (même chez les grands prématurés) naissant dans une famille plus favorisée aura toutes les chances d'avoir un développement normal. Les conséquences du double risque biologique et social se font cependant lourdement sentir sur la santé des enfants de milieu défavorisé. En effet, parmi les répercussions négatives de la prématurité et de l'insuffisance de poids à la naissance, on retrouve celles-ci : séjours hospitaliers trois fois plus longs pendant le premier mois de vie, «ré-hospitalisations» par la suite, perturbations du développement physique, intellectuel ou moteur, troubles respiratoires, visuels, auditifs ou du langage (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993).

La prématurité est également fortement associée à l'anémie ferriprive. Plus largement, on a constaté que 25 % des nourrissons de 10 à 14 mois des cinq quartiers les plus défavorisés de Montréal présentaient de l'anémie ferriprive (Lehmann, *et al.*, 1992). On a montré un lien entre le manque de fer dans la diète du nourrisson et du jeune enfant et des retards de développement et des troubles de comportement, problèmes qui demeurent même si l'on contrôle plusieurs autres variables associées au développement (Lozoff, 1989). Comme le cerveau continue de se développer au cours des deux premières années de la vie, les conséquences sont donc particulièrement néfastes lorsque l'anémie est de type ferriprive, qu'elle survient au cours de cette période et dure plus de trois mois.

Les jeunes enfants de familles vivant sous le seuil de pauvreté souffrent plus de maladies du système respiratoire que les autres enfants. Celles-ci risquent d'entraîner des complications sérieuses pouvant affecter plus tard la croissance et le développement de l'enfant. De plus, ces enfants sont plus souvent hospitalisés que les autres enfants pour des accidents survenus à domicile. Enfin, on observe plus d'infections, plus de caries dentaires et plus d'intoxications chez les enfants pauvres (Payette, *et al.*, 1990 ; Egbuono, *et al.*, 1982). À la maternelle, l'état vaccinal des enfants de milieu pauvre est moins adéquat que celui de la population en général, et ce, même après des campagnes de relance en milieu scolaire (communication interne, DSC de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 1991).

Les conditions de vie

Vivre dans la pauvreté signifie vivre dans des conditions sociales et économiques qui ne sont pas favorables aux parents et au développement des enfants. C'est d'abord vivre dans un état de privations multiples et répétées : avoir faim, habiter un logement insalubre à un coût inabordable, manquer d'un minimum de biens personnels (vêtements, par exemple).

D'autres aspects caractérisent les conditions de vie dans l'extrême pauvreté : la densité d'occupation des logements et la promiscuité ; la préoccupation constante des parents face au manque de revenus et la mobilisation continue de leurs énergies pour survivre ; peu ou pas de loisirs, à part la *marche* ; les difficultés d'accès à de la formation ou à des emplois prometteurs de changement...

Face à de nouvelles responsabilités reliées à l'arrivée d'un enfant, la plupart des parents sont confrontés à des stress importants qui peuvent se répartir en trois grandes catégories (Rocheleau, *et al.*, 1989) : le stress physique lié aux soins quotidiens du nouveau-né en général, lesquels entraînent fatigue et épuisement ; le stress psychologique engendré par les inquiétudes au sujet de la sécurité et du bien-être de l'enfant, par certaines préoccupations au sujet des maladies qui peuvent l'affecter, au sujet de son alimentation, de ses pleurs, etc. ; le stress financier relié aux coûts élevés des soins du nouveau-né. Pour les mères et les pères en situation d'extrême pauvreté, ces stress sont tous accentués — particulièrement en situation de monoparentalité — par le manque de ressources pour les gérer. La disponibilité à la fois physique et psychologique des mères, des parents, risque donc d'être considérablement réduite : l'exercice de leur rôle n'en sera que plus difficile.

Les ressources personnelles

Dans un milieu où l'insuffisance de revenus crée une insécurité constante et où les perspectives de réussite professionnelle ou sociale sont quasi inexistantes, pour plusieurs femmes en situation de pauvreté, la grossesse devient le seul projet à concevoir et à mener à terme. Les femmes défavorisées sont conscientes du risque de perpétuer avec leurs propres enfants la dynamique de la pauvreté et, souvent, de la violence qu'elles ont elles-mêmes connues pendant leur enfance. Ce n'est pas par inconscience ou irresponsabilité qu'elles ont des enfants, mais bien par choix. C'est ultimement l'urgence de donner un sens à leur vie qui les

amène à considérer la maternité comme le moyen par excellence de transcender le cycle de l'extrême pauvreté. C'est aussi pour elles une chance unique de se donner une identité personnelle et sociale et d'élaborer une stratégie de changement dans leur vie (Colin et Desrosiers, 1989 ; Colin, *et al.*, 1992).

Ce choix d'avoir des enfants est souvent lourd à assumer si l'on considère l'état de santé mentale de ces mères, particulièrement de celles qui se retrouvent à plus ou moins brève échéance à la tête d'une famille monoparentale. Plusieurs n'ayant que des connaissances rudimentaires pour comprendre leur corps (ex. : les échanges entre la mère et le fœtus), l'alimentation des nourrissons (ex. : les effets de l'introduction hâtive du lait de vache) ou encore les principales étapes du développement des enfants (ex. : la fameuse crise du «non»), les échanges avec les professionnels de la santé n'en sont souvent que plus déroutants. En l'absence d'une personne, dans l'entourage de la mère, susceptible d'aider celle-ci, les gestes les plus simples, comme prendre un enfant dans ses bras, présupposent parfois un accompagnement, voire un véritable apprentissage.

Peu d'études ont apporté un éclairage sur la perception qu'a l'homme en milieu de pauvreté de son rôle de père. Certains déterminants de l'engagement paternel ont toutefois été mis en relief dans des études portant sur les pères de tous les milieux confondus. Il est généralement admis que le niveau d'implication paternelle résulte d'une interaction de facteurs qui relèvent à la fois des caractéristiques du père, de la conjointe et de l'enfant, et de celles du contexte familial, social et culturel. L'importance relative de chacune des catégories de déterminants n'est cependant pas clairement établie. Voici quelques-uns de ces déterminants : la valorisation du rôle paternel et la reconnaissance de la compétence propre du père ; une relation conjugale stable et harmonieuse ; l'encouragement à une implication plus active dans les soins et l'éducation des enfants (Turcotte, 1994).

Le soutien du réseau immédiat

L'adaptation des jeunes parents, malgré tout le stress vécu lors de la période périnatale, est fortement encouragée quand il y a soutien du milieu. Les membres du réseau social immédiat peuvent fournir aux jeunes parents aide matérielle et physique, conseils et information, encouragement et amitié, accompagnement dans une démarche de changement, un engagement.

Les mères qui disposent d'un bon réseau de soutien semblent plus disponibles pour leur nourrisson, ont des relations plus posi-

tives avec celui-ci et semblent plus sensibles à ses besoins que les autres mères. Le soutien social agirait donc comme modérateur du stress vécu à cette période, libérant les parents qui peuvent ainsi se consacrer à leur petit. De plus, le soutien du milieu social fournirait une rétroaction positive susceptible de confirmer le parent dans sa compétence et de lui donner un sentiment de confiance dans ses relations avec l'enfant. Le soutien social semble modérer les états dépressifs, le stress, les complications à la naissance, ou faciliter les difficiles transitions de la vie (Boisvert, *et al.*, 1990). La présence d'un adulte ayant un rôle significatif, dans la vie d'un enfant, apparaît d'ailleurs comme l'un des plus puissants déterminants positifs du développement de l'enfant (Bouchard, *et al.*, 1987).

En fait, c'est dans les populations les plus désorganisées, où le réseau social est le plus fragile, que l'on retrouve le plus de cas d'abus et de négligence envers des enfants (Boisvert, *et al.*, 1990; Bouchard, *et al.*, 1987). Ces problèmes sont plus fréquemment rapportés dans les milieux pauvres et anomiques (Groupe de travail pour les jeunes, 1991), mais l'ampleur réelle des situations de négligence et d'abus vécues par les jeunes enfants n'est pas établie avec précision et le nombre de signalements ne représente toujours qu'une partie de la réalité.

Les habitudes de vie

Les résultats de l'enquête Santé Québec menée en 1987 rapportent que les parents et les enfants de milieux socio-économiques défavorisés ont une alimentation déficiente, en quantité et en qualité, (Colin, Lavoie, *et al.*, 1989). Il n'est donc pas surprenant d'apprendre qu'un enfant de moins de un an sur quatre souffre d'anémie par manque de fer, ce qui occasionne de la léthargie, de l'hyperactivité et des retards de développement précurseurs de difficultés d'apprentissage. De même, de 25 à 40 % des enfants d'âge scolaire montrent des symptômes de la même carence, ce qui peut occasionner des retards scolaires (Groupe de travail pour les jeunes, 1991 ; Conseil scolaire de l'Île-de-Montréal, 1993).

Quant au taux d'allaitement maternel, qui peut protéger l'enfant contre l'anémie et diminuer les infections respiratoires, il varie selon le milieu socio-économique : en 1995, seulement 18 % des bénéficiaires de la sécurité du revenu ont demandé la prestation spéciale pour l'allaitement. Comparativement, 46 % des femmes canadiennes âgées entre 20 et 24 ans, ou encore 61 % des femmes canadiennes âgées de 25 à 34 ans, ont indiqué, en 1990, avoir allaité leur dernier enfant (Institut canadien de la santé

infantile, 1994). L'allaitement au sein à la naissance est plus répandu chez les femmes plus âgées, plus scolarisées, dont le revenu est plus élevé, ainsi que chez celles qui bénéficient d'un réseau de soutien social (Programme de formation périnatal de l'Est de l'Ontario, 1990).

En remplacement de l'allaitement maternel, il existe des préparations commerciales qui sont recommandées chez le nourrisson jusqu'à l'âge de neuf mois par la Société canadienne de pédiatrie. Mais la formule est chère et l'on ne connaît pas encore l'impact de la « prestation spéciale pour les préparations lactées » offerte, au cours des six premiers mois, depuis mars 1994, par le programme de Sécurité du revenu. Aussi nous remarquons la tendance, en particulier dans les milieux défavorisés, d'abandonner ces formules commerciales pour du lait de vache dilué et d'introduire rapidement dans l'alimentation du bébé des aliments solides. Cette pratique ajoute au risque que les enfants développent une anémie ferriprive, sauf si les céréales pour nourrissons, enrichies de fer, forment une part importante du menu, ce qui est rarement le cas.

Le tabagisme est au nombre des facteurs qui augmentent le risque que le bébé ait un petit poids à la naissance, de même que le risque de mort soudaine du nourrisson et le risque d'infection des voies respiratoires chez celui-ci, et cela, particulièrement en milieu défavorisé. En 1990, 34 % des femmes canadiennes âgées de 20 à 44 ans ont indiqué qu'elles fumaient ; à partir de 13 ans, 50 % des filles et 41 % des garçons disent avoir déjà fumé (Institut canadien de la santé infantile, 1994). Moins une femme est instruite, plus elle est susceptible de fumer régulièrement (Santé Canada, 1993). D'après une étude effectuée en Ontario, « dans l'ensemble, environ 25 % des femmes continuent de fumer pendant la grossesse ; cependant, chez les adolescentes, les femmes seules et les femmes dont les études se sont arrêtées avant la 11^e année, le taux de tabagisme atteint 50 % » (Santé Canada, 1994, p. 11).

Le tabagisme revêt des significations particulières dans un milieu où sévit la pauvreté. Moyen par excellence pour gérer le stress lié à la vie quotidienne et pour s'offrir un espace à soi, la cigarette est le plus souvent une véritable soupape. Le réseau social immédiat ou élargi n'encourage pas les personnes en situation d'extrême pauvreté à modifier leur consommation de tabac (Colin, *et al.*, 1992).

Alcoolisme, toxicomanies, prostitution et sida figurent également dans l'univers des personnes en situation chronique d'extrême pauvreté. Dans ce contexte particulier :

«La maladie est souvent vécue comme quelque chose qui arrive fortuitement, un malheur, une bad luck du destin. Le corps est méprisé ou vu dans une perspective utilitariste. Par ailleurs, il s'établit souvent une distanciation face au corps chez les victimes d'inceste et d'abus sexuels graves, qui ont été dépossédées de leur corps. Ce sentiment de détachement vis-à-vis de son propre corps permet de mieux comprendre la dureté avec laquelle certains toxicomanes traitent leur corps et leur peu de préoccupation pour leur santé» (Beauchemin, et al., 1994, p. 17).

La qualité et l'accessibilité des services et des ressources du milieu

L'utilisation moindre et moins appropriée des services qui leur sont offerts que chez la population en général, des consultations plus tardives et moins nombreuses, des changements fréquents de médecin, des examens de laboratoire moins nombreux ou, au contraire, une consommation abusive de certains services médicaux caractérisent, de façon générale, l'utilisation des services de santé par les personnes en situation de pauvreté (Colin, Lavoie, et al., 1989).

Les femmes vivant en situation de pauvreté chronique fréquentent moins les rencontres prénatales que les femmes de la population générale (Blanchet et Levasseur, 1980 ; Marcos et Dallaire-Durocher, 1986 ; Martin et Ouellet, 1984). Elles fréquentent également peu les services périnataux préventifs ou les fréquentent de façon peu appropriée, en particulier si elles consomment également des substances illicites (Séguin, 1992). La situation est la même après la naissance, tant pour les rencontres postnatales que pour les visites de contrôle chez le pédiatre, le dentiste ou dans les cliniques de vaccination.

Plusieurs raisons peuvent expliquer le recours ou le non-recours aux services de santé. Au-delà de la persistance de certaines barrières financières liées aux conditions de vie des familles en situation de pauvreté (frais de transport, de gardiennage, etc.) et de certaines barrières culturelles entre les femmes issues d'un milieu pauvre et les intervenantes du réseau de la santé (Paquet, 1989 ; Ampleman, et al., 1987), on retrouve des barrières de nature politique : toute relation entre une femme et une intervenante, tout effort pour offrir à celle-ci de meilleurs services sont incon-

testablement marqués par le pouvoir ultime conféré aux intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux de retirer certains enfants à leur famille (Colin, *et al.*, 1992).

Il ne s'agit pas de nier certaines barrières d'ordre culturel. Aucune formation professionnelle n'étant entièrement adaptée à l'intervention en situation chronique d'extrême pauvreté, et la formation d'appoint étant parfois insuffisante, les intervenantes ont quelquefois tendance à voir les femmes comme peu dignes de confiance, peu responsables ou incapables d'améliorer leur situation. «La disproportion entre la vision idéaliste des professionnelles, de leur santé et d'elles-mêmes et leur perception très négative des femmes de milieu populaire constituent le coeur des barrières culturelles qui séparent les deux classes» (Ampleman, *et al.*, 1986). Dans d'autres cas, les intervenantes se sentent tôt ou tard impuissantes face à l'ampleur des difficultés.

Les personnes pauvres, quant à elles, perçoivent très bien les distances sociales et sont en mesure d'évaluer si on les juge. La difficulté d'établir une véritable relation est alors mise en évidence (Deschamps, *et al.*, 1987). Le recours aux services de soins est souvent considéré dans ce milieu comme une épreuve. Le langage des professionnels est peu accessible aux gens de ce milieu et la rencontre peut être perçue comme menaçante à cause des changements qui sont prescrits et des conséquences de la visite, puisque les conseils sont donnés sans que les moyens de les appliquer ne soient accessibles, ce qui constitue une source de stress supplémentaire entraînant crainte, culpabilité et découragement (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1987).

Le recours aux ressources du milieu (organismes communautaires, centres de loisirs, garderies, etc.) pose aussi, à un degré moindre, des difficultés aux personnes en situation d'extrême pauvreté. Les femmes craignent constamment qu'on ne les juge incapables de subvenir aux besoins matériels et affectifs de leurs enfants. Avoir recours aux ressources extérieures signifie ultimement, à leurs yeux, qu'elles ne peuvent se débrouiller toute seules et donc, que leurs soins sont inadéquats et qu'elles sont incompetentes. Elles ont aussi peur de perdre leur place privilégiée dans le coeur de leurs enfants au profit des intervenantes responsables des ressources du milieu (Colin, *et al.*, 1992).

Pour les femmes enceintes, et les femmes avec un ou des jeunes enfants, tout semble indiquer une prédominance de la distance politique par rapport à la distance culturelle entre elles et les intervenantes du réseau de la santé. Par conséquent, le contrôle social

associé aux interventions oblige à repenser constamment la finalité des moyens dont les établissements se dotent pour offrir des services adaptés à cette population, même si ceux-ci sont établis sur la base de facteurs de succès reconnus.

Politiques publiques et valeurs sociales

Des déterminants appartenant à l'environnement au sens large, au niveau macrosocial, affectent considérablement la santé des familles en situation d'extrême pauvreté.

Nous les répartissons en deux grandes catégories : 1) les politiques (sécurité du revenu, fiscalité des familles, logement, développement socio-économique, formation professionnelle, aménagement urbain, sécurité alimentaire, etc.) ; 2) les valeurs sociales et les représentations que les individus et les communautés se font de la réalité des familles en situation d'extrême pauvreté (attitudes négatives envers les personnes vivant dans la pauvreté ; solutions individuelles plutôt que collectives ; etc.).

Les lois et les politiques sociales constituent des lieux charnières qui régissent les rapports entre les citoyens eux-mêmes, entre l'État et les citoyens, ainsi qu'entre les institutions civiles et les citoyens. Elles ont une emprise incontournable sur les rapports sociaux et peuvent avoir des conséquences favorables ou nuisibles pour la santé des personnes. Des lois et des politiques telles que la Loi sur la sécurité du revenu, la Loi de l'assurance-chômage, la Loi de la protection de la jeunesse, ont eu des effets qui ont stigmatisé les populations touchées par leur application. En effet, de l'application de ces lois, découle un climat de suspicion, de gêne, de délation et de répression à l'égard des bénéficiaires et entraînent pour eux un grand risque de vivre toute la gamme des sentiments personnels dévalorisants (faible estime de soi, honte, etc.), dont les effets négatifs sur la santé mentale ont été démontrés (Robichaud, *et al.*, 1994). À l'inverse, des mesures largement réclamées, comme la perception automatique des pensions alimentaires ou la création de services de garde, pourraient contribuer à améliorer les conditions de vie des familles défavorisées.

Les valeurs sociales dominantes et les représentations courantes de la réalité des personnes en situation d'extrême pauvreté tendent à marginaliser ces personnes. Véhiculées à travers les médias, par les représentants des services publics, au fil des événements communautaires et des conversations de tous et chacun, elles contribuent trop souvent à refléter une image négative, qui culpabilise et isole les personnes et les communautés supportant le fardeau déjà trop lourd de la pauvreté.

*Les
déterminants
et facteurs de
risque replacés
dans le schéma
de l'approche
écologique
et les cibles
du programme*

Ce tour d'horizon des déterminants de la santé et du bien-être des parents et des enfants en contexte d'extrême pauvreté et des facteurs de risque qui y sont associés est complexe. En guise de synthèse de l'information contenue dans ce chapitre, nous situerons, à partir du schéma ci-contre, les principaux déterminants, et les répartirons selon les différentes cibles du programme. Le schéma n° 1 expose les cibles et les déterminants du programme Naître égaux — Grandir en santé.

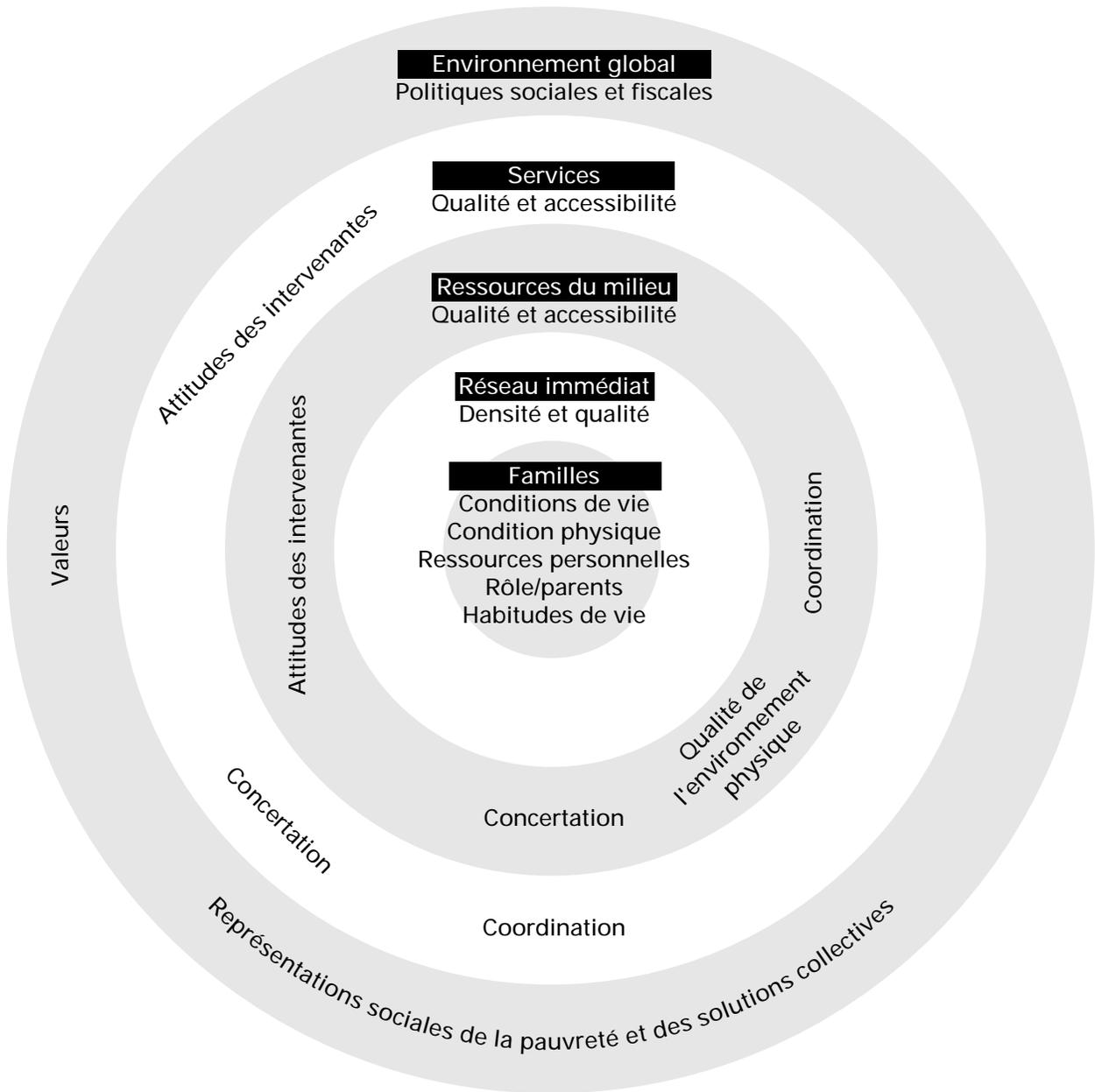
**Les cibles du programme Naître égaux —
Grandir en santé**

Le programme cible d'abord la famille et chacun de ses membres, à travers leur individualité et à travers leurs rôles dans la famille : femmes (femmes enceintes, mères, conjointes) ; hommes (futurs pères, pères, conjoints) ; enfants (foetus, bébé de la naissance à 5 ans, frères et soeurs).

Il vise de plus le réseau immédiat de la famille comme milieu de vie : parents, voisins, amis, personnes ayant une signification particulière dans l'entourage.

Schéma n° 1

CIBLES ET DÉTERMINANTS



Il cherche à impliquer les ressources du milieu et les lieux de vie : intervenantes et membres des organismes communautaires, des garderies ; responsables des parcs et des aires de jeux ; citoyens des rues et des ruelles.

Il vise les services publics : intervenantes et gestionnaires des CLSC, du milieu scolaire, du ministère de la Main-d'œuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle ; intervenantes des services de gynéco-obstétrique, médecins.

Il cible enfin l'environnement global : les décideurs locaux, régionaux et provinciaux, ceux qui, par leur pouvoir, peuvent modifier les lois afin d'améliorer le sort des plus démunis ; les valeurs et représentations sociales de l'ensemble de la population.

Les déterminants regroupés par cible

Les déterminants liés à la famille : condition physique des adultes et des enfants ; conditions de vie ; habitudes de vie ; ressources personnelles ; rapport au rôle de père ou de mère.

Les déterminants liés au réseau immédiat : densité et qualité du réseau de soutien.

Les déterminants liés aux ressources du milieu : qualité et accessibilité ; attitudes des intervenantes ; qualité de l'environnement physique ; coordination ; concertation.

Les déterminants liés aux services : qualité et accessibilité ; attitudes des intervenantes ; coordination ; concertation.

Les déterminants liés à l'environnement global : lois et politiques sociales ; valeurs et représentations sociales.

C
H
A
P
I
T
R
E



*Des stratégies
pour réussir
l'intervention
dans un contexte
de pauvreté*

Les ouvrages contenant les résultats des recherches et des interventions réalisées auprès de populations démunies sont riches en enseignements qui se traduisent en autant de conditions de réussite à envisager avant et tout au long de l'implantation d'un programme comme Naître égaux — Grandir en santé.

Ce chapitre offre un survol des principaux programmes évalués dans le domaine de l'intervention préventive périnatale et auprès des familles en situation de pauvreté avec de jeunes enfants. Il dresse ensuite un inventaire synthétique des conditions de réussite à retenir pour la réalisation d'une telle intervention. Il propose enfin des stratégies permettant de mettre en œuvre ces conditions de réussite, et de rendre opérationnel Naître égaux — Grandir en santé dans une perspective de promotion de la santé et selon le modèle écologique qui sous-tend ce programme.

Précisons d'entrée de jeu que pour des questions de faisabilité, mais également pour des raisons éthiques, il est très difficile de mener des projets de recherche évaluative auprès des populations en situation chronique d'extrême pauvreté. Par conséquent, malgré de multiples efforts pour atténuer ces difficultés, les études évaluatives entourant les programmes d'intervention dans ce domaine comportent souvent, sur le plan méthodologique, des limites importantes. L'hétérogénéité des populations faisant l'objet des études effectuées, la difficulté de randomiser (sélectionner au hasard) les sujets, ou encore la confusion des effets des différents volets d'une même intervention peuvent conduire à surestimer l'efficacité des programmes. De plus, il est difficile de mesurer simultanément un grand nombre de variables (par ex. : poids à la naissance, soutien social, habitudes de vie, utilisation des services, etc.), et ainsi, de rendre compte de l'ensemble des effets potentiels d'un programme. Cela dit, comme les tendances qui se dégagent de ces programmes convergent toutes vers une amélioration de la santé et du bien-être des familles en situation d'extrême pauvreté, elles sont toujours au centre des politiques de santé québécoises.

Une revue des programmes

Prévention de la prématurité et de l'insuffisance de poids à la naissance

Trois types de programmes ont retenu notre attention, à travers une abondante masse de documents sur l'intervention menée au cours de la grossesse pour réduire de façon significative la prématurité des bébés et le taux de naissance de bébés de petit poids. Nous examinerons donc :

- les programmes de soutien nutritionnel ;
- les visites à domicile ;
- les programmes de soins prénatals globaux.

Compte tenu des critères méthodologiques énoncés plus haut, il faut bien reconnaître que la grande majorité des études ont obtenu des résultats ne présentant aucune différence *statistiquement significative* quant à l'impact des programmes prénatals comportant des suppléments alimentaires ou une forme de soutien social sur le taux de nouveau-nés de petit poids ou sur leur âge gestationnel (Kramer, 1993 ; Bryce, 1991 ; Olds, *et al.*, 1990). L'étude menée par Olds en 1986 confirme toutefois les tendances dégagées dans les autres études.

Les programmes de soutien nutritionnel comprennent, de façon générale, l'un ou l'autre ou l'ensemble des éléments suivants : soutien alimentaire sous forme de distribution de suppléments pendant une partie de la grossesse (oeufs, lait, oranges, suppléments vitaminiques et minéraux, par exemple) ou sous la forme d'une allocation mensuelle pour la nourriture ; conseils nutritionnels ; encouragement à utiliser des services de santé prénatals.

Les chefs de file en ce domaine sont le Dispensaire diététique de Montréal (DDM) et les projets OLO (oeufs, lait, oranges), au Canada, et WIC «Food Program for Women, Infants and Children», aux États-Unis. Malgré certains problèmes méthodologiques évoqués précédemment, ces programmes se sont révélés plutôt efficaces pour réduire la morbidité périnatale ainsi que l'incidence des naissances d'enfants de faible poids : le poids moyen des bébés nés de femmes participant au WIC est supérieur de 20 à 60 g au poids moyen à la naissance des bébés de femmes n'y participant pas. Cette différence équivaut à une réduction de 10 à 25 % de l'incidence des naissances de bébés de faible poids parmi les participantes au WIC, comparativement aux non-participantes. Des taux entre 4 % et 5 % de bébés de petit poids à la naissance sont régulièrement obtenus par le DDM auprès de sa clientèle de plus de 2 000 femmes enceintes défavorisées chaque année (Dispensaire diététique de Montréal, 1991). Le taux québécois d'insuffisance de poids à la naissance se situait à 5,8 % en 1991 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993).

Les projets OLO proposent une intervention plus globale, incluant un soutien psychosocial et de l'accompagnement vers les ressources du milieu. Ils sont implantés dans la majorité des CLSC au Québec. Le bilan provincial qui en a été fait (Leduc,

et al., 1991) permet d'affirmer que l'intervention globale utilisant les suppléments alimentaires :

- s'est révélée une porte d'entrée auprès des femmes enceintes vivant en milieu socio-économique défavorisé ;
- peut contribuer à la réduction du nombre de bébés de poids insuffisant à la naissance ;
- a des impacts importants sur d'autres dimensions de la vie en milieu défavorisé ;
- est une intervention pertinente dans un CLSC, puisqu'elle permet de travailler à la prévention de plusieurs problèmes ; elle pose toutefois un problème de financement à long terme.

Les programmes de visites prénatales à domicile offrent habituellement information et soutien à la femme enceinte et à son réseau au sujet du déroulement et de l'issue de la grossesse et de l'accouchement. La préparation à la période postnatale immédiate et au rôle de mère ou de père y est aussi abordée. Les visites sont fréquentes (à toutes les deux semaines) et longues. Aux États-Unis, Olds et ses collaborateurs (1986) ont évalué l'impact de ce type de programmes sur l'utilisation des soins prénatals et l'issue de la grossesse. Ils ont constaté une amélioration du comportement alimentaire, la présence plus fréquente d'une personne accompagnant la femme enceinte au moment de l'accouchement et, ultimement, l'amélioration de la durée de la grossesse et du poids du bébé à la naissance chez les adolescentes de moins de 17 ans et les fumeuses (Colin et Desrosiers, 1989).

Les programmes de soins prénatals globaux (*comprehensive prenatal care*) développés dans certaines régions des États-Unis, tels que le MIC (Maternal and Infant Care) et IPO (Improved Pregnancy Outcome), offrent une gamme de services : évaluation personnalisée des besoins de la femme enceinte ; plan de soins et de suivi ; évaluation nutritionnelle et renvoi à des services de soutien et d'éducation nutritionnelle ; évaluation sociale et suivi, au besoin ; éducation à la santé. Au Canada, plusieurs programmes, dont Healthiest Babies Possible, à Vancouver, fournissent des services comparables aux programmes américains (Santé Canada, 1994 ; Colin et Desrosiers, 1989).

Ces programmes ont permis d'obtenir des réductions des taux d'insuffisance de poids à la naissance allant jusqu'à 60 % en milieu défavorisé (pour les programmes américains), ce qui permet de ramener ces taux à la moyenne, parfois même au-dessous. D'autres effets positifs sur l'utilisation des services et la mortalité périnatale ont aussi été enregistrés. Lorsque de tels ser-

vices se prolongent durant la période postnatale, on a constaté un accroissement du taux d'allaitement maternel, une réduction des visites à la salle d'urgence pour intoxication ou accident, un meilleur statut vaccinal, une réduction des déclarations pour abus et négligence, ainsi qu'une plus grande propension chez la mère à terminer sa formation scolaire et à se trouver un emploi valorisant.

Au cours des dernières années, les résultats de ces études, ainsi que l'observation des pratiques québécoises de périnatalité, ont alimenté le large consensus d'experts sur la pertinence d'offrir des programmes périnataux globaux aux femmes enceintes et aux familles de milieu défavorisé, ce qui nous encourage à aller dans ce sens (Colin et Desrosiers, 1989 ; Groupe de travail pour les jeunes, 1991 (communément appelé rapport Bouchard) ; *Politique de périnatalité*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993 ; *Maintenant et pour l'avenir... La jeunesse*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992).

Dans le cadre de tels programmes, les experts recommandent que l'intervention soit faite par une intervenante unique ou «privilegiée» pour chaque femme, qui ferait l'évaluation initiale, le suivi à domicile, et guiderait la femme dans les autres services en l'introduisant auprès de ses collègues. De plus, cette intervenante privilégiée devrait travailler au sein d'une équipe interdisciplinaire, dont le rôle serait de faciliter sa réflexion par rapport au milieu et d'aider chaque intervenante à trouver des solutions aux problèmes rencontrés en profitant des diverses expertises au sein de l'équipe (Colin et Desrosiers, 1989).

Développement des enfants et amélioration des relations parents-enfants

Plusieurs études démontrent les effets positifs des interventions précoces auprès des familles pour favoriser un meilleur développement de l'enfant. Nous examinerons d'abord :

- les interventions précoces de stimulation infantile (enfants de 0 à 2 ans) et de soutien parental ;
- les interventions préscolaires (enfants de 2 à 5 ans) ; dans cette catégorie, on retrouvera cependant plusieurs interventions ayant débuté avant la naissance et se poursuivant jusqu'à l'entrée des enfants à l'école.

L'inventaire des interventions précoces efficaces auprès des enfants de 0 à 2 ans et des familles en situation d'extrême pauvreté montre des signes encourageants sur les effets à court,

à moyen et à long terme de ces programmes. Ceux-ci visent tous à prévenir les difficultés vécues par les enfants et les parents, et les actions qu'ils proposent vont de la réduction des troubles mentaux légers à la prévention de déficiences du développement cognitif chez l'enfant d'âge préscolaire, avec toutefois un même but : le bien-être global de l'enfant et de sa famille.

Selon une recension des écrits sur le sujet et la revue de 20 projets, Heinecke et ses collègues concluent (1988) que les programmes d'intervention précoce les plus efficaces adoptent une approche globale selon le modèle écologique et comportent de multiples composantes : visites à domicile, groupes de soutien, garderie-dépannage, etc. Par ailleurs, tous ces programmes vont de pair avec la qualité de l'attitude des intervenantes : empathie, ouverture d'esprit, respect des compétences et des valeurs de la mère, reconnaissance de l'impact des conditions de vie sur les comportements et les choix de la mère.

Earls, *et al.* (1994) rapportent aussi que certains programmes d'intervention précoce comprennent de multiples composantes et incluent ainsi plus que des interventions touchant le développement de l'enfant et son éducation, mais visent aussi le soutien des parents par des contacts réguliers entre ceux-ci et des professionnels et par des visites à domicile. De plus, l'évaluation des programmes visant l'amélioration du comportement de l'enfant révèle leur inefficacité à longue échéance si les parents ne sont pas soutenus, encouragés ou impliqués dès les débuts du programme.

McDermott et ses collaborateurs (1994) soulignent que l'implication de la famille est garante du succès dans un programme qui utilise une approche multiple dans le domaine de la prévention des retards mentaux légers chez les enfants de milieux défavorisés. De même, Schorr (1989) signale que les programmes qui ont des effets appréciables auprès des enfants et des familles qui vivent dans la pauvreté offrent un large spectre de services : aide concrète pour la nourriture et le logement, soutien émotionnel...

Le Groupe de travail pour les jeunes (1991) rapporte que le programme «Prenatal/Early Infancy», dans la région appalachienne de l'État de New York, une des régions les plus défavorisées des États-Unis, a engendré plusieurs effets : pratiques moins punitives et restrictives des mères envers leur enfant, stimulation plus appropriée de l'enfant à la maison, recours moins fréquent à l'urgence pour des accidents ou des infections, et, surtout, écart de près de 80 % dans les abus et la négligence envers les enfants

entre le groupe de mères visitées et un groupe témoin de mères non visitées.

Il existe présentement plusieurs projets de soutien parental au Québec. Deux de ces projets prennent place en milieu défavorisé et méritent une attention particulière. Le programme De la visite (Durand, *et al.*, 1988) s'adresse aux parents de nouveau-nés pour la prévention de la négligence et des abus envers les enfants par l'intervention de mères visiteuses «non professionnelles». Depuis le début de son expérimentation, en 1987, et jusqu'en 1991, le projet De la visite a permis de suivre 500 enfants. Parmi les familles de ces enfants, 70 % ont réussi à modifier de façon significative et durable des comportements dommageables ou à résoudre des problèmes qui risquaient de s'aggraver. Ce pourcentage passe à 77 % dans le cas des familles les plus vulnérables. On estime aussi avoir évité plus de 45 placements en institution.

Les haltes-garderies avec vocation éducative et développementale en milieu défavorisé offrent différents services : services de répit aux familles ; activités de stimulation et de socialisation pour les enfants et les parents ; soutien et renforcement des compétences parentales. Les résultats obtenus après une intervention qui a duré quatre ans (CLSC Centre-Sud) indiquent que les enfants bénéficiant du programme d'intervention ont de meilleures performances sur le plan intellectuel que le groupe qui n'en a pas bénéficié. On note également une amélioration significative de la qualité de l'interaction entre les mères et les enfants du groupe qui ont participé au programme (Groupe de travail pour les jeunes, 1991).

Le Groupe de travail pour les jeunes conclut sa revue des programmes d'intervention précoce (enfants de 0 à 2 ans) et de soutien parental en énumérant un certain nombre de conditions de réussite : la continuité de l'intervention par la présence d'une même intervenante en période pré et postnatale ; l'intensité de l'intervention, c'est-à-dire la fréquence et l'assiduité dans les activités ; la présence d'une même infirmière visiteuse avant et après la naissance, dans la mesure où celle-ci a un mandat dépassant le seul aspect sanitaire ; l'emploi de personnes «non professionnelles» ; une approche globale ; le non-étiquetage des familles.

Les programmes d'intervention préscolaire s'adressant aux enfants de 2 à 5 ans et à leurs parents comportent eux aussi leur lot d'avantages et de gains pour les enfants qui les fréquentent.

Le Groupe de travail pour les jeunes indique que de très nombreuses études démontrent les effets positifs de ces programmes d'intervention, et notamment l'évaluation du «Perry Preschool Project», mis sur pied dans les années 1970 au Michigan. Ce projet, offert aux enfants de 2 à 5 ans et à leurs parents, consiste en des activités qui favorisent le développement de compétences sociales chez les enfants, qui leur font vivre des expériences où ils connaissent des succès et qui les familiarisent avec l'environnement scolaire ; les activités s'adressant aux parents amènent ceux-ci à éprouver de la confiance en eux-mêmes, ainsi que dans les capacités de leurs enfants, et à créer des environnements stimulants pour ces derniers. Les effets de ce projet sont multiples : au primaire, on retrouve un moins grand nombre d'enfants dans les classes spéciales, parmi les absents ou au nombre des redoubleurs ; au secondaire, les enfants sont plus nombreux à obtenir leur diplôme, à s'inscrire à un programme de formation collégiale, à occuper un emploi; on note également une amélioration des conduites disciplinaires des parents et de leurs compétences pédagogiques (Groupe de travail pour les jeunes, 1991).

Par ailleurs, plusieurs chercheurs ont démontré que l'efficacité des programmes d'intervention repose entre autres sur le fait qu'ils débutent tôt, soit avant ou pendant la grossesse. Garbarino (1989) souligne que les programmes qui débutent à la garderie sont moins performants que ceux auxquels on a recours dès la naissance. En outre, les résultats des évaluations démontrent que si les intervenantes accompagnent les parents et les enfants jusqu'à la prise en charge de ces derniers par l'école, les chances sont plus grandes d'obtenir des effets à long terme. Verlaan (1994), dans une revue des programmes d'intervention préventive destinés à l'enfance, conclut que les programmes d'intervention précoce efficaces se déroulent sur une longue durée, à savoir un minimum de trois mois, mais, le plus souvent sur une période de deux à cinq ans ; ils débutent avant ou avec l'accouchement et le rythme des visites est hebdomadaire.

Ainsi, comme le rapporte Verlaan, Zigler (1994), à partir de l'expérience du programme «Head Start», indique que l'intervention précoce auprès de familles de milieu défavorisé doit assurer une transition adéquate de l'enfant au milieu préscolaire. Pour une intervention efficace, il suggère fortement de commencer, si possible, dans la phase prénatale, et de poursuivre jusqu'à l'entrée de l'enfant dans le système scolaire. L'efficacité du programme «Head Start» appliqué à plus de huit millions d'enfants américains âgés de 3 à 5 ans, et qui tient lieu de modèle pour plusieurs autres programmes éducatifs en milieu de garderie, a été largement démontrée. On a relevé quelques-unes des com-

posantes fructueuses d'un programme de garderie de qualité, dont, entre autres, les activités ludiques à la faveur desquelles les jeunes enfants découvrent activement le monde sous les aspects sensoriel, cognitif, social et affectif.

Toujours d'après Verlaan, le «Carolina Abecedarian Program» ainsi que le «Houston Parent-child Development Center Project», qui sont deux programmes d'intervention précoce qui se poursuivent jusqu'à l'école, et parfois même pendant la période scolaire, ont démontré que l'on peut avoir des influences mesurables sur le développement intellectuel et social des enfants, sur les pratiques éducatives des parents et sur la qualité des relations parents/enfants (Verlaan, 1993).

L'implication des pères

Les travaux à propos de l'efficacité des modèles d'intervention auprès des pères de milieux d'extrême pauvreté ne sont pas monnaie courante. Après une recension des écrits sur l'implication paternelle, Turcotte (1994) conclut au manque de recherches empiriques au sujet de l'impact des variables socio-économiques sur le degré d'implication paternelle ; les études, en effet, se sont surtout intéressées à la conduite des mères.

Par ailleurs, Turcotte met en valeur la reconnaissance, par la communauté scientifique, de l'importance du rôle du père dans le développement de l'enfant. En s'appuyant sur les études disponibles, elle affirme qu'il est désormais acquis :

- que l'implication paternelle a un impact positif sur les habiletés cognitives ou intellectuelles des enfants, leur compétence sociale et leur identité sexuelle ;
- que, à l'inverse, l'absence du père ou l'insuffisance des interactions de l'enfant avec celui-ci a pour conséquences une faible estime de soi, des syndromes dépressifs et des troubles du comportement chez l'enfant ;
- que les enfants profitent de la diversité des expériences que permettent des styles d'interaction différents ;
- qu'une participation plus active du père aux soins et à l'éducation des enfants peut avoir pour effet de prévenir les mauvais traitements, directement ou indirectement, grâce au soutien apporté à la mère.

La recension de Turcotte concernant les interventions auprès des pères l'a amenée à dégager une série de conditions essentielles à la réussite des programmes voués à augmenter le degré d'implication paternelle, et sur lesquelles le groupe GRAVE (LAREHS,

centres jeunesse de Montréal, CPEJ) sur l'engagement paternel s'appuie pour mettre en place deux projets dans des quartiers défavorisés :

- cibler l'intervention non seulement sur les pères biologiques, mais sur tout homme ayant une importance dans la vie des enfants ;
- fonder la planification du programme sur une définition de l'implication paternelle qui soit opérationnelle, tout en étant pertinente sur le plan théorique ;
- tenir compte, dans la planification de l'intervention, de l'ensemble des déterminants de l'implication paternelle ;
- faire appel à des techniques de marketing social pour sensibiliser la population à l'importance du rôle paternel ;
- promouvoir les changements dans les politiques d'État, le cadre légal et les conventions collectives ;
- créer un environnement de services sympathique aux pères ;
- mettre sur pied une stratégie de recrutement proactive ;
- miser sur les forces du milieu et les intérêts des hommes dans la planification des programmes et prêter une attention particulière à leur style d'interaction avec les enfants (Turcotte, 1994).

Une recherche exploratoire sur les pères en milieu défavorisé est présentement en cours. Ce projet est mené par l'équipe dirigée par Perreault (projet PÔPA, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, en collaboration avec des chercheurs de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre).

L'étude de Pfannenstiel (1991) s'appliquant à un programme prénatal de soutien et d'information destiné aux hommes de milieux défavorisés démontre qu'il est possible d'intervenir grâce à des sessions de groupe ou à une forme de tutorat sur la relation père/enfant. Toutefois, les concepteurs du programme ont rejoint des futurs pères dont la conjointe est suivie médicalement pour une grossesse à moindre risque ou à risque élevé. Ce qui ne nous avance guère sur la question du recrutement de ces hommes. Finalement, les auteurs recommandent un soutien à long terme au futur père après la naissance de l'enfant.

Les interventions dans le milieu

Garbarino (1989) mentionne que pour assurer le succès de modèles d'intervention précoce, ces derniers doivent être menés de concert avec une opération bien coordonnée dans la communauté. C'est seulement à cette condition que l'on peut parer aux

retards cognitifs chez l'enfant, aux problèmes de santé, et que l'on peut améliorer les conditions de vie.

Musick, *et al.* (1991) ont examiné le potentiel des programmes communautaires destinés aux parents et aux enfants de quartiers socio-économiquement démunis, programmes visant à améliorer les relations parents/enfants et à créer un contexte favorable au développement de l'enfant. Le recours à de tels types de programmes se présente de plus en plus comme une stratégie plausible et efficace.

De façon générale, ces programmes emploient des membres de la communauté, de concert avec des professionnels, pour apporter un soutien aux parents durant la grossesse et la petite enfance (Musick, *et al.*, 1991, Ministères ontariens, 1993). Les principales composantes du soutien généralement offert sont l'information, l'aide matérielle, l'encouragement et le soutien émotionnel. Ces programmes sont conçus quelquefois dans l'optique de construire ou de renouer les liens entre diverses ressources de soutien mutuel d'une communauté ou d'un quartier donné. Par exemple, Shields (1993), de la Laidlaw Foundation, convie les concepteurs de programme à créer des *consensus* dans les communautés et à viser une meilleure utilisation des ressources et services déjà existants.

Le programme ontarien «Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur» «Better Beginnings for a Better Future» est un programme de services intégrés de prévention auprès des enfants à risque et des familles vivant dans les quartiers économiquement défavorisés des localités où les risques que le développement des enfants pauvres soit affecté sont multiples et élevés. Douze quartiers ou communautés sont impliqués dans la réalisation de ce programme et dans l'évaluation de sa mise en œuvre et de ses effets. La stratégie principale de ce programme repose sur la participation communautaire et fait appel à la mise en place de comités locaux de concertation. Les premières leçons tirées de l'expérience font ressortir quelques-unes des conditions d'efficacité dans la mise en œuvre d'un tel programme : au moins deux ans et demi pour l'élaboration des programmes dans chaque communauté ; chaque comité local doit compter au moins 50 % de parents ou de dirigeants locaux, afin de garantir une participation communautaire significative (Ministères ontariens, 1993). De plus, les tenants de ce programme prétendent que cela prendra 20 ans avant de voir les effets de programmes de prévention destinés à l'enfance.

Au Québec, Centraide s'apprête à diffuser un programme de quartier, intitulé «1, 2, 3, Go !», et qui mettra des ressources financières à la disposition d'organismes communautaires concertés œuvrant auprès des tout-petits et des familles de milieu défavorisé.

Enfin, un peu partout au Québec, des ressources et projets communautaires existent et permettent de répondre aux besoins spécifiques des familles québécoises sous-scolarisées vivant en situation chronique de pauvreté.

Les politiques sociales, fiscales ou familiales

Deux grandes orientations doivent être adoptées ou renforcées au niveau macrosocial si l'on veut que les politiques favorisent l'amélioration des conditions nécessaires à la santé et au bien-être des familles en situation d'extrême pauvreté.

Premièrement, une réorientation de certaines politiques d'État en vue de la réduction de la pauvreté des familles québécoises est vivement espérée. Des chercheurs et de nombreuses intervenantes ont déjà fait toute une série de recommandations à cet effet : une politique de plein-emploi ; une harmonisation des efforts en matière de formation professionnelle, de sorte à favoriser la poursuite des études, la formation continue des jeunes travailleurs et l'insertion des mères de familles monoparentales sur le marché de l'emploi ; l'accroissement des logements sociaux de type coopératif ; un système de fixation et de perception automatique de la pension alimentaire versée à l'enfant ; le soutien au développement économique communautaire ; la révision en profondeur de la Loi québécoise sur la sécurité du revenu ; des politiques d'habitation, d'éducation et de santé et bien-être qui tiennent davantage compte des besoins des familles en situation d'extrême pauvreté ; le soutien de l'État et de toute la société québécoise aux organismes communautaires et bénévoles.

Deuxièmement, plusieurs expériences québécoises et étrangères démontrent quotidiennement que l'on peut agir sur l'extrême pauvreté et aider des personnes à changer leurs conditions de vie. Les principaux organismes participant à ces expériences sont les suivants : le Front commun des personnes assistées sociales du Québec, le Regroupement des groupes populaires en alphabétisation du Québec, le Mouvement d'éducation populaire et d'action communautaire du Québec, Le Regroupement des centres de femmes du Québec, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, le Regroupement des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale du Québec, le Collectif québécois de conscientisation, etc.

Synthèse des conditions de réussite

En résumé, les interventions auprès des femmes enceintes, des enfants, des mères et des pères vivant dans les milieux d'extrême pauvreté favorisent :

- une approche globale avec de multiples composantes, stratégies ou services. Dans les programmes d'intervention préventive destinés à l'enfance, les vi-sites à domicile se révèlent être une composante essentielle durant toute la durée de l'intervention ; ces visites servent à rompre l'isolement des familles, à informer la mère et le père quant au développement de leur enfant, à sti-muler les schèmes cognitifs et moteurs des bébés, à soutenir l'apprentissage parental ;
- une intervention de qualité, de durée et d'intensité substantielles. La durée d'une intervention précoce efficace auprès des enfants et des parents devrait être de trois mois au minimum, et de deux à cinq ans la plupart du temps ; dans cette lignée, plusieurs études recommandent des programmes qui débutent tôt (avant la naissance) et qui se poursuivent jusqu'à ce que l'enfant soit pris en charge par le système scolaire. L'intensité du programme cor-respond à la fréquence des activités qui le composent et à l'assiduité avec laquelle on y participe ;
- l'attention qui est portée, autant au soutien des parents qu'au développement des enfants. Sur le chapitre du soutien des parents, différentes dimensions sont retenues : l'implication soutenue des parents dès le début de l'intervention ; l'implication des pères ou des «substituts» ; les activités de répit pour les parents (haltes-garderies, loisirs et entraide pour les parents) ;
- des attitudes adéquates chez les intervenantes : empathie, ouverture, respect des compétences et des valeurs des familles, reconnaissance de l'impact des conditions de vie.

Trois stratégies pour réussir ...

Afin de tenir compte des conditions de réussite se dégagant des interventions efficaces répertoriées précédemment, et dans le but de systématiser les interventions du programme Naître égaux — Grandir en santé à l'aide de notre modèle écologique, nous proposons trois stratégies principales pour agir sur les déterminants et viser les cibles identifiées précédemment : le renforcement du potentiel individuel, le renforcement du milieu et l'influence. Le schéma n° 2 illustre les cibles, déterminants et stratégies du programme Naître égaux — Grandir en santé.

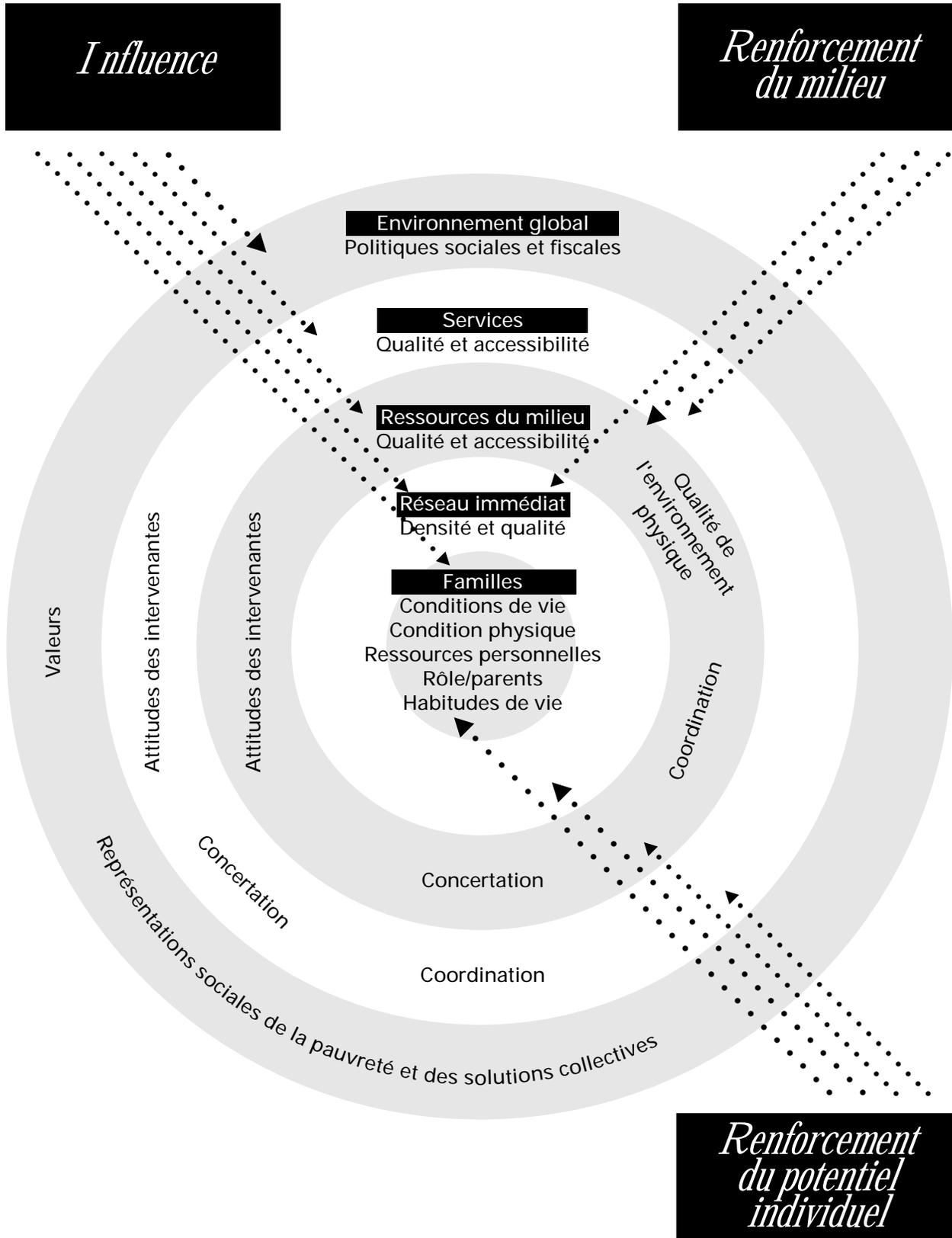
La stratégie du renforcement du potentiel individuel vise à accroître la capacité des personnes des groupes cibles, ainsi que celle des intervenantes et instances œuvrant auprès de ces groupes cibles, à faire face aux situations qu'ils rencontrent, et se fonde sur le concept d'« empowerment », lequel prévoit construire à partir des compétences, des expériences et des intérêts de chacun. Cette stratégie comprend principalement des activités visant une meilleure éducation dans le domaine de la santé, dans un contexte individuel ou à l'intérieur d'un petit groupe ; des activités favorisant une relation d'aide et un accompagnement vers des services et des réseaux, des services d'aide matérielle et de dépannage ; des activités liées au suivi de santé des personnes ; des activités de formation des intervenantes et des gestionnaires ; etc.

La stratégie de renforcement du milieu vise à consolider ou à modifier les milieux de vie de la famille (réseau immédiat, ressources du milieu, école...) et les services de façon à ce que ceux-ci soient mieux adaptés aux besoins des familles. Cette stratégie se réalise de multiples façons : par des changements organisationnels (modifications d'horaire et amélioration de la structure d'accueil) ; au moyen de changements dans les pratiques professionnelles (déploiement d'efforts structurés en actions communautaires, participation à la concertation et à l'action intersectorielle) ; par la création de nouvelles ressources ou la consolidation des ressources existantes (organisation d'un système de transport et de gardiennage pour les familles souhaitant utiliser des services ou participer à des activités, soutien des groupes de rencontre pour parents, des ressources de développement socio-économique, des groupes d'alphabétisation, ou mise en place de tels groupes ou ressources, etc.).

Cette stratégie doit fondamentalement permettre aux familles et aux communautés de se regrouper pour définir leurs propres objectifs et choisir leurs propres moyens d'action, que ce soit en mobilisant des individus ou des leaders locaux, ou en coordonnant des initiatives ou des groupes isolés en vue d'une action commune.

La stratégie d'influence englobe des activités de sensibilisation allant de la diffusion d'information à des efforts plus structurés de persuasion visant à modifier les attitudes et les connaissances d'une personne, d'un groupe ou d'une communauté, et à modifier les valeurs sociales et les décisions des instances en cause en vue d'offrir un plus grand soutien aux familles (par exemple : une campagne de sensibilisation sur les préjugés à l'égard des personnes assistées sociales). Elle englobe aussi des actions politiques visant à faire pression sur les gouvernements et les instances de décision afin qu'ils modifient certaines lois, certaines politiques et certains programmes en vue d'améliorer les conditions de vie des personnes et des communautés en situation d'extrême pauvreté (par exemple : soutien d'un mouvement de pression pour la modification des politiques de sécurité du revenu).

Schéma n° 2
CIBLES, DÉTERMINANTS ET STRATÉGIES



C
H
A
P
I
T
R
E



*Buts et
objectifs*

Considérant ce qui précède, à savoir :

- le recours à une approche écologique et à une approche mixte de promotion de la santé et de prévention des risques associés à la santé,
- la priorité accordée aux familles en situation d'extrême pauvreté,
- les facteurs de risque et les déterminants de la santé de ces familles,
- la revue des programmes efficaces dans le domaine de la périnatalité et de l'intervention préventive destinée à l'enfance,

nous sommes maintenant en mesure de déterminer des buts et des objectifs généraux autour desquels s'orientera dorénavant le programme Naître égaux — Grandir en santé.

Buts Dans la perspective de réduire les inégalités socio-économiques, les buts du programme Naître égaux — Grandir en santé sont :

- ❶ de promouvoir la santé et le bien-être des familles et des jeunes enfants en situation de pauvreté ;
- ❷ d'inclure le désir d'avoir un enfant dans un projet de vie élargi et porteur de réussite pour les familles en situation de pauvreté.

Objectifs généraux Les objectifs généraux du programme Naître égaux — Grandir en santé ont été regroupés en deux grands types : les objectifs de promotion et les objectifs de prévention.

Les objectifs liés à la promotion de la santé visent une action sur les déterminants de la santé et l'amélioration des conditions favorables à la santé. Les objectifs liés à la prévention visent la réduction des problèmes de santé et des facteurs de risque et la protection des individus et des groupes (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990).

Objectifs de promotion de la santé

- Reconnaître, soutenir et renforcer la capacité des femmes, des hommes, des enfants et de leurs réseaux immédiats d'accéder à des conditions favorables à la santé et au bien-être de leur famille.

- Reconnaître, soutenir et renforcer la capacité des différents milieux de répondre efficacement aux besoins des enfants et de leur famille, sur le plan de la santé et sur le plan social et économique.
- Amener les décideurs à élaborer des politiques visant l'équité dans l'accès à des conditions de santé adéquates pour les personnes, les familles et les communautés en situation d'extrême pauvreté.

Objectifs de prévention

Pour chaque territoire de CLSC, d'ici cinq ans (1995-2000), le programme vise à :

- Diminuer à 5 % le taux de naissances prématurées (6,7 % au Québec en 1991).
- Diminuer à 4 % le taux de naissances où le poids du bébé est inférieur à 2 500 grammes (5,8 % au Québec en 1991).
- Diminuer la proportion de femmes qui présentent une réaction dépressive durant leur grossesse.
- Diminuer la fréquence des épisodes de violence conjugale et familiale, particulièrement durant la grossesse.
- Réduire l'incidence et les conséquences des abus et de la négligence à l'égard des enfants.
- Diminuer la proportion d'enfants qui présentent des retards de croissance et de développement.

Les deux premiers objectifs de prévention, ainsi que le cinquième, correspondent aux objectifs décrits dans *La politique de la santé et du bien-être* (1992) et de la *Politique de périnatalité* (1993) du MSSS.

Les données permettant de calculer les taux de naissance prématurée et le nombre de bébés de poids insuffisant sont disponibles, et l'atteinte des deux premiers objectifs est mesurable pour chaque territoire de CLSC.

Le nombre réel de cas d'abus et de négligence n'est pas connu. Le nombre de cas signalés aux centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) ne représentant qu'une partie du problème, il s'avère donc plus difficile de quantifier le cinquième objectif. Tout en reconnaissant les limites de cet indicateur, *La politique de la santé et du bien-être* mentionne que cet objectif devrait se traduire par une baisse de 20 % du nombre de signalements retenus par les CPEJ au cours des dix prochaines années.

Concernant les retards de croissance et de développement, au Québec, on estime que 10 % à 15 % des enfants pourraient présenter des retards de développement physique, cognitif ou affectif. L'incidence réelle des troubles de développement est néanmoins mal connue. Cet objectif s'avère donc difficilement quantifiable pour le moment.

Les objectifs intermédiaires et spécifiques du programme Naître égaux — Grandir en santé se retrouvent au chapitre suivant.

C
H
A
P
I
T
R
E



*Le canevas
des activités
du programme*

*Naître égaux –
Grandir en santé*

Tableau 2

Naitre égaux — Grandir en santé Les axes d'activité majeurs pour chaque stratégie

<i>Renforcement du potentiel individuel</i>	<i>Renforcement du milieu</i>	<i>Influence</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Suivi personnalisé</i> des femmes enceintes, des enfants et des jeunes mamans par une <i>intervenante privilégiée</i>, soutenue par une équipe interdisciplinaire <p>Ex. : Visites à domicile et suivi de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Création ou consolidation de ressources</i> en vue de l'amélioration des conditions de vie des familles <p>Ex. : Consolidation ou établissement de cuisines collectives ou de groupes d'achat économique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Actions politiques</i> <p>Ex. : Contribution à l'élaboration d'une politique de sécurité alimentaire</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Accompagnement</i> vers les services et les ressources du milieu <p>Ex. : Accompagnement d'une famille vers une ACEF</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Création ou consolidation de ressources</i> de soutien parental et de stimulation infantile <p>Ex. : Création ou consolidation de ressources telles que : Y'a personne de parfait groupes éducatifs pour jeunes parents De la visite mères visiteuses auprès de jeunes familles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Interventions médiatiques</i> <p>Ex. : Campagne de sensibilisation à la reconnaissance et au soutien des familles défavorisées</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Information/soutien des pères</i> <p>Ex. : Relation d'aide et conseils sur le rôle de père</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rencontres de groupe</i> : information, entraide et action <p>Ex. : Rencontres de cuisine de quelques familles et d'intervenantes sur le développement des enfants</p>		

Les concepts en *italique* sont détaillés dans les pages suivantes.

Chacun de ces axes, ainsi que l'ensemble des activités qui les constituent, figurent aussi dans le canevas reproduit à la prochaine section.

Le suivi personnalisé

Le suivi personnalisé est offert de la 20^e semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans.

Selon la recension que nous avons effectuée des divers écrits sur le sujet, mais compte tenu des ressources humaines et financières actuellement disponibles dans les établissements, nous évaluons que l'intensité minimale du suivi personnalisé devrait être la suivante :

- durant la grossesse : rencontres (face à face) régulières aux deux semaines ;
- en période postnatale, aux cinq visites généralement offertes aux familles présentant de très grands besoins, s'ajoutent pour les familles ayant bénéficié d'un suivi en période prénatale :
 - de la naissance de l'enfant à l'âge de trois mois : dix contacts, dont cinq rencontres ;
 - de l'âge de trois mois à l'âge de deux ans, dix contacts, dont cinq rencontres ;
- pour les familles n'ayant pas eu de suivi en période prénatale :
 - au cours des six premiers mois de vie de l'enfant, douze rencontres ;
 - de l'âge de six mois à l'âge de deux ans, dix contacts, dont cinq rencontres.

Le suivi personnalisé donne lieu à une relation directe avec la famille. Ce suivi peut prendre la forme d'un rendez-vous régulier avec la famille ou d'une rencontre dans le cadre d'activités telles qu'une clinique de vaccination, un groupe d'entraide, de l'accompagnement dans un organisme communautaire. Les rendez-vous ou rencontres se font dans un lieu choisi par la famille, à moins qu'il ne s'agisse d'activités qui se déroulent à un endroit précis.

En général, plus d'une dizaine de rencontres sont nécessaires pour établir un lien de confiance. Lorsque la relation de confiance est bien établie, on constate que la famille n'hésite plus à communiquer avec l'intervenante pour exprimer ses besoins ou lui faire connaître les résultats de ses démarches ; on peut juger alors

qu'un contact téléphonique est suffisant et peut remplacer progressivement ou occasionnellement une rencontre.

Les objets du suivi personnalisé sont diversifiés :

- Suivi personnalisé des femmes enceintes ou venant d'accoucher :
 - suivi de santé, en périodes pré et postnatale, en collaboration avec le médecin traitant ;
 - suivi et soutien nutritionnels (avec distribution de suppléments alimentaires pour femmes enceintes) ;
 - information et sensibilisation sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement (pour femmes enceintes), le rôle des parents, le développement de l'enfant, les ressources du milieu, etc. ;
 - soutien matériel ;
 - soutien psychosocial ;
 - soutien au changement des habitudes de vie ;
 - soutien du réseau immédiat ;
 - soutien d'ordre socio-économique et juridique ;
 - accompagnement vers les ressources du milieu et les services.

- Suivi des nourrissons :
 - suivi staturo-pondéral et vaccination ;
 - information complète sur les modes d'alimentation adaptés aux besoins du nourrisson (allaitement, biberon, formule commerciale) et soutien du choix de la mère ;
 - information et soutien sur l'introduction progressive d'aliments appropriés dans l'alimentation ;
 - soutien au développement global de l'enfant par le renforcement des interactions parents/enfants.

L'intervenante privilégiée

L'intervenante privilégiée est le pivot entre la famille et l'équipe interdisciplinaire du CLSC. Misant sur l'importance d'établir une relation de confiance réciproque avec la famille, l'intervenante privilégiée s'intéresse à tout ce que peut vivre la famille, qu'il s'agisse d'événements heureux ou malheureux. La grande réticence des familles à exprimer leurs problèmes demande à l'intervenante privilégiée de créer des ouvertures qui favorisent l'expression de leurs besoins. Elle demeure à l'écoute de tout besoin exprimé par la famille, que ce besoin soit d'ordre médical, socio-économique ou psychosocial. Elle aide la famille à trouver une réponse à ses besoins, en élaborant avec elle un plan d'intervention et en l'accompagnant dans la réalisation de ce plan.

Dès le début de l'intervention, l'intervenante tente avec la famille de cerner la problématique majeure qui la touche. Cette évaluation préliminaire permettra à l'équipe de déterminer qui sera l'intervenante privilégiée qui travaillera avec la famille. Par exemple, dans une situation où la santé physique représente un problème majeur, il est préférable qu'une intervenante du domaine de la santé (infirmière, nutritionniste, médecin) joue le rôle d'intervenante privilégiée, alors que si le problème clé fait davantage référence à des dimensions psychosociales, une intervenante sociale (agente de relations humaines, travailleuse sociale, psychologue, intervenante communautaire) sera plus à l'aise dans ce rôle.

Par ailleurs, au cours du suivi de la famille, il arrive que les besoins exprimés ou les activités suggérées demandent davantage qu'un soutien indirect de l'équipe interdisciplinaire ou supposent des compétences autres que celles maîtrisées par l'intervenante privilégiée. De même, des périodes d'absence plus ou moins prolongées peuvent survenir dans la vie de l'intervenante privilégiée (congé de maladie, d'études ou de maternité, vacances). Différentes stratégies se présentent alors : effectuer une intervention temporaire conjointe réunissant une intervenante privilégiée et une intervenante «experte» (particulièrement dans les situations où la famille hésite à consulter quelqu'un d'autre) ; accompagner la famille vers une ressource du milieu adéquate ; en dernier ressort, on proposera à la famille une nouvelle intervenante privilégiée, non sans avoir pris le temps d'effectuer la transition.

Les principes guidant la participation d'une autre intervenante doivent respecter le cheminement de la famille et l'expression de ses besoins, et doivent tenir compte des limites du réseau d'intervention. Dans tous les cas, les familles devraient être informées dès le début du suivi que l'intervenante privilégiée travaille en relation avec une équipe interdisciplinaire.

L'équipe interdisciplinaire

Afin de compléter la définition du concept d'interdisciplinarité proposée au chapitre 1, nous ajouterons que le travail en équipe interdisciplinaire favorise le partage des réussites et des difficultés vécues par chacune des intervenantes et permet à ses membres de trouver en son sein le soutien nécessaire à l'intervention. Enfin, il rend possible la mise en commun des situations vécues par les familles, leur analyse, et ouvre la perspective de solutions collectives. En fait, toute situation présentée à l'équipe n'est pas le lot d'une intervenante (ce n'est pas *son cas*), mais

celui de l'équipe. Au sein de l'équipe, se retrouvent des intervenantes de différentes disciplines possédant des aptitudes diversifiées, les unes davantage sur le plan individuel, les autres par rapport aux groupes et aux communautés, et chacune apporte à l'équipe sa contribution particulière.

L'accompagnement

L'accompagnement d'une famille par une intervenante privilégiée vers les services et les ressources du milieu est plus qu'une simple référence. Il nécessite que l'on s'implique avec la famille, qu'on l'aide à utiliser le service ou la ressource et que l'on participe à ce processus de façon à ce que les besoins de la famille soient comblés à la satisfaction de celle-ci. Cette démarche a pour but de mettre la famille en confiance face à l'univers des services et des ressources, dont le mode d'emploi lui paraît souvent complexe, menaçant et peu accueillant, et de la familiariser avec de nouvelles intervenantes.

Les rencontres de groupe : information, entraide et action

Lorsque le contact personnalisé a permis de faire progresser le climat de confiance entre une intervenante et une famille et entre plusieurs intervenantes et plusieurs familles, certaines activités gagneront à être réalisées en petits groupes, cette forme d'intervention permettant aux familles de briser leur isolement, de partager leurs connaissances et leurs compétences, et de créer entre elles des réseaux de solidarité. Par exemple, il est parfois plus encourageant de discuter de rôles parentaux avec des parents qui rencontrent des difficultés similaires aux nôtres et qui ont développé des façons de les aborder et des trucs, que d'être seul avec une intervenante. Ainsi, des intervenantes privilégiées pourraient réunir quelques familles et faciliter les échanges.

La création ou la consolidation de ressources

Au-delà de l'information qu'elles offrent aux familles et de l'accompagnement qu'elles leur fournissent vers les ressources du milieu, les intervenantes de l'équipe interdisciplinaire du CLSC, de concert avec les intervenantes des ressources du milieu, seront parfois amenées à créer de nouvelles ressources ou à renforcer les ressources déjà existantes afin que le milieu réponde le plus adéquatement possible aux besoins des familles en situation d'extrême pauvreté. Les efforts seront alors déployés particulièrement auprès du milieu, afin que des projets, des services ou des activités soient mis en place et soutenus, et que ceux-ci puissent accueillir et intégrer les familles en situation d'extrême pauvreté.

Les actions politiques et les interventions médiatiques

Les actions politiques et les interventions médiatiques sont les deux principaux types d'activité constituant la stratégie basée sur la notion d'influence. Ils sont davantage définis au chapitre 3, et explicités dans le canevas qui suit.

Le plan détaillé

Le canevas d'activités (voir le tableau 3) comprend le répertoire de toutes les activités pertinentes dans le contexte dont il est question, et dont l'efficacité et la faisabilité ont été relativement bien démontrées.

Le canevas des activités du programme Naître égaux — Grandir en santé sert de répertoire ou de banque d'interventions dans laquelle viennent puiser les équipes d'intervention pour la conception de leur plan d'action. Le plan d'action comprend donc des activités de base ou axes majeurs (tels que définis précédemment), et des activités choisies selon les besoins spécifiques et les priorités de la communauté où l'on implante le programme. Nous nous sommes inspirés grandement des travaux du groupe GRAVE sur l'engagement paternel (Université du Québec à Montréal, LAREHS) pour structurer le plan détaillé.

Comme l'indique le tableau, les activités touchent de multiples cibles. Les individus et les groupes qui constituent ces cibles ne sont pas des «destinataires» d'activités prévues au programme. Ils sont plutôt considérés comme des agents de changement et des acteurs participant pleinement à la réalisation d'activités à toutes les étapes du processus. Par exemple, les membres du réseau immédiat des femmes, des hommes et des enfants en situation chronique de pauvreté (famille, amis, voisins, résidents du quartier) sont non seulement informés des besoins spécifiques et des ressources d'aide aux familles, mais le programme vise aussi à renforcer leur capacité d'accompagner femmes, hommes et enfants dans leur recherche de soutien. Le réseau immédiat devient ainsi une ressource offrant différents types d'aide (résolution de problèmes socio-économiques, acquisition d'habitudes de vie saines, choix de professionnels et de services, etc.).

Par ailleurs, d'autres cibles, telles que les services institutionnels (santé, services sociaux, éducation, revenu...) et les ressources communautaires, sont des acteurs de premier plan dans des activités favorisant l'amélioration de l'accessibilité des services aux jeunes familles en situation de pauvreté (par exemple, par

des activités entraînant des changements organisationnels ou des modifications des pratiques d'intervention et de gestion).

Les objectifs intermédiaires et spécifiques des activités se cristallisent autour de déterminants considérés comme autant de facteurs favorables ou défavorables à la santé des jeunes familles en situation de pauvreté. Certains déterminants sont liés à l'individu, d'autres à l'environnement. L'interaction dynamique entre les déterminants individuels et environnementaux représente une des facettes de la perspective écologique à la base du programme. Par exemple, les habitudes de vie sont choisies et maintenues par les individus et sont déterminantes pour leur santé ; cependant, le choix des habitudes de vie est grandement influencé par l'environnement dans lequel ce choix s'exerce, et notamment par les conditions de vie, un autre des déterminants majeurs de la santé. Cette interaction entre habitudes de vie et conditions de vie est particulièrement dynamique dans un contexte de pauvreté. Cette liste de déterminants, sélectionnés dans le cadre du programme Naître égaux — Grandir en santé, provient d'un examen rigoureux de la problématique de santé globale des jeunes familles en situation de pauvreté (telle qu'exposée au chapitre 2).

Des exemples d'activités sont répertoriés et brièvement décrits dans le tableau qui suit, et cela en fonction de chaque objectif spécifique. Ces exemples proviennent des acquis de l'expérience québécoise et étrangère présentés dans les chapitres précédents. Par exemple, une brochette d'activités sont suggérées afin de mettre en œuvre la stratégie basée sur la notion d'influence auprès de cibles diverses, et autour de déterminants relevant de l'environnement global (valeurs sociales, politiques sociales et économiques, etc.). Les activités sont du domaine de la communication persuasive ou de l'action politique, et permettent d'améliorer la perception que la population générale, d'une part, et certains décideurs, d'autre part, ont des besoins et de la culture des personnes vivant en situation d'extrême pauvreté et, conséquemment, d'améliorer les conditions de vie de celles-ci.

T a b l e a u 3
 PLAN D'ACTION (CANEVAS DES OBJECTIFS ET ACTIVITÉS)
 STRATÉGIE : RENFORCEMENT DU MILIEU

<i>Cibles</i>	<i>Déterminants</i>	<i>Objectifs intermédiaires</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>
Réseau immédiat (familles, amis, voisins, résidents du quartier)	Isolement social	1. Briser l'isolement des familles par la mobilisation du réseau immédiat.	1.1 Promouvoir le soutien mutuel entre les familles. 1.2 Promouvoir le sentiment d'appartenance à la communauté.
	Conditions de vie	2. Améliorer les conditions de vie des familles par la mobilisation du réseau immédiat.	2.1 Impliquer le réseau immédiat dans la consolidation ou la création de ressources dans les secteurs du revenu, de l'emploi, de l'éducation, de l'alimentation, des ressources matérielles, de l'endettement.
Services publics (santé, services sociaux, éducation, services municipaux)	Accessibilité des services	3. Améliorer l'accessibilité des services pour les familles en situation de pauvreté ayant de jeunes enfants.	3.1 Favoriser des changements organisationnels susceptibles d'offrir des services accessibles tant aux pères qu'aux mères (horaires, lieux physiques, structure d'accueil, possibilités de transport et de gardiennage, continuité). 3.2 Favoriser des changements de certaines pratiques des intervenantes. 3.3 Susciter l'engagement de personnel masculin dans les services aux familles.
	Continuité et qualité des services	4. Améliorer la continuité et la qualité des services offerts aux familles.	4.1 Offrir un soutien intense, personnalisé et prolongé aux parents. 4.2 Effectuer un suivi de santé en complémentarité avec le médecin.
	Conditions de vie	5. Améliorer les conditions de vie des familles par la mobilisation des services.	5. Impliquer les services dans la consolidation ou la création de ressources dans les secteurs du revenu, de l'emploi, de l'éducation, de l'alimentation, des ressources matérielles, de l'endettement.

Exemples d'activités

- Soutien ou création de groupes d'entraide pour les familles.
- Création de ressources de répit pour les parents.
- Organisation d'activités ou d'événements spéciaux (corvées communautaires, fêtes de quartier) permettant aux familles de rendre service à la communauté ou de s'identifier à elle.

- Information sur les ressources existantes.
- Participation à toute activité ou regroupement liés au revenu, à l'emploi, à l'éducation, à l'alimentation, aux ressources matérielles, etc.

- Suivi de santé effectué dans le lieu choisi par les familles.
- Organisation de cliniques de vaccination dans les organismes communautaires.
- Visites à domicile et visites des lieux fréquentés par les familles (centres d'achats, bingo...).
- Organisation d'un lieu accueillant et d'une structure d'accueil directe (pour éviter la multiplication des intermédiaires).
- Organisation d'un système de transport et de gardiennage.
- Affichage, dans les établissements, d'images de pères, et conception du matériel publicitaire de sorte qu'il s'adresse aussi aux pères.

- Suivi conjoint intervenante privilégiée/médecin traitant.
- Présence continue d'une intervenante privilégiée auprès des familles, soutenue par une équipe interdisciplinaire.
- Utilisation d'un protocole de référence réciproque afin de faciliter la collaboration avec les médecins pour le suivi de santé de la mère et de l'enfant.

- Information sur les ressources existantes.
- Participation à toute activité ou regroupement liés au revenu, à l'emploi, à l'éducation, à l'alimentation, aux ressources matérielles, etc.

STRATÉGIE: RENFORCEMENT DU MILIEU — SUITE

<i>Cibles</i>	<i>Déterminants</i>	<i>Objectifs intermédiaires</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>
Services publics — Suite	Coordination et concertation	6. Améliorer la coordination et la concertation.	6.1 Développer une vision commune quant à la spécificité des services à offrir en milieu de pauvreté. 6.2 Assurer les conditions de la concertation et de l'action intersectorielle.
Ressources du milieu et lieux de vie (organismes communautaires, garderies, parcs, aires de jeux, rues et ruelles)	Isolement social	7. Briser l'isolement social des familles par la mobilisation des ressources et des personnes faisant partie de leur milieu de vie.	7.1 Favoriser le soutien mutuel entre les familles en facilitant leur intégration dans des ressources d'entraide et d'action communautaire.
	Conditions de vie	8. Améliorer les conditions de vie des familles par la mobilisation des ressources et des personnes faisant partie de leur milieu de vie.	8.1 Consolider ou mettre en place des ressources de soutien socio-économique. 8.2 Consolider ou mettre en place des programmes d'accès au travail et de développement de l'employabilité. 8.3 Consolider ou créer des groupes d'alphabétisation. 8.4 Consolider ou mettre en place des ressources telles que : cuisines collectives, groupes d'achat économique, ouvroirs, comptoirs de meubles, jouets, vêtements à prix modique, ACEF, etc.
	Qualité de l'environnement physique	9. Améliorer la qualité de l'environnement physique des familles.	9.1 Consolider ou établir des modes de concertation afin d'augmenter l'accessibilité à des logements sociaux. 9.2 Rendre les logements, les parcs, les rues et les ruelles plus sécuritaires. 9.3 Favoriser l'accroissement de l'accessibilité des aires de jeux, parcs et équipements sportifs.
	Qualité des relations parents/enfants	10. Améliorer la qualité des relations parents/enfants par la mobilisation des ressources et des personnes faisant partie de leur milieu de vie.	10.1 Consolider ou créer des lieux de rencontre pour parents. 10.2 Consolider ou créer des programmes de stimulation et des garderies éducatives. 10.3 Consolider ou créer des ressources de répit pour les parents.

Exemples d'activités

- Élaboration d'un plan d'action concerté.
- Application d'une démarche en cinq étapes (les cinq étapes de l'action intersectorielle : voir chapitre 6).

- Soutien et accompagnement des familles vers des ressources communautaires existantes, telles la Maison des familles, les ACEF, l'Association des locataires, la Halte-répit, etc.
- Création de groupes d'entraide et d'action à partir des familles visitées.

- Collaboration et concertation avec les ressources et lieux de vie concernés par les conditions de vie des familles en situation de pauvreté : soutien à la recherche de financement; négociation en vue du développement de projets communs (création de services ou d'activités, intégration de familles dans les ressources existantes appropriées, etc.).

- Collaboration et concertation avec les ressources et lieux de vie concernés par les questions de logement en milieu de pauvreté (coopératives d'habitation, association des locataires).
- Intervention visant l'aménagement de zones de stationnement, de parcs et d'aires de jeux sécuritaires.

- Mise sur pied d'une maison de la famille.
- Mise sur pied de programmes de stimulation précoce.
- Implantation de ressources telles que De la visite et YAPP.

STRATÉGIE: RENFORCEMENT DU POTENTIEL INDIVIDUEL

<i>Cibles</i>	<i>Déterminants</i>	<i>Objectifs intermédiaires</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>
Femmes et hommes	Connaissances, attitudes et aptitudes adaptées aux conditions de vie	1. Renforcer la capacité à résoudre les problèmes socio-économiques	<p>1.1 Développer des connaissances et des aptitudes au regard du régime d'aide sociale et des programmes de retour aux études ou de développement de l'employabilité.</p> <p>1.2 Développer des aptitudes permettant d'éviter ou de réduire l'endettement.</p> <p>1.3 Développer des connaissances et des aptitudes au regard des problèmes de la vie domestique (logement, ressources matérielles, transport).</p>
	Sentiment de compétence personnelle et de compétence en tant que parent	2. Améliorer le sentiment de compétence personnelle et de compétence en tant que parent.	<p>2.1 Développer une perception de soi positive, ainsi que des comportements visant l'affirmation de soi, la prise de décision et la solution de problèmes.</p> <p>2.2 Améliorer les connaissances et les aptitudes parentales (étapes du développement de l'enfant, besoins de l'enfant et soins à lui prodiguer, capacité de communiquer avec l'enfant).</p> <p>2.3 Améliorer la communication avec l'enfant, la sensibilité aux signaux de l'enfant.</p>

Exemples d'activités

- Information et accompagnement vers des ressources appropriées : regroupements de personnes assistées sociales, groupes d'alphabétisation.

- Information ; soutien à la planification budgétaire ; accompagnement vers des ressources (par exemple : ACEF).

- Information et accompagnement vers des ressources appropriées : Info-logis, cuisines collectives, groupes d'achat économique, joujouthèques.

- Relation d'aide/rétroaction.
- Parrainage de femmes ou d'hommes pour la réalisation d'activités personnelles (hobby, sorties...).
- Soutien à l'implication dans un groupe de croissance personnelle ou dans toute autre activité valorisante, ou à la participation à un comité local de concertation.

- Suivi individuel.
- Groupes d'éducation parentale axés sur le développement systématique de connaissances et aptitudes parentales par des mises en situation et l'expérimentation de certains apprentissages.
- Accompagnement vers des ressources appropriées : maisons de la famille ; activité Y'a personne de parfait ; De la visite.
- Diffusion de *Grandir*, de *Mieux vivre avec son enfant*.
- Soutien par la «guidance anticipatoire» (Brazelton jusqu'à un mois, pré-Denver par la suite).

- Ateliers de stimulation parents/enfants.
- Programme JEEP (intervention auprès des parents pour des objectifs liés à l'enfant).
- Groupes d'activités mères/enfants ou pères/enfants (clubs sportifs, loisirs...).



STRATÉGIE: RENFORCEMENT DU POTENTIEL INDIVIDUEL — SUITE

<i>Cibles</i>	<i>Déterminants</i>	<i>Objectifs intermédiaires</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>
Femmes et hommes — Suite	Qualité des relations interpersonnelles et des relations conjugales, et sécurité physique	3. Renforcer la capacité à vivre des relations interpersonnelles ainsi que des relations conjugales satisfaisantes, et prévenir la violence conjugale et familiale.	<p>3.1 Développer ou renforcer la capacité de communication interpersonnelle.</p> <p>3.2 Améliorer les communications avec le réseau immédiat.</p> <p>3.3 Améliorer la capacité de communication des conjoints entre eux à propos des enfants et du partage des responsabilités familiales.</p> <p>3.4 Organiser des activités de répit pour les conjoints.</p>
	Tabagisme et autres toxicomanies comme compensation	4. Favoriser la réduction ou la cessation du tabagisme et des autres toxicomanies.	4.1 Favoriser le développement de modes de vie sains chez les familles, par le développement de la capacité de gestion du stress, par le développement d'attitudes et d'aptitudes offrant des solutions à la consommation de tabac, de drogues et d'alcool, et par le développement d'environnements physiques, sociaux et politiques favorables à la réduction ou à la cessation du tabagisme et des autres toxicomanies.

Exemples d'activités

- Relation d'aide/rétroaction.
 - Accompagnement vers des ressources d'entraide.

 - Échanges avec les personnes ayant une importance particulière dans le réseau immédiat.

 - Groupes de discussion entre conjoints.
 - Médiation familiale.

 - Échanges au sujet de la garde des enfants.
-
- Activités de gestion du stress et de développement de compétences.
 - Activités de sensibilisation et de recherche de solutions à la consommation de tabac et autres drogues.
 - Regroupement de personnes pour des ateliers de sensibilisation et d'entraide sur le tabagisme et ses multiples dimensions.
 - Accompagnement vers des ressources d'aide aux personnes toxicomanes.

STRATÉGIE: RENFORCEMENT DU POTENTIEL INDIVIDUEL — SUITE

<i>Cibles</i>	<i>Déterminants</i>	<i>Objectifs intermédiaires</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>
Femmes et hommes — Suite	Sécurité alimentaire	5. Favoriser la sécurité alimentaire.	<p>5.1 Assurer la sécurité alimentaire de la femme enceinte et favoriser le soutien du conjoint.</p> <p>5.2 Diminuer à 5 % le pourcentage de femmes enceintes qui présentent des anémies ferriprives.</p> <p>5.3 Soutenir les choix alimentaires adéquats chez la maman ayant de jeunes enfants.</p> <p>5.4 Augmenter le taux d'allaitement maternel pour les femmes qui le désirent et soutenir les mères qui allaitent.</p> <p>5.5 Chez les femmes qui n'allaitent pas, augmenter la proportion de celles qui donnent du lait maternisé, plutôt que du lait de vache, au cours des neuf premiers mois.</p>
	Méfiance à l'égard des services	6. Améliorer l'accès aux services.	<p>6.1 Identifier les sources de méfiance à l'égard des services et les motifs pour lesquels on refuse ou évite d'y avoir recours.</p> <p>6.2 Informer les parents sur les services et les professionnels disponibles dans la communauté.</p> <p>6.3 Développer une relation de confiance mutuelle intervenantes/familles.</p>
Enfants	Développement physique optimal	7. Favoriser le développement physique optimal des enfants.	<p>7.1 Assurer une couverture vaccinale maximale.</p> <p>7.2 Assurer un suivi de santé des enfants, en complémentarité avec le médecin : suivi staturo-pondéral ; état nutritionnel ; etc.</p> <p>7.3 Informer et soutenir les parents sur l'importance de bonnes habitudes de sommeil chez l'enfant.</p> <p>7.4 Diminuer le taux d'anémie ferriprive chez les enfants, en particulier chez ceux de moins de 2 ans.</p>

Exemples d'activités

- Offre de suppléments alimentaires (oeufs-lait-oranges).
 - Suivi nutritionnel.
 - Dépannage d'urgence et accompagnement vers les ressources communautaires appropriées (cuisines collectives, groupes d'achat économique, etc.).
-
- Information complète sur les modes d'alimentation adaptés aux besoins du nourrisson (allaitement, biberon, formule adaptée, céréales) et soutien du choix de la mère.
 - Référence et accompagnement vers des ressources de marrainage dans le cas du choix de l'allaitement.
 - Information et soutien sur l'introduction d'aliments appropriés dans l'alimentation de l'enfant.
-
- Soutien et accompagnement dans le choix des professionnels et des services.
 - Suivi intense, personnalisé et prolongé des femmes et des hommes.
-
- Clinique de vaccination accessible et adaptée aux besoins de l'enfant.
 - Sensibilisation et implication des médecins.
-
- Information sur les besoins de sommeil des nourrissons et des enfants ainsi que sur les troubles de sommeil les plus fréquents chez les enfants.
 - Soutien à l'établissement de rituels permettant de mettre l'enfant au lit facilement et le rassurer lors de ses réveils nocturnes.
 - Invitation à participer au volet sommeil du programme Y'APP.

STRATÉGIE: RENFORCEMENT DU POTENTIEL INDIVIDUEL — SUITE

<i>Cibles</i>	<i>Déterminants</i>	<i>Objectifs intermédiaires</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>
Enfants — Suite	Fréquence des traumatismes	8. Diminuer la fréquence des traumatismes chez les enfants.	8.1 Diminuer le nombre de traumatismes causés par des accidents d'auto, des incendies, des noyades, des chutes, des brûlures et des empoisonnements.
	Développement psychologique, psychomoteur et social	9. Favoriser le développement psychologique, psychomoteur et social des enfants.	9.1 Favoriser un développement adéquat du langage, de la psychomotricité et de la vie sociale des enfants.
Réseau immédiat (famille, amis, voisins)	Densité et qualité du soutien provenant du réseau immédiat des familles	10. Augmenter la densité et la qualité du soutien provenant du réseau immédiat.	10.1 Renforcer la capacité du réseau immédiat d'offrir différents types de soutien aux familles (résolution de problèmes socio-économiques, acquisition d'habitudes de vie saines, choix des professionnels et des services, etc.).
Services publics (santé, services sociaux, éducation, services municipaux + Ressources du milieu et lieux de vie (organismes communautaires, garderies, parcs, aires de jeux, rues et ruelles)	Attitudes et connaissances des intervenantes au regard des milieux de pauvreté et des approches en milieu de pauvreté	11. Améliorer les connaissances et les attitudes des intervenantes et des gestionnaires.	11.1 Favoriser une compréhension de l'impact quotidien de la pauvreté sur la vie et la santé des familles, et du pouvoir que détiennent les intervenantes dans les milieux de pauvreté en vertu des institutions qu'elles représentent. 11.2 Développer une philosophie d'intervention visant l'«empowerment» des familles à travers la réalité de leurs conditions de vie et le contrôle social qu'elles subissent.

Exemples d'activités

- Information aux parents et invitation à participer au volet sécurité du programme Y'APP.

- Ateliers de stimulation parents/enfants.
- Intégration des enfants dans les services de garde.

- Implication du réseau immédiat dans toute activité de soutien et de recherche de solutions auprès des familles.

- Formation : approches en milieu de pauvreté; action intersectorielle.
- Sensibilisation du personnel médical et infirmier des services hospitaliers d'obstétrique et de pédiatrie à l'approche la plus susceptible d'aider les familles de milieu défavorisé.

STRATÉGIE: RENFORCEMENT DU POTENTIEL INDIVIDUEL — SUITE

<i>Cibles</i>	<i>Déterminants</i>	<i>Objectifs intermédiaires</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>
Services publics (santé, services sociaux, éducation, services municipaux) + Ressources du milieu et lieux de vie (organismes communautaires, garderies, parcs, aires de jeux, rues et ruelles) — Suite	Densité et qualité du soutien des intervenantes	12. Augmenter la densité et la qualité du soutien des intervenantes aux familles, au réseau immédiat, et aux ressources et lieux de vie.	12.1 Développer la capacité des intervenantes d'établir des relations significatives avec les familles. 12.2 Développer et renforcer la capacité des intervenantes de travailler en équipe interdisciplinaire. 12.3 Développer et renforcer la connaissance qu'ont les intervenantes du rapport des femmes et des hommes en situation de pauvreté au regard de la maternité et de la paternité. 12.4 Renforcer la capacité des intervenantes d'offrir différents types de soutien aux familles, au réseau immédiat, aux ressources et lieux de vie : résolution de problèmes socio-économiques; acquisition d'habitudes de vie saines; développement de la compétence parentale; etc. 12.5 Aider les intervenantes et les gestionnaires à développer des aptitudes leur permettant de rejoindre les pères et de les encourager à s'impliquer auprès de leur enfant.
	Coordination et concertation entre les établissements de services et les organismes communautaires	13. Augmenter la coordination et la concertation des services et interventions auprès des familles afin d'éviter le chevauchement chez les familles et d'offrir des services globaux et intégrés.	13.1 Développer des aptitudes permettant une meilleure coordination et une concertation dynamique.

Exemples d'activités

- Formation : relation d'aide ; perfectionnement du travail en équipe interdisciplinaire et des discussions de cas ; développement de la compétence parentale ; développement d'habitudes de vie ; résolution de problèmes socio-économiques ; approche communautaire engagement paternel.

- Mécanismes de circulation de l'information dans les instances concernées par le sujet ; par exemple : bulletin d'information régulier impliquant les différents partenaires.
- Mécanismes de concertation. Prenons à titre d'exemple le programme ontarien «Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur». Il s'agit d'un programme de services intégrés de prévention auprès des enfants à risque et des familles vivant dans les quartiers économiquement défavorisés des localités où le développement des enfants pauvres présente des risques multiples et élevés. La stratégie principale de ce programme repose sur la participation communautaire et fait appel à la mise en place de comités locaux de concertation. Douze quartiers et communautés sont impliqués en Ontario pour la réalisation et l'évaluation de la mise en œuvre de ce programme.
- Formation à l'action intersectorielle.

STRATÉGIE: INFLUENCE

<i>Cibles</i>	<i>Déterminants</i>	<i>Objectifs intermédiaires</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>
Femmes, hommes et enfants + Réseau immédiat	Représentations du rôle paternel en milieu de pauvreté	1. Sensibiliser les personnes visées à l'importance de l'engagement paternel pour l'enfant, la conjointe et le père lui-même.	1.1 Informer les personnes visées des conséquences de l'engagement paternel sur le développement de l'enfant. 1.2 Enrichir le répertoire des exemples ou modèles de pères impliqués.
Services + Ressources du milieu et lieux de vie + Ensemble de la population	Valeurs sociales et culturelles sur la maternité, la paternité et l'éducation des enfants en situation de pauvreté	2. Développer des perceptions positives des personnes et des communautés en situation de pauvreté.	2.1 Sensibiliser la population et les ressources du milieu à l'impact de la pauvreté sur la vie quotidienne et la santé des personnes en situation de pauvreté et faire connaître la débrouillardise dont celles-ci font preuve pour «survivre». 2.2 Sensibiliser la population, les services et les ressources à la légitimité du droit d'avoir des enfants pour les personnes en situation de pauvreté. 2.3 Sensibiliser les personnes en cause à l'importance d'apporter un soutien aux familles dans l'expression des rôles maternels et paternels.
	Politiques sociales et économiques	3. Participer à l'élaboration de politiques visant l'équité dans l'accès à des conditions de santé adéquates pour les personnes et les communautés en situation de pauvreté.	3.1 Faire des représentations ou des pressions en vue de l'abolition, de la création ou de la modification de mesures économiques, sociales ou fiscales qui visent l'amélioration des conditions de vie des personnes en situation de pauvreté. 3.2 Élaborer des états de situation et des programmes en vue de l'énoncé de politiques en matière sociale ou fiscale.

Exemples d'activités

- Envoi postal massif.
- Rencontres d'information.
- Concours dans les écoles : «J'ai un père qui...».

- Campagne d'information.
- Conférences.

- Participation aux mouvements de pression des regroupements de défense des droits. Par exemple : s'impliquer dans la coalition d'opposition à la taxation de l'alimentation prévue par le gouvernement fédéral ; appuyer les revendications des regroupements de personnes assistées sociales ou des groupes luttant pour l'amélioration et l'accessibilité du logement social ; faire des représentations sur la question des allocations pour femmes enceintes défavorisées...

- Participation à la préparation de mémoires ou de programmes dans le cadre de l'élaboration ou de la révision de toute politique concernant l'amélioration des conditions de vie des personnes en situation de pauvreté (familiale, fiscale, municipale, santé ...) par exemple : programme de développement d'emploi et formation professionnelle.

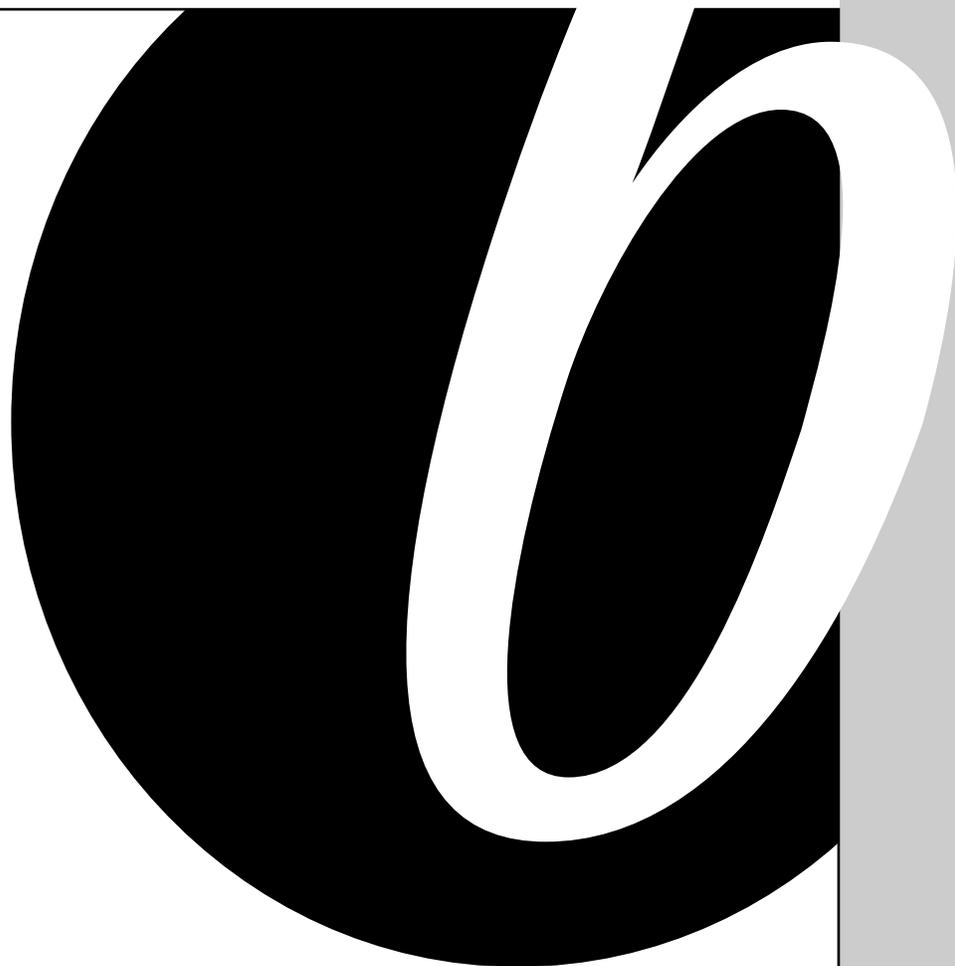
STRATÉGIE: INFLUENCE — SUITE

<i>Cibles</i>	<i>Déterminants</i>	<i>Objectifs intermédiaires</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>
Décideurs	Valeurs sociales et culturelles sur la maternité, la paternité et l'éducation des enfants en situation de pauvreté	4. Développer des perceptions positives des personnes et des communautés en situation de pauvreté.	<p>4.1 Sensibiliser les décideurs à l'impact de la pauvreté sur la vie quotidienne et la santé des personnes en situation de pauvreté et faire connaître la débrouillardise dont celles-ci font preuve pour «survivre».</p> <p>4.2 Sensibiliser les décideurs à la légitimité du droit d'avoir des enfants pour les personnes en situation de pauvreté.</p> <p>4.3 Sensibiliser les décideurs à l'importance d'apporter un soutien aux familles dans l'expression des rôles maternels et paternels.</p>
	Politiques sociales et économiques	5. Élaborer des politiques visant l'équité dans l'accès à des conditions de santé adéquates pour les personnes et les communautés en situation de pauvreté.	<p>5.1 Proposer des mesures sociales, économiques ou fiscales qui visent l'amélioration des conditions de vie des personnes en situation de pauvreté.</p> <p>5.2 Élaborer des états de situation et des programmes en vue de l'énoncé de politiques en matière économique, sociale ou fiscale.</p>

Exemples d'activités

- Présentation de mémoires.
- Interventions publiques par l'entremise des médias.
- Implication des décideurs (députés locaux, ministres responsables, élus municipaux, etc.) dans les projets intersectoriels.
- Interventions lors de commissions parlementaires.

C
H
A
P
I
T
R
E



*Le processus
d'implantation
du programme*

*Naître égaux –
Grandir en santé*

L'implantation du programme Naître égaux — Grandir en santé nécessite la mise en œuvre de processus de coordination, de gestion, de planification, de réalisation et d'évaluation des actions entreprises. Nous entendons par processus les mécanismes de coordination, les modes de gestion et de participation, les modes de fonctionnement en équipe et les cadres opérationnels facilitant la réalisation d'un programme d'intervention et son implantation dans la communauté.

Ce chapitre décrira ces processus : certains sont déjà en place, alors que d'autres sont en voie de le devenir. En d'autres mots, il exposera de façon concrète comment se développera et s'actualisera Naître égaux — Grandir en santé, dans la vie des familles et du milieu, sur le terrain des intervenantes, des gestionnaires et des planificateurs, ainsi que dans le contexte social actuel.

Les processus à la base de l'implantation de ce programme de santé sont complexes : ils impliquent plusieurs partenaires ; ils entraînent, pour les partenaires, des modifications des pratiques (gestion et intervention) et des organisations (réallocation des ressources, changement des modes de fonctionnement des équipes, des horaires des intervenantes et des programmations courantes) ; l'aboutissement des processus suppose des interactions substantielles, dynamiques, continues et coordonnées entre les partenaires ; les problématiques faisant l'objet des processus sont multifactorielles, et ont comme dénominateur commun la pauvreté chronique ; et, enfin, les activités du programme reposent sur un modèle écologique, ce qui exige le déploiement de multiples stratégies au regard de multiples déterminants et cibles, tant en ce qui a trait aux individus qu'à leur environnement.

Les processus doivent donc être abordés dans une perspective multifactorielle et au moyen d'approches multidisciplinaires et multisectorielles. Souplesse, transparence, réalisme et souci de convergence des efforts deviennent des atouts de taille dans ce contexte.

Quelques conditions de réussite préalables

Les acquis obtenus depuis l'implantation du programme jusqu'à aujourd'hui nous permettent de dégager des leçons et de déterminer les conditions favorables à la mise sur pied d'un programme tel que Naître égaux — Grandir en santé dans une communauté. Parmi ces conditions favorables, nous retrouvons :

- la volonté politique des partenaires du programme ;

- une gestion souple et une coordination fonctionnelle des opérations, fondées sur un solide partenariat ;
- des conditions organisationnelles adéquates ;
- des responsabilités et des rôles clairs et partagés entre tous les partenaires.

Volonté politique

La première condition est la présence d'une volonté politique en faveur de l'amélioration de la santé et du bien-être des familles et des tout-petits en situation chronique de pauvreté. Les orientations ministérielles contenues dans *La Politique de la santé et du bien-être*, dans la *Politique de périnatalité* et dans le *Plan d'action jeunesse*, et l'engagement subséquent du MSSS afin de concrétiser ces orientations, ont facilité grandement la mise en œuvre du programme Naître égaux — Grandir en santé. L'investissement du MSSS au point de vue financier a permis le déploiement du suivi personnalisé des femmes enceintes en milieu défavorisé, par la distribution de suppléments alimentaires et l'ajout de ressources humaines dans les CLSC participants.

D'autres forces politiques viendront s'ajouter à celles déjà à l'œuvre dans les prochains mois et renforceront l'appui déjà substantiel du MSSS, du moins pour les régions de Montréal et de l'Abitibi-Témiscamingue : la santé des femmes enceintes et des tout-petits en situation de pauvreté devient une des priorités régionales de la Régie de la santé et des services sociaux de la région de Montréal-Centre pour les trois prochaines années (1995-1998) ; Centraide est en train de mettre au point un programme de soutien financier à l'action intersectorielle locale autour de la santé des enfants pauvres du Montréal métropolitain ; la Direction de la promotion de la santé de Santé Canada, à l'aide du programme PACE, s'apprête à financer un des volets de l'implantation du programme, soit celui de l'action intersectorielle locale, dans huit territoires de CLSC à Montréal (la même démarche est en cours en Abitibi).

Gestion, coordination et partenariat

Le soutien à l'implantation du programme Naître égaux — Grandir en santé nécessite la conception de cadres opérationnels et d'outils d'intervention et de recherche, la réalisation d'activités de recherche et de formation, et une coordination efficace des efforts investis par les divers partenaires impliqués. C'est ce type de soutien qu'une direction de santé publique peut fournir aux partenaires de l'implantation.

Le soutien à l'implantation du programme (conception d'outils, recherche, formation, gestion et coordination) dans dix secteurs de CLSC est assumé par l'équipe de recherche-intervention du programme Naître égaux — Grandir en santé, logée au sein de l'Unité organisationnelle Écologie humaine et sociale de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Cette équipe travaille en collaboration avec la Direction de la santé publique de la Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue, laquelle soutient l'implantation du programme aux CLSC Le partage des eaux et le Minordet.

La coordination a mobilisé de façon substantielle les équipes des directions de santé publique, et a été grandement soutenue par la mise en place de mécanismes tels que la table de gestion du programme intégré, constituée des directeurs généraux des CLSC partenaires, des responsables des équipes des directions de santé publique concernées, ainsi que de représentants du MSSS (promotion de la santé, programmes aux jeunes et à leur famille). Occasionnellement, cette table de gestion s'élargit et convie les coordonnatrices des équipes famille-enfance-jeunesse des CLSC partenaires.

De plus, une table régionale regroupant les coordonnatrices et les chefs d'équipe des modules famille-enfance-jeunesse des mêmes CLSC, de même que les responsables de l'intervention des directions de santé publique, existe dans chaque région.

Afin de refléter la réalité des nouveaux volets opérationnels de l'implantation du programme qui feront appel à de nouveaux partenaires, en l'occurrence les organismes communautaires et les représentants d'autres réseaux (éducation, loisirs, aide sociale, protection de la jeunesse, etc.), d'autres mécanismes de gestion et de coordination seront à inventer, ou encore, les mécanismes décrits précédemment devront s'élargir davantage et convier de façon formelle ces nouveaux partenaires à participer au programme.

Conditions organisationnelles

Une solide maîtrise des conditions organisationnelles dans les CLSC et les DSP a permis d'accumuler des acquis positifs sur le chapitre de l'implantation d'un des volets du programme (principalement le volet individuel en période prénatale). En effet, l'obtention de financement complémentaire, l'investissement substantiel de ressources humaines pour la réalisation des activités, la participation de celles-ci à des sessions de formation et

à des groupes de travail, ainsi que la planification continue de l'ensemble des activités, ont donné lieu à une implantation relativement satisfaisante de ce premier volet.

Dans chaque CLSC, une équipe interdisciplinaire a été constituée avec des membres d'au moins trois professions parmi les suivantes : infirmière, intervenante sociale, nutritionniste, médecin, organisatrice communautaire, auxquels s'ajoutaient la chef d'équipe et la coordonnatrice (dans certains cas). Le premier mandat de cette équipe est de soutenir l'intervenante privilégiée dans son intervention auprès des familles. Les équipes ont reçu une formation (sous forme de supervision) afin de perfectionner leur fonctionnement en équipe interdisciplinaire, et sont soutenues par des professionnels de l'équipe de la Direction de la santé publique (agents de liaison entre les équipes des CLSC et les DSP).

Ce mode de fonctionnement paraît fondamental pour réaliser une intervention globale efficace en milieu de pauvreté. Nos observations lors de la supervision-formation nous permettent de dire que les équipes actuelles ont atteint, de façon générale, une certaine maturité dans leur dynamique de fonctionnement. Elles doivent cependant maintenir leurs efforts afin de rendre optimaux le rendement des discussions de cas et la contribution de chaque profession à la solution des problèmes dans une perspective écologique.

D'autres conditions organisationnelles sont à envisager afin d'élargir la portée du programme dans une perspective écologique et de mettre en œuvre les autres volets du programme, tels que : le volet collectif ; le partenariat avec le réseau communautaire ; l'action intersectorielle au niveau local ; l'influence de la population générale et des décideurs sur les changements macrosociaux. Des efforts sont actuellement investis dans la préparation de cadres opérationnels, d'outils et d'activités de formation, ainsi que dans la mise au point des conditions organisationnelles adéquates afin d'actualiser ces éléments opérationnels.

Rôles et responsabilités

Des rôles et des responsabilités clairement définis et partagés parmi tous les partenaires du programme constituent la trame de fond du cheminement envisagé pour l'ensemble de l'implantation du programme. Voici, en guise de résumé, un survol des rôles et responsabilités tels qu'ils sont énoncés tout au long de ce document.

Les directions de santé publique des régions régionales de la santé et des services sociaux (en l'occurrence celles de Montréal-Centre et de l'Abitibi) détiennent un rôle de coordination des activités de soutien à l'implantation du programme. La planification du développement du programme, la conception de cadres opérationnels et d'outils d'intervention, la réalisation d'activités de recherche et de formation, la recherche de financement, sont autant de facettes qui concrétisent ce rôle.

Le rôle des CLSC consiste essentiellement en la réalisation des activités de mise en œuvre du programme. Ils ont été très actifs jusqu'à maintenant dans l'expérimentation de la phase prénatale, phase qui correspond à une partie du volet individuel/collectif du cheminement exposé dans ce chapitre. L'intervenante privilégiée soutenue par l'équipe interdisciplinaire est le pivot de l'intervention prénatale. Les CLSC continueront à être des partenaires de premier plan dans le développement de l'intervention postnatale, dans l'élaboration d'activités collectives et communautaires avec les familles et les ressources du milieu, dans la mise au point de l'action intersectorielle et du volet macrosocial. Dans ce contexte, l'intervenante communautaire de l'équipe interdisciplinaire du CLSC deviendra elle aussi une ressource pivot et agira comme trait d'union entre l'équipe, les familles et les ressources du milieu.

Les organismes communautaires, compris comme les partenaires privilégiés dans la catégorie «ressources du milieu», représentent des collaborateurs de première importance dans la mise en œuvre de l'ensemble du programme. Plusieurs d'entre eux ont déjà des liens et des activités communes avec les équipes des CLSC : orientation et accompagnement des familles par les intervenantes du CLSC vers les organismes communautaires ; participation des intervenantes du CLSC à des tables de concertation d'organismes du quartier ; soutien aux organismes par les intervenantes du CLSC.

Les perspectives de développement du programme, telles qu'exposées dans ce document, nécessiteront cependant un net rapprochement des directions de santé publique et des CLSC avec les organismes communautaires afin que des actions concertées émergent de cette association et que chaque partie se sente respectée dans son champ de compétences et dans ses valeurs. Plus qu'un rapprochement, une réelle reconnaissance des forces des organismes communautaires, ainsi que l'allocation de ressources nécessaires à leur rayonnement dans le cadre de projets communs auprès des familles en situation d'extrême pauvreté, devront faire partie des «règles du jeu».

L'implication des autres ressources du milieu (médecins, cliniques médicales, centres hospitaliers, CPEJ, écoles, garderies, aide sociale, loisirs, etc.) se concrétisera selon diverses modalités : de façon ponctuelle ou continue, auprès de familles en particulier ou dans le cadre d'actions intersectorielles et macrosociales.

D'autres grands partenaires détiennent un rôle de bailleurs de fonds (MSSS, Santé Canada-PACE, Régie régionale de Montréal-Centre, Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue). Certains d'entre eux fournissent aussi des ressources humaines offrant des conseils et de l'expertise professionnelle aux équipes des directions de santé publique et des CLSC, comme le MSSS par l'intermédiaire de plusieurs de ses directions (Programmes-jeunesse ; Promotion de la santé ; Formation et développement). Certaines universités (Montréal, Sherbrooke, UQAM, Laval), ainsi que la Fédération des CLSC, sont des institutions qui apportent expertise et soutien à la mise en œuvre du programme, et notamment aux activités de recherche propres au programme.

Le cheminement global de l'implantation du programme

La présente section vise à exposer les étapes du processus d'implantation du programme intégré et à présenter les partenaires impliqués dans ce processus à différents niveaux (familial, communautaire, régional, provincial). Que ce soit les familles, le réseau communautaire, les CLSC, les centres hospitaliers, les directions de santé publique, tous seront conviés à travailler dans le cadre d'une approche globale de la santé des familles en situation de pauvreté.

Le schéma 3 illustre les composantes du cheminement de l'implantation du programme Naître égaux — Grandir en santé dans la communauté.

Le concept clé qui sert de trame de fond au déploiement de l'ensemble du cheminement et qui représente la raison d'être du programme est celui de l'« empowerment » des familles et des milieux en situation de pauvreté.

Le schéma que nous vous proposons comprend les mécanismes qui permettront de mettre en place et de soutenir les différentes activités du programme : les équipes interdisciplinaires des CLSC ; les ressources du milieu (réseau communautaire, CH, cliniques médicales, réseau de l'éducation, etc.) ; les groupes promoteurs de l'action intersectorielle locale ; les regroupements de partenaires autour d'actions politiques ou médiatiques ; les directions de santé publique.

Il comprend aussi les volets autour desquels s'articulent les étapes de travail : le volet individuel/collectif renvoie aux activités s'adressant aux personnes, aux familles et à des petits groupes de personnes de familles (suivi personnalisé, groupes d'entraide et d'action, accompagnement vers les ressources, etc.) ; le volet de l'action intersectorielle locale renvoie aux activités regroupant les ressources du milieu dans une perspective de concertation et d'action en vue de l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des familles de la communauté ; le volet macrosocial renvoie à des activités de nature politique ou médiatique et il mobilisera les différents partenaires de l'implantation du programme Naître égaux — Grandir en santé.

Les mécanismes ou ensembles organisationnels travaillant à différents niveaux sont en interaction constante les uns avec les autres. Aucune ligne étanche ou hermétique n'est tracée entre les différents volets ; ceux-ci sont complémentaires, les activités réalisées dans l'un des volets venant parfois alimenter et soutenir la réalisation d'activités dans un autre volet. De même, les étapes ne représentent pas les jalons d'un cadre rigide à réaliser nécessairement selon un ordre linéaire. Elles sont plutôt des points de repère opérationnels, et renvoient à des cadres de référence dûment éprouvés dans d'autres domaines.

Étapes

- | | | |
|---|--|---|
|▶ Recrutement des femmes et des familles |▶ Réalisation d'activités et de projets |▶ Suivi personnalisé <ul style="list-style-type: none">• Création de groupes d'entraide et d'action• Développement de collaborations avec des groupes communautaires et d'autres ressources du milieu (CH, cliniques médicales, etc.) |
|▶ Mobilisation des familles et des ressources du milieu |▶ Établissement de consensus |▶ Mise en commun des projets et des besoins <ul style="list-style-type: none">• Élaboration du plan d'action• Implantation/Évaluation |
|▶ Détermination des enjeux et mobilisation des acteurs et partenaires ou association à d'autres acteurs et partenaires |▶ Préparation des dossiers |▶ Élaboration de plans de communication et d'action politique <ul style="list-style-type: none">• Réalisation/Évaluation |

*Le volet
individuel
/ collectif*

Définition

Le volet individuel/collectif du programme Naître égaux — Grandir en santé consiste en un suivi personnalisé des familles en situation de pauvreté ayant de jeunes enfants et favorise leur participation à des groupes d'entraide et d'action. Le suivi personnalisé comprend différents éléments : visites à domicile par une intervenante privilégiée, distribution de suppléments alimentaires aux femmes enceintes, suivi de santé, soutien psychosocial, accompagnement vers les ressources du milieu, etc. Il peut aussi contribuer à favoriser le regroupement de familles et leur participation aux activités de groupes d'entraide ou d'action communautaire.

Le volet individuel/collectif peut être mis en œuvre et soutenu par le CLSC du quartier. C'est ce que révèle, de façon relativement positive, l'expérience acquise jusqu'à maintenant. Il pourra néanmoins être soutenu aussi par les ressources du milieu, notamment par les organismes communautaires. Une négociation quant au partage des responsabilités entre CLSC et organismes communautaires, alliée à un financement adéquat des activités de ces derniers, seront des ingrédients essentiels à des collaborations harmonieuses.

Conditions de réussite

Les familles au premier plan

Le volet individuel/collectif de l'implantation du programme interpelle d'abord les familles ayant de jeunes enfants et vivant en situation de pauvreté. Grâce à l'établissement d'une solide relation de confiance entre les intervenantes et les familles, ces dernières sont amenées à cerner leurs besoins et à participer, librement et à leur rythme, à l'élaboration de moyens d'améliorer leur santé et leur bien-être. Ces moyens peuvent être mis en place au sein de la famille ou du réseau immédiat, à l'intérieur de petits groupes, au sein de groupes communautaires ou dans d'autres ressources du milieu, et cela, grâce à un suivi personnalisé, à des activités de groupe et à un soutien/accompagnement de la part des intervenantes.

L'engagement initial du CLSC

Les CLSC, en collaboration avec les ressources du milieu, voient à la mise en œuvre du volet individuel/collectif. Ils conçoivent les stratégies de recrutement des familles et appliquent les moyens énumérés précédemment.

L'engagement initial d'un CLSC dans le processus d'implantation d'un programme intégré repose sur plusieurs conditions qui sont examinées par la direction de la santé publique et le CLSC en question : au regard de la population desservie par le CLSC et visée par le programme ; au regard de la philosophie d'intervention du CLSC auprès de la population en situation de pauvreté ; au regard de l'adhésion du CLSC à la philosophie mise de l'avant dans le programme ; au regard de la disponibilité des ressources humaines et matérielles du CLSC. Une entente globale est conclue à tous les niveaux du CLSC quant à la participation de celui-ci au programme et à la mise en place des conditions opérationnelles.

Une formation portant sur les interventions en milieu de pauvreté est offerte au personnel du CLSC, et particulièrement aux intervenantes appelées à mettre en œuvre un programme intégré.

Il y a ensuite constitution d'une équipe interdisciplinaire soutenant la mise en œuvre du programme dans la communauté. Il peut s'agir d'une nouvelle équipe ou encore d'une équipe déjà en place dans le secteur famille-enfance-jeunesse et qui reçoit le mandat de réaliser un programme intégré. L'équipe voit éventuellement à préciser son mandat et à préciser les rôles et responsabilités de chacun ; elle discute de la vision et des fondements du programme et vérifie l'engagement de chaque intervenante ; elle voit à préciser aussi son mode de fonctionnement et à établir un climat de travail agréable où règnent la confiance et l'interdépendance des membres.

Une formation est offerte à l'équipe en vue de l'aider à perfectionner son fonctionnement d'équipe interdisciplinaire et à améliorer le déroulement de ses discussions de cas.

L'ouverture au milieu

Le volet individuel/collectif exigera le développement d'une étroite collaboration entre les CLSC et les ressources du milieu, et, particulièrement, les organismes communautaires. L'expertise de ces derniers pour travailler avec des personnes en situation de pauvreté, qui ont tendance à s'isoler et qui craignent le réseau public, et les interventions spécifiques qu'ils ont développées, en font des collaborateurs de première importance.

D'autres ressources du milieu sont interpellées dans le volet individuel/collectif et leur tâche est de s'assurer que les femmes enceintes et les familles puissent jouir d'un suivi de santé «intégré» où toutes les intervenantes collaborent, tant dans le démar-

chage de ces familles que sur le plan des services qui leur sont offerts et des références qui en découlent : cliniques médicales, personnel infirmier et médical des départements d'obstétrique, centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, centres de travail Québec, etc.

Les étapes de l'implantation du volet individuel/collectif

Première étape : recrutement des femmes et des familles

Une fois les conditions préalables bien établies au sein du CLSC, l'équipe interdisciplinaire définit son plan de travail et détermine des stratégies de recrutement. Elle élabore ainsi un plan de communication, qu'elle devra réviser périodiquement, le recrutement exigeant un effort soutenu. L'équipe procède donc à la mise en œuvre et à la relance périodique d'une variété de moyens pour faire connaître le programme, particulièrement auprès des femmes enceintes ou venant d'accoucher, et vivant en situation chronique de pauvreté.

Concrètement, il s'agit, sur une base périodique, de réviser les mécanismes d'admission, d'informer tout le personnel du CLSC, de sensibiliser les intervenantes des groupes communautaires et des autres institutions (garderies, paroisses, etc.), de faire de la publicité auprès des commerçants (dépanneurs, pharmacies, clubs vidéo, etc.), de rencontrer systématiquement le personnel en obstétrique et en pédiatrie des hôpitaux ainsi que certains omnipraticiens, de diffuser de la publicité de masse (Publi-sac, journaux de quartier, etc.), etc.

Les femmes enceintes entrent éventuellement en contact avec le CLSC, par l'intermédiaire de l'équipe d'intervenantes. Une première rencontre est proposée aux femmes, à leur domicile ou au CLSC, selon leur choix, à l'intérieur de laquelle une démarche d'intervention est discutée. Progressivement, et au fil des rencontres, les enfants, les conjoints et le réseau immédiat sont aussi conviés, à des degrés divers, à la démarche.

Deuxième étape : réalisation d'activités et de projets

Une intervenante dite «privilegiée», soutenue par l'équipe interdisciplinaire du CLSC, se rend à domicile ou au lieu choisi par la femme. À compter de la 20^e semaine de grossesse, des rencontres ont lieu toutes les deux semaines. Ces rencontres sont complétées par la distribution de suppléments alimentaires.

Ce suivi personnalisé se poursuit au cours de la phase postnatale immédiate. Des femmes n'ayant pas bénéficié du programme au cours de la phase prénatale peuvent également s'insérer dans le programme après avoir été référées par un hôpital ou à la suite de l'entrevue téléphonique réalisée sur réception des avis de naissance.

Avant l'implantation du programme, les CLSC offraient déjà environ cinq visites postnatales aux femmes les plus en difficulté. À ces cinq visites, s'ajoute un minimum de cinq visites pour les femmes ayant été suivies au cours de leur grossesse, de dix visites pour les femmes s'intégrant après la naissance de l'enfant, et de 15 visites dans le cas de références. Selon les cas, ce suivi peut également être fait en collaboration avec des personnes aidantes du milieu.

Voilà pour la composante individuelle du volet.

Au fur et à mesure que s'établit la relation de confiance et que les besoins et les projets de la femme et de sa famille sont déterminés, l'intervenante privilégiée peut proposer à la femme, et à son conjoint, de se joindre à d'autres femmes, ou à d'autres hommes, et de bénéficier d'activités d'entraide ; celles-ci émergent spontanément ou prennent place dans des organismes communautaires. C'est ainsi que s'articule la composante collective du présent volet. À ce stade, la contribution de l'organisateur communautaire de l'équipe interdisciplinaire est très précieuse.

L'articulation de la composante collective soulève des enjeux pratiques pour l'équipe du CLSC, tels que :

- la nécessité d'établir une relation de confiance avec le milieu (et non plus seulement entre une intervenante et une femme, ou une famille) ;
- l'urgence de faire évoluer les pratiques professionnelles afin d'y intégrer la préoccupation de rejoindre les familles visées («reaching out») ;
- l'importance de respecter un équilibre dans l'investissement financier pour le suivi individuel et l'action communautaire ;
- la nécessité d'appliquer certains mandats d'intervention communautaire du programme Naître égaux — Grandir en santé, tels que : identifier les besoins et les ressources des familles et les valider à la fois auprès de l'équipe du CLSC et des ressources du milieu ; orienter les familles vers les ressources du milieu ; mobiliser les familles et faciliter leur participation à des groupes d'action et d'entraide.

L'équipe interdisciplinaire du CLSC, de concert avec les familles et les ressources du milieu avec lesquelles une solide relation de confiance est établie, se mobilise au fil du temps et petit à petit en vue d'enclencher l'action intersectorielle locale.

L'action intersectorielle locale

Définition

L'action intersectorielle peut se définir comme une démarche réunissant des ressources de divers secteurs d'activité possédant des mandats complémentaires et des fonctionnements parfois différents, afin de mettre en place un plan d'action global pour résoudre un problème complexe. Appliquée à Naître égaux — Grandir en santé, la démarche d'action intersectorielle locale permettra de réunir les partenaires d'une communauté, représentants des organismes du milieu et résidents, afin de soutenir la réalisation d'activités qui, en conjonction les unes avec les autres, vont faire en sorte que les enfants, dans leurs premières années de vie, ainsi que leur famille, puissent profiter de conditions favorables à leur développement. Dans les quartiers où se déroule le programme, le plan d'action issu de l'action intersectorielle offrira donc un ensemble cohérent de services axés sur de multiples cibles, utilisant de multiples stratégies. Il s'intéressera aux interventions de renforcement du potentiel auprès des parents et de leurs enfants. En partant des ressources existantes et d'une concertation locale, il verra à la consolidation et au développement de ressources offrant notamment un soutien matériel et social (ex. : cuisines collectives), du soutien au développement global de l'enfant par le renforcement de l'interaction parent/enfant, du répit, de l'entraide. D'une façon plus globale, il visera des actions sociales en vue de réduire les inégalités socio-économiques et de soutenir l'engagement des différents acteurs sociaux à l'égard des familles vivant en milieu d'extrême pauvreté.

À cette étape de l'évolution du programme, certains enjeux quant à l'élaboration de l'action intersectorielle méritent d'être soulevés et se dessinent comme des pistes à explorer :

- élaborer une action intersectorielle en y intégrant les familles en situation chronique de pauvreté et en renforçant la contribution des organismes communautaires au sein de l'instance ou du mécanisme ;
- respecter un équilibre dans l'investissement financier pour le volet individuel/collectif et l'action intersectorielle ;
- s'assurer de la prise en considération des besoins des familles ainsi que de leur participation au sein de l'instance ou du mécanisme concerné.

Compte tenu de ces enjeux, les mandats liés à l'action intersectorielle dans le cadre du programme Naître égaux — Grandir en santé pourraient être :

- de déterminer, de consolider ou de créer les projets, moyens et ressources nécessaires au renforcement du milieu ;
- de participer ou de mettre en œuvre une ou des actions du volet macrosocial.

Conditions de réussite

Nous avons reproduit, une liste de cinq conditions de réussite de l'action intersectorielle. Cette liste s'est d'abord inspirée des travaux d'un groupe de consultants en action intersectorielle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992) puis, ensuite, d'opinions recueillies par l'équipe de rédaction du présent document auprès d'autres intervenantes du milieu communautaire et du réseau de la santé. Ces conditions, précise le groupe de consultants du MSSS (1992), interagissent. Par exemple, un climat de méfiance aura des effets négatifs sur l'implication des partenaires. Autre exemple, une absence de discussion sur les orientations émuera tôt ou tard l'implication des partenaires.

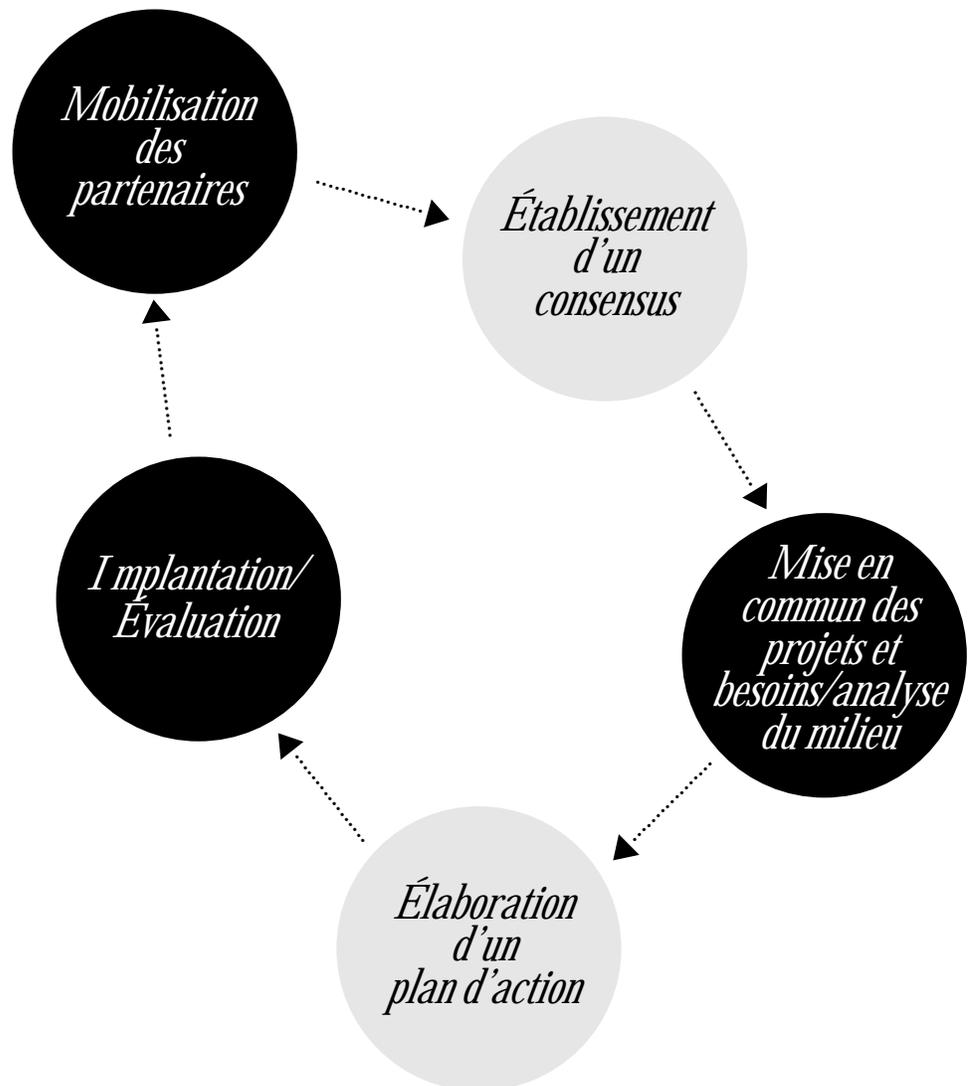
T a b l e a u 4
LES CINQ CONDITIONS DE RÉUSSITE DE L'ACTION INTERSECTORIELLE

Orientations et buts en commun	Concevoir l'action intersectorielle comme une interface où il est possible, pour des partenaires <i>qui ne partagent pas tout</i> , de s'entendre sur une vision commune quant aux besoins des familles, sur une philosophie d'intervention et sur des orientations communes.
Structure de fonctionnement souple et efficace	Il peut être utile, dans un contexte intersectoriel, de mettre en place une structure de fonctionnement. Celle-ci doit être souple, efficace, bien définie et reconnue officiellement par l'ensemble des organismes.
Climat d'ouverture et de confiance	Attitudes essentielles à une collaboration entre des acteurs issus de cultures et de milieux différents : <ul style="list-style-type: none"> • ouverture à de multiples points de vue ; • tolérance à l'ambiguïté ; • respect des différences. Ceci implique de : <ul style="list-style-type: none"> • reconnaître l'expertise particulière que les groupes communautaires ont développée ; • prendre conscience que ces derniers n'ont pas les mêmes moyens (prévoir des frais de représentation) ni les mêmes responsabilités étatiques ; • respecter la culture du milieu communautaire et celle des résidents participants (rythme des rencontres, animation des réunions, vulgarisation de la documentation, etc.).
Implication réelle des partenaires, y compris des familles	Seul l'engagement réel des partenaires et des familles peut insuffler du dynamisme au projet. Il faut alors : <ul style="list-style-type: none"> • être en mesure d'exprimer clairement et ouvertement ses positions, ses contraintes et ses aspirations ; • être prêt et avoir la disponibilité voulue pour investir du temps et de l'énergie ; • pouvoir accepter de nouvelles responsabilités, de nouveaux mandats. Bref, il s'agit, pour les personnes impliquées, d'exprimer au moyen de gestes concrets leur volonté de s'associer et de prendre part aux décisions et aux actions communes.
Parti pris pour des actions concrètes	L'action intersectorielle ne prend réellement son sens que dans des actions concrètes. C'est lorsque les multiples acteurs en cause agissent ensemble, en vue d'apporter des réponses concrètes aux besoins des familles, qu'elle s'actualise.

Les étapes de développement de l'action intersectorielle

Nous inspirant cette fois d'un document vidéo *L'Action intersectorielle — un jeu d'équipe* (Ouellet, et al., 1995), nous proposons que, dans la mesure du possible, Naître égaux — Grandir en santé soit réalisé suivant une démarche locale en cinq étapes :

S c h é m a 4
UNE DÉMARCHE LOCALE DE PLANIFICATION EN CINQ ÉTAPES



Les auteures consultées ici nous incitent à ne pas envisager l'ordre des étapes de façon linéaire. On observe un mouvement circulaire, un mouvement de va-et-vient entre les étapes. Ainsi, un événement se présentant pendant l'implantation du plan d'action peut inciter les partenaires à revenir sur certains éléments du consensus de base et à les préciser.

De plus, dans une logique de développement du milieu, on conviendra qu'il est important que la démarche ne soit pas uniforme, mais s'appuie sur la dynamique de chaque milieu et sur les formes de collaboration locale antérieures.

Première étape : la mobilisation des familles et des ressources du milieu

La mobilisation des familles et des ressources du milieu sera menée par un groupe promoteur constitué de partenaires du programme Naitre égaux — Grandir en santé. En relation avec l'équipe interdisciplinaire du CLSC, qui assure un suivi personnalisé aux familles et favorise leur intégration dans des groupes du milieu, le groupe promoteur prend contact avec les acteurs de la communauté et examine avec eux le bien-fondé d'agir ensemble afin de mettre en œuvre un plan d'action adapté aux familles ciblées par Naitre égaux — Grandir en santé. Ces acteurs peuvent être des résidents, des regroupements déjà existants (table de concertation spécifique au secteur famille-enfance ou table non spécifique à ce domaine), des organismes publics et parapublics (santé et services sociaux, éducation, administration municipale, emploi et main-d'œuvre), des organismes communautaires (maisons de la famille, groupes d'entraide, etc.), des représentants de parents. Le regroupement peut comprendre entre dix et quinze partenaires.

Avec les partenaires qui se joignent à lui, le groupe promoteur détermine quel est le type de regroupement le plus susceptible de faciliter la collaboration entre les partenaires. Il peut s'agir d'un nouveau regroupement ou d'une table déjà en place dans la communauté. Dans le cas d'un nouveau regroupement, il faut clarifier les mandats et le degré de participation de chaque organisme et discuter du type de représentants que l'organisme veut déléguer (intervenantes ou gestionnaires).

Deuxième étape : vers un consensus de base

Établir un consensus de base, c'est s'entendre entre partenaires sur des orientations communes. Les partenaires sont appelés à

prendre position par rapport aux orientations du programme Naitre Égaux — Grandir en santé. Par exemple, ils se demandent :

- Veut-on agir avec plusieurs partenaires plutôt qu'avec un seul ?
- Veut-on agir sur plusieurs déterminants ou facteurs de risque plutôt que sur un seul ?
- Veut-on utiliser plusieurs stratégies d'action plutôt qu'une seule ? Laquelle ou lesquelles privilégier ?
- Veut-on travailler avec les parents plutôt que pour les parents ?

Ils définissent ensemble les buts et objectifs de leur regroupement, ce sur quoi il est le plus important d'agir ensemble en tant que regroupement.

Les partenaires se donnent des modes de fonctionnement et s'entendent sur les points suivants :

- Comment seront réparties les responsabilités ?
- Comment seront prises les décisions ?
- Qui coordonnera le regroupement et les projets d'action, et à raison de combien de jours par semaine ?
- Comment les projets seront-ils financés ?
- Comment l'information circulera-t-elle entre les organismes partenaires et dans la communauté ?

Troisième étape : la mise en commun des projets et des besoins et l'analyse du milieu

Il est sans doute plus motivant pour les partenaires de faire leur premier plan d'action à partir d'une mise en commun des besoins déjà perçus ou exprimés dans le milieu, ainsi que d'une analyse de leurs projets, c'est-à-dire des projets déjà en œuvre ou de ceux qu'ils ont l'intention de faire. Le suivi personnalisé et l'intégration des familles dans des groupes d'entraide et d'action seront des éléments de base du plan d'action, auxquels doivent être ajoutés des projets axés notamment sur le renforcement des milieux et l'influence.

L'intégration des projets déjà existants chez les partenaires permet de développer graduellement le sentiment d'appartenance dans le groupe et d'éviter une surcharge de travail due à l'arrivée de nouveaux projets. Ceci permet également de revitaliser des projets existants. Les partenaires peuvent par exemple se poser les questions suivantes :

- Y a-t-il dans le territoire des cibles non visées et des stratégies non utilisées dans les projets ?



- Y a-t-il des familles non rejointes ?
- Y a-t-il des points de complémentarité ?
- Peut-on déceler des collaborations concrètes entre les partenaires en cause ?

Pour mieux ajuster leur prochain plan d'action, les partenaires s'attachent ensuite à cerner davantage les besoins exprimés par les familles visées dans les groupes d'entraide et d'action. Ils font aussi des analyses du milieu leur permettant de mieux connaître les familles et leur environnement; il faut choisir les éléments à analyser à partir de l'ensemble des facteurs de risque ou des déterminants retenus. Si elle se fait avec la participation de tous, l'analyse du milieu peut non seulement répondre à des objectifs visant une plus grande connaissance de celui-ci, mais aussi permettre de profiter de l'occasion pour associer les familles à l'action du regroupement.

Quatrième étape : l'élaboration du plan d'action

Si l'on considère la diversité des ressources impliquées et des facteurs influençant la santé des familles, il importe d'élaborer un plan d'action qui tienne compte de cette diversité tout en étant cohérent. Il faut donc choisir les projets d'action en s'assurant de la complémentarité des cibles et des stratégies. Chaque partenaire doit y trouver sa place et les ententes de collaboration doivent devenir concrètement possibles.

Étant donné l'ampleur de la démarche et afin de maximiser l'impact du regroupement, le plan d'action doit comprendre aussi des activités de soutien (formation des intervenantes, évaluation, recherche, etc.) destinées à l'ensemble des projets d'action et au regroupement. Le plan d'action est refait tous les ans et peut être élaboré en deux étapes :

- ① Un plan des projets par stratégie et, si possible, par groupe cible.
- ② Un plan opérationnel par projet (activités, ressources humaines et matérielles, calendrier, budget).

Cinquième étape : l'implantation et l'évaluation du plan d'action

Pendant l'implantation du plan d'action, les partenaires voient à ce que soient appliqués des mécanismes de coordination et de

soutien par rapport aux projets. Ils se posent les questions suivantes :

- Les intervenantes ont-elles la disponibilité et la motivation nécessaires pour réaliser leurs projets d'action ?
- Les mécanismes prévus pour faire circuler l'information entre les membres du regroupement fonctionnent-ils bien ?
- Les membres développent-ils des liens concrets ?
- Comment est l'atmosphère des réunions ?
- Les intervenantes et les résidents participants ont-ils le soutien nécessaire (renforcement individuel, formulation de projets pour demande de subventions, communication avec la population, formation, etc.) ?

L'évaluation permet notamment de prendre du recul par rapport au plan d'action et au fonctionnement du regroupement. Elle fait partie du plan d'action et doit être planifiée avant que la mise en œuvre du plan d'action ne commence. Un processus interactif d'évaluation avec les partenaires permet de faire ressortir, au fur et à mesure de l'implantation du plan d'action, le point de vue des acteurs sur les orientations, les composantes du plan d'action et le déroulement du projet, et de faire les réajustements nécessaires.

Le volet macrosocial Définition

Le volet macrosocial traduit de façon opérationnelle la stratégie d'influence du programme Naître égaux — Grandir en santé. Basé sur des actions de nature politique ou médiatique, il peut interpeller tous les partenaires et les proches collaborateurs impliqués dans la mise en œuvre du programme, et les amener à se mobiliser en se regroupant, ou à s'associer à des coalitions ou à des mouvements déjà existants. La portée des actions peut déborder le niveau local et avoir une envergure régionale ou provinciale.

Les enjeux faisant l'objet du volet macrosocial peuvent émerger des familles rejointes dans le cadre des activités du programme, ou des besoins exprimés par les intervenantes et les ressources du milieu tout au cours du processus d'action intersectorielle. Les enjeux peuvent également être cernés par les directions de santé publique et par la table de gestion du programme Naître égaux — Grandir en santé.

Le mécanisme que sous-tend ce volet peut prendre différentes formes à différents niveaux : un regroupement de représentants d'équipes de CLSC et de ressources de divers quartiers autour d'un enjeu commun (exemple : la sécurité alimentaire) ; un regroupement de professionnels de la santé publique ; un regroupement de familles en situation de pauvreté. Il peut aussi s'agir d'un mécanisme créé et généré par les partenaires du programme Naître égaux — Grandir en santé en vue de mettre un enjeu très spécifique sur la place publique, ou encore en vue de se joindre à un mouvement ou à une coalition déjà en marche.

Conditions de réussite

Élargissement de la mission du secteur de la santé publique

Le débat à ce sujet est ouvert, du moins chez plusieurs professionnels du réseau public de la santé et des services sociaux : est-ce la responsabilité du secteur de la santé publique de s'intéresser aux aspects macrosociaux de la santé ?... disent certains. Avons-nous l'expertise et la légitimité reconnues pour contribuer, à travers notre mission en santé publique, à l'amélioration d'enjeux sociaux qui nous entraînent au-delà de notre cadre épidémiologique traditionnel ?... se demandent d'autres.

Le lien entre des forces sociales telles que le chômage, la pauvreté, la précarité du logement, le faible niveau d'éducation et la santé des individus et des communautés s'impose dorénavant et a été plus que documenté ces dernières années. Nous devons puiser dans cette évidence la légitimité d'intervenir sur un front social plus large et assumer ainsi la responsabilité sociale qui nous incombe et qui consiste à couvrir le maximum de déterminants de la santé (y compris les conditions de vie) reconnus comme pertinents au regard de la majorité des problématiques de santé publique (touchant particulièrement les populations défavorisées) à l'heure actuelle. Le choix des moyens d'action fait également l'objet d'un débat dans lequel s'inscrit la mise en œuvre du volet macrosocial de ce programme.

Développement d'aptitudes stratégiques et techniques

Monter des dossiers en vue de faire des représentations publiques ou de prendre position publiquement au regard de politiques sociales liées au chômage, à l'aide sociale, à l'accès au logement social dans les quartiers défavorisés... S'allier au mouvement communautaire afin de prendre position face à des enjeux liés à la qualité et aux conditions de vie... Mettre la question de l'alphabétisation au cœur de la production de matériel

d'information... Modifier les perceptions populaires de la réalité de l'extrême pauvreté au profit d'une vision plus compréhensive de cette réalité...

...Toutes ces actions exigeront, pour plusieurs intervenantes du réseau public, le développement d'aptitudes stratégiques et techniques. À cet égard, les organisateurs communautaires des CLSC et les intervenantes des organismes communautaires seront riches en enseignements et seront certainement des acteurs pivots dans l'actualisation de ce volet du programme Naître égaux — Grandir en santé.

Les étapes de l'implantation du volet macrosocial

Première étape : détermination des enjeux et mobilisation des acteurs

Un enjeu tel que la sécurité alimentaire a déjà été cerné par «Nourrir Montréal», dans le cadre de «Vivre Montréal en santé», ainsi que par la table de concertation sur la faim de Montréal. Ces organismes proposent l'élaboration d'une politique de sécurité alimentaire visant à réduire le dépannage alimentaire d'urgence et à rendre accessible aux personnes démunies une alimentation saine.

Les partenaires du programme Naître égaux — Grandir en santé pourraient décider de s'associer à cette organisation pour contribuer à l'élaboration de cette politique, ainsi qu'à sa promotion et à son opérationnalisation.

Par ailleurs, un comité de travail pourrait être mis sur pied afin de déterminer les thèmes d'une campagne d'information, ou en vue d'une production médiatique ayant trait, par exemple, aux préoccupations et aux stratégies de survie des personnes en situation d'extrême pauvreté.

D'autres enjeux pertinents permettraient certainement de mobiliser les intervenantes de Naître égaux — Grandir en santé, comme, par exemple : améliorer l'accès à des garderies éducatives en milieu défavorisé afin d'améliorer les possibilités de développement des jeunes enfants.

Deuxième étape : préparation des dossiers

Le groupe de travail mandaté par les partenaires du programme Naître égaux — Grandir en santé en vue de mener une action au niveau macrosocial procède à des recherches et à la collecte

d'information au sujet des enjeux définis à la première étape. Il peut aussi contribuer aux recherches d'autres acteurs engagés dans le cadre d'un mouvement social plus large. Une analyse critique des données et des positions gravitant autour des enjeux amène le groupe de travail à recommander à l'ensemble des partenaires de Naître égaux — Grandir en santé des canevas de représentation publique ou d'intervention médiatique.

Troisième étape : élaboration de plans de communication ou de stratégies d'action politique

La sensibilisation d'un groupe-cible (certains professionnels, des décideurs) ou de la population générale d'un quartier ou d'une région à l'une ou l'autre mesure susceptible d'améliorer les conditions de vie et de réduire les effets de la pauvreté sur la santé gagne à être la plus systématique possible. C'est pourquoi, à cette étape, on investira le temps nécessaire à la conception de la démarche (de communication ou de lobby) et des outils qui s'y rattachent. La collaboration des agents de communication qui oeuvrent au sein de certains organismes partenaires sera alors des plus précieuses.

Quatrième étape : réalisation/évaluation

L'évaluation périodique, puis finale, des différentes étapes de réalisation définies précédemment est une dimension majeure de l'implantation de ce volet du programme. Des formes d'évaluation complémentaires peuvent ici être envisagées : outre l'utilisation ou l'adaptation de certains outils classiques de planification, l'implication des différents acteurs dans un processus de recherche-action est une avenue qui mérite d'être sérieusement examinée.

Faut-il le souligner ? Le volet macrosocial du programme Naître égaux — Grandir en santé en est à un stade très initial de sa conception. Il reste donc encore beaucoup de travail à faire pour étoffer ce volet à la lumière de la très riche expérience des mouvements sociaux (féministes, écologiques, syndicaux, politiques) et des organismes communautaires.

C
H
A
P
I
T
R
E



*Le programme
de soutien à
l'implantation*

En tant qu'initiatrice et coordonnatrice de Naître Égaux — Grandir en santé, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre a conçu et réalisé, avec ses partenaires, un programme de soutien et de développement des ressources humaines à l'intention des intervenantes qui offrent le programme. Elle a aussi mis au point une panoplie d'outils d'intervention pour faciliter et systématiser l'action. Elle est enfin soucieuse de favoriser l'évaluation de tous les aspects du programme. Des outils d'évaluation sont en voie de conception.

Ce chapitre présente les différentes composantes de ce programme de soutien à l'intervention, tel que résumé dans le tableau qui suit.

T a b l e a u 5
 NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ
 PROGRAMME DE SOUTIEN À L'IMPLANTATION ET OUTILS D'INTERVENTION

<i>Soutien et développement des ressources humaines</i>	<i>Outils d'intervention</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Formation : approche des milieux de pauvreté • Perfectionnement du travail en équipe interdisciplinaire et des discussions de cas • Formation : démarche systématique • Formation : intervention nutritionnelle • Formation : action intersectorielle (à venir) • Occasions/événements favorisant les échanges (journées de ressourcement, «café/brioche», bulletins de liaison, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche initiale d'identification des besoins (cahier et guide) • Formulaire de référence au programme • Outils de l'intervention nutritionnelle • <i>Mon album de grossesse</i> • Répertoire des ressources communautaires • Outils de communication et de recrutement • Outils de travail en équipe interdisciplinaire et de discussion de cas • Outils de soutien à l'action intersectorielle • Outils d'évaluation

Programme de soutien et de développement des ressources humaines.

La Direction de la santé publique offre à ses partenaires un programme de soutien aux ressources humaines qui comprend des sessions de formation initiale, des sessions de mise à jour et du tutorat pour les réunions d'équipe périodiques et pour l'établissement des plans d'action concertée. Chaque CLSC évalue dans quelle mesure cette formation commune comble l'ensemble de ses besoins et la complète, si nécessaire, par d'autres sessions de formation locale *ad hoc*. C'est ainsi que les CLSC ont invité des formatrices pour la démarche systématique d'intervention qu'ils avaient sélectionnée (modèle McGill ou Orem), que certains se sont donné une formation en toxicomanie par l'intermédiaire d'un organisme spécialisé, et que d'autres ont invité des formateurs des services de la Sécurité du revenu.

Les CLSC ont été les principaux bénéficiaires des activités de formation jusqu'à maintenant. Les équipes des directions de santé publique, en collaboration avec le MSSS, s'apprêtent toutefois à élargir la portée de ces activités et à les offrir à d'autres partenaires, et en particulier aux organismes communautaires appelés à s'associer de plus en plus étroitement à la réalisation d'activités auprès de familles en situation d'extrême pauvreté et ayant de jeunes enfants.

Au-delà des activités de formation, il est important de préciser qu'un bagage d'attitudes adaptées à l'intervention dans un milieu de vie difficile demeure un atout précieux pour toute intervenante offrant le programme Naître égaux — Grandir en santé. Parmi ces attitudes, on retiendra notamment la curiosité, le sens de l'aventure, un sentiment de sécurité personnelle et professionnelle, une ouverture à la polyvalence et à la concertation.

Formation sur l'approche des milieux de pauvreté

L'approche des milieux de pauvreté est apparue comme un élément primordial de formation, puisqu'il appartient aux institutions et aux professionnelles d'identifier et de surmonter les barrières de toute nature qui empêchent les familles vivant en milieu de pauvreté d'utiliser les services offerts à la population en général.

Les changements nécessaires dans les pratiques professionnelles et dans l'organisation du travail ne sont possibles qu'à la suite d'un partage des connaissances, et en fonction de l'expérience et de l'acquisition de la meilleure compréhension possible des caractéristiques (non seulement des problèmes, mais aussi des ressources) de ces milieux. C'est pour répondre à ces besoins que la session intitulée *Extrême pauvreté, maternité et santé*, basée à la fois sur les conclusions de la recherche du même nom

et sur l'expérience des intervenantes impliquées, est offerte au stade initial de l'implantation du programme.

Perfectionnement du travail en équipe interdisciplinaire et des discussions de cas

Le perfectionnement du travail en équipe interdisciplinaire et des discussions de cas est la seconde activité de formation abordée au sein du CLSC. Les ressources d'une équipe sont rarement mises à profit au maximum. Les professionnelles des différentes disciplines qui sont représentées dans chaque équipe locale offrant le programme sont plutôt habituées à travailler parallèlement, et ont recours aux références à l'occasion. Avec son concept d'*intervenante privilégiée appuyée par une équipe interdisciplinaire*, le programme propose une approche où le partage d'expertises amène chacune à élargir ses propres frontières professionnelles. Dès le début de l'implantation du programme, il y eut une session de formation au travail d'équipe. Puis, conséquemment à l'addition de personnel dans plusieurs équipes, de nouveaux besoins ont été exprimés et de nouvelles sessions de formation ont été organisées avec les équipes locales pour les convier à une analyse des conditions de succès du fonctionnement de l'équipe, particulièrement lors des discussions de cas bimensuelles. Le nouveau plan de formation fournit de plus des outils concrets pour améliorer ce fonctionnement, ainsi que d'autres outils pour l'évaluer périodiquement.

Formation à une démarche systématique pour l'intervention individuelle

Dans le cadre du suivi individuel, il est entendu que la démarche d'intervention doit être systématique sur le plan de la collecte d'informations, de la définition d'un plan d'intervention et de son évaluation périodique. Cette démarche doit être systématique pour répondre à des objectifs visant le bien-être global de la femme et de sa famille, lesquels sont déterminés avec (et non seulement pour) la femme et son réseau immédiat. Mais dans l'esprit du programme, il est entendu que le plan d'intervention, tout en étant systématique, n'est pas rigide, et que l'intervenante est à l'écoute, à chaque contact, des besoins particuliers du moment, et qu'elle demeure ouverte aux réajustements d'ensemble qui peuvent résulter de l'évolution de la femme auprès de qui elle intervient ou de la situation de celle-ci.

Le choix d'un modèle conceptuel n'a pas été chose facile, car il n'existe pas de modèle interdisciplinaire qui serait satisfaisant pour tous. Lors de la mise en oeuvre du programme, l'ensemble

des infirmières de chaque CLSC étaient en voie d'adopter un modèle de nursing (McGill, OREM, etc.). Comme les infirmières constituaient en quelque sorte le noyau de l'équipe interdisciplinaire du programme, le modèle de nursing adopté fut proposé comme celui de l'équipe de Naître Égaux — Grandir en santé. L'expérience a démontré que toutes les professions représentées dans l'équipe ne se reconnaissaient pas nécessairement dans ce modèle.

Dans ces conditions, on a finalement opté pour laisser à chaque intervenante le soin d'appliquer une démarche systématique reconnue au sein de sa profession, tout en misant sur l'utilisation d'outils accessibles à tous et sur le renforcement du travail de l'équipe interdisciplinaire comme lieu de discussion non moins systématique.

Formation à l'intervention nutritionnelle

L'intervention nutritionnelle fait l'objet d'une formation sur mesure, menée par un noyau de nutritionnistes qui, dans leur équipe de CLSC, font des suivis individuels et participent à des actions communautaires visant la sécurité alimentaire des familles démunies du milieu. La formation porte sur :

- les besoins alimentaires des femmes (spécifiquement pendant la grossesse et le post-partum), des enfants (particulièrement pendant les deux premières années de vie) et des familles en général ;
- les suivis individuels, incluant les possibilités et capacités matérielles de s'alimenter suffisamment et de façon convenable, incluant aussi le suivi alimentaire du bébé, en conjonction avec les autres professionnels impliqués ;
- la question de l'allaitement puisque ce dernier offre au bébé la meilleure nutrition possible tout en favorisant l'attachement mère/enfant. Cependant, nous savons que cette pratique n'est pas très courante dans les milieux de grande pauvreté, et il faut discuter avec les intervenantes de la manière de la proposer sans l'imposer. Le choix de l'allaitement suppose une information juste, une démarche prénatale et un suivi postnatal soigneux et respectueux ;
- des ressources collectives existantes, de même que sur la connaissance, le développement et la création, au besoin, de nouvelles ressources, et sur les actions politiques menées dans chaque territoire pour assurer la sécurité alimentaire des familles de milieux défavorisés.

La formation sur le suivi nutritionnel prénatal a été offerte dans un premier temps. Plus récemment, un autre type de formation a

été offert à l'ensemble des équipes d'intervenantes, pour mettre en valeur les liens entre la faim et la santé, non seulement physique mais aussi mentale, et souligner la valeur de l'intervention sur la sécurité alimentaire dans le suivi psychosocial. Les volets *Ressources du milieu en alimentation* et *Nutrition postnatale* seront aussi couverts lors de cette formation.

Formation à l'action intersectorielle

Le dernier domaine de formation envisagé est celui du développement de l'action locale dans un contexte intersectoriel. Il s'agit ici d'une session en préparation. Nous nous inspirerons notamment, pour son élaboration, du programme de formation déjà conçu au service de formation MSSS-Réseau dans le domaine de la toxicomanie chez les jeunes : «Développement d'un programme concerté dans un contexte multisectoriel» (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992). À partir d'une réflexion préalable sur les cibles et stratégies de promotion de la santé et de prévention, cette formation permet aux participantes d'acquérir des connaissances et de mettre en pratique des notions reliées à chacune des étapes de l'action intersectorielle (mobilisation, discussions menant à un consensus de base...).

Occasions diverses d'échange et de ressourcement

En plus des sessions de formation systématiques énoncées plus haut, les intervenantes bénéficient de divers moyens de se ressourcer, de discuter de leurs problèmes, d'échanger entre elles à propos des défis et des réalisations du programme. Des rencontres sont offertes aux coordonnatrices et aux chefs d'équipe plusieurs fois par année. Il y eut un colloque d'une journée en juin 1994 auquel participaient toutes les intervenantes, les chefs d'équipe, les coordonnatrices, les directeurs et directrices de CLSC, ainsi que des représentants des régies régionales concernées et du MSSS. Les chefs des équipes de Montréal se rencontrent périodiquement pour des «café et brioches» afin d'échanger sur le déroulement courant de l'implantation. Un bulletin interne de liaison paraît quatre fois par année, grâce aux articles des intervenantes de tous les niveaux.

En somme, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, en collaboration avec la Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue, a coordonné un programme formel commun de développement des ressources humaines et a encouragé les équipes de CLSC à se donner des sessions de formation *ad hoc* selon les besoins exprimés (exemples : approche systémique ; toxicomanies ; violence ; etc). Ce programme est complété par un

éventail d'activités de formation plus large, destinées à des groupes particuliers, ou offert à des étapes particulières de l'intervention. À mesure que le programme se développera et gagnera en ampleur, ce qui inclut l'implication du milieu dans un plan d'action concerté, la formation ne pourra plus se limiter au personnel des CLSC et des régies, mais impliquera aussi les partenaires du milieu qui participeront à l'action collective pour les familles de milieux démunis ayant de jeunes enfants.

Les outils d'intervention

La Direction de la santé publique de Montréal-Centre a élaboré des outils pour faciliter et standardiser l'intervention, en collaboration avec les partenaires des autres directions de santé publique et des CLSC. Quand les outils s'adressent aux clientes, ils ont été élaborés et évalués avec des femmes de condition similaire. La plupart de ces outils se retrouvent en annexe à la fin du présent document.

Démarche initiale d'identification des besoins

Démarche initiale d'identification des besoins est le titre d'un cahier illustré de huit pages que l'intervenante remplit avec la femme enceinte au cours des premières visites. Compte tenu de la complexité de la situation des clientes du programme, et comme le stipule le guide d'utilisation, l'objet de cet outil est de :

«...dresser un portrait de la femme enceinte qui tient compte, précisément, de la globalité de sa situation. Ce portrait sera alors présenté à l'équipe multidisciplinaire au sein de laquelle l'analyse est amorcée. Il ne s'agit donc pas d'une grille de dépistage de risques, à compléter à tout prix sous le mode question/réponse au cours d'une première rencontre. Comme la priorité est accordée à l'établissement d'une relation de confiance mutuelle, cette démarche initiale permet de consigner les échanges des trois ou quatre premières visites.»

Cet outil est accompagné d'un guide, se présentant sous la forme d'une feuille recto verso, à l'intention des intervenantes (voir l'annexe 1). Dans sa forme actuelle, il est le résultat d'une étude formelle de validation (voir le chapitre suivant).

Formulaire de référence au programme

Chaque équipe d'intervention participant à Naître Égaux — Grandir en santé encourage les médecins qui rencontrent des

femmes ciblées par le programme à adresser celles-ci au CLSC, par le moyen d'un formulaire de référence. En Abitibi, il s'agit d'un formulaire d'avis de grossesse déjà préparé par les CLSC en place. Pour les CLSC de Montréal, le formulaire de référence est commun. Tous les formulaires de référence contiennent l'identification de la cliente et celle du CLSC où elle est adressée, le motif de la référence, le consentement signé de la cliente, et un espace pour la réponse du CLSC (voir l'annexe 2).

Outils de l'intervention nutritionnelle

L'équipe de nutritionnistes qui a élaboré le plan d'intervention nutritionnelle propre au programme et organisé la formation des intervenantes a prévu une série d'outils, dont certains font partie du dossier des clientes, et dont d'autres sont à l'usage exclusif des intervenantes.

Outils relatifs aux clientes et faisant partie de chaque dossier

- Besoins et ressources en alimentation en période prénatale. Sur une feuille recto verso, l'intervenante peut consigner tous les aspects de son évaluation des besoins et des ressources de la cliente enceinte par rapport à l'alimentation, incluant les questions relatives à l'appétit et à la capacité de se procurer, de conserver et de préparer de la nourriture.
- Courbes de suivi du gain de poids gestationnel. Au dossier de chaque femme, se trouve un graphique qui permet d'illustrer son gain de poids pendant la grossesse, comparative-ment à l'écart considéré comme normal si l'on tient compte de son poids d'avant la grossesse. L'intervenante doit choisir entre quatre courbes, selon que la cliente part d'un poids considéré comme normal, ou inférieur ou supérieur à la normale, ou qu'elle attend des jumeaux.
- Relevé alimentaire. Le relevé alimentaire consiste à énumérer tout ce que la cliente a mangé et bu en une journée. Il est conseillé de le faire au besoin de trois à six fois pendant le suivi prénatal, et de consigner le tout sur une seule feuille recto verso. L'intervenante dispose d'un espace qui lui permet d'évaluer si les quatre groupes alimentaires sont bien représentés dans l'alimentation de sa cliente, et grâce auquel elle peut vérifier s'il y a eu ingestion de certains éléments en particulier. L'intervenante peut favoriser l'implication de sa cliente par l'utilisation d'un tableau illustré et effaçable, où cette dernière inscrit les aliments

ingérés durant une période donnée, pour en discuter avec l'intervenante à la visite suivante.

Outils relatifs aux intervenantes (trousse de formation et de consultation)

- Guide d'utilisation du document intitulé *BESOINS ET RESSOURCES EN ALIMENTATION EN PÉRIODE PRÉNATALE*. Ce guide est un instrument de formation et de consultation qui permet aux intervenantes, en particulier à celles qui ne sont ni nutritionnistes ni infirmières, de comprendre pourquoi les questions contenues dans le document servant à l'évaluation sont posées, quelles sont les réponses qui appellent un approfondissement, s'il y a risque nutritionnel, et quelles sont les solutions à explorer. Parmi les annexes de ce guide, on trouve la méthode pour trouver l'indice de masse corporelle de chaque femme, lequel permettra de choisir la courbe de gain de poids appropriée, des instructions pour remplir le relevé alimentaire, et une foule de trucs, recettes et conseils pratiques en rapport avec l'alimentation dont plusieurs peuvent être photocopiés à l'intention des clientes. On encourage l'équipe de chaque site d'intervention à insérer dans le guide le répertoire des ressources alimentaires locales et à le tenir à jour.
- Guide de suivi alimentaire de l'enfant. Ce guide est encore à l'état de projet. Les intervenantes suivent présentement le développement des enfants des familles du programme avec les méthodes et outils en usage dans leur milieu. Nous voulons établir une banque commune des documents utiles et les insérer dans un guide qui repose sur une philosophie d'intervention cohérente et qui soit en accord avec les autres éléments de notre programme.

Un bon de commande (à l'annexe 5) permet d'acheter ces documents.

Mon album de grossesse

Mon album de grossesse est un outil visuel et interactif de 45 pages à l'intention des femmes enceintes du programme. Il fournit aux intervenantes des «prétextes» pour communiquer avec les femmes sur divers sujets reliés à la grossesse : perception qu'elles ont de leur bébé, malaises de la grossesse, alimentation, drogues, motifs de leur grossesse, sexualité, accouchement, etc. Il a été conçu dans le cadre d'un projet de recherche par des spécialistes de l'éducation et en relation avec des groupes d'alphabétisation. L'album comporte nettement plus d'images

que de texte et contient des espaces pour que la femme enceinte colle des photos ou des images et inscrive ses notes.

Cet outil pourra être commandé cet automne. Vous trouverez un bon de commande à l'annexe 5.

Répertoire de ressources communautaires

Chaque région participante a été invitée à regrouper, sous forme de répertoire, les ressources communautaires en périnatalité qui peuvent être utiles aux familles participant au programme.

Pour la région de Montréal, le territoire couvert déborde les quatre CLSC qui offraient initialement le programme pour s'étendre à toute la pointe est de l'île. Le *Répertoire des ressources en périnatalité de l'Est de l'Île de Montréal* comporte deux divisions principales : les services donnés en CLSC et les services communautaires ou certains autres services publics. Les services hors CLSC sont répartis de la façon suivante : soutien matériel pour tout ce qui est donné, loué ou vendu à bas prix ; soutien psychosocial, incluant les services d'écoute, l'hébergement, les ressources pour adolescentes, pour toxicomanes, les ressources liées au SIDA et à l'action sociale et éducative ; information/éducation en alimentation, incluant le marrainage d'allaitement et les cuisines collectives ; soutien juridique ; soutien parental et services de garde occasionnelle. Le tout est complété, outre le classique index alphabétique, d'un index des mots-clés, grâce auquel on peut retracer les ressources à partir du problème ou des solutions proposées.

Outils de communication et de recrutement

Différents outils ont été produits pour faire connaître le programme, soit auprès des femmes ciblées, soit auprès de collaborateurs éventuels : pharmaciens, agents d'aide sociale, médecins, prêtres, personnel de périnatalité dans les hôpitaux, commerces de quartier, tables de concertation, groupes communautaires et intervenantes de toutes sortes dans le milieu. Il s'agit de dépliants d'information décrivant le programme et les points de service, d'affiches (munies ou non d'une pochette contenant des feuillets avec le numéro de téléphone à rejoindre), de cartes de visite, d'encarts pour les journaux, de feuillets pour les «Publi-sacs», etc. Ces outils ont été produits ou préparés soit par un ou des CLSC, sur une base régionale, soit pour tous les CLSC participant au programme. La distribution s'est faite soit par la poste, soit lors de visites personnelles, soit lors de rencontres de groupes, soit par des distributeurs attirés.

Outils de travail en équipe interdisciplinaire et de discussion de cas

Lors de la formation au travail interdisciplinaire, la formatrice a utilisé avec les équipes (et leur a laissé pour utilisation ultérieure) des outils pour évaluer leur interaction interdisciplinaire, pour rendre plus efficace le déroulement des réunions bimensuelles, grâce à la description des rôles de chacun, et pour évaluer collectivement chaque réunion à intervalles réguliers. Sous forme de listes de contrôle, de fiches, de grilles ou de questionnaires, les équipes ont à leur disposition une variété d'outils en rapport avec les facteurs de réussite du travail en équipe : ordre du jour et fonctionnement des réunions, présentation des cas et déroulement des discussions (voir l'annexe 3).

Outils de l'intervention postnatale

Bien que plusieurs de ces outils doivent encore être développés, nous avons mis au point un tableau contenant les interventions qu'il convient de planifier au cours des deux premières années de vie de l'enfant. Le rythme et le contenu des visites sont axés sur des événements significatifs du développement de l'enfant. Certains aspects n'ont pas été répétés, de période en période, mais demeurent toujours pertinents, comme le suivi de la croissance et du développement, l'importance de la guidance d'anticipation ou l'impact du tabagisme parental sur la santé des enfants. Ce tableau se retrouve à l'annexe 4 du présent document et s'intitule «Suivi individuel en période postnatale : calendrier et activités».

Outils de soutien de l'action intersectorielle

Pour faciliter la mise en œuvre de l'action intersectorielle, plusieurs outils seront mis à la disposition des différents regroupements locaux. Dans une trousse de formation à l'action intersectorielle mise en circulation récemment par l'équipe de santé publique (Ouellet, *et al.*, 1995), les intervenantes trouveront une liste de questions à se poser ou de considérations pratiques pour assurer le bon déroulement de chacune des cinq étapes du processus d'action intersectorielle. Cette trousse rassemble aussi des outils expérimentés auprès de différents regroupements, tels que :

- un canevas d'entrevue semi-dirigée auprès de partenaires potentiels (étape de la mobilisation) ;
- une grille d'entrevue semi-structurée auprès de partenaires actuels (étape de la mise en commun des projets et de l'analyse du milieu) ;

- un guide d'animation pour structurer le processus d'analyse d'un plan d'action local (étape de l'élaboration du plan d'action local) ;
- une grille d'analyse des conditions de concertation intersectorielle (étape du bilan).

C
H
A
P
I
T
R
E



*Et la
recherche?*

Même si le programme Naître égaux — Grandir en santé s'appuie sur une analyse systématique de programmes semblables offerts ailleurs dans le monde, il faut admettre que la connaissance, tant des populations vivant en situation chronique d'extrême pauvreté que de leurs rapports aux services de santé, est relativement limitée. C'est pourquoi la démarche d'implantation, de consolidation et d'évaluation des effets de ce programme a été accompagnée d'un ensemble de projets de recherche complémentaires. L'objet de ce chapitre n'est pas de se substituer aux rapports de recherche et de présenter les résultats de ces différents projets. Il s'agit plutôt d'apporter un éclairage sur l'articulation entre la recherche et l'intervention au sein de ce type de programme et auprès de la clientèle spécifique qui y est rejointe, et de présenter brièvement les grands axes des projets de recherche terminés, en cours et en préparation².

Dès 1989, lors des premières étapes de planification de l'intervention et de la recherche associée au programme Naître égaux — Grandir en santé, il a été décidé, pour des raisons de faisabilité, de scinder la conception systématique, l'opérationnalisation et l'évaluation de la phase prénatale de celles de la phase postnatale du programme. C'est ainsi que la formation, les outils, mais également les demandes de subvention de recherche, ont été d'abord conçus en fonction de la phase prénatale. Il a cependant toujours été clairement établi que les efforts de développement et d'opérationnalisation de la phase postnatale du programme se poursuivraient, afin de faire de celui-ci un véritable programme «intégré», pré et postnatal, implanté non seulement en CLSC, mais également dans les ressources communautaires et autres institutions du milieu.

Dans ce contexte, la validation d'instruments, l'évaluation de la mise en œuvre du programme et l'étude des effets de la phase prénatale ne constituent qu'une première étape; une deuxième étape est déjà en préparation à la lumière de l'expérience acquise au cours des dernières années. Le programme de recherche s'adaptera aussi aux nouvelles orientations du programme d'intervention.

2. Les non-initiés voudront bien excuser le caractère plus aride de la présentation des devis de recherche, tandis que les chercheurs nous pardonneront, dans le contexte d'inévitable raccourcis. Les protocoles sont disponibles pour les intéressés.

Les projets de recherche terminés

Extrême pauvreté, maternité et santé³

Ce projet de recherche a été mené concurremment à la conception de la phase prénatale du programme Naître égaux — Grandir en santé. Ses retombées sur l'intervention touchent à trois domaines distincts : clarification des orientations du programme, conception d'outils d'intervention (*Mon album de grossesse* et *Démarche initiale d'identification des besoins*) et animation d'une session de formation sur l'approche auprès des clientèles de milieu défavorisé.

Le rapport expose les résultats de cette recherche, qui a été conduite avec une approche compréhensive s'inspirant du courant de la recherche participative. Trois petits groupes de femmes (comportant au total 16 femmes) de trois quartiers populaires de Montréal se sont rencontrés toutes les semaines pendant dix semaines. Des outils d'animation servaient à déclencher les discussions. La retranscription des enregistrements des 30 rencontres a constitué le cœur du matériel qui a été soumis à des analyses qualitatives.

Ce projet visait à étudier un ensemble de facteurs qui conditionnent le recours aux services de santé en milieu d'extrême pauvreté. Mettant au jour la vision de ces femmes enceintes relativement à leurs conditions de vie, à leurs préoccupations, à la maternité, à leur réseau d'entraide, à la santé et aux professionnels de la santé et des services sociaux, les chercheuses ont été à même d'élaborer un schéma explicatif du lien entre la pauvreté et le recours aux services de santé. Ce schéma fait intervenir plusieurs facteurs en interrelation les uns par rapport aux autres. Il est en cela conforme à la vie des femmes en situation d'extrême pauvreté chez lesquelles le cumul prolongé de difficultés de différents ordres, est, justement, difficilement réductible à une dimension isolée.

En effet, les femmes en situation d'extrême pauvreté évoluent dans un contexte de survie (économique, mais également affective) qui laisse peu de place au développement personnel et social en dehors de la maternité. Parce qu'elles y trouvent un sens à leur vie, la maternité est le projet dans lequel elles s'investissent totalement, bien que dans leur situation d'extrême pauvreté, met-

3. Christine COLIN, Francine OUELLET, Ginette BOYER, Catherine MARTIN, Montréal, Éditions St-Martin, 1992, 259 p.

Ce projet a bénéficié d'une subvention du Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain ainsi que du ministère de la Santé et des Services sociaux.

tre des enfants au monde soit généralement considéré comme socialement illégitime (notamment aux yeux des professionnels qu'elles côtoient, mais souvent même par leur entourage immédiat). Malgré tous les risques associés à ce projet (particulièrement celui de reproduire le cycle de la pauvreté et de la violence dont elles sont issues), ces femmes, qui ont déjà surmonté tant de difficultés, puisent principalement en elles-mêmes les ressources nécessaires pour le mener à terme.

Leur expérience de la maternité demeure néanmoins fortement marquée par la peur de perdre leurs enfants. Si elles craignent de se voir privées de l'affection de leurs enfants au profit de toute autre personne étrangère qui en prendrait soin, elles ont surtout littéralement peur de se faire enlever leurs enfants, de s'en voir retirer la responsabilité première. Cette peur, enracinée dans leur histoire personnelle et dans leur environnement, ne détermine pas seulement les contacts qu'elles peuvent avoir avec les services sociaux : leurs rapports avec les professionnels des services de santé peuvent être limités à leur plus simple expression à cause des risques de délation et de renforcement du contrôle social qu'ils comportent.

Plus largement, c'est le fait même d'*avoir recours* qui pose problème. Faire appel à des groupes communautaires, au voisinage, ou même à des membres de la famille, suppose que l'on vainque de grandes résistances. Se sentant constamment obligées de défendre leur projet d'avoir des enfants malgré les conditions de vie qui sont les leurs, elles veulent ardemment (et doivent, dans une certaine mesure), prouver à leur entourage qu'elles sont capables de se *débrouiller* toutes seules. En dehors de quelques petits services courants ou d'une relation privilégiée avec une personne en particulier, demander de l'aide est ressenti par ces femmes comme une expérience humiliante et lorsqu'elles s'y résignent, c'est d'abord *pour les enfants*.

Dès lors, avoir un bon moral est une nécessité impérieuse à laquelle sont subordonnés certains choix : fumer pour prévenir la violence envers les enfants et pour penser un peu à soi en est sans doute l'exemple le plus patent. Les conseils de santé normatifs et culpabilisants, qui ne font qu'ajouter au stress déjà si intense que ces femmes gèrent quotidiennement, ne trouvent guère de résonance dans leur vie.

Ces femmes en situation d'extrême pauvreté sont durement confrontées aux contradictions des institutions qui, tout en offrant des services, sont génératrices de contrôle social. Il est donc difficile, pour elles, de concevoir que l'on puisse changer la finalité

des services de santé, même si on peut en améliorer l'organisation. Dans ces conditions, leur insistance pour avoir la liberté de choisir les institutions et les intervenantes auxquelles elles s'adressent est non seulement une façon de surmonter certaines barrières culturelles, mais aussi une préoccupation d'ordre politique.

Par conséquent — et ces conclusions sont désormais à la base de *Naître égaux — Grandir en santé* —, seule une intervention globale, faisant appel au potentiel de développement et de mobilisation des personnes et comportant des actions multisectorielles, a quelque chance de permettre l'accès à une meilleure santé chez ces femmes. Mais le contrôle social qui est associé à ces interventions oblige les établissements à repenser constamment la finalité des moyens dont ils se dotent pour offrir des services adaptés à cette population, même si ces services sont établis sur la base de facteurs de succès reconnus.

Validation d'une fiche d'intervention clinique cumulative⁴

Au cours de l'étape de préparation à l'étude des effets de la phase prénatale du programme, on a procédé à l'évaluation qualitative et quantitative de la validité et de la fidélité d'une fiche d'intervention clinique cumulative. Cette fiche permet de mesurer les éléments actifs du programme et leur intensité, de même que le nombre et la durée des interventions par femme. On y consigne les abandons et leurs motifs ainsi que les références professionnelles.

En bref, trois procédures ont été choisies pour mesurer la validité et la fidélité de la fiche. Sept expertes dans le domaine de l'intervention de cinq CLSC ont d'abord été consultées après avoir utilisé et ajusté la fiche sur une période de près de deux ans. Celle-ci a ensuite été soumise à un test de concordance et à un test de fidélité. Les résultats du processus de validation attestent la concordance et la constance des informations dans une proportion de 80 %, ce qui est supérieur au taux requis (70 %). Compte tenu du fait que les autres instruments (formulaire d'identification des besoins et plan d'action continue) du programme intégré, auxquels cette fiche a été comparée, étaient simultanément en processus de validation, la validité de la fiche devrait être de nouveau mesurée lorsque ces instruments seront à point. La validité de cette fiche pourrait être accrue si celle-ci était remplie aux deux semaines au lieu d'une fois par mois.

4. Sylvie ROUTHIER et Michel PERREAULT, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, en collaboration avec le DSC Maisonneuve-Rosemont, 1993, 97 p.

Validation d'une grille d'identification et d'analyse continues des besoins des femmes enceintes défavorisées⁵

Dans le cadre du programme Naître égaux — Grandir en santé, une intervenante privilégiée est appelée, avec le soutien d'une équipe interdisciplinaire, à établir une relation de confiance mutuelle avec des femmes enceintes — et leur famille — en situation de grande pauvreté. C'est dans ce contexte qu'une « grille d'identification et d'analyse continues des besoins » a été mise au point, ceci afin de soutenir la capacité d'observation et d'analyse des intervenantes dans le processus de définition du plan d'intervention. Le programme visant une population à risque plutôt que des personnes à risque (on cible une collectivité plutôt que des individus), cet outil n'est pas une grille prédictive.

Les méthodes reconnues de validation de grilles prédictives ne pouvant être retenues vu la nature de l'outil et les caractéristiques de la population pour laquelle il a été conçu, une stratégie de validation qualitative a été choisie. Panel d'experts, analyse thématique du contenu de la grille, comparaison au construit d'*Extrême pauvreté, maternité et santé* (Colin, *et al.*, 1992), utilisation comparée de la grille par d'autres intervenantes, observation du travail d'équipe interdisciplinaire sont les principales procédures utilisées pour étudier la validité de contenu, la validité de construit et la fidélité de cet instrument. La validité critérielle n'a pu être vérifiée.

Bien que les procédures aient permis d'identifier quelques nouveaux indicateurs, la version initiale de cet instrument ne souffre pas d'un manque, mais plutôt d'un excès de contenu, puisque le tiers de ses indicateurs ne sont jamais utilisés. Cet outil présente cependant une lacune fondamentale dans sa conception, car trois modèles s'y trouvent entrecroisés : le concept de besoin, le modèle des déterminants de la santé adapté du rapport Lalonde (1984) et le modèle de soins infirmiers McGill. La notion la plus importante devait être, selon les buts pour lesquels cet outil a été conçu, le concept de besoin, alors que la notion dominante reproduit plutôt une approche par facteur de risque qui ne peut guider des interventions précises. Avec de telles failles dans le concept et le contenu, le taux de fidélité n'atteint que 61 %, mais augmenterait substantiellement s'il y avait correction de ces lacunes.

5. Michel PERREAULT, François BOUCHARD, Danielle LÉVEILLÉ, Ginette BOYER et Christine COLIN, Direction de santé publique de l'Outaouais et Direction de santé publique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 1994, 146 p.
Ce projet a bénéficié d'une subvention du Conseil de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

C'est pourquoi une nouvelle version de cet outil, qui ne se limite pas à certaines des corrections prévues au protocole, a été soumise aux intervenantes du milieu par l'équipe de recherche, en collaboration avec le coordonnateur de l'intervention du programme. Tout d'abord, la démarche initiale de collecte de données susceptibles d'alimenter le plan d'intervention a été dissociée de ce dernier, qui est habituellement conçu à partir d'un modèle d'intervention professionnel (nursing, travail social, etc.) ou d'une perspective interdisciplinaire (structurelle, féministe, etc.). Les paramètres de cette démarche initiale sont donc les mêmes pour toutes les intervenantes du programme. Par la suite, la démarche initiale a été reformulée à partir du cadre théorique développé dans *Extrême pauvreté, maternité et santé*, de façon à centrer la collecte de données sur les principales composantes du vécu des femmes ciblées et de respecter les buts de l'intervention, soit de favoriser l'actualisation du projet d'enfant de ces femmes dans un projet social plus large. Ce type d'intervention devrait permettre un arrimage avec le modèle conceptuel adopté par l'équipe. Enfin, l'ensemble du document a été revu par une graphiste, de façon à en faciliter l'usage. Compte tenu des autres améliorations qui ont été apportées à ce document, cela ne pourra qu'en améliorer la fidélité.

*Les projets
de recherche
en cours*

Évaluation de la mise en œuvre d'un programme intégré de services prénatals dans 4 CLSC de Montréal, 2 CLSC d'Outaouais et 1 CLSC d'Abitibi-Témiscamingue⁶

L'évaluation de la mise en œuvre de Naître égaux — Grandir en santé a été réalisée en milieu urbain central (Montréal, d'octobre 1991 à octobre 1992), périphérique (Outaouais, d'avril 1993 à septembre 1994) et éloigné (Abitibi-Témiscamingue, de janvier 1992 à mai 1993). Chaque CLSC devait recruter et assurer le suivi de dix femmes enceintes en situation chronique d'extrême pauvreté.

6. Michel PERREAULT, est le chercheur principal des trois équipes de recherche qui regroupent :

- à Montréal, Christine COLIN, Jean-Louis DENIS, Ginette BOYER, Jean-François LABADIE et Pierre RACINE ;
- en Outaouais, François BOUCHARD, Danielle LÉVEILLÉ, Jean-François LABADIE et Christine COLIN ;
- en Abitibi, Sylvie ROUTHIER.

Ces projets ont été réalisés grâce à des subventions du Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain, du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, et avec le soutien des directions de santé publique des trois régions.

Ce projet visait essentiellement à :

- mesurer le niveau d'implantation des éléments du programme (première variable dépendante) ainsi que l'écart entre la programmation souhaitée et son application réelle ;
- mesurer le degré de mise en œuvre du programme auprès de la clientèle visée (deuxième variable dépendante), ainsi que l'écart entre les services offerts et les services tels que programmés ;
- expliquer les raisons de tels écarts et proposer des modifications afin d'améliorer les services avant d'en évaluer les effets.

L'étude des effets du programme sur la santé des mères et de leur nouveau-né ayant été prévue dès la préparation de l'évaluation de sa mise en œuvre, ce projet aura également permis de :

- choisir les variables les plus appropriées pour évaluer l'effet des diverses composantes du programme sur la santé des mères et de leur nouveau-né ;
- faciliter l'implantation de tels programmes ailleurs si leurs effets s'avèrent positifs.

Pour évaluer la mise en œuvre d'un programme d'intervention dans un CLSC, l'équipe de recherche a dû faire des choix à l'intérieur de différentes avenues méthodologiques. Deux choix ont largement déterminé ce projet de recherche : le modèle conceptuel et la stratégie d'analyse.

Le modèle politique. Du point de vue de la recherche, l'implantation d'un nouveau programme dans une organisation pourrait être analysée selon différents modèles (rationnel, organisationnel, psychologique, structurel et politique). C'est le modèle d'analyse politique qui a été retenu dans le cadre de la recherche sur l'implantation du Programme intégré de prévention en périnatalité (PIPP)⁷. Il a été préféré aux autres modèles parce qu'il permet : 1) de documenter un processus très complexe; 2) de proposer des interprétations qui dépassent la simple description d'un changement.

Le processus d'adoption et d'implantation d'interventions est alors vu comme le jeu des rapports de force à l'intérieur de l'organisation. Le résultat de ce jeu consiste en un ajustement aux pressions internes (intervenantes, direction, etc.) et externes

7. Ce modèle s'appelle «modèle politique d'analyse du changement dans les organisations» (Denis, 1988).

(DSC, MSSS, etc.). Le processus d'implantation subit également les pressions des contingences structurelles de l'organisation (la mission de l'organisation, ses priorités, la répartition des ressources, etc.).

Ainsi, les difficultés liées à l'implantation du programme ne dépendent pas uniquement des lacunes du processus de planification, ni de certains éléments du contexte. Elles dépendent surtout de la poursuite d'intérêts particuliers par des acteurs⁸ importants. Par exemple, une recherche sur l'implantation d'un programme de promotion de la santé en milieu de travail dans une entreprise montréalaise montre que la difficulté d'établissement du programme était attribuable, entre autres : 1) à l'absence du soutien de la direction, qui estimait que la santé globale de ses employés était une responsabilité individuelle qui ne nécessitait pas l'engagement de l'entreprise ; 2) au climat de méfiance des employés face à toutes les innovations. On le voit bien ici, les intérêts des deux groupes n'étaient pas favorables à l'implantation du programme, et ce, peu importe les caractéristiques de ce dernier, (Filion, *et al.*, 1994).

La collecte des données. Pour réaliser ce devis de recherche, huit mécanismes de collecte des données ont été retenus. 1) Des entrevues auprès des acteurs ou groupes d'acteurs (direction, intervenantes, etc.) ont eu lieu avant l'implantation du programme, cinq mois après son implantation et à la fin de la période prévue pour l'évaluation de l'implantation. 2) Un questionnaire auto-administré a été utilisé aux mêmes périodes auprès des intervenantes. 3) Certaines réunions des équipes / programmes, particulièrement celles où il y avait discussion de cas, ont fait l'objet d'une observation directe afin de voir à l'œuvre les efforts de multidisciplinarité. 4) Les grilles d'analyse continue des besoins et 5) les fiches d'intervention clinique cumulatives remplies par les intervenantes pour chaque cliente suivie ont été examinées. 6) Des entrevues ont été effectuées auprès de chacune des femmes qui a participé au programme. 7) Des sources documentaires émanant des différents établissements (procès-verbaux, rapports annuels, etc.) et 8) un journal de bord tenu par l'agente de recherche complètent cette collecte de données.

Les étapes de l'analyse. Pour chacun des CLSC impliqués dans cette recherche, trois étapes d'analyse des données ont été

8. Le terme acteur est utilisé ici pour désigner toutes les personnes qui, par leurs actions, peuvent avoir une influence sur la mise en oeuvre du programme (intervenantes, direction générale, clientes du programme, intervenantes des organismes communautaires, etc.).

prévues. La première étape consiste à : 1) décrire les éléments du contexte retenus comme significatifs par les acteurs ; 2) décrire les contingences structurelles de l'organisation. Cette étape permet principalement de dégager le ou les enjeux majeurs à l'intérieur de l'organisation. Ces enjeux impliquent normalement différents groupes (professionnels et direction, par exemple).

La deuxième étape consiste à établir les stratégies fondamentales des acteurs. Ces stratégies sont adoptées par les acteurs pour atteindre des objectifs spécifiques au sein de l'organisation. Elles tiennent nécessairement compte de l'enjeu majeur décrit dans la première étape d'analyse. Ces stratégies reflètent donc l'appartenance de chaque acteur à un groupe (groupe professionnel et équipe d'intervention, par exemple) à l'intérieur de l'organisation. La troisième étape consiste à décrire la mise en œuvre des éléments du programme. Cette mise en œuvre est analysée et expliquée à partir des stratégies fondamentales des acteurs ou des groupes d'acteurs, et des contingences structurelles de l'organisation. Une dernière étape a également été prévue : comparer les résultats obtenus dans chacun des CLSC dans le cadre d'analyses transversales.

La description de la mise en œuvre des éléments du programme a fait l'objet d'une première publication (Perreault, *et al.*, 1994). Les rapports relatifs à cette recherche seront disponibles sous peu. Des articles sont également en préparation.

Étude des effets d'un programme prénatal de santé communautaire en prévention et promotion de la santé en milieu défavorisé⁹

Depuis janvier 1994, une équipe de recherche tente d'évaluer si ce programme prénatal de santé communautaire a une influence significative sur les déterminants de la santé des nouveau-nés et des mères de milieu défavorisé. Pour ce faire, on compare deux groupes répartis de façon aléatoire (randomisation) : 1) un groupe expérimental de femmes enceintes de milieu défavorisé participant à un programme intégré incluant un programme de suppléments alimentaires ; 2) un groupe témoin de femmes enceintes du même milieu n'ayant participé qu'à un programme de suppléments alimentaires.

9. L'équipe de recherche est composée de Michel PERREAULT, Jean-Marc BRODEUR, Louise SÉGUIN, Christine COLIN, Ginette BOYER, Denise ROY et Colette BLAIS.
Ce projet bénéficie d'une subvention du PNRDS.

Chez toutes les participantes, on évaluera la santé du nouveau-né et de sa mère lors de l'accouchement, la durée du séjour hospitalier, l'état de santé de la mère durant la grossesse et la présence d'une tentative d'allaitement, le tout à l'aide de données colligées au dossier hospitalier. Quatre semaines après la naissance, une entrevue sera menée auprès d'un sous-échantillon de nouvelles mères à leur domicile. Cette entrevue visera à approfondir l'évaluation de l'impact du programme sur certaines attitudes et habitudes de vie, sur le recours aux services et aux organismes communautaires, ainsi que sur l'état psychologique de la mère et sur sa perception de son nouveau-né.

Les femmes participant à cette recherche doivent répondre aux critères suivants : être enceintes au plus de 20 semaines, avoir moins de onze ans de scolarité et avoir un revenu familial, selon la taille de la famille, inférieur au seuil de pauvreté établi annuellement par Statistique Canada (au plus 50 % de l'échantillon), ou inférieur au seuil de la grande pauvreté (soit 60 % du seuil de la pauvreté, pour au moins 50% de l'échantillon).

On prévoit recruter un nombre total de 1 272 femmes, réparties également entre le groupe expérimental et le groupe témoin, d'ici décembre 1997. C'est ce nombre qu'il faut atteindre afin de détecter une réduction de 9 % à 5 % du taux de poids insuffisant à la naissance, avec un niveau alpha de signification statistique de 5 % et une puissance statistique bêta de 80 %.

Des mesures de contrôle du programme ont été prévues : observation directe des équipes interdisciplinaires, fiche d'intervention clinique cumulative et analyse des dossiers de CLSC. Des résultats préliminaires sont attendus à l'été 1996.

*Quelques
questions
soulevées par
ces pratiques
de recherche*

Rejoindre les femmes sous-scolarisées en situation chronique d'extrême pauvreté

Les résultats préliminaires de l'évaluation de la mise en œuvre du programme nous indiquent que 70 % des femmes recrutées au cours de cette étude n'étaient pas connues de leur CLSC, même chez les multipares. Depuis, dans le cadre de l'étude des effets du programme, le critère de sélection le plus déterminant demeure toujours celui de ne pas avoir terminé son secondaire V.

Bien que, dans l'ensemble, les CLSC du Québec interviennent déjà significativement auprès d'une population nettement dans le besoin (que l'on pense à tous les projets de type OLO, par exem-

ple), identifier, rejoindre, prendre contact, en un mot, recruter des familles sous-scolarisées est un défi de taille pour les CLSC impliqués dans le projet. La recherche, à cet égard, est d'une rigueur à toute épreuve : ne sont admises que les femmes qui n'ont pas terminé leur secondaire V. D'une année à l'autre, le recrutement progresse, mais cela a exigé un cheminement conjoint, tant des équipes de recherche que des équipes d'intervention.

Pour les chercheurs, la première difficulté était d'établir la taille de la population cible pour chaque CLSC. Comme il n'existe pas de source de données où l'on retrouve simultanément le taux de sous-scolarisation, le taux de pauvreté et de grande pauvreté, ainsi que le nombre de naissances, on a dû procéder par estimés.

Au cours des premières années, on a évalué la population à l'étude comme suit : chaque CLSC devait rejoindre 45 % (taux de pénétration du programme) des femmes enceintes (d'après le nombre de naissances au cours de l'année précédente sur le territoire du CLSC) vivant sous le seuil de la pauvreté (taux de pauvreté sur le territoire, sur la base des données du recensement le plus récent). Compte tenu de l'expérience vécue dans le cadre de certains projets OLO, le taux de pénétration n'a pas été spontanément remis en question. Ce mode de calcul comporte toutefois un inconvénient majeur, puisqu'il intègre un nombre important de femmes ayant terminé leur secondaire V et vivant sous le seuil de la pauvreté, ce qui pouvait expliquer certaines difficultés dans l'atteinte des objectifs de recrutement.

Après mûre réflexion, on a donc révisé, à l'automne 1994, le mode de calcul de l'estimé de la population cible comme suit : rejoindre 55 % de la population de femmes n'ayant pas terminé leur secondaire V et ayant donné naissance à un enfant. Cela demeure un estimé bien imparfait, mais il semble qu'il y ait une moindre probabilité de rencontrer des femmes qui n'ont pas terminé leur secondaire V et qui ne vivent pas sous le seuil de la pauvreté que de rencontrer des femmes qui vivent sous le seuil de la pauvreté et qui ont terminé leur secondaire V. En réévaluant les objectifs de recrutement à la lumière de ces nouveaux calculs, on a pu constater que trois CLSC rejoignaient déjà 55 % de la population cible nouvellement définie. C'est pourquoi on a réajusté à la hausse le taux de pénétration du programme. Cela dit, le fait de vivre sous le seuil de la grande pauvreté (au moins 50 % de l'échantillon) ou de la pauvreté demeure toujours un critère de sélection, même s'il n'apparaît pas dans le calcul de la population cible. De plus, l'objectif total demeure le même, soit 1 272 femmes.

Du côté de l'intervention, l'expérience acquise au cours des trois dernières années a amené les partenaires du programme à un constat majeur : admettre qu'il existe une distance manifeste entre les CLSC et les familles en situation chronique d'extrême pauvreté, qu'il est difficile de les identifier et d'établir un premier contact. Conséquemment à ce constat, il s'agit d'impliquer l'ensemble du CLSC (l'équipe de périnatalité comme celle de l'organisation communautaire, de l'accueil ou des communications) dans un plan de communication comprenant des activités variées et répétées, tout en continuant de modifier les pratiques professionnelles dans les interventions destinées à cette clientèle.

Malgré tous ces efforts pour identifier clairement la population cible, il demeurerait souhaitable de dégager les sommes nécessaires pour produire des données plus justes.

Faire de la recherche auprès des familles en situation d'extrême pauvreté : quelques acquis

Si intervenir auprès des femmes sous-scolarisées en situation d'extrême pauvreté demande une intervention adaptée, que penser de la recherche qui se déroule dans ce milieu ? D'un protocole à l'autre, jour après jour, cela exige au bas mot autant de créativité et de souplesse de la part des chercheurs que des intervenantes. Dans cette perspective, deux dimensions des projets de recherche terminés ou en cours sont particulièrement éloquentes : les rapports entre les chercheurs et les participantes, ainsi que la conception et l'administration des instruments.

Si la confiance mutuelle est au cœur de l'intervention privilégiée, elle l'est certainement autant dans les activités de recherche. Tout d'abord, on a pu constater que l'intervenante privilégiée joue un rôle primordial dans la jonction entre la recherche et les femmes qui bénéficient de l'intervention. Ces dernières sont d'autant plus ouvertes à l'idée de collaborer à un projet de recherche que l'intervenante est en mesure de leur expliquer clairement à la fois l'importance du projet, les exigences qui y sont reliées et leurs droits fondamentaux. De plus, la présentation de l'agente de recherche qui viendra réaliser une entrevue, par exemple, peut être déterminante: on a pu constater qu'une fois la confiance établie entre une intervenante et sa cliente, cette dernière fera volontiers confiance aux chercheuses, du moins suffisamment pour en accueillir une chez elle ou au lieu de son choix.

Partant de là, c'est l'attitude fondamentale de la chercheuse — ne pas juger la femme, par exemple —, perceptible par mille et un petits détails, qui peut faire toute la différence : établir clairement

qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, savoir intégrer, sur le plan informel, les autres personnes en présence (mère, voisine, conjoint), tout en s'assurant des meilleures conditions pour que la femme soit à l'aise pour nous communiquer ses réponses à nos questions, rassurer la femme si les enfants sont turbulents, et même avoir prévu papier et crayons de couleur pour les occuper pendant l'entrevue, fixer les rendez-vous à une heure qui lui convient (généralement l'après-midi), etc.

Par ailleurs, la conception des instruments de recherche et leur administration demandent à être pensées et repensées en fonction des caractéristiques de cette population. Trois éléments interagissent plus fortement : la précarité des conditions de vie, la sous-scolarisation et la méfiance profonde vis-à-vis des services publics associés ou identifiés au contrôle social (notamment les programmes de sécurité du revenu et les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse).

Des opérations relativement simples, comme placer un appel téléphonique entre la 31^e et la 33^e semaine de grossesse pour demander : «Avez-vous pris des vitamines au cours des sept derniers jours pour votre grossesse ?», peuvent se transformer en véritable exploit lorsque les participantes n'ont pas le téléphone ou sont déménagées deux fois au cours des trois derniers mois. Par ailleurs, l'utilisation de questionnaires auto-administrés est à toutes fins utiles impossible, vu le nombre important de femmes analphabètes. De même, la signature d'une lettre de consentement exige des précautions extraordinaires pour respecter les conditions d'un consentement «éclairé».

Enfin, la peur viscérale de se faire enlever ses enfants colore non seulement l'intervention auprès de ces femmes, mais également toute activité de recherche susceptible d'y être identifiée. L'observation directe de l'interaction intervenante/cliente derrière une vitre sans tain ou l'enregistrement sur vidéo sont à éviter, puisque ce type de méthodes ravive cette peur. Dans certains cas, même l'enregistrement audio d'une entrevue semi-dirigée peut s'avérer très problématique.

Dans l'ensemble, ces difficultés ne sont pas insurmontables, mais elles exigent une bonne dose de souplesse, de créativité et d'humour pour parvenir à concilier les exigences de rigueur de la recherche et les réalités du «terrain».

Intervention, évaluation et recherche

La nécessité de mener à terme l'évaluation de la mise en œuvre d'un programme intégré de services prénatals, de même que la nécessité de mener à bien l'étude de ses effets, faisait globalement consensus, tant chez les intervenantes en santé publique et les intervenantes des CLSC que chez les chercheurs. Toutefois, comme cela est relativement courant, la clarification des attentes des uns face aux autres est survenue tardivement. En effet, au cours de l'évaluation de la mise en œuvre et de l'étude des effets du programme prénatal, les ententes inter-établissements précisant les obligations de chacun, tant du point de vue de la recherche que de l'intervention, n'ont été négociées qu'après la rédaction et l'acceptation des différents protocoles par les organismes subventionnaires. Les lettres d'appui consenties par les CLSC lors de la rédaction du protocole, si elles manifestaient l'intérêt de ces établissements, ne pouvaient tenir lieu d'échanges entre chercheurs et intervenantes sur les objectifs de ces projets de recherche, non plus que sur les implications des méthodologies retenues sur le travail des intervenantes.

Deux exemples illustreront cette dynamique recherche/intervention. Premièrement, le choix d'un protocole d'évaluation de la mise en œuvre impliquant des analyses dont on avait sous-estimé la complexité et la durée (huit sources de données, dont près de 150 entrevues auprès des intervenantes et gestionnaires du programme et au-delà de 60 entrevues auprès des femmes enceintes), n'a pas été sans entraîner des réajustements dans la planification, tant de l'implantation de la phase postnatale que de l'étude des effets du programme. Comme on comptait sur des résultats rapides pour orienter le développement du programme, il a fallu un certain temps pour que les CLSC et les directions de santé publique prennent acte du délai dans la production des résultats et y pallient en s'organisant sur leurs propres bases pour faire le point sur le développement du programme. Ultimement, cette réorganisation s'avère être plutôt un avantage qu'un inconvénient, puisqu'il est devenu plus clair que l'évaluation n'est pas l'apanage de la recherche. Cela dit, ce constat ne diminue en rien l'intérêt de l'actuel protocole d'évaluation de la mise en œuvre du programme, à moyen terme pour les différents partenaires impliqués, et à long terme en vue d'un éventuel déploiement de ce type de programme.

Autre exemple, le choix d'une stratégie de recherche impliquant la randomisation¹⁰ des femmes bénéficiant du programme a éveillé beaucoup d'appréhensions à propos des conséquences éthiques de telles procédures. Bien que les chercheurs aient d'eux-mêmes pris de nombreuses précautions à cet égard et aient obtenu l'appui du comité d'éthique de tous les hôpitaux (une dizaine) où accouchent les femmes participant au projet de recherche, il n'en demeure pas moins que toutes les discussions avec les équipes de CLSC se sont déroulées *a posteriori*. Cela n'a pas été sans déterminer le type d'aménagements possibles en cours de projet de même que l'adhésion des intervenantes à cette stratégie de recherche. Sans remettre complètement en question l'utilisation de la randomisation dans le cadre de cette étude, il y a fort à parier que ces échanges auraient gagné à être tenus beaucoup plus tôt dans la définition du projet de recherche, de sorte que tous s'entendant sur les objectifs de recherche, l'acceptation des contraintes inhérentes à tel ou tel devis soit grandement facilitée.

Ces deux exemples rejoignent les préoccupations exprimées par les intervenantes et les chercheurs réunis au colloque «La recherche en santé communautaire : des résultats qui portent !», à propos de la nécessité d'établir un partenariat non seulement au regard de l'intervention, mais également sur le plan de la recherche.

«Pour "des résultats qui portent", la recherche en santé communautaire doit s'inspirer de la réalité du milieu, d'une part et, d'autre part, utiliser une démarche scientifique rigoureuse. À notre avis, la meilleure façon d'assurer la qualité de la recherche en santé communautaire est d'établir un partenariat opérationnel entre le milieu de la recherche et celui de l'intervention. Ceci implique que les deux parties aillent au-delà des préjugés et fassent preuve d'un esprit d'ouverture sans lequel aucune collaboration ne pourra s'établir» (Payette, 1992, p. 119).

Autrement dit, du point de vue de l'intervention, puisqu'un processus d'évaluation continue est indispensable à la consolidation d'un tel programme, la mise en place d'un volet recherche peut certainement être d'une grande utilité, surtout si les projets développés correspondent aux attentes du milieu et sont adaptés aux contraintes bien concrètes des personnes dont on sollicite la

10. Choix au hasard des femmes qui formeront le groupe expérimental (recevant l'ensemble du programme), et de celles qui formeront le groupe contrôle (ne recevant que les suppléments alimentaires).

collaboration. Pour les chercheurs, il ne s'agit pas tant de sacrifier la rigueur ou de se limiter à certaines stratégies, voire à certains outils de recherche (quantitatifs versus qualitatifs, par exemple) que de négocier le tout avec le milieu avant la réalisation du projet proprement dit. Ces constats, qui émergent directement de la pratique, ne sont pas sans rejoindre les plus récents développements en recherche évaluative, comme on le verra plus en détail au cours de la présentation des projets en préparation.

Prospectives : des projets de recherche en préparation

Il arrive parfois que chercheurs et intervenantes se sentent à des années-lumière de distance, les motivations, les projets, les contraintes et les délais des uns apparaissant incompréhensibles aux autres. Du côté de l'intervention, on peut avoir du mal à départager rigueur et objectivité ou à concevoir la recherche autrement qu'un mal nécessaire pour prouver la valeur du travail accompli. Du côté de la recherche, il est souvent difficile d'entrevoir les retombées des activités de recherche sur l'intervention ou de s'expliquer la répulsion de certaines à remplir tel document, appelé pourtant à devenir une si précieuse source de données ! Les pratiques de recherche au sein du programme au cours de ces dernières années laissent pourtant entrevoir la possibilité réelle de faire de la recherche autrement.

Une évaluation interactive. Dans une démarche collective pour clarifier les principaux concepts rattachés à l'évaluation et pour cerner les enjeux qui s'y rattachent, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec définissait l'évaluation comme suit :

«[...] un processus dynamique de remise en question de l'action. À travers la cueillette et l'analyse systématique et rigoureuse d'information, elle nous permet de déterminer la valeur de ce que l'on fait. Le processus a comme objectif final une prise de décision pour l'amélioration de notre action» (Rodriguez, 1991, p. 30).

De plus en plus, la communauté scientifique elle-même reconnaît que les promoteurs d'un programme sont les mieux placés pour cerner et exprimer les besoins sur le plan de l'évaluation, pour établir des objectifs et un plan d'action, pour faire des choix rationnels sur les actions à entreprendre dans l'intervention et pour évaluer des résultats à court et à long terme (Monnier, 1987; Fetterman, 1994). Ce type de démarche a aussi comme avantage de démythifier le processus d'évaluation. Dans cette perspective, le processus interactif chercheurs/promoteurs se poursuit tout au

long de l'évaluation par la diffusion partielle des résultats en cours de route et par une discussion continue à propos de ces résultats. Les chercheurs développent aussi des outils avec lesquels les gens peuvent mener eux-mêmes l'évaluation.

Un processus, long mais crucial, de négociation avec les partenaires. Une fois établie cette volonté commune de s'engager dans une évaluation interactive, une étape importante du processus devient alors la négociation des objectifs, des étapes et de la durée des études avec les partenaires impliqués. L'évaluation doit être menée de manière relationnelle entre le personnel du programme, les administrateurs et les chercheurs. Des mécanismes doivent être mis en œuvre pour faciliter les échanges, tel un comité local de recherche (Shields, 1993; Peters, *et al.*, 1994). Les chercheurs doivent savoir que cette étape est longue, mais aussi déterminante pour la poursuite de l'évaluation (Monnier, 1987; Shields, 1993).

Depuis quelques mois, des chercheurs de la santé publique ont entrepris, en collaboration avec des chercheurs universitaires intéressés par ces problématiques, de produire un programme de recherche pour accompagner l'implantation de cette nouvelle phase programme. Cette nouvelle équipe¹¹ et l'équipe d'intervention de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre s'entendent sur le rôle actif que les intervenantes et gestionnaires des CLSC et autres organismes associés au programme peuvent prendre dans la définition des objectifs et des processus de l'évaluation. En fait, tous souhaitent que l'évaluation soit mieux intégrée au programme.

Les premières discussions autour des projets de recherche en préparation feront partie intégrante de l'implantation de la nouvelle structure du programme. À titre indicatif, voici quelques axes potentiels de recherche accompagnés d'exemples les illustrant.

- Soutien à l'intervention. Par exemple, concevoir une «boîte à outils» d'évaluation pour aider les regroupements locaux à mener annuellement l'évaluation de leurs activités et de leur fonctionnement.

11. Cette équipe est présentement formée de quatre chercheuses de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Angèle BILODEAU, Ginette BOYER, Danielle DURAND et Francine OUELLET (DSP), ainsi que de quatre chercheurs universitaires, soit Suzanne GARON (Université de Sherbrooke) Michel PERREAULT (Université de Montréal), Christiane PICHÉ (Université Laval) et Jean-François RENÉ (UQAM).

- Étude de besoins. Par exemple, recueillir la vision des parents en situation chronique d'extrême pauvreté sur le développement global de leurs enfants et sur leurs rapports aux services, afin d'adapter les interventions existantes et de mettre en place des interventions plus adéquates.
- Évaluation de l'implantation. Par exemple, évaluer l'implantation de projets novateurs reconnus comme prioritaires par plusieurs regroupements locaux, ou encore examiner les conditions inhérentes au processus d'action intersectorielle qui entraînent des changements des pratiques professionnelles et des pratiques communautaires.
- Évaluation des effets. Par exemple, afin de comprendre les composantes de l'intervention sur l'intégration sociale des familles, suivre un certain nombre d'entre elles en profondeur (études de cas longitudinales).
- Suivi du processus. Par exemple, de façon à mesurer les effets de l'ensemble des interventions sur les enfants, suivre des indicateurs de santé et de bien-être : taux de mauvais traitements, hospitalisations pour trauma, problèmes d'apprentissage, etc.
- Théorie. Par exemple, pauvreté et exclusion sociale.

Le présent document est un outil essentiel pour que tous, chercheurs et intervenantes, s'approprient ce programme. À défaut de pouvoir annoncer dès maintenant l'allure définitive que prendront les différents projets de recherche, il s'agit de mettre tout en œuvre pour articuler le mieux possible les projets de recherche aux plans d'action qui seront mis en place dans chaque quartier où le programme sera implanté.

C O N C L U S I O N

*« Il faut
laisser
du temps
au temps »*

...Voilà ce que répondait, en juin 1994, une équipe de CLSC impliquée dans ce projet pilote à la question : « Quel conseil donneriez-vous à un CLSC qui voudrait implanter ce programme ? » Dans le même sens, d'autres ont répondu : « Pour changer la pratique, il faut s'appuyer sur l'expérience et le vécu des membres de l'équipe en place », « Prenez le temps nécessaire, soyez créatif et persévérant et ayez l'appui de l'administration », ou encore, « Prendre le temps de bâtir la relation de confiance avec la clientèle »...

Cet ouvrage est une photographie de « notre » bébé. Au moment où vous lirez ces lignes, le temps qui nuance, qui précise, qui aiguise, qui polit et, dans le meilleur des cas, qui bonifie, le temps donc aura passé et Naître égaux — Grandir en santé ne sera déjà plus tout à fait le même.

Si d'écrire le bilan de l'expérience en cours depuis 1989 afin de le rendre accessible à un plus grand nombre a été un véritable plaisir, nous ne vous cacherons pas qu'il nous a fallu une bonne dose d'audace pour livrer tout de suite ce qui n'est encore qu'orientations, projets, ébauches. Nous ne voulions pas rendre seulement compte de l'intervention mise en place essentiellement en CLSC au cours de la période prénatale. Après avoir mis tant d'énergie pour rejoindre des femmes enceintes vivant dans la pauvreté et n'ayant pas terminé leur secondaire V, nous ne ressentions que trop l'urgence de poursuivre sur la même lancée au cours de la période postnatale et de miser sur la concertation avec de nouveaux partenaires.

Ce document servira donc aux intervenantes et gestionnaires du projet pilote à élargir les cibles et les stratégies du programme. Si l'on se fie à l'expérience vécue au cours de l'implantation de la phase prénatale de Naître égaux — Grandir en santé, il y a fort à parier que d'ici quelques années, nous aurons grande envie de retourner à nos écrans (l'époque des plumes est vraiment révolue !) pour mesurer, résultats des projets de recherche en mains, le chemin parcouru. Nous avons déjà quelques dossiers en chantier, autour desquels il nous tarde d'échanger : mettre en place des interventions spécifiques auprès des pères, rendre accessible ce programme pour les familles récemment immigrées qui vivent dans la pauvreté, rallier le plus de partenaires possible autour de la sécurité alimentaire, etc.

C'est pourquoi nous avons joint à ce document une invitation à nous faire part de vos questions, de vos commentaires, du bilan de vos propres expériences par rapport à l'intégration et à la continuité des interventions avec et pour les familles sous-scolarisées

en situation chronique d'extrême pauvreté. Si vous utilisez cet ouvrage, laissez-nous le savoir avant que nous n'ajoutions une autre photo à notre album...

Pour toute correspondance :

Programme
Naître égaux — Grandir en santé
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
4835, rue Christophe-Colomb
Montréal (Québec) H2J 3G8
Téléphone : (514) 528-2400
Télécopieur : (514) 528-2426

BIBLIOGRAPHIE

- AMPLEMAN, G., DUHAIME, R.** (1986). *Formation à l'intervention en périnatalité en milieux populaires*, essai soumis à l'École de service social de l'Université Laval, 227 p.
- AMPLEMAN, G., BARNABÉ, J., COMEAU, Y., DORÉ, G., DUHAIME, R., GAUDREAU, L., HUMBERT, C., LACROIX, J., LEBOEUF, L., MATTE, M.** (1987). *Pratiques de conscientisation — 2 — Logement, alphabétisation, aide sociale, féminisme, syndicalisme, santé, politique*, Collectif québécois d'édition populaire, 366 p.
- BEAUCHEMIN, J., BIBEAU, G., MORISSETTE, C.** (1994). *Évaluation de PIC-ATOOTS, un programme pilote de prévention de l'infection par le VIH pour les utilisateurs de drogues injectables du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 21 p.
- BIBEAU, G., CHAN-YIP, A.M., LOCK, M., ROUSSEAU, C., STERLIN, C., FLEURY, H.** (1992). *La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien*, Comité de la santé mentale du Québec, Gaëtan Morin éditeur, 289 p.
- BILODEAU, A., FORGET, G., TÊTREAU, J.** (1993). *La prévention des grossesses à l'adolescence : évaluation des résultats du projet S'exprimer pour une sexualité responsable*, Département de santé communautaire, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 119 p.
- BLANCHET, M., LEVASSEUR, M.** (1980). «Périnatalité : bilan et prospective», *Carrefour des Affaires sociales*, vol. 2, édition spéciale, 32 p.
- BOISVERT, R., LEMYRE, L.** (1990). *Regard sur la problématique de la santé mentale : désintégration et réseaux d'entraide en quatre communautés de la Mauricie*, DSC Sainte-Marie, 159 p.
- BOUCHARD, C., CHAMBERLAND, C., BEAUDRY, J.** (1987). «Les mauvais traitements envers les enfants : une étude de facteurs macro et micro-socio-économiques», *Manuel québécois de psychologie communautaire*, Gaëtan Morin éditeur, p. 243-270.
- BRONFENBRENNER, U.** (1979). *The Ecology of Human Development*, Harvard University Press, 330 p.
- BRYCE, R.L.** (1991). «Support in pregnancy», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 7, n° 4, p. 478-484.
- CAMPBELL, F.A., RAMEY, C.T.** (1994). «Effects of early intervention on intellectual and academic achievement : A follow-up study of children from low-income families», *Child Development*, n° 65, p. 684-698.
- COLIN, C., DESROSIERS, H.** (1989). *Naître égaux et en santé*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 153 p.
- COLIN, C., LAVOIE, J.P., POULIN, C.** (1989). *Les personnes défavorisées, «Et la santé, ça va ?»*, Les Publications du Québec, 119 p.
- COLIN, C., OUELLET, F., BOYER, G., MARTIN, C.** (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Éditions Saint-Martin, 259 p.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX** (1987). «Dossier femmes», Programme de consultation d'experts, CESSSS, 222 p.
- CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL** (1987). «Grande pauvreté et précarité économique et sociale», *Journal officiel de la République Française*, avis et rapports du CES, n° 6, 104 p.
- CONSEIL SCOLAIRE DE L'ÎLE-DE-MONTRÉAL** (1993). *Carte de la défavorisation*, 67 p.

- DENIGER, M.-A.** (1992). *Le B.S., mythes et réalités*, Conseil canadien de développement social et Front commun des personnes assistées sociales, 63 p.
- DENIS, J.-L.** (1988). *Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations — le cas de l'implantation de la vacation en centre d'hébergement au Québec*, thèse de doctorat, Université de Montréal, s.p.
- DESCHAMPS, G., BAUMANN, M., DESCHAMPS, J.-P.** (1987). «Maternité et extrême pauvreté : la relation mères/professionnels de la santé», *Contraception-fertilité-sexualité*, vol.15 n° 11, p. 1105-1110.
- DESCHAMPS, G., BAUMANN, M., DESCHAMPS, J.-P.** (1987b). «Maternité et extrême pauvreté : les consultations prénatales en milieu défavorisé. Opinions comparées des mères et des sages-femmes», *Contraception-fertilité-sexualité*, vol. 15, n° 12, p. 1181-1187.
- DISPENSARE DIÉTÉTIQUE DE MONTRÉAL** (1991). *Programme d'aide aux femmes enceintes de milieux défavorisés*, 95 p.
- DURAND, D., MASSÉ, R., OUELLET, F.** (1988). *De la Visite : expérimentation et évaluation d'une intervention novatrice en prévention de l'enfance maltraitée*, Rapport technique n° 1, 115 p.
- DUSSAULT, G.** (1990). «Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité», *Le Gérontophile*, vol. 12, n° 2, s.p.
- EARLS, F., MCGUIRE, J., SHAY, S.** (1994). «Evaluating a community intervention to reduce the risk of child abuse : Methodological strategies in conducting neighborhood survey», *Child Abuse and Neglect*, vol. 18 n° 5, p. 473-485.
- EGBUONU, L., STARFIELD, B.** (1982). «Child health and social status», *Pediatrics*, vol. 69, n° 5, p. 550-557.
- FETTERMAN, D.** (1994). «Empowerment evaluation», *Evaluation Practice*, vol. 15, n° 1, p.1-15.
- FILION, G., BILODEAU, A.** (1994). *Étude de l'implantation d'un programme non traditionnel de promotion de la santé dans deux entreprises de l'Est de Montréal*, Direction de la santé publique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 126 p.
- GARBARINO, J.** (1989). «Early intervention in cognitive development as strategy for reducing poverty», *Giving Children a Chance : The Case for more Effective National Policies*, Miller George Ed., Center for National Policy, p. 23-36.
- GROUPE DE TRAVAIL POUR LES JEUNES** (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 p.
- HALPERN, R.** (1993). «Poverty and infant development», *Handbook of Infant Mental Health*, C. H. Zeanah Jr. Ed., The Guilford Press, p. 73-86.
- HEINECKE, C.M., BECKWITH, L., THOMPSON, A.** (1988). «Early intervention in the family system : A framework and review», *Infant Mental Health Journal*, vol. 9, n° 2, p. 111-141.
- HENEMAN, B., LEGAULT, G., GRAVEL, S., FORTIN, S., ALVARADO, E.** (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*, École de service social, Université de Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 149 p.
- INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE** (1994). *La santé des enfants du Canada*, 2^e éd., 175 p.

- KRAMER, M. (1993). «Effects of energy and protein intakes on pregnancy outcome : an overview of the research evidence from controlled clinical trials», *American Journal of Clinical Nutrition*, n° 58, p. 627-635.
- LALONDE, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Un document de travail*, gouvernement du Canada, 82 p.
- LE BOSSÉ, Y., LAVALLÉE, M. (1993). «Empowerment et psychologie communautaire», *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, n° 18, p. 7-20.
- LEDOUX, J. (1991). *Suppléments alimentaires pour les femmes enceintes d'origine pluriethnique*, DSC Sainte-Justine et CLSC Côte-des-neiges, 74 p.
- LEDUC, F., ROZEFORT, W. (1991). *Bilan provincial sur les programmes intégrant les suppléments alimentaires*, DSC du Centre hospitalier de Valleyfield, 271 p.
- LEHMANN, F., GRAY-DONALD, K., MONGEON, M., DI TOMASSO, S. (1992). «Iron deficiency anemia in one year old children of disadvantaged families in Montreal», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 146, n° 9, p. 1571-1577.
- LEPAGE, M.-C., LEVASSEUR, M., COLIN, C., BEULAC-BAILLARGEON, L., GOULET, G. (1989). *La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 251 p.
- LORD, J., HUTCHISON, P. (1993). «The process of empowerment : Implications for theory and practice», *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 12, n° 1, p. 5-22.
- LOZOFF, B. (1989). «Methodologic issues in studying behavioral effects of infant iron-deficiency anemia», *American Journal of Clinical Nutrition*, n° 50, p. 641-654.
- MARCOS, M., DALLAIRE-DUROCHER, L. (1986). *L'évaluation des cours prénataux : revue critique de la littérature*, DSC Hôpital du Haut-Richelieu, 246 p.
- MARTIN, C., OUELLET, F. (1984). *Pour une éducation sanitaire en milieux populaires dans le domaine de la périnatalité*, ministère des Affaires sociales, 43 p.
- McDERMOTT, S.W., ALTEKRUSE, J.M. (1994). «Dynamic model for preventing mental retardation in the population : The importance of poverty and deprivation», *Research in Developmental Disabilities*, vol. 15, n° 1, p. 49-65.
- McGAUHEY, P., STARFIELD, B., ALEXANDER, C., ENSMINGER, M. (1991). « Social environment and vulnerability of low birth weight children : A social-epidemiological perspective», *Pediatrics*, vol. 88, n° 5, p. 943-951.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *Développement d'un programme concerté dans un contexte multisectoriel. Promotion de la santé et prévention primaire des toxicomanies chez les jeunes*, Direction de la formation et du développement, gouvernement du Québec, s.p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, gouvernement du Québec, 192 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *Maintenant et pour l'avenir... La jeunesse*, gouvernement du Québec, s.p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Politique de périnatalité*, gouvernement du Québec, 101 p.

- MINISTÈRES ONTARIENS : SANTÉ ; ÉDUCATION ET FORMATION ; SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES, Secrétariat d'État, Affaires Indiennes et du Nord Canada (1993). *Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur*, rapport d'étape, 10 p.
- MONNIER, E. (1987). *Évaluation de l'action des pouvoirs publics : Du projet au bilan*, Éditions Économica, 169 p.
- MUSICK, J. S., HALPERN, R. (1991). «Giving children a chance : What role community-based parenting interventions ?» *Giving Children a Chance : The Case for more Effective National Policies*, Miller George Ed., Center for National Policy, p. 177-194.
- NORBECK, J. S., ANDERSON, N.J. (1989). «Life stress, social support, and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women», *Research in Nursing and Health*, vol. 12, n° 5. p. 281-277.
- OLDS, D.L., et al. (1986). «Preventing child abuse and neglect : A randomized trial of nurse home visitation», *Pediatrics*, vol. 78, n° 1, p. 65-78.
- OLDS, D.L., KITZMAN, H. (1990). «Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk?», *Pediatrics*, vol. 86, n° 1, p. 89-98.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SANTÉ CANADA, ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 4 p.
- OUELLET, F., PAIEMENT, M., TREMBLAY, P.H. (1995). *L'action intersectorielle — Un jeu d'équipe*. Trousse d'intervention (guide d'intervention et document vidéo), Direction de la santé publique et CECOM de l'Hôpital Rivières-des-Prairies, 73 p.
- OVREBO, B., RYAN, M., JACKSON, K., HUTCHINSON, K. (1994). «The homeless prenatal program : A model for empowering homeless pregnant women», *Health Education Quarterly*, vol. 21, n° 2, p. 187-198.
- PAQUET, G. (1989). *Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle*, «Documents de recherche», n° 21, Institut québécois de recherche sur la culture, 131 p.
- PAYETTE, H. (1992). «Participation à la table ronde», *Actes du colloque La recherche en santé communautaire : des résultats qui portent !*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction générale de la santé publique, 149 p.
- PAYETTE, M., PLANTE, R., BRODEUR, J.-M., LEPAGE, Y. (1990). *Enquête santé dentaire Québec, 1989-1990*, 260 p.
- PERREAULT, M., BOUCHARD, F., LÉVEILLÉ, D., BOYER, G., COLIN, C. (1994). *Validation d'une grille d'identification et d'analyse continues des besoins des femmes enceintes défavorisées*, Direction de la santé publique de l'Outaouais et Direction de la santé publique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 146 p.
- PERREAULT, M., GOULET, C., OUELLET, F., DULAC, G. (1994). *Signification de la paternité et utilisation de ressources chez des hommes montréalais vivant en situation d'extrême pauvreté*, projet de recherche en cours faisant l'objet d'une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale (CORS).
- PERREAULT, M., LABADIE, J.-F., BOYER, G., BOUCHARD, F., ROUTHIER, S., LÉVEILLÉ, D., RACINE, P., COLIN, C., DENIS, J.-L. (1994). «Promotion de la santé en milieu défavorisé», *Éducation santé*, n° 89, p. 4-9.

- PETERS, RAY De V, RUSSELL, C. C.** (1994). *Le projet Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur. Vue d'ensemble du modèle, des programmes et de la recherche*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 42 p.
- PFANNENSTIEL, A.E., HONIG, A.S.** (1991). «Prenatal intervention and support for low-income fathers», *Infant Mental Health Journal*, vol. 12, n° 2, p. 103-115.
- POUPART, R. SIMARD, J.-J. OUELLET, J.-P.** (1986). *La création d'une culture organisationnelle : le cas des CLSC*, Centre de recherche en gestion, Université du Québec à Montréal, s.p.
- PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO** (1990). *L'allaitement maternel au Canada : pratiques et tendances actuelles*, Santé et Bien-être social Canada, 9 p.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE** (1995). *Le système régional de référence postnatale de Montréal-Centre*, document de référence, 38 p.
- RELAIS-FEMMES** (1992). *L'aide sociale au féminin : pauvreté, contrôle et humiliation*, Relais-femmes, 117 p.
- ROBICHAUD, J.-B., GUAY, L., COLIN, C., POTHIER, M., SAUCIER, J.-F.** (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*, Gaëtan Morin éditeur, 247 p.
- ROCHELEAU, L., SÉGUIN, L., COURNOYER, M., CHAMBERLAND, C.** (1989). *Vivre avec un nourrisson. Avis sur la prévention en période postnatale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 292 p.
- RODRIGUEZ, L.** (1991). *Pour une évaluation respectueuse...*, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 36 p.
- ROSE DU NORD** (1991). *Les femmes et l'aide sociale*, Regroupement des femmes sans emploi du Nord de Québec, 83 p.
- ROSENFELD, J.-M.** (1989). *Émerger de la grande pauvreté*, Éd. Science et Service Quart Monde, 118 p.
- ROUTHIER, S., PERREault, M.** (1993). *Validation d'une fiche d'intervention clinique cumulative*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, en collaboration avec le DSC Maisonneuve-Rosemont, 97 p.
- SANTÉ CANADA** (1993). *Rapport sur les femmes et l'usage du tabac*, gouvernement du Canada, 40 p.
- SANTÉ CANADA** (1994). *Renforcement des programmes de promotion de la santé prénatale visant les familles défavorisées*, gouvernement du Canada, 58 p.
- SCHAEFER, C., BEAUDRY, G.** (1992). *La Parentèle*, Cahier n° 1, DSC Cité de la santé de Laval, 54 p.
- SCHORR, L.B.** (1994). «Breaking the cycle of disadvantage : New knowledge, new tools, new urgency», *Giving Children a Chance : The Case for more Effective National Policies*, Miller George Ed., Center for National Policy, p. 149-176.
- SÉGUIN, L.** (1992). Communication à la Fifth International Conference on System Science and Health Care, Prague.
- SÉGUIN, L., COSSETTE, C.** (1991). «La dépression postnatale : les facteurs socio-environnementaux», *Santé mentale au Québec*, vol. 16, n° 1, p. 149-164.

- SÉGUIN, L., POTVIN, L., ST-DENIS, M., LOISELLE, J.** (1995). «Chronic stressors, social support and depression during pregnancy», *Obstetric and Gynecology*, vol. 85, n° 4, p. 583-589.
- SHIELDS, C.** (1993). *Community Systems Initiative. An Introductory Overview*, Toronto, Laidlaw Foundation, 15 p.
- STEIN, A., COOPER, P.J., CAMPBELL, E.A., DAY, A., ALTHAM, P.** (1989). «Social adversity and perinatal complications : Their relation to postnatal depression», *British Medical Journal*, n° 298, p. 1073-1074.
- TURCOTTE, G.** (1994). «L'implication paternelle : déterminants et modèles d'intervention», *Les Cahiers d'analyse du GRAVE*, vol. 1, n° 4. 57 p.
- VERLAAN, P.** (1993). *Les programmes d'intervention préventive à l'enfance*, texte non publié.
- WEISGLAS-KUPERUS, N., BAERTS, W., SMRKOVSKY, M., SAUER, P.** (1993). «Effects of biological and social factors on the cognitive development of very low Birth weight children», *Pediatrics*, vol. 92, n° 5, p. 658-665.
- WILKINS, R.** (1985). *Données sur la pauvreté dans la région métropolitaine de Montréal*, à partir d'une série de totalisations spéciales du recensement de 1981, DSC de l'Hôpital général de Montréal, 109 p.
- WAXLER-MORRISON, N., ANDERSON, J.-M., RICHARSON, E.** (1990). *Cross-Cultural Caring : A Handbook for Health Professionnals*, UBC Press, 272 p.
- ZIGLER, E.** (1994). «Reshaping early childhood intervention to be a more effective weapon against poverty», *American Journal of Community Psychology*, vol. 22, n° 1, p. 37-47.

A N N E X E S

- 1 *Démarche initiale
d'identification
des besoins*
- 2 *Formulaires
de référence
au programme:
Abitibi et Montréal*
- 3 *Outils de travail
en équipe
interdisciplinaire
et outils de discussion
de cas*
- 4 *Suivi individuel en
période postnatale:
calendrier et activités*
- 5 *Bon de commande:
Outils de Naître
égaux - Grandir en
santé: Mon album
de grossesse.
Besoins et ressources
alimentaire en
période prénatale.
Formulaire, guide,
outils et annexes*

*Démarche
initiale
d'identification
des besoins*



A N N E X E

DÉMARCHE INITIALE D'IDENTIFICATION DES BESOINS

Direction de santé publique,
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

Direction de santé publique,
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE L'OUTAOUAIS



IDENTIFICATION

Nom _____ Prénom _____ n° dossier _____

date de la première rencontre _____

date prévue d'accouchement _____

cliente référée : non oui par : _____
NOM DE L'ORGANISME NOM DE LA PERSONNE

AUTRES PERSONNES QUI HABITENT LE LOGEMENT

- _____ lien de parenté _____ âge _____

DEMANDE INITIALE DE SERVICES _____



* Le chiffre en marge réfère au guide d'utilisation ci-joint.

CONDITIONS D'EXISTENCE

OCCUPATION HABITUELLE DE LA FEMME

travail _____ études _____ à la maison _____
scolarité complétée _____

SITUATION FINANCIÈRE

• source(s) de revenu familial _____ revenu mensuel _____

2 • source(s) de revenu de la femme _____ revenu mensuel _____

• endettement _____

3 • impact sur l'alimentation : en général _____ fin de mois _____

LOGEMENT

nombre de pièces _____ chambre pour le bébé : oui non

salubrité _____ sécurité à l'intérieur _____ sécurité à l'extérieur _____

nombre de déménagements au cours de la dernière année _____

DÉPLACEMENTS COURANTS (épicerie, CLSC, médecin)

à pied à vélo transports en commun automobile

CONTEXTE CULTUREL ET ETHNIQUE

pays d'origine _____ date d'arrivée au Canada _____ statut légal _____

langue d'usage _____ connaissance de la langue française _____ anglaise _____

intégration _____

4 particularités _____

religion _____

5

6

EXPÉRIENCES PASSÉES MARQUANTES	ÉVÉNEMENTS PARTICULIERS
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



MATERNITÉ

GROSSESSE ACTUELLE

premières réactions face à la grossesse _____

réactions actuelles _____

perception des premiers mouvements foetaux : quand? _____ réactions _____

échographie : date(s) _____

7

réactions _____

aucune échographie

GROSSESSES ANTÉRIEURES

8

déroulement normal _____ fausses couches _____ avortement _____

enfants mort-nés _____ césariennes _____

PORTRAIT DES ENFANTS

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
Nom			
Âge actuel			
Poids à la naissance			
Prématurité			
Retard de croissance intra-utérine			
Hospitalisation			
Autres			
Né de l'union acuelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Placé ou confié en adoption	oui <input type="checkbox"/> date: _____ non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> date: _____ non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> date: _____ non <input type="checkbox"/>



EXPÉRIENCE DE LA MATERNITÉ

expérience avec des pouspons _____

expérience avec de jeunes enfants _____

relations avec ses enfants _____

désir d'avoir d'autres enfants oui non contraception _____

RÉSEAU D'ENTRAIDE

LE PÈRE DU BÉBÉ À NAÎTRE

nom _____ occupation principale _____

9 durée de la vie commune _____ rapports conjugaux _____

reconnaissance de la paternité oui non

EXPÉRIENCE DE LA PATERNITÉ

enfant(s) né(s) d'une union précédente _____ âge actuel _____ placé ou confié en adoption

_____ âge actuel _____ placé ou confié en adoption

types de contact _____

expérience avec des poupons _____

expérience avec de jeunes enfants _____

relations avec ses enfants _____

premières réactions face à la grossesse _____

réactions actuelles _____

10 expériences passées marquantes _____

11 particularités _____

ENFANTS

réactions face à la grossesse _____

particularités _____

PERSONNE PARTICULIÈREMENT SIGNIFICATIVE

12 _____

RÉCIPROCITÉ

13 personnes que la femme soutient _____

BESOINS SPÉCIFIQUES D'AIDE

aide au travail domestique _____

ouverture au gardiennage _____

14 intérêt pour du répit _____

besoins de loisirs _____

autres _____

fréquentation de ressources communautaires _____



SANTÉ GLOBALE

ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ

15

comparée à d'autres femmes de son âge, la femme se considère-t-elle en santé ? _____

16

antécédents familiaux _____

ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

estime de soi _____

le moral : excellent bon moyen faible à plat

façons de faire face au stress _____

problèmes diagnostiqués _____ usage de psychotropes oui non

MALAISES DE GROSSESSE

17

HABITUDES DE VIE

a l'habitude de déjeûner dîner souper manger des collations

consomme régulièrement des fruits des légumes des produits laitiers des protéines des céréales

difficultés de sommeil oui non siestes oui non

pratique régulière d'activités physiques usage actuel de médicaments usage de vitamines accès aux médicaments

18

usage actuel de tabac quantité _____ usage actuel d'alcool quantité _____

usage actuel de drogues nature _____ quantité et fréquence _____ usage antérieur important

19

DÉSIR EXPRIMÉ DE MODIFIER SES HABITUDES DE VIE

alimentation _____

tabac _____

alcool _____

drogues _____



INFORMATIONS SOUHAITÉES

grossesse accouchement

sexualité émotions

soins du bébé allaitement

autres _____

SOURCES D'INFORMATION

télévision radio

journaux magazines livres

RECOURS AUX SERVICES

SUIVI MÉDICAL

20 nom du médecin _____

clinique _____

lieu d'accouchement _____

fréquence du suivi _____

EXPÉRIENCE DES SERVICES DE SANTÉ

 a déjà été en contact avec :

nom: _____

d'autres cliniques médicales hôpitaux

EXPÉRIENCE DES SERVICES SOCIAUX

CPEJ

autres _____

EXPÉRIENCE DES ORGANISMES

GOVERNEMENTAUX

Aide sociale Aide juridique

autres _____

SATISFACTION

QUESTIONS À PROPOS DU SUIVI

SATISFACTION

SATISFACTION

SATISFACTION



DÉMARCHE INITIALE D'IDENTIFICATION DES BESOINS

GUIDE D'UTILISATION

Dans le cadre du programme intégré de prévention en périnatalité **Naître égaux — Grandir en santé**, une intervenante privilégiée est d'abord appelée, avec le support d'une équipe multidisciplinaire, à établir une relation de confiance mutuelle avec les femmes enceintes en situation de grande pauvreté auprès desquelles elle intervient. C'est sur la base de cette relation que, par la suite, un plan d'intervention sera développé avec chaque femme, quels que soient la formation professionnelle de l'intervenante et le modèle conceptuel auquel elle (ou son institution) se réfère.

Compte tenu de la complexité de la situation des femmes pour lesquelles ce programme a été conçu, le mandat du présent outil est de dresser un portrait de la femme enceinte qui tienne compte, précisément, de la globalité de sa situation. Ce portrait sera alors présenté à l'équipe multidisciplinaire au sein de laquelle l'analyse est amorcée. Il ne s'agit donc pas d'une grille de dépistage des risques, à compléter à tout prix sous le mode questions/réponses au cours d'une première rencontre. Comme la priorité est accordée à l'établissement d'une relation de confiance mutuelle, cette démarche initiale permet de consigner les échanges des trois ou quatre premières rencontres avec la femme.

Cet outil est le fruit de la collaboration de tous les partenaires du Programme intégré de prévention en périnatalité. Il a fait l'objet d'une étude de validation menée par la Direction de santé publique du Centre hospitalier régional de l'Outaouais et la Direction de santé publique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Daniel Beauregard, coordonnateur de l'intervention
Direction de santé publique, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

IDENTIFICATION

- 1 Quels sont les premiers besoins exprimés, les attentes explicites ou les urgences signalées par la femme?

CONDITIONS D'EXISTENCE

- 2 Il s'agit ici de vérifier la part du revenu dont la femme dispose vraiment. Par exemple, gère-t-elle le budget? Le conjoint confisque-t-il régulièrement le chèque d'Aide sociale ou les allocations familiales?
- 3 En général, la femme dispose-t-elle d'une alimentation suffisante pour sa famille et pour elle-même? Et durant les dernières semaines du mois? Connaissent-ils la faim?
- 4 Noter ici ce qu'il est important de savoir afin de mieux saisir sa culture et d'en tenir compte dans l'ensemble de l'intervention : interdits à l'égard de l'alimentation, rapports hommes-femmes, conception et pratiques vis-à-vis la maternité, etc.
- 5 Fugues, abus, placements, fuite du pays, etc.
- 6 Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), procès, déménagements, décès d'un parent, etc.

MATERNITÉ

- 7** En général, l'échographie est un moment important durant la grossesse, tant pour la femme enceinte que pour son conjoint, parce qu'elle leur permet de rencontrer leur futur bébé, de prendre contact avec lui.
- 8** Indiquer, si nécessaire, l'année où chacun des événements est survenu.

RÉSEAU D'ENTRAIDE

- 9** Rapports conjugaux plutôt harmonieux et stables ou, au contraire, violence verbale, psychologique, physique, sexuelle.
- 10** Prison, victime d'abus durant sa jeunesse...
- 11** On peut noter l'âge du conjoint s'il y a un écart important avec celui de sa conjointe. Usage de drogues et d'alcool.
- 12** Y a-t-il une personne dans son entourage (de la famille ou non) sur qui elle peut vraiment compter? Il peut être intéressant ici de vérifier les liens ainsi que la proximité physique des membres de la famille immédiate, mère, père, frères, soeurs, belle-mère, beau-père, ex-conjoint(s)...
- 13** Y a-t-il des personnes à qui la femme apporte souvent de l'aide? De quelle sorte d'aide s'agit-il? Par exemple: support moral, échange de gardiennage.
- 14** Plusieurs femmes hésitent à confier leurs enfants à d'autres personnes même pour une brève période: la femme est-elle prête à utiliser de tels services? Il faut entendre par "répit" un gardiennage qui dépasse 24 heures.

SANTÉ GLOBALE

- 15** Signaler ce qui mérite de l'être : état de santé dentaire, poids, rythme du gain de poids, maladies génétiques, MTS, absence de vaccination, etc.
- 16** La perception subjective de l'état actuel de santé est reconnue comme un excellent indicateur de l'état général de santé.
- 17** Malaises possibles : fatigue, difficulté de respirer, nausée, vomissements, brûlures d'estomac, constipation, douleurs au dos, aux jambes, aux seins, pertes vaginales, etc.
- 18** En général, la femme a-t-elle les moyens de se procurer les médicaments nécessaires pour elle et sa famille?
- 19** Il s'agit ici du «désir exprimé par la femme» de modifier ses habitudes de vie et non de celui de l'intervenante.

RECOURS AUX SERVICES

- 20** Lorsqu'on discute avec la femme de sa satisfaction à l'égard de l'un ou l'autre service, l'objectif visé est de recueillir ses impressions à leur égard et d'identifier avec elle ce qui peut faciliter ou nuire au recours à ces services.

AVENIR

- 21** Qu'est-ce que le fait d'être enceinte change dans sa vie et dans celle de sa famille? Par la suite, quels changements la naissance de son enfant va-t-elle apporter dans sa vie et dans celle de sa famille?

SYNTHÈSE DE L'INTERVENANTE

- 22** Quelles sont ses forces? Quelle est sa façon de composer avec la réalité ("coping"), de faire face à ses difficultés?
- 23** Il est recommandé d'indiquer la date et d'apposer ses initiales à chaque fois que des ajouts sont apportés à ce document.

*Formulaires
de référence
au programme:
Abitibi et
Montréal*

A N N E X E



FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

(du médecin vers le CLSC)

Adressographe

Identification de la famille

Mère

Nom à la naissance: _____ Prénom: _____

Date de naissance: A _____ M _____ J _____

Adresse: _____

Code postal: _____ N° de tél.: rés.: _____ bur.: _____

Numéro d'assurance-maladie: _____

Motif de la référence

CLSC à qui on réfère (encercler le CLSC):

CLSC H.-Maisonneuve
1620, rue Lasalle
Montréal (Québec)
H1V 2J8

CLSC Le Minordet
1265, boul. Forest
Val-D'Or (Québec)
J9P 5H3

CLSC J.-Octave Roussin
13926, Notre-Dame E.
Montréal (Québec)
H1A 1T5

CLSC Pierrefonds
13 800, boul. Gouin Ouest
Pierrefonds (Québec)
H8Z 3H6

CLSC M.-Est/Anjou
9403, Sherbrooke E.
Montréal (Québec)
H1L 6P2

CLSC Pierrefonds
3675, boul. Des Sources
Dollard-des-Ormeaux (Québec)
H9B 2X6

CLSC Olivier-Guimond
5455, rue Chauveau
Montréal (Québec)
H1N 1G8

CLSC St-Michel
7950, boul. St-Michel
Montréal (Québec)
H1Z 3H1

CLSC Centre-Sud
1705, rue de la Visitation
Montréal (Québec)
H2L 3C3

CLSC Verdun/Côte St-Paul
1090, avenue de l'Église
Verdun (Québec)
H4G 2N5

CLSC Le Minordet
961, rue de la Clinique, C.P. 4000
Senneterre (Québec)
J0Y 2M0

CLSC Verdun/Côte St-Paul
6045, boul. Monk
Montréal (Québec)
H4E 3H5



Signature du médecin traitant: _____

Nom du médecin traitant: _____

Adresse de la clinique: _____

Code postal: _____ N° de tél.: _____

CONSENTEMENT

Pour favoriser la continuité des services, j'accepte que les renseignements apparaissant au présent formulaire soient transmis du médecin vers le CLSC et qu'un formulaire de retour d'information soit envoyé au médecin.

Signature: _____ Date: _____

Suivi de la référence

Date du premier contact A _____ M _____ J _____

Interventions et/ou type de suivi _____

Signature de l'intervenante _____

Nom du CLSC: _____

Nom de l'intervenante: _____

Date d'envoi du suivi: A _____ M _____ J _____

AVIS DE GROSSESSE

Désire suivre rencontres prénatales: Oui _____ Non _____

Nom, Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Tél.: Résidence: _____ Travail: _____

Autre: _____ Date de naissance: _____

DDM _____ Gravida _____ Para _____ Aborda _____

DPA _____

Conjoint stable: Oui _____ Non _____ Nom _____

Problèmes spécifiques: _____

Signature de la cliente: _____

Date: _____

Scolarité terminée (encerclez)

Secondaire I II III IV V

Cégep _____ Université _____

Revenu familial

Moins de 15 000 \$ _____

15 000 à 20 000 \$ _____

20 000 à 30 000 \$ _____

Plus de 30 000 \$ _____

Médecin traitant _____

Clinique _____

*Outils de travail
en équipe
interdisciplinaire
et outils de
discussion de cas*

A N N E X E

GRILLE D'ANALYSE DES CONDITIONS DU TRAVAIL EN ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

Questions exploratoires

Ces questions nous aideront à analyser la situation de notre équipe interdisciplinaire, au regard des cinq dimensions qui regroupent les conditions rendant favorable le travail en équipe interdisciplinaire.

Ces cinq dimensions sont:

- | | | | |
|---|--|----|--------------|
| ① | Le parti pris pour une gestion participative. | | |
| ② | Des buts communs et des mandats clairs. | | |
| ③ | Un mode de fonctionnement souple et efficace. | | |
| ④ | Un climat d'ouverture et de confiance. | | |
| ⑤ | L'implication réelle des intervenantes et l'interdépendance. | OK | À TRAVAILLER |

<i>1. Le parti pris pour une gestion participative</i>			
1.1	La philosophie de gestion privilégiée et pratiquée par le CLSC valorise-t-elle la coopération et le travail en équipe ?		
1.2	La direction du CLSC et les coordonnatrices font-elles preuve de souplesse dans l'organisation du travail et l'exercice de l'autorité ?		
1.3	Est-ce que le partage des responsabilités s'effectue dans le respect des compétences de chacun et selon un processus constant de négociation ?		
<i>2. Des buts communs et des mandats clairs</i>			
2.1	Partage-t-on, au sein de l'équipe, une vision commune des besoins et des problèmes que vivent les femmes, les familles et les milieux de vie ?		
2.2	Définit-on ensemble des priorités, ce sur quoi il est le plus important d'agir ensemble en tant qu'équipe ?		
2.3	Les membres de l'équipe génèrent-ils des solutions réalistes et réalisables et définissent-ils des mandats et des responsabilités claires pour chacun d'entre eux et pour l'équipe ?		
2.4	Le mandat de l'équipe est-il reconnu officiellement par la direction du CLSC ?		

* Outil inspiré de : MSSS. *Développement d'un programme concerté dans un contexte multisectoriel. Promotion de la santé et prévention primaire des toxicomanies chez les jeunes*, Direction de la formation et du développement, 1992.

OK

À
TRAVAILLER

3. *Un mode de fonctionnement souple et efficace*

3.1 A-t-on défini et accepté, au sein de l'équipe, un mode de fonctionnement souple en ce qui a trait :

- au déroulement des réunions ?
- aux modalités de décision et de coordination des interventions de l'équipe ?
- au suivi à effectuer par rapport aux divers «cas» et aux interventions à mener ?

3.2 A-t-on prévu une certaine souplesse dans les horaires pour permettre aux intervenantes de réaliser leurs mandats ou leurs tâches ?

3.3 A-t-on adopté une démarche commune pour la mise en oeuvre, le développement et l'évaluation de notre plan d'action interdisciplinaire ?

3.4 Les informations sont-elles facilement disponibles ?

3.5 Globalement, la structure de fonctionnement est-elle :

- souple ?
- efficace ?
- suffisamment définie ?

4. *Un climat d'ouverture et de confiance*

4.1 Se sent-on à l'aise d'exprimer ouvertement ce que l'on pense et ce que l'on ressent, de poser des questions et d'apporter des suggestions ?

4.2 Accorde-t-on une place aux idées nouvelles ? Est-on prêt à prendre des risques, à innover ?

4.3 Démontre-t-on une volonté d'apprendre et de la tolérance face à l'ambiguïté et à l'inconnu ?

4.4 A-t-on du plaisir à travailler ensemble ?

4.5 Comment sont gérées les difficultés du travail en équipe ? Sont-elles gérées ouvertement ? Si non, pourquoi ?

OK

À
TRAVAILLER**5. *L'implication réelle des intervenantes et l'interdépendance***

- | | | | |
|-----|---|--|--|
| 5.1 | Reconnaît-on les compétences des autres ? Accepte-t-on de discuter des rôles et des fonctions de chacun ? | | |
| 5.2 | Le leadership est-il partagé au sein de l'équipe, sur le plan des contenus et des responsabilités ? | | |
| 5.3 | Accepte-t-on de consacrer du temps et des énergies à la poursuite des buts de l'équipe et se sent-on interdépendants les uns des autres ? | | |
| 5.4 | Accepte-t-on d'assumer des mandats et des responsabilités nouveaux au sein de l'équipe ? Ceux-ci sont-ils équitablement partagés ? | | |

<i>Acteurs/ Rôle Avant/Préparation</i>		<i>P e n d a n t / D i s c u s s i o n</i>			<i>Après/Suivi</i>
		EXPOSÉ	ÉCHANGE	CONCLUSION	
L'animatrice	<ul style="list-style-type: none"> - prépare l'ordre du jour (avec angle de discussion pour chaque cas) - le fait circuler d'avance, si possible - prépare des questions clés à débattre : ex. : problèmes communs à plusieurs cas 	<ul style="list-style-type: none"> - présente l'ordre du jour et voit à son bon déroulement 	<ul style="list-style-type: none"> - propose et gère une démarche en vue d'amener des solutions au cas discuté - gère le bavardage - gère la discussion 	<ul style="list-style-type: none"> - s'assure du consensus autour de la solution choisie, du suivi et du partage des responsabilités entre les personnes concernées 	<ul style="list-style-type: none"> - fait un compte rendu - vérifie la pertinence de l'inscription du cas au prochain ordre du jour
L'intervenante privilégiée	<ul style="list-style-type: none"> - détermine le ou les cas à présenter - détermine pourquoi elle présente un cas, ou quelles sont ses attentes par rapport à l'équipe - prépare l'exposé du cas s'inscrit à l'ordre du jour 	<ul style="list-style-type: none"> - décrit ses attentes - expose le cas et les éléments du problème 	<ul style="list-style-type: none"> - informe les autres acteurs sur le cas au regard de la démarche - reçoit et compile les informations et les solutions 	<ul style="list-style-type: none"> - présente la synthèse de la solution retenue et le plan de suivi auquel elle entend se conformer 	<ul style="list-style-type: none"> - informe la famille des résultats de la discussion et du suivi à effectuer - revalide les ententes avec la famille
L'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - se prépare en fonction des cas présentés et des questions clés 	<ul style="list-style-type: none"> - écoute - questionne pour clarifier le cas et le comprendre 	<ul style="list-style-type: none"> - intervient pour apporter des solutions (et constituer ainsi une réserve de solutions) 	<ul style="list-style-type: none"> - adhère à la synthèse et au consensus 	<ul style="list-style-type: none"> - les intervenantes impliquées ou concernées par le cas collaborent avec l'intervenante privilégiée

A. Avant la discussion de cas / La préparation

Ce qu'il faut considérer pour préparer et pour réussir nos discussions de cas	Force	À améliorer
<i>L'animatrice</i>		
1 Préparer l'ordre du jour :	○	○
<p>Se demander :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> quelles sont les situations/cas dont on veut discuter cette semaine ? <input type="radio"/> s'agit-il de nouveaux cas ou de suivis de cas ? <input type="radio"/> pour chaque cas, quelles questions l'intervenante privilégiée souhaite-t-elle poser au groupe ? <input type="radio"/> pour l'ensemble des cas retenus, y a-t-il un problème commun auquel on devrait s'attarder en équipe ? 		
2 Faire circuler l'ordre du jour avant la réunion.	○	○
3 Autres points à vérifier:		
_____	○	○
_____	○	○
_____	○	○

A. Avant la discussion de cas / La préparation — Suite

Ce qu'il faut considérer pour préparer
et pour réussir nos discussions de cas

Force

À améliorer

L'intervenante privilégiée

- | | | | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|
| ❶ | Déterminer quels sont le ou les cas à présenter à la prochaine réunion. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ❷ | Pour chaque cas, préciser ses attentes face à l'équipe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Mes attentes peuvent être :

- que l'équipe ait un portrait minimal de la ou des personnes auprès desquelles j'interviens ;
- que l'équipe s'informe de l'évolution de la situation ;
- que l'équipe collabore à mettre au point le plan d'intervention ;
- que l'équipe confirme ou infirme mes hypothèses d'intervention ;
- que tel professionnel me donne son avis ;
- que l'équipe me soutienne parce que «j'ai mon voyage !» ;
- autres :

A. Avant la discussion de cas / La préparation — Suite

Ce qu'il faut considérer pour préparer et pour réussir nos discussions de cas

Force

À améliorer

L'intervenante privilégiée

③ Préparer l'exposé du NOUVEAU CAS.

Le plan de l'exposé

- Ce que j'attends de l'équipe.
- Les questions que je veux soulever.
- Survol du portrait de la femme dont le cas est à l'ordre du jour. (Utiliser l'outil «Démarche initiale d'identification des besoins» : conditions d'existence, maternité, santé, réseau, services, projets d'avenir).
- Mon avis global.
ou
- Liste de mes hypothèses d'intervention.
ou
- Suggestions pour un plan d'intervention.

④ Préparer l'exposé du SUIVI.

Le plan de l'exposé

- Ce que j'attends de l'équipe.
- Les questions que je veux soulever.
- Survol des nouveaux éléments.
- Résultats de la discussion et ajustements apportés au plan d'intervention.

A. Avant la discussion de cas / La préparation — Suite

Ce qu'il faut considérer pour préparer
et pour réussir nos discussions de cas

Force

À améliorer

L'équipe

- | | | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|
| ① | Cerner des éléments reliés à notre expertise professionnelle et qui pourraient contribuer à la résolution des cas à l'ordre du jour. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ② | Suggérer à l'animatrice un problème auquel l'équipe devrait s'attarder. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B. Pendant la discussions de cas

Ce qu'il faut considérer pour réussir nos discussions de cas ou les améliorer.	Force	À améliorer
--	-------	-------------

L'animatrice

- | | | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|
| ① | Présenter l'ordre du jour et le déroulement de la discussion de cas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ② | Guider la démarche visant à trouver des solutions aux cas discutés. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

La démarche visant à trouver des solutions aux cas discutés devrait contenir :

- le portrait de la situation et les éléments problématiques («Démarche initiale d'identification des besoins» : conditions d'existence, maternité, santé, réseau, services, projets d'avenir) ;
- les actions à entreprendre, sous forme d'hypothèse ou de plan d'intervention (Éléments de base d'un plan d'intervention) ;
- le plan opérationnel (Qui fait quoi, quand, pourquoi ?).

- | | | | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|
| ③ | Animer la discussion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • | gérer la tâche de chacune : contenu et déroulement ; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • | gérer la participation de chacune : climat, bavardage (opinions, remarques spontanées). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B. Pendant la discussions de cas — Suite

Ce qu'il faut considérer pour réussir nos discussions de cas ou les améliorer.

Force

À améliorer

L'animatrice

Le **profil** d'un bon animateur :

- souplesse,
- écoute,
- aptitude à tirer profit du bavardage (opinions, remarques spontanées...),
- humour/joye de vivre,
- détermination (sait où il s'en va),
- aptitude à gérer la tâche, le déroulement d'une réunion et l'aspect affectif susceptible de se manifester dans un groupe,
- attitude qui reflète une conviction,
- capacité de faire valoir les ressources de chacun,
- dynamisme,
- esprit de synthèse,
- autres :

④ S'assurer que la synthèse et la conclusion de chaque cas sont claires, et qu'il y a consensus pour chacun de ces cas.

B. Pendant la discussions de cas — Suite

Ce qu'il faut considérer pour réussir nos discussions de cas ou les améliorer.	Force	À améliorer
--	-------	-------------

L'intervenante privilégiée

- | | | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|
| ① | Exposer le cas à examiner (nouveau ou suivi). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ② | Recevoir et prendre note des informations de chacune et des solutions proposées. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ③ | Présenter la synthèse et la conclusion du cas (actions à entreprendre, plan opérationnel). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

L'équipe

- | | | | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|
| ① | Écouter et questionner pour clarifier le cas et le comprendre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ② | Intervenir pour aider les autres acteurs à comprendre et proposer des solutions. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Avoir en tête :

- les attentes exprimées par l'intervenante privilégiée,
- ses questions,
- ses hypothèses d'intervention,
- les besoins de la femme dont il est question (portrait),
- la démarche menant à la solution du cas,
- la façon dont je peux mettre à profit mon expertise.

- | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| ③ | Parvenir à un consensus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------|

C. Après / le suivi

Ce qu'il faut considérer pour réussir nos discussions de cas ou les améliorer

Force

À améliorer

L'animatrice

- ① Faire un compte rendu.

On devrait y retrouver les éléments suivants :

- les décisions
- les questions en suspens
- les responsabilités

- ② Vérifier la pertinence d'inscrire le cas au prochain ordre du jour.

L'intervenante privilégiée

- ① Informer la famille des résultats de la discussion et du suivi à effectuer.

- ② Valider ou revalider le plan d'intervention.

L'équipe

- ① Collaborer avec l'intervenante privilégiée.

- ② À la fin de l'intervention auprès d'une femme, faire un retour sur l'ensemble de l'intervention, en prenant soin d'y inclure les perceptions de la femme elle-même.

S y n t h è s e
CE QU'ON VEUT AMÉLIORER DANS NOS DISCUSSIONS DE CAS
ET COMMENT ON PEUT LE FAIRE ?

<i>Forces</i>	<i>Points à améliorer</i>	<i>Moyens</i>

Objet de la réunion:	Lieu:
Participant·es:	Date:
	Heure/Début:
	Heure/Fin:
	Animatrice:

Déroulement

SUJETS	RESPONSABLE	DURÉE
<p>① Accueil</p>		
<p>② Présentation du cas no 1</p> <p>Âge: _____</p> <p>Scolarité: _____</p> <p>Conjoint: <input type="checkbox"/></p> <p>Nouveau cas <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/></p> <p>_____ semaines de grossesse</p> <p>_____ date probable d'accouchement</p> <p>G _____ P _____ A _____</p> <p>Question clé : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Discussion</p> <p>Synthèse</p>		

Déroulement

SUJETS	RESPONSABLE	DURÉE
<p>③ Présentation du cas no 2</p> <p>Âge: _____</p> <p>Scolarité: _____</p> <p>Conjoint: <input type="checkbox"/></p> <p>Nouveau cas <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/></p> <p>_____ semaines de grossesse</p> <p>_____ date probable d'accouchement</p> <p>G _____ P _____ A _____</p> <p>Question clé : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Discussion</p> <p>Synthèse</p>		
<p>④ Présentation du cas no 3</p> <p>Âge: _____</p> <p>Scolarité: _____</p> <p>Conjoint: <input type="checkbox"/></p> <p>Nouveau cas <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/></p> <p>_____ semaines de grossesse</p> <p>_____ date probable d'accouchement</p> <p>G _____ P _____ A _____</p> <p>Question clé : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Discussion</p> <p>Synthèse</p>		

Déroulement

SUJETS	RESPONSABLE	DURÉE
<p>5 Présentation du cas no 4</p> <p>Âge: _____</p> <p>Scolarité: _____</p> <p>Conjoint: <input type="checkbox"/></p> <p>Nouveau cas <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/></p> <p>_____ semaines de grossesse</p> <p>_____ date probable d'accouchement</p> <p>G _____ P _____ A _____</p> <p>Question clé : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Discussion</p> <p>Synthèse</p>		
<p>6 Présentation du cas no 5</p> <p>Âge: _____</p> <p>Scolarité: _____</p> <p>Conjoint: <input type="checkbox"/></p> <p>Nouveau cas <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/></p> <p>_____ semaines de grossesse</p> <p>_____ date probable d'accouchement</p> <p>G _____ P _____ A _____</p> <p>Question clé : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Discussion</p> <p>Synthèse</p>		

Déroulement

SUJETS	RESPONSABLE	DURÉE
<p>⑦ SUJETS DIVERS À DÉBATTRE (thèmes ou problèmes communs aux cas présentés; formation par les pairs, etc.)</p> <p>a) _____ _____</p> <p>b) _____ _____</p> <p>c) _____ _____</p>		
<p>⑧ SYNTHÈSE ET ÉVALUATION</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Après avoir complété la Démarche initiale d'identification des besoins, l'intervenante privilégiée peut utiliser cette fiche pour préparer la présentation d'un cas à l'équipe. Elle peut être complétée lors de la discussion du cas en équipe.

Intervenante privilégiée: _____

Collaboratrices/collaborateurs: _____

Âge: _____	Nouveau cas <input type="checkbox"/>	Suivi <input type="checkbox"/>
Conjoint: <input type="checkbox"/>	_____ semaines de grossesse	
Scolarité: _____	_____ date probable d'accouchement	
	G _____ P _____ A _____	
	Question clé : _____	

Ce que j'attends de l'équipe:

Mes attentes peuvent être :

- que l'équipe ait un portrait minimal de la ou des personnes auprès de laquelle ou desquelles j'interviens ;
- que l'équipe s'informe de l'évolution de la situation ;
- que l'équipe collabore à mettre au point le plan d'intervention ;
- que l'équipe confirme ou infirme mes hypothèses d'intervention ;
- que tel professionnel me donne son avis ;
- que l'équipe me soutienne parce que «j'ai mon voyage !» ;
- autres :

<i>Liste des problèmes/besoins</i>	<i>Causes/Faits</i>	<i>Réserve de solutions</i>	<i>Solutions prioritisées</i>	<i>Responsables</i>	<i>Moment de l'intervention</i>

*Suivi individuel
en période
postnatale:
calendrier et
activités*

A N N E X E

<i>Moments significatifs</i>	<i>Domaines</i>	<i>Enjeux</i>	<i>Visites et contacts</i>	<i>Priorités</i>	<i>Réseau</i>	<i>Concertation</i>
<ul style="list-style-type: none"> - naissance - entrée à la maison - visites du réseau - euphorie/ dépression 	<ul style="list-style-type: none"> - observation du bébé et information sur le développement de l'enfant et le rôle des parents - soins au bébé - besoins des parents - ressources socio-économiques 	<ul style="list-style-type: none"> - début de la relation parent/enfant - découverte du bébé comme une personne - état physique de la mère et du bébé, nutrition de la mère - nutrition adaptée, propreté, sécurité, réponse rapide aux pleurs - convaincre les parents qu'ils sont capables d'aimer, même si la chose n'est pas immédiate - adaptation au rôle de père ou de mère et au nouveau bébé - repos - satisfaction des besoins essentiels (nourriture, logement, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - à l'hôpital, si possible - à la maison dès la première semaine (priorité à la visite à domicile) 	<ul style="list-style-type: none"> - révéler les capacités relationnelles du bébé, en particulier la vue et l'audition - démontrer l'importance de répondre promptement au bébé - rencontrer le réseau et lui transmettre l'information - soutenir l'allaitement - évaluer globalement les besoins - vérifier l'état nutritionnel de la mère - rencontrer le réseau et lui transmettre l'information 	<ul style="list-style-type: none"> - nombreuses visites centrées sur le bébé - groupes d'entraide - groupes existants - popote roulante dans certains cas 	<ul style="list-style-type: none"> - CH et CLSC - pédiatres - médecins de famille suivant les enfants : référence au CLSC - sécurité du revenu, OPDS



PÉRIODE : PREMIÈRE SEMAINE

<i>Moments significatifs</i>	<i>Domaines</i>	<i>Enjeux</i>	<i>Visites et contacts</i>	<i>Priorités</i>	<i>Réseau</i>	<i>Concertation</i>
<ul style="list-style-type: none"> - fatigue et dépression - majorité des contacts établis par le bébé - contraception 	<ul style="list-style-type: none"> - observation du bébé et information sur le développement de l'enfant et le rôle des parents - soins au bébé - besoins des parents - ressources disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> - changements peu visibles chez le bébé, découragement possible de la mère et implication du père - nutrition adaptée (période difficile de l'allaitement) - propreté - réponse rapide aux pleurs - sécurité - tabagisme - nutrition et repos de la mère - isolement - adaptation à son nouveau rôle - accès aux ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - vers la 3^e semaine 	<ul style="list-style-type: none"> - mettre en évidence les progrès de l'enfant dans ses capacités relationnelles - soutenir l'allaitement - renforcer la réponse rapide aux pleurs - suggérer des moyens de faire face à l'exaspération - rassurer les parents sur la normalité des difficultés du 1^{er} mois et sur leurs qualités de mère et de père - clarifier le désir d'une autre grossesse ou de contraception 	<ul style="list-style-type: none"> - marrainage, De la visite - groupes d'entraide - Parents Anonymes - aide à domicile - ressources de répit de quelques heures 	

<i>Moments significatifs</i>	<i>Domaines</i>	<i>Enjeux</i>	<i>Visites et contacts</i>	<i>Priorités</i>	<i>Réseau</i>	<i>Concertation</i>
<ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} sourire - établissement du rythme - 1^{er} vaccin - poussées de croissance - contacts sociaux du bébé - coliques - visite médicale de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> - observation du bébé et information sur le développement de l'enfant - soins au bébé - besoins des parents - ressources disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> - soutien de la relation - stimulation appropriée - premier vaccin - maintien d'une nutrition adaptée au bébé - confiance en soi chez les parents - isolement social - alimentation de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> - vers les 5^e, 7^e, 9^e et 11^e semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - reconnaître le sourire et valoriser la mère - soutenir la relation - rassurer les parents et leur donner conseils pratiques sur les coliques - apporter un soutien concret à la vaccination - soutenir l'allaitement - renforcer la mère, le père et les proches dans leurs rôles - s'informer de la nutrition des parents - aborder la question de la garde (le bébé est-il sociable ?) - faciliter l'accès aux ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - conseils de l'entourage - transport - gardiennage - groupes d'entraide - marrainage - De la visite - groupes d'entraide en alimentation - ressources de répit 	<ul style="list-style-type: none"> - cliniques de nourrissons - cuisines collectives - cliniques privées, gynécologiques



PÉRIODE : 1 À 3 MOIS

<i>Moments significatifs</i>	<i>Domaines</i>	<i>Enjeux</i>	<i>Visites et contacts</i>	<i>Priorités</i>	<i>Réseau</i>	<i>Concertation</i>
<ul style="list-style-type: none"> - plus éveillé, confortable dans une petite chaise - attrape et tient son hochet - exprime ses émotions - commence à s'alimenter avec des aliments solides - 2^e vaccin 	<ul style="list-style-type: none"> - observation du bébé et information sur le développement de l'enfant et le rôle des parents - soins au bébé - besoins des parents - ressources disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> - stimulation appropriée - communication et langage - nutrition adaptée - vaccination - isolement social des parents 	<ul style="list-style-type: none"> - aux trois semaines, modulés par la participation à un groupe de parents, ou par le soutien d'une ressource fiable; ne pas couper complètement le contact, mais profiter de toutes les occasions «sociales» pour établir un contact 	<ul style="list-style-type: none"> - soutien dans l'acquisition de jouets et meubles (chaise, chaise haute) sécuritaires - soutien nutritionnel - soutien à l'allaitement - soutien dans la vaccination - suggestion d'un groupe d'entraide offrant une halte-garderie - répit-gardiennage - accès aux ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - ateliers de fabrication ou de réparation de jouets et meubles pour enfants, joujou-thèque - cuisine collective avec fabrication de purées - transport - gardiennage - groupes d'entraide existants ou à créer - ressources de garde d'enfants 	<ul style="list-style-type: none"> - cuisines collectives - regroupement de garderies, Office des services de garde à l'enfance (OSGE)

<i>Moments significatifs</i>	<i>Domaines</i>	<i>Enjeux</i>	<i>Visites et contacts</i>	<i>Priorités</i>	<i>Réseau</i>	<i>Concertation</i>
<ul style="list-style-type: none"> - pointe du doigt - jargonne - imite - ressent de l'anxiété devant la séparation, devient «sauvage» - acquiert une plus grande mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> - observation du bébé et information sur le développement de l'enfant et le rôle des parents - soins au bébé - besoins des parents - ressources disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> - communication et langage - adaptation à la mobilité - environnement à la fois sécuritaire et stimulant - isolement social 	<ul style="list-style-type: none"> - à chaque mois, modulés par la participation à un groupe de parents, ou par le soutien d'une ressource fiable; ne pas couper complètement le contact, mais profiter de toutes les occasions «sociales» pour établir un contact 	<ul style="list-style-type: none"> - encourager le développement du langage - rassurer les parents sur le comportement du bébé - organiser l'environnement de façon sécuritaire - rassurer les parents sur les avantages de la garde malgré les pleurs, suggérer des façons d'y faire face - proposer des activités ludiques parents/enfants, du répit-gardiennage - vérifier l'accès aux ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - haltes-garderies ou garde de façon régulière - ateliers de fabrication de jouets - cuisine collective avec fabrication d'aliments de transition - ateliers de jeux, de stimulation parents/enfants - transports 	<ul style="list-style-type: none"> - regroupement de garderies, Office des services de garde à l'enfance, (OSGE), CLSC - organismes de loisirs

PÉRIODE : 6 MOIS À 1 AN



<i>Moments significatifs</i>	<i>Domaines</i>	<i>Enjeux</i>	<i>Visites et contacts</i>	<i>Priorités</i>	<i>Réseau</i>	<i>Concertation</i>
<ul style="list-style-type: none"> - grimpe les escaliers mais ne les descend pas - grimpe partout - 1^{er} anniversaire - marche - fait des crises 	<ul style="list-style-type: none"> - observation de l'enfant - information sur le développement de l'enfant et le rôle des parents - soins à l'enfant - besoins des parents - ressources disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> - communication et langage - compréhension des crises et moyens d'y faire face sans violence - sécurité - stimulation appropriée - isolement social - autres projets (retour aux études, au travail, autre enfant...) 	<ul style="list-style-type: none"> - à chaque mois, modulés par la participation à un groupe de parents, ou par le soutien d'une ressource fiable; ne pas couper complètement le contact, mais profiter de toutes les occasions «sociales» pour établir un contact 	<ul style="list-style-type: none"> - intégration à un groupe de soutien parental - suggestions pour soutenir le développement du langage - adaptation du logement pour le rendre sécuritaire mais stimulant - activités pour souligner l'anniversaire - vérification de l'accès aux ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - Y'a personne de parfait - ateliers pour fabriquer et installer des dispositifs de sécurité dans les logements - cuisines collectives - groupes d'alphabétisation 	<ul style="list-style-type: none"> - CLSC, organismes communautaires - formation professionnelle - MEQ, éducation aux adultes - groupes d'alphabétisation

PÉRIODE : 12 À 18 MOIS

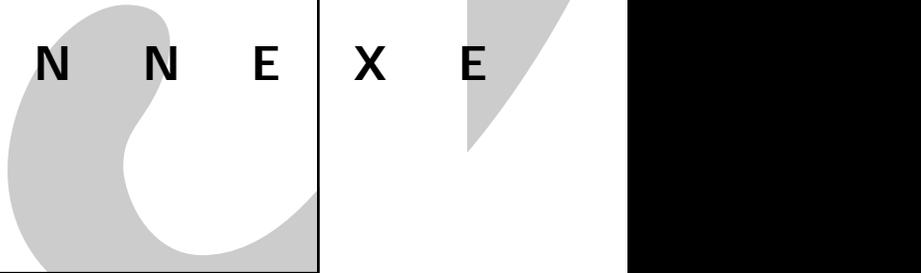
<i>Moments significatifs</i>	<i>Domaines</i>	<i>Enjeux</i>	<i>Visites et contacts</i>	<i>Priorités</i>	<i>Réseau</i>	<i>Concertation</i>
<ul style="list-style-type: none"> - ressent des peurs variées - pousse le ballon avec son pied - accidents - début possible de l'entraînement à la propreté 	<ul style="list-style-type: none"> - observation de l'enfant et information sur le développement de l'enfant et le rôle des parents - soins à l'enfant - besoins des parents - ressources disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> - comprendre les peurs et y faire face - surveiller les signes de propreté et déterminer le bon moment pour intervenir - s'assurer que l'enfant est en sécurité partout : produits dangereux, escaliers, etc. - rompre l'isolement social - autres projets 	<ul style="list-style-type: none"> - selon les besoins 	<ul style="list-style-type: none"> - suggestions pour faire face aux peurs - information sur les signes de propreté - groupes de parents - suggestions pour rendre le logement sécuritaire - orientation vers un groupe d'entraide correspondant aux goûts des parents 	<ul style="list-style-type: none"> - influence du réseau informel sur la propreté - groupes de parents - ateliers pour améliorer la sécurité dans les logements - groupes existants ou à créer - Y'APP - garderie ou halte-garderie régulière - alphabétisation 	<ul style="list-style-type: none"> - groupes d'alphabétisation - ressources en orientation professionnelle (MEQ, Sécurité du revenu, Main-d'œuvre, Au bas de l'échelle, OPDS, etc.)



PÉRIODE : 18 À 24 MOIS

*Bon de
commande*

A N N E X E





BON DE COMMANDE

Outils de Naître égaux - Grandir en santé

Adresser à:

Naître égaux - Grandir en santé
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
4835, rue Christophe-Colomb, 2^e étage
Montréal (Québec) H2J 3G8
Téléphone : (514) 528-2400
Télécopieur : (514) 524-2426

Veillez établir le coût et facturer à l'avance :

- exemplaires de *Mon album de grossesse*, 45 pages
2^e édition disponible sous peu.
- exemplaires de *Besoins et ressources alimentaires en période prénatale*
Formulaire, guide, outils et annexes, 56 pages.
- Je viendrai chercher ces exemplaires à la Direction de la
santé publique.
- Veuillez m'expédier ces exemplaires par la poste.

NOM _____

INSTITUTION _____

TÉLÉPHONE _____

TÉLÉCOPIEUR _____

Vous avez lu ce document ?

Vous l'utilisez ?

Faites-le-nous savoir...

Une invitation à nous faire part...

De vos questions _____

De vos commentaires _____

Du bilan de vos propres expériences

De votre intérêt à utiliser cet ouvrage

Merci!

Programme Naître égaux — Grandir en santé
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
4835, rue Christophe-Colomb
Montréal (Québec) H2J 3G8
Téléphone : (514) 528-2400
Télécopieur : (514) 528-2426



RÉGIES RÉGIONALES
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX