



UNIVERSITÉ DE  
**SHERBROOKE**

Centre de santé et de services sociaux  
du Val-Saint-François



Centre de santé et de services sociaux du Val Saint-François  
et  
École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

Stratégies favorisant la rétention des familles dans les  
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Frances Gallagher  
Linda Bell  
Chantal Doré  
Sandra Brassard  
Yolande Grégoire

Ce projet a été réalisé grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie dans le cadre du  
*Programme de subventions en santé publique*

Avril 2014

Recherche et rédaction : *Frances Gallagher*, professeure, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke  
*Linda Bell*, professeure, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke  
*Chantal Doré*, professeure, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke  
*Sandra Brassard*, adjointe à la Direction et coordonnatrice des services dans la communauté, CSSS du Val-Saint-François  
*Yolande Grégoire*, professionnelle de recherche, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Ont collaboré à la recherche-  
action les intervenantes et  
gestionnaires des établissements  
suivants

CSSS de la MRC-de-Coaticook, Coaticook  
CSSS des Sources, Asbestos  
CSSS du Granit, Lac-Mégantic  
CSSS du Haut-Saint-François, East-Angus  
CSSS du Val-Saint-François, Windsor  
CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,  
Sherbrooke  
CSSS Memphrémagog, Magog

Ont aussi collaboré

Renée Cyr, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie  
Lucie Lemelin, étudiante au doctorat, Université de Sherbrooke,  
professeure à l'Université du Québec en Outaouais  
Anne St-Pierre, étudiante à la maîtrise, Université de  
Sherbrooke, infirmière au CSSS-IUGS  
Amélie Guay, étudiante à la maîtrise, Université de Sherbrooke

Mise en page et  
Révision linguistique

Guylaine Jean, secrétaire, École des sciences infirmières,  
Université de Sherbrooke

Vous pouvez vous procurer ce document à l'adresse suivante :  
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François  
79, rue Allen,  
Windsor (Québec) J1S 2P8

Tél. : 819-542-2777  
Web : [csssvsf.com](http://csssvsf.com)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013  
Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-9814818-0-1

## TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	3
LISTE DES TABLEAUX.....	5
LISTE DES FIGURES.....	6
REMERCIEMENTS.....	7
RÉSUMÉ.....	8
INTRODUCTION.....	9
1. PROBLÉMATIQUE.....	10
1.1 Objectifs de la recherche.....	11
2. MODÈLE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE.....	12
3. RECENSION DES ÉCRITS.....	13
3.1 Facteurs liés à la relation.....	13
3.1.1 Facteurs familiaux associés à la rétention.....	13
3.1.2 Favoriser la création et le maintien de la relation de confiance entre la famille et l'intervenante.....	14
3.1.3 Caractéristiques des intervenantes.....	15
3.2 Facteurs liés au programme.....	16
3.3 Facteurs liés à la communauté.....	21
3.3.1 L'offre de service dans la communauté.....	21
3.3.2 Le déploiement de services dans la communauté.....	22
3.3.3 Le développement d'environnements favorables.....	22
En conclusion.....	23
4. MÉTHODE DE RECHERCHE.....	24
4.1 Dispositif de recherche.....	24
4.2 Échantillon.....	24
4.2.1 Intervenantes et gestionnaires.....	25
4.2.2 Parents suivis dans le programme SIPPE ou ayant abandonné le programme.....	25
4.3 Recrutement.....	25
4.3.1 Recrutement des intervenantes et gestionnaires.....	25
4.3.2 Recrutement des parents.....	26
4.4 Collecte des données.....	26
4.5 Traitement et analyse qualitative des données.....	29
4.6 Considérations éthiques.....	29
5. RÉSULTATS.....	31
5.1 Participantes à l'étude.....	31
5.1.1 Profil sociodémographique des intervenantes et gestionnaires.....	31
5.1.2 Profil sociodémographique des parents.....	32
5.2 Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme.....	34
5.2.1 Stratégies relatives à la relation.....	34
5.2.2 Stratégies relatives au programme.....	36
5.2.3 Stratégies relatives à la communauté.....	47
5.3 Constats émergeant des résultats.....	52
6. Discussion.....	53
6.1 Centrer les interventions et services sur les besoins de la famille.....	53
6.1.1 La flexibilité et la souplesse.....	53
6.1.2 Accès à une variété de services et de ressources.....	55

6.1.3 Relation de confiance .....	55
6.1.4 Compétence culturelle.....	56
6.1.5 Approches favorisant les soins centrés sur les besoins de la famille .....	56
6.2 Réaliser des actions ciblées dans les moments critiques pour l’abandon des services.....	57
6.3 Mettre en œuvre des actions avec et dans la communauté .....	59
6.4 Créer des conditions favorisant le déploiement des SIPPE.....	62
6.4.1 Soutien aux intervenantes .....	62
6.4.2 Connaissance des SIPPE .....	63
6.4.3 Appui de l’organisation locale et régionale .....	63
6.5 Forces et limites de l’étude .....	65
CONCLUSION .....	67
RÉFÉRENCES.....	68
ANNEXE 1 - LETTRES.....	74
ANNEXE 2 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - INTERVENANTES, GESTIONNAIRES ET PERSONNES RESPONSABLES DE LA SUPERVISION CLINIQUE .....	81
ANNEXE 3 - FEUILLET PUBLICITAIRE POUR LES PARENTS .....	87
ANNEXE 4 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À COMMUNIQUER SES COORDONNÉES À L’ÉQUIPE DE RECHERCHE .....	89
ANNEXE 5 - GUIDE D’ENTREVUE POUR LA PREMIÈRE RENCONTRE DE GROUPE .....	93
ANNEXE 6 - QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES .....	99
ANNEXE 7 - GUIDES D’ENTREVUE POUR LES PARENTS.....	101
ANNEXE 8 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS .....	111
ANNEXE 9 - GUIDE POUR LA DEUXIÈME RENCONTRE DE GROUPE .....	117
ANNEXE 10 - DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE RÉGIONALE.....	121
ANNEXE 11 - DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNÉES .....	123
ANNEXE 12 - GUIDE D’ENTREVUE DE VALIDATION AUPRÈS DES PARENTS.....	125
ANNEXE 13 - APPROBATION FINALE DU COMITÉ D’ÉTHIQUE .....	129

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 - Participation aux entrevues de groupe.....	31
Tableau 2 - Profil des intervenantes et gestionnaires (n = 103).....	32
Tableau 3 - Profil sociodémographique des parents.....	33
Tableau 4 - Années de suivi dans le programme SIPPE.....	34
Tableau 5 - Stratégies favorisant la rétention des familles soulevées dans le cadre de la recherche- action.....	51
Tableau 6 - Constats à propos des stratégies favorables à la rétention des familles .....	52

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1- Déroulement de la recherche-action .....	24
--	----

## REMERCIEMENTS

La nature même d'une recherche-action requiert des collaborations riches et soutenues.

Nous témoignons d'abord notre reconnaissance aux parents qui ont généreusement accepté de participer à la recherche en partageant leurs points de vue à propos des SIPPE. Leur contribution a grandement enrichi la réflexion des acteurs clés des SIPPE sur les stratégies susceptibles de favoriser la rétention des parents à ce type de programme. Nous exprimons aussi notre gratitude aux intervenantes et gestionnaires des équipes SIPPE des CSSS de l'Estrie pour leur enthousiasme et leur engagement dans la recherche-action. Aussi, nous les remercions sincèrement pour leur implication dans le recrutement des parents.

Nous remercions madame Émilie Paul-Savoie, professionnelle de recherche pour sa précieuse contribution à la mise en œuvre de la recherche et à la recension des écrits. Sa rigueur et son expérience ont grandement contribué à l'avancement des travaux de recherche.

Nous disons merci aussi à madame Roxanne Harel-Courtemanche, à madame Sylvie Pothier et monsieur Dominique Duval, assistants de recherche, qui ont interviewé les parents. Possédant une solide expérience auprès des familles vivant en contexte de grande vulnérabilité, ces interviewers ont fait preuve de sensibilité et de professionnalisme dans la réalisation des entrevues auprès des parents.

Nous sommes reconnaissantes envers les responsables du Programme de subventions en santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour avoir appuyé et soutenu financièrement cette recherche.

Nous remercions enfin madame Guylaine Jean, secrétaire de l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, qui a mis tout son talent au service de la mise en page et de la révision de ce rapport de recherche.

C'est avec plaisir et fierté que l'équipe de recherche présente le fruit d'une démarche régionale ayant mobilisé parents, intervenantes, gestionnaires et chercheuses dans la recherche de solutions au problème de rétention des familles aux SIPPE.

## RÉSUMÉ

Les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) sont offerts aux familles avec de jeunes enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Face aux problèmes de rétention des familles dans le programme SIPPE, nous avons réalisé une recherche-action avec des intervenantes et gestionnaires (n = 109) des équipes SIPPE des sept Centres de santé et de services sociaux de l'Estrie afin d'identifier des stratégies susceptibles de favoriser leur maintien au programme. Les intervenantes et gestionnaires ont participé à des rencontres de type *focus group* (n = 21). Les discussions reposaient sur leur expérience clinique, les connaissances scientifiques sur la rétention et sur le résultat d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès de parents suivis dans le cadre du programme (n = 20) et de parents l'ayant abandonné (n = 14). Une co-analyse rigoureuse des données a été effectuée. Résultats : Quatre grands constats permettent de cerner ce qui caractérise les stratégies perçues comme favorables à la rétention : 1) centrer les interventions et services sur les besoins de la famille; 2) réaliser des actions ciblées dans les moments critiques pour l'abandon du programme; 3) créer des conditions facilitant le déploiement des SIPPE, tant dans leurs axes individuel, familial et communautaire; 4) mettre en œuvre des actions avec et dans la communauté. Les résultats montrent l'importance de voir les SIPPE, non pas comme un programme formant un tout qui est offert aux familles, mais plutôt comme des services qui se modulent à l'intérieur d'une relation de collaboration et de négociation entre les acteurs concernés (parents, intervenantes et gestionnaires).

## INTRODUCTION

Face aux problèmes de rétention des familles dans le programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), la présente étude a été réalisée dans le but d'identifier des stratégies susceptibles de favoriser leur maintien au programme. La première partie du rapport comporte une description de la problématique et de l'état actuel des connaissances sur les stratégies favorables à la rétention selon que ces stratégies se rapportent à la relation entre le parent et l'intervenante, au programme ou à la communauté. La deuxième partie sert à décrire le processus de recherche-action utilisé afin d'identifier des solutions au problème de rétention des familles. Par la suite, nous présentons les résultats de la recherche, lesquels se situent à la rencontre des points de vue des intervenantes<sup>1</sup> et gestionnaires des équipes SIPPE de l'Estrie, des parents et de l'équipe de recherche. La dernière partie du rapport se veut une discussion générale des quatre grands constats qui émergent des résultats de la recherche. Les forces et limites de la recherche-action y sont également discutées.

---

<sup>1</sup> Afin d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture, le féminin sera utilisé pour désigner les intervenantes et intervenants des équipes SIPPE. D'ailleurs, ces équipes sont majoritairement formées de personnes de sexe féminin.

## 1. PROBLÉMATIQUE

Les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) sont offerts depuis 2004 aux familles avec de jeunes enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les SIPPE sont nés de la fusion de plusieurs programmes existants et s'inspirent de ceux-ci : Naître égaux - grandir en santé (NÉGS), le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) et le Programme de soutien éducatif précoce. Essentiellement, l'intervention consiste à travailler en collaboration avec les parents et les ressources dans la communauté à la mise en œuvre d'un contexte favorable à la santé, au bien-être et au développement de l'enfant ainsi qu'à prévenir l'abus et la négligence. Les SIPPE sont basés sur un héritage scientifique solide à l'effet qu'une intervention durable, intense, fréquente et par des intervenantes bien formées permet d'atteindre cet objectif (Olds & Kitzman, 1993). Ce programme à grand déploiement représente un budget de 44 millions et selon Cyr, Contarin, Duguay, Fortin, Staehler & Wishnowsky (2013). Au total, 544 femmes ont bénéficié de ces services dans la région de l'Estrie, ce qui représente 94 % de la clientèle ciblée.

L'intervention précoce repose sur les travaux phare de Schonkoff et Meisels (2000) ayant démontré l'effet des expériences précoces sur le développement du cerveau ainsi que le développement émotionnel et social de l'enfant. Depuis, des études ont mis en évidence que le soutien offert dans le cadre de ces programmes contribue à diminuer la dépression maternelle (Chazan-Cohen, Ayoub et al., 2007) et à améliorer la qualité des pratiques parentales, même en l'absence d'un effet sur les symptômes dépressifs (Robinson & Emde, 2004). En dépit d'obtenir des résultats chez des enfants âgés de trois ans, une étude montre que ces programmes peuvent avoir contribué à de meilleures pratiques parentales et un environnement familial plus sain au moment de l'entrée à la maternelle, suggérant un effet durable.

Cependant, des données récentes suggèrent que les résultats obtenus auprès des enfants et de leur famille ne sont pas à la hauteur des attentes des acteurs de ces programmes. En effet, les bénéfices de l'intervention, quoique positifs, seraient plutôt modestes (Azzi-Lessing, 2013; Geeraert, Van den Noortgate, Grietens & Onghena, 2004). Duggan et al. (2004) n'ont pu démontrer l'efficacité des programmes à réduire les principaux facteurs de risque au développement des enfants, comme la consommation de drogue et la violence des parents. Les effets à géométrie variable des programmes d'intervention à domicile ont fait l'objet de nombreuses discussions au sein des communautés scientifiques et sociales. De façon consistante, les auteurs pointent du doigt la qualité de l'implantation des programmes (Gomby, 2007), notamment en ce qui concerne la rétention des familles (Azzi-Lessing, 2013).

La rétention des familles fait référence au fait qu'elles maintiennent leur participation dans le service et comprend deux dimensions, soit la durée et la qualité de l'engagement (Beauregard, Comeau & Poissant, 2010; Korfmacher et al., 2008). Selon les observations de Gomby, Culross et Berhman aux États-Unis (1999), ce sont entre 20 % et 67 % des familles qui abandonnent les services précocement. Des données québécoises et régionales vont dans le même sens puisqu'on estime que ce sont presque la moitié (42,4 %) des familles qui mettent fin aux services moins d'un an après le début du service (Cyr et al., 2013). Ces constats incitent les chercheurs, les intervenantes, les gestionnaires et les familles à s'unir pour se doter de stratégies pouvant améliorer la rétention des familles dans le programme des SIPPE, dans le but d'en tirer tous les bénéfices possibles pour les enfants et leurs parents.

La qualité de l'implantation d'un programme est également à la base de sa réussite. Dans cette optique, il est urgent de se pencher sur des indicateurs d'implantation précis concernant la rétention dans le programme. Le suivi de l'implantation du programme SIPPE est d'ailleurs effectué sur une base régulière, générant ainsi plusieurs indicateurs de gestion aux plans régional et national qui touchent les principales composantes du programme, telles que la clientèle visée, les services offerts et le niveau de rétention. Les recherches sont unanimes à l'effet qu'un programme de type SIPPE ne peut apporter les bienfaits espérés chez les enfants et leur famille si ces dernières abandonnent prématurément le programme. Notre étude s'inscrit dans une réflexion nationale à cet effet, laquelle a fait l'objet d'un Avis scientifique (Beauregard et al., 2010) qui incite les chercheurs et les usagers du programme à travailler ensemble à la recherche de solutions sensibles aux réalités des familles, des intervenantes et des communautés.

### **1.1 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

L'objectif général de cette recherche-action est de décrire des stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles de l'Estrie suivies dans le cadre du programme SIPPE. Les objectifs spécifiques sont :

- 1) D'identifier les stratégies favorisant la rétention des familles qui sont reconnues efficaces dans la littérature portant sur les programmes de type SIPPE.
- 2) D'identifier, selon le point de vue de parents, d'intervenantes et de gestionnaires, des stratégies de rétention liées à l'intervenante, au programme et à la communauté.

## 2. MODÈLE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

Selon le modèle conceptuel des facteurs liés à la rétention élaboré par Beauregard et al. (2010), la rétention dans les programmes se définit par la durée et l'intensité de la participation ainsi que par l'engagement des parents. Les facteurs familiaux, ceux liés aux intervenantes, au programme et à la communauté sont considérés pour leur rôle dans la rétention. Selon ce modèle, ces facteurs sont interreliés et peuvent se modifier en fonction du temps.

Cependant, il est à noter que les travaux de Beauregard et al. (2010) ont porté sur les **facteurs** liés à la rétention, dont certains représentent des stratégies favorables à la rétention (ex. : fournir une aide concrète aux parents). Quant à la présente étude, elle vise à identifier des **stratégies** susceptibles de favoriser la rétention des familles aux SIPPE, ce qui nous a amenées à classer les stratégies selon un regroupement un peu différent de celui utilisé par ces auteurs. À titre d'exemple, la catégorie de facteurs de rétention liés aux personnes (ex. : caractéristiques sociodémographiques) n'a pas été retenue puisqu'elle ne contenait pas de stratégies comme telles.

### 3. RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits présentée dans le cadre de ce rapport est en complément à la revue critique des écrits réalisée par Beauregard et al. en 2010. À cet effet, seuls les écrits publiés entre 2008 et 2013, non cités par Beauregard et al., ont été inclus. Quelques articles parus avant 2008 sont présentés puisqu'ils n'avaient pas été considérés par Beauregard et al. (2010). Les écrits consultés proviennent des bases de données CINALH, Medline, PsychINFO, SocINDEX ainsi que de la littérature grise, telle que celle publiée par Google Scholar. Au total, 27 articles ont été retenus, principalement des études corrélationnelles, devis mixtes et qualitatifs ainsi que des documents d'orientation visant des programmes comparables aux SIPPE.

Nous avons considéré les programmes suivants comme étant comparables aux SIPPE en se basant sur la clientèle cible, les composantes du programme et le type de services offerts : Pre-Kindergarten for At-Risk Children (PreK), Preschool for All (PFA), SafeCare+, Nurse-Family Partnership (NFP), Early Head Start (EHS), Circle of Care Program, Parent-Child Interaction Therapy, Healthy Babies, Healthy Children (HBHC), Comprehensive Child Development Program (CCDP), Parents as Teachers Program, Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPEY), Pro Kind, Healthy Families America (HFA), Child FIRST, et le Parent-Child Home Program.

En fonction du modèle conceptuel de l'étude, la recension des écrits est divisée en trois parties, soit les stratégies liées à la relation, celles liées au programme et celles concernant la communauté.

#### 3.1 FACTEURS LIÉS À LA RELATION

Les facteurs liés à la relation comprennent les stratégies de rétention relatives à la famille ainsi qu'à la perception qu'a la famille du programme et de la relation avec l'intervenante. Dans un premier temps, les facteurs familiaux associés à la rétention seront présentés. Dans un deuxième temps, il est question de la relation de confiance. La dernière partie porte sur les caractéristiques des intervenantes.

##### 3.1.1 Facteurs familiaux associés à la rétention

Les principales caractéristiques sociodémographiques et personnelles des parents étudiées en lien avec la rétention dans les programmes sont l'âge, l'éducation, le revenu, l'origine ethnique, l'emploi, le soutien social ainsi que l'abus de substances et la dépression. Dans le cadre de leur revue critique des écrits, Beauregard et al. (2010) n'ont pas pu conclure à l'existence d'un lien entre l'âge de la mère et la rétention dans le programme. Pour leur part, Damashek et al. (2011) ont trouvé une tendance à la rétention pour les mères plus âgées qu'ils expliquent par la plus grande maturité et capacité de ces mères à s'engager dans un programme à long terme. L'éducation n'est pas en lien avec la poursuite selon Damashek et al. (2011) et Manz (2012). Mendez et al. (2009) estiment que les parents ayant un plus faible revenu sont moins susceptibles de maintenir leur participation, ce que concluent également Damashek (2011) ainsi que Chin et Teti (2013).

Beauregard et al. ont conclu à une meilleure participation des mères caucasiennes (2010). Dans le cadre d'une étude récente, O'Brien et al. (2012) ont mis en évidence que les mères d'origine hispanique, occupant un emploi et vivant en couple adhérent plus au programme, alors que les jeunes mères afro-américaines vivant seules sont plus susceptibles de mettre fin précocement à leur

participation, un résultat également obtenu par Manz pour ce qui est de l'ethnicité (2012). Qui plus est, celles occupant un emploi et vivant en couple reçoivent plus de visites que celles sans emploi et vivant seules. Damashek et al. (2011) n'ont pu établir un lien entre l'ethnicité et la rétention.

Le fait d'occuper un emploi n'est pas en lien avec la rétention (Beauregard et al. 2010), ce qui est également rapporté par Manz (2012). Cependant, Mendez et al. (2009) ont trouvé que les parents ayant à composer avec plusieurs emplois sont moins disponibles pour leur rôle parental.

Le soutien social, qui avait été perçu par Beauregard et al. en 2010 comme ayant un lien incertain avec la rétention, a fait l'objet de travaux plus récemment. Ces études concluent que la présence d'un réseau de soutien émotionnel et social influence le niveau de participation et de rétention des familles (Theriot, O'Day & Hatfield, 2009). La rétention est également plus grande pour les mères vivant en couple ou en présence d'une personne significative (O'Brien et al., 2012) et moindre pour les mères vivant seules (Roggman, Cook, Peterson & Raikes, 2008).

Les mères victimes de violence psychologique sont plus susceptibles de compléter les services selon Damashek et al. (2011). Cependant, toujours selon les mêmes auteurs, les utilisatrices de drogues et d'alcool sont moins susceptibles de s'engager et de compléter un programme de type SIPPE, alors que Beauregard et al. (2010) avaient conclu à une tendance à recevoir plus de visites chez les familles ayant de multiples stressors, incluant la violence et l'abus de substances. Pour ce qui est des mères souffrant de dépression, elles seraient moins susceptibles de s'engager dans les programmes d'intervention précoce (Damashek et al. 2011; LaForett & Mendez, 2010).

En conclusion, il faut faire preuve de prudence quant à l'interprétation des données concernant les caractéristiques sociodémographiques et personnelles des parents et leur lien avec la rétention dans le programme car les écrits ne font certainement pas consensus à ce sujet. De plus, il pourrait être utile de considérer l'interaction entre ces caractéristiques et d'autres éléments pour expliquer la rétention dans un programme d'intervention précoce, tels que les caractéristiques de l'intervenante et leur lien avec l'engagement de certains types de familles.

### **3.1.2 Favoriser la création et le maintien de la relation de confiance entre la famille et l'intervenante**

Depuis la revue systématique de Beauregard et al. (2010), d'autres études continuent d'appuyer l'importance de la relation de confiance intervenante-famille (Chablani & Spinney, 2011; Hilado, Kallemeyn, Leow, Lundy & Israel, 2011; LaForett & Mendez, 2010; Milliex, Pintaux & Guedeney, 2011; O'Brien et al., 2012; Sierau, Brand & Jungmann, 2012). Selon Hilado et al. (2011), la qualité de la relation intervenant-famille est le facteur ayant le plus de poids pour prédire la participation de la famille au programme. Certains vont jusqu'à affirmer que l'efficacité des interventions est tributaire de cette relation de confiance surtout pour les jeunes mères à risque élevé (Chablani & Spinney, 2011). L'étude de cas de Milliex et al. (2011) souligne l'importance d'adopter un cadre souple mais rigoureux pour favoriser la relation de confiance entre l'intervenante et la famille. De fait, la relation est souvent menacée par le contexte de vie précaire des familles et il importe d'y porter une attention particulière. Les familles bénéficiant d'interactions nombreuses avec l'intervenante sont également plus satisfaites des services reçus dans le cadre du programme (LaForett & Mendez, 2010). Enfin, la satisfaction de la mère quant à son lien de confiance avec l'intervenante est un facteur associé à la participation du père au programme (Sierau et al., 2012).

Jack, DiCenso & Lohfeld (2005) ont mené une étude qualitative de type théorisation ancrée auprès de 23 mères recevant des services à domicile dans le cadre d'un programme de prévention de type SIPPE. Les entrevues avec ces mères révèlent qu'elles se sentent vulnérables lorsqu'elles acceptent la venue d'une intervenante dans leur maison. Ces mères, qui craignent d'être jugées, tirent avantage de l'établissement d'une relation de confiance avec l'intervenante qui se manifeste par une diminution des défenses, une augmentation de la capacité à s'exprimer librement et la mutualité. Cette relation basée sur la mutualité signifie que l'intervenante parle aussi d'elle, sourit, se sent à l'aise et brise un peu le caractère formel de la rencontre.

En somme, les attitudes des intervenantes favorables à la rétention des familles s'inscrivent dans leur habileté à établir une relation d'aide, comme l'empathie et l'honnêteté, ainsi que la confidentialité et le respect (O'Brien et al., 2012; Watson, 2005).

### **3.1.3 Caractéristiques des intervenantes**

Dans cette section, il est question des caractéristiques des intervenantes en lien avec la rétention des familles dans le programme, notamment la compétence culturelle, ainsi que la formation et l'expérience.

#### ***Compétence culturelle***

Plusieurs auteurs reconnaissent l'importance de la compétence culturelle (Damashek, Bard & Hecht, 2012; Swanson, Wall, Kisker & Peterson, 2010; Theriot et al., 2009; Watson, 2005), laquelle est une composante clé pour la qualité de la relation entre le parent et l'intervenante. La compétence culturelle est définie de différentes manières, mais implique généralement de mieux se connaître comme intervenante, de comprendre et prendre en compte la culture de la famille et de déployer des habiletés permettant d'intervenir adéquatement dans les domaines personnels et professionnels. Beauregard et al. (2010) ainsi que Damashek et al. (2012) rapportent que le jumelage de la famille et de l'intervenante en fonction de l'origine ethnique constitue un facteur favorable à la rétention. Cependant, Damashek et ses collègues (2012) ont obtenu ce résultat pour les parents d'origine caucasienne seulement. Ce résultat suggère que quelle que soit l'origine ethnique, le respect des croyances, des valeurs et des pratiques de la famille contribue à favoriser sa participation.

#### ***Formation et expérience***

Beauregard et al. (2010) rapportent que la profession exercée par l'intervenante influence la rétention dans le programme. À cet effet, les familles suivies par les infirmières auraient plus tendance à rester dans le programme que celles suivies par des paraprofessionnels. Dans le cadre d'un essai clinique randomisé souvent cité dans les écrits, Korfmacher, O'Brien, Hiatt & Olds (1999) ont examiné l'impact du type de professionnel - paraprofessionnel vs infirmière - sur la rétention dans un programme de visites à domicile s'adressant à des femmes enceintes défavorisées. Les mères ont évalué de manière similaire les infirmières et les paraprofessionnelles sur l'échelle d'alliance thérapeutique. Cependant, les infirmières ont fait plus de visites, ont eu moins d'abandons et de visites manquées que les paraprofessionnelles (62 % vs 52 %). Olds et al. (2002) mettent en évidence les nombreux changements positifs apportés par les infirmières en comparaison aux autres paraprofessionnels, notamment au plan du langage, du développement socio-émotionnel, du développement cognitif et de la prévention des grossesses. Azzi-Lessing

(2013) souligne d'une part, la limite des infirmières et des paraprofessionnelles à évaluer et à intervenir dans les situations de dépression maternelle et de violence conjugale et, d'autre part, la compétence rehaussée à ce niveau des travailleurs sociaux.

Dans un document de référence portant sur le niveau de compétence des intervenantes, Korfmacher et al. (2008) rapportent qu'une formation de niveau maîtrise ou doctorat est requise pour intervenir dans les programmes d'intervention précoce ayant une composante de soutien au développement socio-émotionnel de l'enfant. De plus, un niveau avancé de formation est particulièrement important pour la personne occupant une fonction de superviseur clinique (Azzi-Lessing, 2013). Les auteurs justifient leur position sur la base des compétences approfondies qui sous-tendent l'intervention dans des problématiques liées à l'extrême pauvreté et l'origine ethnique, notamment en ce qui concerne la violence conjugale, la condition d'immigration récente et la toxicomanie.

Néanmoins, il est indiqué de prendre en compte que cette information s'ajoute à celle colligée par le MSSS (1995) ainsi que Beuregard et al. (2010), à l'effet qu'une équipe interdisciplinaire, incluant une infirmière, un travailleur social, une psychoéducatrice, une éducatrice et autres professionnels de la santé, est la plus efficace pour intervenir auprès des familles dans le cadre des programmes intégrés en périnatalité. En dépit des données récentes mettant en lumière que certains professionnels et une formation avancée sont associés à de meilleurs résultats, l'approche interdisciplinaire fait toujours l'unanimité lorsque le but visé est de favoriser le pouvoir d'agir des personnes et des familles vivant en contexte de vulnérabilité (Ouellet, 2010).

### **3.2 FACTEURS LIÉS AU PROGRAMME**

Tel que mentionné par Beuregard et al. (2010), peu de données probantes sont actuellement disponibles concernant les caractéristiques du programme et leur lien avec la rétention. Cependant, les caractéristiques suivantes ont fait l'objet d'une série de travaux qu'il convient de mentionner, soit : 1] faire preuve de flexibilité et adapter le programme aux besoins de la famille, 2] offrir une variété de services, 3] apporter de l'aide concrète aux parents, 4] élaborer un plan d'intervention en collaboration avec la famille, 5] offrir des incitatifs, 6] trouver des moyens pour garder le contact avec la famille, 7] identifier les barrières à la participation des familles, 8] avoir recours à des approches reconnues pour leur efficacité, 9] offrir de la formation continue aux intervenantes, 10] favoriser le soutien et la rétention des intervenantes, 11] offrir de la supervision clinique aux intervenantes, 12] mettre en place des corridors de services et 13] favoriser le travail en équipe interdisciplinaire.

#### ***1. Faire preuve de flexibilité et adapter le programme aux besoins de la famille***

Dans un but de rétention, les auteurs font consensus quant à la valeur ajoutée d'adapter la fréquence et la durée des visites de même que la personnalisation des services en fonction des préoccupations, besoins et particularités de la famille (Azzari-Lessing, 2013; Chablani & Spinney, 2011; Damashek et al., 2011; Hilado et al., 2011; Ingoldsby, 2010; Mendez et al., 2009; O'Brien et al., 2012; Robinson, Klute, Faldowski, Pan, Staerkel, Summers & Wall, 2009; SME, 2011; Therrien et al., 2011; Watson, 2005). Les plus hauts taux de rétention sont obtenus lorsque les besoins des familles sont bien cernés et répondus. Plus précisément, il est souhaitable de faire preuve de flexibilité dans l'offre de services quant aux horaires et au lieu des rencontres, à l'intensité et la fréquence des visites ainsi que dans le choix de l'intervenante la mieux placée pour intervenir auprès d'une famille.

Il s'agit également d'élaborer des stratégies et des activités qui favorisent la participation de la famille en fonction de ses caractéristiques, de ses ressources et des événements de vie auxquels elle fait face. Lorsque les intervenantes sont en mesure d'ajuster leur intervention en fonction de la motivation de la famille à faire face au changement, elles favorisent l'engagement de la famille et la durée de sa participation au programme (O'Brien et al., 2012).

### **2. Offrir une variété de services**

Une offre de services variés est associée à une meilleure rétention, surtout si leur utilisation est facilitée par le programme (Theriot et al. 2009). Parmi les 49 services étudiés par Theriot et al. (2009), certains sont des services de soutien (ex. pour le logement), des services de santé physique et mentale (ex. les soins aux enfants ou pour les problèmes de dépendance) ou des services de promotion de la santé (ex. les soins dentaires, la vaccination et le counselling nutritionnel). Pour leur part, Robinson et al. (2009) ont démontré que la combinaison d'une approche de visite à domicile avec des services à l'enfance favorise la participation et la rétention des familles dans le programme. Selon la revue des essais cliniques randomisés d'Ingoldsby (2010), les interventions de groupe n'entraînent pas de meilleurs taux de rétention et de participation que les interventions individualisées. En ce sens, il est adéquat d'évaluer la formule qui convient le mieux à la famille pour l'apprentissage des habiletés parentales, soit les groupes de soutien, les visites à domicile ou une combinaison des deux.

### **3. Apporter une aide concrète aux parents**

Watson (2005), dans un document d'orientation portant sur les stratégies de rétention des familles dans les programmes d'intervention précoce, estime que la famille est en droit de recevoir un service simple, pratique, efficace et utile. Les familles ont une perception positive du programme lorsque celui-ci offre du soutien concret, adapté à leurs besoins et qu'il suggère des solutions rapides aux situations qui se présentent. En appui à cette stratégie, Damashek et al. (2011) ont démontré qu'un programme orienté vers une aide structurée et concrète en lien avec le rôle parental (ex. comment faire face à la maladie de l'enfant, assurer la sécurité de la maison) favorise davantage la rétention qu'un programme offrant des interventions en santé mentale, un résultat qu'ils ont été en mesure de reproduire dans le cadre d'une autre étude (Damashek et al., 2012). Fournir aux familles des bien essentiels, tels que des trousse de sécurité, favorise la perception des parents d'une aide concrète et utile en plus de rendre les recommandations faites par les intervenantes réalisables, par exemple assurer la sécurité de l'enfant.

### **4. Élaborer un plan d'intervention en collaboration avec la famille**

L'élaboration d'un plan d'intervention en collaboration avec la famille implique de faire une évaluation compréhensive de la famille en ce qui a trait aux forces, attentes, besoins et services nécessaires (Watson, 2005). Par exemple, si les parents estiment que l'intervention doit passer par une modification du comportement de leur enfant, il importe de le prendre en considération (Ingoldsby, 2010). Idéalement, tous les membres de la famille participent à l'élaboration du plan (Ingoldsby, 2010) et arrivent à une décision partagée concernant les objectifs visés (SME, 2011). De plus, le plan d'intervention a avantage à être revu régulièrement (Hilado et al., 2011; SME, 2011). Hilado et al. (2011) vont même jusqu'à proposer qu'une mise à jour du plan d'intervention s'impose à chaque visite. Chose certaine, les parents qui perçoivent le but de l'intervention et qui sont impliqués dans l'élaboration du plan pour y arriver sont plus motivés à rester dans le programme. Une relation de collaboration de partenariat, selon laquelle le client est au centre des décisions le

concernant, est au cœur des préoccupations des auteurs quant à l'élaboration du plan d'intervention.

### **5. Offrir des incitatifs**

Les incitatifs financiers augmenteraient la participation à court terme, mais leur efficacité à long terme n'a pas été démontrée (Ingoldsby, 2010). Le fait d'offrir du transport fonctionne bien selon Ingoldsby (2010). Par ailleurs, selon les résultats obtenus dans l'étude de Mendez et al. (2009), il semble que le fait d'en offrir ne garantit pas son utilisation. Les objets reçus comme un extincteur et une trousse de premiers soins ont également contribué à retenir les familles dans les programmes (Damashek et al., 2011; Watson, 2005).

### **6. Trouver des moyens pour garder le contact avec la famille**

La confirmation des rendez-vous, qui est le moyen le plus utilisé pour assurer le suivi avec la famille, ne fait pas l'unanimité quant à son impact sur la participation au programme. Certains affirment que les rappels de rendez-vous favorisent la participation (Watson, 2005) tandis qu'Ingoldsby (2010) conclut qu'ils ne sont pas efficaces au terme de sa revue de 17 essais cliniques randomisés.

Chablani et Spinney (2011) sont allés plus loin en élaborant un modèle intégrant l'*acharnement* afin de retenir les mères toxicomanes, vivant dans la rue ou faisant partie de gangs de rue. Inspiré de la théorie du changement de Prochaska et DiClemente (1984), il s'agit d'être persistant pour rejoindre la famille malgré ses absences et sa faible participation. Selon eux, cette **stratégie** est cruciale pour développer une relation significative et favoriser la rétention dans le cas des familles vivant en contexte de grande vulnérabilité.

### **7. Identifier des barrières à la participation avec des solutions appropriées**

Les études appuient généralement l'utilité d'identifier les obstacles à la rétention dès le début de la participation au programme (Ingoldsby, 2010; Mendez et al., 2009; Watson, 2005). Au moment d'élaborer le plan d'intervention avec la famille, il est souhaitable d'aider les parents à identifier les raisons pour lesquelles ils souhaitent participer au programme en plus de dresser la liste des barrières anticipées à la participation (Ingoldsby, 2010). Mendez et al. (2009) ont identifié que les principales barrières à la participation sont le conflit avec l'horaire de travail, les déplacements, le gardiennage, la fatigue et la compétition avec d'autres activités (ex. religieuses) lorsque les groupes de soutien sont offerts le soir dans la communauté. Leur étude a également permis de démontrer que la participation à un programme de type SIPPE dépend de l'interaction entre les barrières perçues et les capacités de mobilisation du parent, de sorte que les parents appartenant à la catégorie détresse/inactif sont moins susceptibles de s'engager dans un programme d'intervention précoce pour leur enfant que ceux appartenant à la catégorie résilient/actif. Pour sa part, Leurer (2011) a interviewé 20 parents recevant des services dans le cadre de programmes d'intervention précoce en Saskatchewan. Ces parents ont priorisé six barrières à leur participation au programme, soit se sentir jugé, le manque de service de garde de qualité permettant d'assister aux rencontres, les situations de crise dans la famille, le manque de place dans le programme, la rigidité des critères d'admissibilité au programme et le manque d'information concernant l'existence des programmes. L'auteur insiste sur la nécessité d'assouplir les programmes afin de permettre aux parents qui en ont besoin d'y participer et de leur offrir une aide adaptée à leurs besoins.

### **8. Avoir recours à des approches reconnues pour leur efficacité**

Certaines approches qui sous-tendent l'intervention donnent des résultats intéressants auprès des populations vulnérables. Certaines ont même été testées pour évaluer leur impact sur la rétention des familles. Il s'agit de l'approche familiale systémique (Azzi-Lessing, 2013; Ingoldsby, 2010; McWilliam, 2011), le *coping* (Ingoldsby, 2010), l'approche motivationnelle (Azzi-Lessing, 2013; Chaffin et al., 2009; Damashek et al., 2011; Ingoldsby, 2010; Watson, 2005), l'approche basée sur les compétences des personnes (Azzi-Lessing, 2013; Damashek, 2011, 2012) et celle basée sur les besoins de l'enfant (Roggman, 2008). Trois de ces approches retiennent particulièrement l'attention à cause de leur efficacité bien documentée à favoriser la participation et la rétention des parents, soit 1] l'approche systémique familiale, 2] l'approche motivationnelle et 3] l'approche basée sur les compétences des personnes (*strength-based approach*).

Il convient de faire appel à l'approche systémique familiale puisqu'elle s'est avérée une approche efficace pour augmenter la participation des familles (Ingoldsby, 2010), notamment l'entrevue basée sur les routines pour l'adaptation des interventions en fonction des besoins des parents (McWilliam, 2011) et l'utilisation de l'approche structurale (Ingoldsby, 2010). Pour sa part, Azzi-Lessing (2013), dans le cadre d'une revue exhaustive des écrits sur l'intervention précoce en contexte de vulnérabilité, souligne l'importance de plus en plus démontrée d'inclure le père et d'autres membres de la famille et de l'entourage dans l'intervention.

L'approche motivationnelle apparaît comme une approche clé pour favoriser la rétention (Azzi-Lessing, 2013; Chaffin et al., 2009; Damashek et al., 2011; Ingoldsby, 2010; Watson, 2005). Cette approche suggère d'adapter l'intervention au stade de motivation de la personne à effectuer le changement souhaité (Golay, Anderson & Visser, 2010). L'approche motivationnelle peut également être utilisée pour amener la personne à consulter pour obtenir de l'aide pour des problèmes de dépendance, de dépression ou de violence, améliorant les résultats des programmes en petite enfance (Damashek et al., 2011). Chaffin et ses collègues (2009) ont mis en évidence l'efficacité de l'approche motivationnelle combinée au *Parent-Child Interaction Therapy* à retenir les parents dans le programme, surtout chez les parents ayant au départ une motivation faible ou moyenne. Le rationnel utilisé à la base de leur approche est que les programmes d'interventions précoces sont basés sur une approche comportementale et qu'ils exigent des parents des changements de comportement. L'utilisation de l'approche motivationnelle favorise l'atteinte des objectifs visés par les programmes. L'effet n'a pas pu être observé chez les parents dont la motivation était élevée au départ et les auteurs suggèrent une évaluation de la motivation de base avant d'entreprendre toute intervention de type motivationnel.

L'approche basée sur les forces pour accroître les compétences des familles (*Strength-Based Approach*), qui n'est pas sans rappeler l'*empowerment*, est associée à une meilleure satisfaction et participation des familles (Azzi-Lessing, 2013; Damashek et al., 2011). Le fait de mettre l'accent sur les forces des familles et de les utiliser aide grandement l'acquisition des connaissances (Damashek et al., 2011) et la perception des parents que l'intervenante est une aidante efficace (Azzi-Lessing, 2013). L'étude de Damashek et al. (2012) a comparé deux programmes semblables au SIPPE. Dans le programme ayant montré une meilleure rétention, les intervenantes utilisent davantage de stratégies de rétroaction positive, favorisant ainsi l'implication et la motivation des parents. Azzi-Lessing (2013) précise que le recours à ce type d'approche en contexte de violence et d'abus de substance suggère également de confronter la personne à l'impact de ses comportements sur le développement de son enfant avec une approche basée sur le respect, la décision partagée, la

reconnaissance des compétences et une relation basée sur la chaleur, le non-jugement et de fortes habiletés de communication.

Enfin, Roggman et al. (2008), dans le cadre d'une évaluation du *Early Head Start (EHS)* a mis en évidence l'efficacité à retenir les parents dans le programme lorsque les activités réalisées visent directement l'enfant. En effet, leurs résultats suggèrent que les parents perçoivent davantage l'utilité des services lorsque ceux-ci visent à déployer leurs compétences dans la perspective de favoriser le développement de leur enfant. Ceci n'exclut pas l'importance de prendre en compte les besoins des parents au moment de la visite, mais d'aider également le parent à faire le pont entre ses besoins et ceux de son enfant.

### **9. Offrir de la formation continue**

La formation continue des intervenantes permet l'acquisition et le développement des compétences nécessaires pour intervenir dans le cadre des programmes d'intervention précoce (Azzi-Lessing, 2013; Chablani et Spinney, 2011; Hilado et al., 2011; SME, 2011; Watson, 2005). Les intervenantes doivent avoir développé les habiletés nécessaires pour travailler avec des familles à risque (Chablani & Spinney, 2011; SME, 2011). Entre autres, avoir de la formation sur les jeunes à risque, la prévention de la violence, les habiletés de communication et l'approche motivationnelle font partie des suggestions émises par Chablani et Spinney (2011). À la lumière des résultats des études, il est nécessaire que les programmes permettent l'acquisition des compétences relationnelles nécessaires à l'intervention auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité, notamment l'établissement d'une relation de confiance, à cause du rôle central de ces compétences lorsqu'il est question de rétention des familles (Hilado et al., 2011). Les auteurs suggèrent aussi la formation et le développement professionnel visant à renforcer la compétence culturelle, les habiletés de coaching, les habiletés à travailler avec les enfants présentant des retards de développement et leur famille (SME, 2011) et des habiletés de résolution de conflits (Chablani & Spinney, 2011; SME, 2011).

### **10. Assurer le soutien et la rétention des intervenantes**

Créer un environnement de travail favorable permet de contrer le taux de roulement élevé du personnel et de favoriser la continuité des soins et des services ainsi que la relation intervenante-famille (Azzi-Lessing, 2013; McCurdy & Daro, 2001). Selon les observations réalisées par O'Brien et al. (2012), les familles dont l'infirmière a quitté le programme avant que l'enfant soit âgé d'un an sont 7.53 fois plus susceptibles de mettre fin à leur participation et reçoivent 1.72 fois moins de visites que lorsque les infirmières ont assuré une continuité des soins au-delà de la première année de vie de l'enfant.

### **11. Offrir de la supervision clinique**

Les supervisions cliniques fréquentes et de haute qualité sont importantes dans la perspective d'influencer positivement la rétention en assurant la formation continue des intervenantes, la ventilation des émotions et le partage des connaissances (Azzi-Lessing, 2013; Brown, Knoche, Edwards & Sheridan, 2009; Chablani & Spinney, 2011; Millieux et al., 2011; McCurdy & Jones, 2000; McCurdy & Daro, 2001; Therrien et al., 2011; Watson, 2005). Les superviseurs cliniques ont avantage à détenir un diplôme d'études supérieures et une expérience solide ainsi qu'à utiliser une approche réflexive dans le cadre de leur travail avec les intervenantes. L'utilisation de l'approche réflexive a pour but de travailler avec les forces des intervenantes et ultimement, favoriser l'intégration de cette approche par les intervenantes auprès des parents (Azzi-Lessing, 2013).

### **12. Mettre en place des corridors de services**

La présence de corridors de service permettrait d'avoir des interventions spécifiques pour les clientèles qui sont rejointes par les SIPPE ayant des besoins particuliers, notamment en santé mentale (Bélanger & Hallé, 2012; Blancquaert, Gagné, Boily, Horion & Lévesque, 2012; Therrien et al., 2011). Des services offrant une aide rapide et diversifiée permettent également de mieux soutenir les intervenantes dans leur travail (Therrien et al., 2011). Le fait d'avoir des corridors de services simplifie ainsi les références vers les ressources et il serait plus facile pour ces familles d'y accéder.

### **13. Favoriser le travail en équipe interdisciplinaire**

Le travail interdisciplinaire favorise l'utilisation des différentes ressources nécessaires pour faire face aux problèmes multiples et complexes rencontrés par les familles en plus d'être une source de soutien pour les intervenantes (Azzi-Lessing, 2013). Cette approche favorise la personnalisation des services, offrant aux familles le soutien dont elles ont besoin, qu'il s'agisse d'une infirmière pour les soins à l'enfant ou d'une éducatrice pour la stimulation de l'enfant. La collaboration intersectorielle est traitée dans la section suivante.

## **3.3 FACTEURS LIÉS À LA COMMUNAUTÉ**

Le lien entre les caractéristiques de la communauté et la rétention des familles dans le programme est peu documenté. Selon Beaugregard et al. (2010), cette catégorie réfère au stress et à la violence ainsi qu'à l'organisation sociale. La dernière partie de cette section sert à expliciter le développement d'environnements favorables, une des deux composantes des SIPPE, l'autre étant l'accompagnement des familles, plus largement documenté dans les écrits consultés.

### **3.3.1 L'offre de service dans la communauté**

Dans un premier temps, il est primordial que les intervenantes soient conscientes des ressources disponibles dans la communauté et aptes à les utiliser adéquatement pour le bien-être de la famille (Azzi-Lessing, 2013). Maltese et al. (2011) rapportent que l'intervention auprès des familles, dans les milieux autres que le domicile, donne des résultats prometteurs. Par exemple, les intervenantes ont rencontré des familles dans un centre commercial, permettant de mieux rejoindre les jeunes enfants avec des difficultés. Il est ressorti de cet essai que les aires communes où les enfants peuvent jouer ensemble de manière sécuritaire sous la supervision d'adultes, favorisent le réseautage des parents entre eux et combat l'isolement. Les parents qui fréquentent ces lieux sont également mieux informés des ressources disponibles dans leur communauté. Malgré tout, cette stratégie demande des études supplémentaires pour préciser le lien avec la rétention, d'autant plus qu'elle s'inscrit dans la dimension intersectorielle des SIPPE, soit dans le développement des environnements favorables à la santé et au bien-être des familles.

Ultimement, il est de la responsabilité des gestionnaires du programme de travailler en partenariat avec les ressources du milieu (écoles, organismes communautaires, églises, agences de la santé et des services sociaux) pour identifier les ressources disponibles dans le milieu, développer des partenariats et planifier les ressources additionnelles nécessaires pour répondre aux besoins des parents dans la communauté. Un programme tel que les SIPPE ne peut prétendre répondre à lui seul à l'ensemble des besoins d'une famille vivant en contexte de vulnérabilité et doit s'associer aux

autres ressources disponibles pour assurer un environnement favorable au développement de l'enfant.

### **3.3.2 Le déploiement de services dans la communauté**

Pour mieux répondre aux besoins des clientèles spécifiques, comme celles avec des problématiques de santé mentale ou de toxicomanie, il convient d'avoir des ressources spécialisées. Aussi, les programmes doivent offrir davantage de services de répit et de soins aux enfants pour améliorer les taux de rétention (Theriot et al., 2009). À la lumière des résultats de leur étude, Theriot et al. (2009) suggèrent d'aider à stabiliser les problèmes de logement pour permettre une meilleure participation.

Hilado et al. (2011) ont mené une étude utilisant des méthodes mixtes dans le but d'estimer la relation entre l'engagement parental dans les programmes préscolaires et les ressources sociales disponibles. Dans cette étude, l'engagement parental est défini comme étant des activités faites par les parents pour s'investir dans l'éducation de leur enfant telles que d'assister à des conférences parent-professeur, faire du bénévolat dans la classe et s'engager dans une communication régulière avec le professeur à propos de l'enfant. Les ressources sociales incluent l'éducation parentale, du soutien à l'emploi et les services sociaux. Les résultats suggèrent un lien entre le nombre de ressources disponibles et l'engagement parental.

### **3.3.3 Le développement d'environnements favorables**

Le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être constitue l'une des deux composantes du cadre de référence du programme SIPPE (MSSS, 2004). La stratégie privilégiée d'intervention est le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés. Dans la même perspective, le Programme national de la santé publique (2008) énonce le soutien au développement des communautés comme l'une de ses trois stratégies d'action afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise. Ces orientations du MSSS s'adressent au réseau de la santé dans son ensemble. Tel que mentionné dans leur planification stratégique respective, les CSSS de l'Estrie se sont d'ailleurs activement engagés à soutenir le développement des communautés, entre autres, dans l'intervention de quartier ou l'intervention réalisée de concert avec les partenaires des municipalités. En guise d'exemples, les CSSS poursuivent des objectifs tels que le « développement de l'intervention de quartier en favorisant l'intégration des services et le développement des communautés » (CSSS-IUGS, 2012, p. 13) et « Affermir les partenariats du réseau local de santé en soutenant les partenaires et en développant les actions concertées contribuant au mieux-être de la population » (CSSS du Val-Saint-François, 2010, p. 6). Des initiatives visant une intégration des services voient le jour et deviennent de plus en plus une pratique courante (ex. : intervenante milieu dans un HLM travaillant étroitement avec des organismes communautaires, concertation entre des organismes pour répondre à des besoins des familles comme les besoins de transport).

Le développement des communautés implique une intervention qui favorise l'insertion/inclusion, le réseautage, l'intersectorialité des interventions et l'utilisation de ces ressources par une fine connaissance du milieu. L'intersectorialité repose sur une étroite collaboration entre les acteurs impliqués auprès des familles tels que ceux des CSSS, des CPE, des services municipaux (ex. : loisirs) et d'organismes communautaires (ex. : centres de bénévolat, maisons de la famille, cuisines collectives).

Cinq principes centraux sont mis de l'avant afin de favoriser les interventions liant santé et développement des communautés :

- « Favoriser la participation des individus et des communautés locales aux décisions et aux actions qui les concernent [...];
- Encourager l'*empowerment*, c'est-à-dire reconnaître et développer le potentiel de leadership des personnes, des groupes et des communautés et reconnaître leur compétence à agir et à décider;
- Agir en concertation et en partenariat dans la réalisation des projets liés au développement;
- Proposer et s'engager dans les interventions qui peuvent le mieux soutenir la lutte à la pauvreté et la réduction des inégalités, entre autres, par la surveillance de l'état de santé et de bien-être de populations défavorisées;
- Travailler à l'harmonisation et à la promotion des politiques publiques favorables à la santé, qu'elles soient municipales, régionales ou nationales. » (INSPQ, 2002, p. 2-3)

### En conclusion

En somme, on assiste à une augmentation des données probantes concernant les stratégies de rétention des familles dans les programmes d'intervention précoce. Cet intérêt grandissant est certainement en lien avec l'importance reconnue de l'engagement des parents pour que les programmes atteignent leur objectif ultime qui est de favoriser le développement des enfants. De ces études, quelques pistes intéressantes peuvent être dégagées. Les stratégies de rétention les plus probantes à ce jour sont certainement celles visant la personnalisation des services, la qualité de la relation intervenante-famille, les approches motivationnelles et basées sur les compétences des personnes, un service concret et utile, préférablement par une intervenante apte à répondre aux besoins de la famille et possédant une compétence culturelle et collaborant avec différents partenaires du milieu.

Il faut cependant retenir que la rétention est définie de façon très inégale dans les études consultées, allant de l'intensité de l'intervention reçue, à l'engagement dans le programme et à la durée du programme. Les programmes d'intervention précoce sont complexes et des devis qualitatifs de même que des études quantitatives et des essais cliniques randomisés sont certainement nécessaires pour mieux saisir l'impact relatif de chacune des stratégies présentées ici.

## 4. MÉTHODE DE RECHERCHE

### 4.1 DISPOSITIF DE RECHERCHE

Une recherche-action, basée sur les travaux de Stringer et Genat (2004), a permis aux personnes impliquées dans le programme SIPPE des CSSS de la région de l'Estrie de réfléchir et d'échanger à propos des stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles à ce programme. Stringer et Genat proposent une forme de recherche-action favorisant la pratique réflexive chez les participantes. Forts d'une meilleure compréhension de la situation problématique, d'une réflexion sur les stratégies possibles et de la richesse des échanges sur une base régionale, les participantes ont pu proposer des solutions au problème de la rétention des familles au programme SIPPE. Les intervenantes des équipes terrain ainsi que les gestionnaires concernés ont pu s'approprier le problème et se mobiliser dans la recherche de solutions reposant sur les écrits scientifiques et adaptées à leur perception du problème et à leur contexte de pratique. Cette recherche-action comporte trois cycles, chacun composé d'une phase de réflexion et d'une phase d'action. La Figure 1 résume chacun des cycles de la recherche-action.

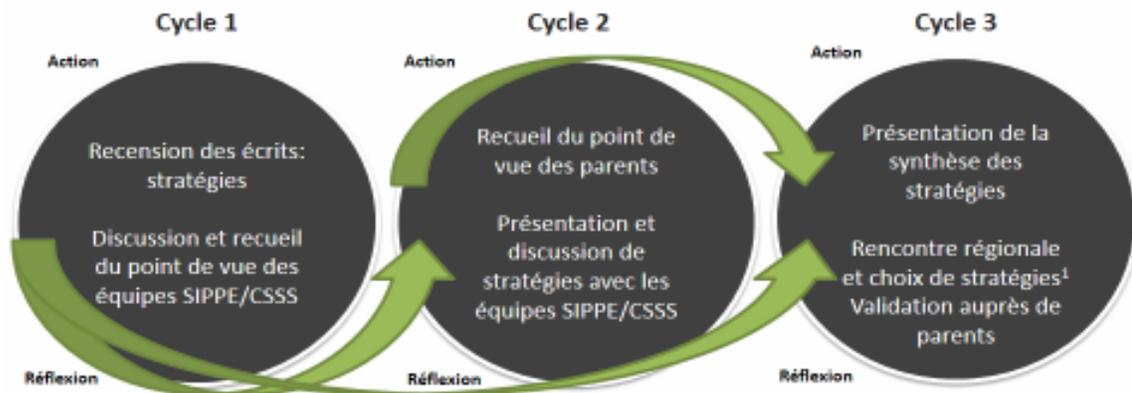


Figure 1- Déroulement de la recherche-action

Un comité de suivi composé d'une représentante par CSSS et d'une représentante de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie s'est réuni au cours de l'automne 2011 et au printemps 2012. Il avait pour mandat d'enrichir le processus de recherche, d'aider l'équipe de recherche à adapter l'étude à la réalité des milieux cliniques, de faciliter l'organisation de la collecte des données et de favoriser le transfert des connaissances.

### 4.2 ÉCHANTILLON

La population visée est composée des intervenantes ainsi que des gestionnaires impliqués dans le programme SIPPE de même que des parents recevant des services dans le cadre de ce programme et des parents ayant abandonné le programme.

#### **4.2.1 Intervenantes et gestionnaires**

Chacun des CSSS compte une équipe SIPPE à l'exception du CSSS-IUGS qui en compte quatre en raison de la population à desservir sur son territoire, pour un total de dix équipes en Estrie. Les équipes SIPPE regroupent divers types d'intervenantes et leur taille varie d'un CSSS à l'autre. Au total, nous avons évalué qu'environ 60 intervenantes et gestionnaires étaient impliqués auprès de la clientèle du programme SIPPE dans la région. Étaient inclus à l'échantillon de convenance, les intervenantes et gestionnaires qui œuvraient depuis au moins six mois dans le programme SIPPE dans un ou l'autre des sept CSSS de l'Estrie.

#### **4.2.2 Parents suivis dans le programme SIPPE ou ayant abandonné le programme**

Un échantillon de convenance de 40 parents était prévu, soit 20 parents suivis dans le programme SIPPE et 20 parents ayant abandonné le programme. Afin de s'assurer d'une représentation régionale, il était initialement souhaité que 24 parents soient recrutés parmi la clientèle des six CSSS situés à l'extérieur de la ville de Sherbrooke, soit deux parents suivis dans le programme et deux l'ayant abandonné pour chacun des CSSS. Les 16 autres parents devaient provenir de la clientèle du CSSS-IUGS de Sherbrooke, soit autant de parents suivis que de parents ayant abandonné le programme.

Pour participer à l'étude, le parent et sa famille devaient être suivis dans le cadre du programme SIPPE, ou avoir participé et abandonné le programme SIPPE au cours des 12 derniers mois. Le parent pouvait être d'âge mineur ou être âgé de 18 ans ou plus; il ne devait pas faire l'objet d'une intervention ou d'un suivi actif par les services de la protection de la jeunesse au moment de l'étude. Enfin, il devait être en mesure de s'exprimer suffisamment en français ou en anglais pour participer aux entrevues. Pour assurer une variation dans la composition de l'échantillon de parents et la prise en compte de divers points de vue, une attention particulière a été portée au recrutement en termes de l'âge du parent, de son lieu de résidence (rural et urbain) et du stade de développement de l'enfant ciblé par le programme SIPPE (période prénatale, enfant âgé de 0 à 5 ans).

### **4.3 RECRUTEMENT**

#### **4.3.1 Recrutement des intervenantes et gestionnaires**

Après avoir obtenu l'autorisation de chacun des établissements concernés (Annexe 1), des rencontres informatives, d'une durée d'environ 30 minutes, avec des intervenantes et gestionnaires des équipes SIPPE ont été réalisées dans chacun des sept CSSS de la région ( $n = 10^2$ ). Ces rencontres se sont déroulées entre le 10 janvier 2012 et le 9 février 2012. Au cours de ces rencontres, des membres de l'équipe de recherche ont présenté l'étude, répondu aux questions et recueilli des suggestions pour la suite de la recherche-action. Les participantes ont signé un formulaire de consentement (Annexe 2) lors de la première entrevue de groupe. Les personnes absentes lors de cette entrevue et celles qui se sont jointes ultérieurement à une équipe SIPPE ont signé le formulaire de consentement lors de la deuxième entrevue de groupe.

---

<sup>2</sup> Quatre rencontres ont eu lieu au CSSS-IUGS, soit une par équipe SIPPE de cet établissement.

### **4.3.2 Recrutement des parents**

Le recrutement des parents a débuté après la rencontre d'information auprès des membres des équipes SIPPE soit à compter du 10 février 2012 et a pris fin le 18 septembre 2012.

#### ***Les parents ayant abandonné le programme SIPPE***

Une personne était désignée dans chaque CSSS pour rejoindre les parents ayant abandonné le programme, les informer de la tenue de la recherche et leur demander la permission de transmettre leur nom et numéro de téléphone à l'équipe de recherche pour recevoir de plus amples informations au sujet de l'étude. Par la suite, une assistante de recherche, qui devait rencontrer le parent en entrevue, entrait en contact avec lui pour lui donner des explications, répondre à ses questions et vérifier son intérêt à participer à l'étude. Lors de cet entretien téléphonique, si le parent acceptait de participer, le moment et le lieu de la première entrevue étaient déterminés selon les disponibilités du parent. Le formulaire de consentement était signé par le parent lors de cette première entrevue.

#### ***Les parents suivis dans le programme SIPPE***

Les parents suivis dans le programme étaient approchés par une intervenante de l'équipe SIPPE qui leur procurait des services. Cette intervenante informait le parent de l'objectif de la recherche à l'aide du feuillet informatif « *Pour aider à améliorer nos services* » (Annexe 3). Le parent qui souhaitait recevoir davantage d'information devait alors signer un formulaire accordant la permission au CSSS de transmettre son nom et numéro de téléphone à l'équipe de recherche (Annexe 4). L'intervenante remettait ce formulaire à la personne désignée du CSSS, qui à son tour en avisait la coordonnatrice de la recherche.

La coordonnatrice de la recherche remettait alors le nom et les coordonnées du parent à l'une des assistantes de recherche. Cette dernière communiquait par téléphone avec le parent pour lui expliquer la recherche, la nature de sa participation et l'engagement de l'équipe de recherche envers les participantes, pour répondre aux questions du parent et finalement vérifier son accord à participer à la recherche. À la suite de l'obtention de l'accord du parent, elle prenait rendez-vous pour réaliser l'entrevue au moment et au lieu qui convenaient le mieux au parent.

Lorsqu'un parent ayant autorisé la transmission de son nom refusait de participer à la recherche, l'assistante de recherche en avisait la coordonnatrice. Cette dernière informait la personne désignée du CSSS concerné afin que les membres de son équipe sollicitent un autre parent admissible à la recherche.

## **4.4 COLLECTE DES DONNÉES**

La collecte des données auprès des parents, intervenantes et gestionnaires s'est déroulée entre le 12 février 2012 et le 10 janvier 2013. Elle comprend trois cycles.

### ***Cycle 1***

Une première entrevue de groupe a été réalisée aux CSSS participants, auprès de chacune des dix équipes SIPPE, durant la période s'étalant du 14 février 2012 au 5 avril 2012, pour un total de dix

entrevues. Ces équipes comptaient entre cinq et 15 intervenantes et gestionnaires. L'entrevue, enregistrée en version audionumérique, durait environ 90 minutes. Deux personnes de l'équipe de recherche participaient à ces entrevues. L'une animait l'entrevue à l'aide d'un guide d'entrevue (Annexe 5) et l'autre personne observait le déroulement de la rencontre et prenait des notes afin de compléter l'enregistrement audio. Avant de débiter l'entrevue, les participantes signaient le formulaire de consentement à participer à la recherche (Annexe 2) et répondaient au questionnaire de renseignements sociodémographiques (Annexe 6).

L'entrevue comportait deux parties. En première partie, un membre de l'équipe de recherche présentait les résultats de la recension préliminaire des écrits sur les stratégies favorisant la rétention des familles dans des programmes de type SIPPE reconnues dans les écrits. Cette information servait à nourrir la réflexion et la discussion à propos de ces stratégies. Suivait en deuxième partie, l'entrevue de groupe proprement dite, réalisée à l'aide d'un guide d'entrevue composé de questions ouvertes (Annexe 5). Ces questions visaient à susciter la discussion et à recueillir le point de vue des membres de l'équipe interviewée à propos des stratégies relevées dans les écrits, celles qu'ils utilisaient sur le terrain auprès de leur clientèle et les facteurs influençant la mise en œuvre de telles stratégies auprès des familles. En dernier lieu, les participantes étaient invitées à faire part de suggestions sur la façon d'explorer le point de vue des parents sur le sujet.

### **Cycle 2**

La collecte des données du deuxième cycle de la recherche-action comportait deux volets. Le premier consistait à interviewer des parents suivis dans le programme et des parents l'ayant abandonné. Le deuxième volet correspondait à la deuxième entrevue de groupe auprès des intervenantes de chacune des équipes SIPPE participantes.

#### *Collecte des données auprès des parents*

La collecte des données auprès des parents comportait une première entrevue individuelle semi-dirigée, enregistrée en version audionumérique, d'une durée variant entre 40 et 75 minutes. Un guide d'entrevue semi-structuré, comprenant des questions ouvertes, a été conçu par l'équipe de recherche et prétesté auprès d'un parent répondant aux critères d'admissibilité de l'étude. L'entrevue, réalisée par une assistante de recherche possédant une expérience significative auprès de cette clientèle, permettait d'explorer les thèmes suivants auprès des parents : ce qui les motive à maintenir ou non leur participation au programme, ce qui fait qu'ils apprécient ou non les divers aspects du programme et ce qui les amène à poursuivre ou abandonner leur participation. Des questions étaient ajoutées en cours d'entrevue afin d'explorer plus en profondeur les idées émises par les parents (ex. : Voulez-vous donner un exemple de ...?). Deux guides d'entrevue sont présentés à l'Annexe 7, un premier utilisé pour les parents suivis dans le programme SIPPE et un second pour les parents l'ayant abandonné. Avant de débiter l'entrevue, le parent signait le formulaire de consentement (Annexe 8). À la fin de l'entrevue, l'assistante de recherche aidait le parent à compléter le questionnaire des données sociodémographique.

Trois à quatre semaines après la première entrevue avec le parent, la même assistante de recherche communiquait avec lui pour une entrevue téléphonique semi-dirigée. Pour ce faire, elle utilisait un guide d'entrevue semi-structuré conçu à partir du résumé de la première entrevue réalisée avec le parent concerné. L'entrevue téléphonique, d'une durée d'environ 30 minutes, visait la validation de notre compréhension du point de vue du parent et l'approfondissement de certains thèmes, toujours dans l'optique de dégager des stratégies susceptibles de favoriser la rétention des parents

au programme SIPPE. Cette fois-ci, un seul guide d'entrevue a été utilisé pour l'ensemble des parents. Ce guide est également présenté à l'Annexe 7. L'assistante de recherche notait par écrit le point de vue des parents interviewés.

### *Collecte des données auprès des équipes SIPPE*

Au cours du deuxième cycle de la recherche-action, une deuxième entrevue de groupe a été réalisée auprès de chacune des dix équipes SIPPE de la région, entre le 3 mai et le 31 mai 2012. L'entrevue comportait deux volets. Le premier volet servait à présenter, d'une part, les stratégies favorisant la rétention des familles ayant émergé des dix premières entrevues de groupe et, d'autre part, les stratégies relevées par les parents ayant déjà été interviewés (n = 13). Le deuxième volet correspondait à l'entrevue proprement dite. Ainsi, à la lumière de cette nouvelle information, les participantes ont poursuivi leur réflexion collective à propos de la rétention des familles au programme SIPPE. Cette entrevue, réalisée à l'aide d'un guide semi-structuré composé de questions ouvertes, permettait de recueillir les réactions des participantes à propos des stratégies présentées et d'explorer leur point de vue sur les possibles solutions pour favoriser la rétention à la lumière du point de vue de parents, de l'ensemble des équipes SIPPE de la région et de leur connaissance du terrain. Le guide d'entrevue se trouve à l'Annexe 9. Le déroulement de cette entrevue était similaire à celui de la première entrevue de groupe.

Entre les deuxième et troisième cycles de la recherche-action, l'équipe de recherche a poursuivi la collecte des données auprès des parents, la recension des écrits et l'analyse de l'ensemble des données recueillies.

### **Cycle 3**

Au cours du troisième et dernier cycle de la recherche-action, l'ensemble des intervenantes et gestionnaires des équipes SIPPE des CSSS étaient invités à participer à une rencontre régionale de trois heures, qui s'est tenue le 15 novembre 2012. Au total, 28 personnes y ont participé. La rencontre se divisait en deux parties (Annexe 10). Au cours de la première partie, l'équipe de recherche a présenté une synthèse préliminaire des stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles qui ont émergé de la recension des écrits ainsi que des entrevues effectuées auprès des équipes SIPPE et des parents.

Au cours de la deuxième partie de la rencontre, la collecte de données a pris la forme de discussions en petits groupes favorisant l'expression de divers points de vue, suivies d'un retour en grand groupe. En sous-groupes, les participantes devaient cibler les stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles au programme SIPPE tout en indiquant leur faisabilité à court, moyen et long terme. Il pouvait s'agir de stratégies mentionnées en première partie de la rencontre ou de nouvelles stratégies. Les idées émises ont été notées par écrit. Un retour en grand groupe a ensuite permis de poursuivre la discussion. Cette portion de la rencontre a été enregistrée en version audionumérique. La description détaillée du déroulement de la collecte des données figure à l'Annexe 11.

Initialement, une rencontre de type *focus group* avec des parents ayant participé aux entrevues individuelles avait été planifiée pour avoir leur point de vue sur les stratégies proposées, mais elle n'a pu être réalisée faute de participantes. Des appels téléphoniques infructueux ont été faits entre le 2 et le 16 octobre 2012 pour inviter les parents à participer à cette rencontre de groupe. Cependant, trois parents, soit deux parents suivis dans le programme et un l'ayant abandonné, ont

accepté de participer à une entrevue téléphonique individuelle pour donner leur opinion sur la synthèse des données recueillies auprès des parents, intervenantes et gestionnaires. Le guide d'entrevue de validation figure à l'Annexe 12. Cette synthèse était présentée par l'assistante de recherche qui sollicitait par la suite l'opinion du parent quant aux stratégies présentées. Ces trois entrevues téléphoniques réalisées à l'aide d'un guide d'entrevue composé de questions ouvertes ont complété le troisième cycle de la recherche-action (ex. : Que pensez-vous des moyens qui ont été proposés dans le but de favoriser le maintien de la participation des familles dans ce type de visites à domicile? Cette aide et ces services peuvent être obtenus pendant cinq ans. Qu'en pensez-vous?). L'assistante de recherche résumait par écrit le contenu des échanges avec les parents interviewés.

### 4.5 TRAITEMENT ET ANALYSE QUALITATIVE DES DONNÉES

Les données recueillies ont été transcrites et analysées au fur et à mesure, selon une méthode mixte (Miles & Huberman, 2003). Une fiche synthèse des entrevues était rédigée par la coordonnatrice de recherche pour les entrevues individuelles et pour les entrevues de groupe. Par la suite, un autre membre de l'équipe de recherche vérifiait la rigueur du contenu de la fiche synthèse. Nous avons ensuite procédé à la condensation des données par une codification systématique et rigoureuse du contenu des entrevues de groupe et individuelles. Les catégories émergentes en cours d'analyse des fiches synthèses ont été regroupées sous trois grandes rubriques selon que les stratégies favorisant la rétention des familles étaient associées à la relation entre le parent et l'intervenante, le programme lui-même ou la communauté. Ces rubriques rejoignent la classification retrouvée dans les écrits. Par la suite, nous avons regroupé les stratégies sous forme de tableaux, ce qui a permis d'avoir une meilleure vue d'ensemble des points de vue exprimés par les parents et les intervenantes. Au cours de la dernière phase du processus d'analyse, dont l'objectif était de passer d'une position davantage empirique à une vision plus conceptuelle des stratégies favorisant la rétention des familles, nous avons examiné les résultats de façon transversale. Ainsi, les résultats obtenus aux étapes antérieures ont été regroupés et reliés, de façon à reconnaître les *patterns* ou scénarios récurrents. Quatre constats ont émergé de cet exercice (voir section résultats du rapport). Tout au long du processus de la recherche-action, les résultats de l'analyse des données étaient validés auprès des participantes, tant auprès des parents que des membres des équipes SIPPE. De plus, une co-analyse des fiches-synthèses par au moins deux membres de l'équipe de recherche a été effectuée. Des discussions entre les membres de l'équipe de recherche ont eu lieu tout au long du processus de recherche permettant de faire consensus sur les thèmes émergents.

### 4.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'étude sur le terrain a débuté après avoir obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie (Annexe 13). Toutes les personnes participant à cette recherche ont signé un formulaire de consentement après avoir reçu l'information nécessaire et les réponses à leurs questions et ce, dans des conditions favorables à une décision libre et éclairée. Elles pouvaient se retirer de la recherche en tout temps, sans conséquence. Une attention particulière a été portée par l'assistante de recherche expérimentée qui a tout mis en œuvre pour créer un climat propice aux échanges lors des entrevues individuelles et de groupe. Seuls les membres de l'équipe de recherche, qui ont signé un formulaire

d'engagement à respecter la confidentialité des données, avaient accès au contenu des entrevues. Les intervenantes, gestionnaires et responsables de la supervision clinique n'ont pas eu accès au contenu des entrevues avec les parents. Ils ont eu uniquement accès aux résultats de l'analyse des données de l'ensemble des participantes. De la même manière, les parents n'ont pas eu accès au contenu des entrevues avec les intervenantes, gestionnaires et responsables de la supervision clinique.

Un code alpha numérique a été associé à chaque participante afin de protéger leur vie privée, leur dignité et leur intégrité. Aussi, un code d'identification a été attribué à chaque entrevue. De plus, afin de préserver la confidentialité, les données électroniques et documents papiers de l'étude seront conservés sous clé par la chercheuse principale et détruits cinq ans après la fin de l'étude; l'archivage des données en format électronique se fera dans des fichiers avec un code d'accès et l'accès sera restreint aux membres de l'équipe de recherche.

## **5. RÉSULTATS**

La présentation des résultats se divise en trois parties, soit : 1] la description des caractéristiques des participantes à la recherche, 2] les stratégies identifiées comme favorisant la rétention des familles aux SIPPE, selon qu'elles sont relatives à la relation parent-intervenante, au programme ou à la communauté et 3] les quatre principaux constats émergeant de la recherche-action.

### **5.1 PARTICIPANTES À L'ÉTUDE**

#### **5.1.1 Profil sociodémographique des intervenantes et gestionnaires**

Cent-trois (103) intervenantes et gestionnaires ont participé aux entrevues de groupe et à la rencontre régionale. Les CSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont délégué au total 28 représentantes parmi le personnel impliqué dans les SIPPE pour la rencontre régionale. L'intérêt manifesté par les équipes SIPPE s'est maintenu tout au long de la recherche tel qu'illustré au Tableau 1.

Tableau 1 - *Participation aux entrevues de groupe*

<b>Intervenantes et gestionnaires</b>	<b>Entrevue de groupe 1</b>	<b>Entrevue de groupe 2</b>
Sherbrooke (1 CSSS, 4 équipes)	30	36
Hors Sherbrooke (6 CSSS, 6 équipes)	52	59

Le Tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des intervenantes et gestionnaires ayant participé à l'étude. Notons que 30 % des professionnelles sont âgées de plus de 50 ans. La presque totalité (96 %) de cet échantillon est de sexe féminin. Un peu moins de la moitié (46.6 %) des professionnelles occupent un poste depuis moins de cinq ans au niveau du programme SIPPE. De ce nombre, 12.6 % occupent un poste depuis moins d'un an. La moitié des intervenantes et gestionnaires travaillent au programme SIPPE depuis plus de six ans. Il s'agit d'un poste à temps plein pour la majorité d'entre elles (67,9 %). Le tiers (33,9 %) des participantes étaient des infirmières.

Tableau 2 - *Profil des intervenantes et gestionnaires*

<b>CARACTÉRISTIQUES</b>	<b>N (%)</b> <b>N = 103</b>
<b>Sexe</b>	
Féminin	99 (96.1 %)
Masculin	4 (3.9 %)
<b>Âge</b>	
20-29 ans	21 (20.3 %)
30- 39 ans	23 (22.3 %)
40-49 ans	27 (26.2 %)
50 ans et plus	31 (30.0 %)
Information manquante	1 (0.9 %)
<b>Type d'intervenantes</b>	
Infirmière	35 (33.9 %)
Éducatrice spécialisée	19 (18.4 %)
Travailleuse sociale	19 (18.4 %)
Gestionnaire	8 (7.7 %)
Orthophoniste	5 (4.8 %)
Autres professionnelles*	14 (13.6 %)
Information manquante	3 (2.9 %)
<b>Horaire de travail</b>	
Temps plein	70 (67.9 %)
Temps partiel	30 (29.1 %)
Pas de réponse	3 (2.9 %)

\* Type d'intervenantes : hygiéniste dentaire (n = 3), auxiliaire aux services de santé (n = 3), conseillère (n = 3), stagiaire (n = 3), organisatrice communautaire (n = 1) et nutritionniste (n = 1).

### **5.1.2 Profil sociodémographique des parents**

Vingt-trois (23) parents recevant des services dans le cadre du programme SIPPE (les deux parents de trois familles ont participé à la recherche) et 14 parents ayant abandonné le programme ont accepté de participer à l'étude sur un total de 25 parents invités dans chacun des groupes. L'âge des parents des deux groupes est semblable (Tableau 3), à l'exception de la présence de parents âgés de moins de 20 ans (n = 5) chez ceux suivis dans le programme. Aussi, les parents suivis dans le programme ont complété des études secondaires ou de métier dans une proportion de 26 %, comparativement à 43 % chez les parents ayant abandonné les SIPPE. Le pourcentage de parents suivis dans les SIPPE qui demeurent à la maison est plus élevé que chez ceux ayant abandonné les services (65 % vs 43 %). Le revenu des parents suivis dans le programme provient de l'aide sociale dans une proportion de 43.4 % et d'un salaire dans une proportion de 39.1 %. Pour les parents ayant abandonné le programme ces proportions sont différentes : 28.5 % vivent d'aide sociale et 57.1 % ont un revenu provenant d'un salaire.

La majorité des parents des deux groupes vit en couple, utilise les services d'un milieu de garde et ont deux enfants dans une proportion de 30 %. Cependant, une plus forte proportion de parents suivis dans le programme a au moins trois enfants. Les parents ayant abandonné le programme parlent le français à la maison dans une proportion de 71.4 % tandis que presque la totalité de ceux qui sont suivis dans le programme le parlent.

## Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE

Tableau 3 - Profil sociodémographique des parents

Caractéristiques	Parents suivis (N = 23)	Parents ayant abandonné (N = 14)
<b>Lieu de naissance</b>		
Québec	20 (86,8 %)	13 (92,3 %)
Autres	3 (13 %)	1 (7,1 %)
<b>Langue parlée à la maison</b>		
Français	21 (91,3 %)	10 (71,4 %)
Anglais	0 (0 %)	1 (7,1 %)
Français et anglais	1 (0,9 %)	2 (14,2 %)
Autres	1 (0,9 %)	1 (7,1 %)
<b>Sexe</b>		
Féminin	20 (86,8 %)	13 (92,3 %)
Masculin	3 (13 %)	1 (7,1 %)
<b>Âge</b>		
16-20 ans	5 (21,7 %)	0 (0 %)
21-25 ans	10 (43,4 %)	10 (71,4 %)
26-30 ans	2 (8,6 %)	1 (7,1 %)
31-35 ans	4 (17,3 %)	2 (14,2 %)
36 ans et plus	2 (8,6 %)	1 (7,1 %)
<b>Scolarité</b>		
Études secondaires complétées	6 (26,0 %)	4 (28,5 %)
Études secondaires partielles	16 (69,5 %)	6 (42,8 %)
Études de métier complétées**	0 (0 %)	2 (14,2 %)
Études de métier partielles***	1 (4,3 %)	2 (14,2 %)
Études collégiales	1 (4,3 %)	2 (14,2 %)
<b>Occupation</b>		
À la maison	15 (65,2 %)	4 (28,5 %)
Emploi à temps plein	4 (17,3 %)	6 (42,8 %)
Emploi à temps partiel	0 (0,0 %)	2 (14,2 %)
Aux études à temps plein	2 (8,6 %)	2 (14,2 %)
Aux études à temps partiel	1 (4,34 %)	2 (14,2 %)
Pas de réponse	1 (4,34 %)	4 (28,5 %)
<b>Revenus</b>		
Allocation familiale	1 (4,3 %)	0 (0 %)
Aide sociale	10 (43,4 %)	4 (28,5 %)
Un salaire	9 (39,1 %)	8 (57,1 %)
Autres**	3 (13,0 %)	3 (21,4 %)
<b>Nombre d'enfants</b>		
1 enfant	12 (52,1 %)	9 (64,2 %)
2 enfants	7 (30,4 %)	4 (28,5 %)
3 enfants et plus	4 (17,3 %)	1 (7,1 %)
<b>En couple</b>	16 (69,5 %)	9 (64,2 %)
<b>Recours à un milieu de garde</b>	14 (60,8 %)	9 (64,2 %)

\*Un parent suivi et deux parents ayant abandonné ont fait des études dans deux domaines

\*\*École de métier, formation technique ou professionnelle ou collège commercial.

\*\*\*Prêts et bourses, sans revenu, SAAQ, n'a pas répondu

## Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE

Le Tableau 4 indique la durée du suivi dans les SIPPE. La moitié des familles ayant abandonné les services l'ont fait après avoir été suivies pendant une très courte période, soit pendant un an ou moins. Au moment de l'entrevue, 16 des familles recevaient les services depuis plus de deux ans.

Tableau 4 - *Années de suivi dans le programme SIPPE*

Nombre d'années de suivi dans le programme	Familles suivies (N = 20)	Familles ayant abandonné (N = 14)
< de 1 an	1 (5 %)	5 (36.7 %)
1 an	3 (15 %)	4 (28.5 %)
2 ans	6 (30 %)	4 (28.5 %)
3ans	3 (15 %)	0 (0 %)
4 ans	5 (25 %)	1 (7.1 %)
5ans	2 (10 %)	0 (0 %)

### 5.2 STRATÉGIES FAVORISANT LA RÉTENTION DES FAMILLES DANS LE PROGRAMME

Les stratégies favorisant la rétention des familles aux SIPPE découlent du processus de la recherche-action et sont déclinées au Tableau 5, selon qu'elles sont associées à la relation, au programme SIPPE ou à la communauté. Des verbatim appuient les résultats présentés dans cette section du rapport.<sup>3</sup>

#### 5.2.1 Stratégies relatives à la relation

La qualité de la relation entre la famille et l'intervenante émerge comme une condition essentielle à la rétention des familles au programme SIPPE. Certaines caractéristiques des intervenantes, leurs attitudes relationnelles et leurs compétences ont été associées à la qualité de la relation, favorisant ainsi la rétention.

Tant les intervenantes que les parents ont souligné l'impact de la **qualité de la relation**<sup>P,1</sup> sur la rétention des familles. Les intervenantes reconnaissent l'établissement d'un lien significatif avec les parents comme une priorité et une condition essentielle au travail à long terme qui s'amorce avec la famille. Or, la création d'un lien significatif nécessite du temps pour permettre à chacun de se connaître et de s'ajuster, mais aussi pour que le parent puisse développer un sentiment de confiance envers l'intervenante.

Notons que pour une grande majorité de parents ayant abandonné le programme et de parents participant au programme, les **qualités et attitudes**<sup>P,1</sup> de l'intervenante jouent un rôle capital au plan de la rétention. Ils apprécient que l'intervenante leur manifeste, ainsi qu'à leur famille, de l'intérêt et de l'attention: « *Je me sentais priorisée puis vraiment bien (...), elle ne m'appelait pas madame, ça pour moi c'est important (...). Elle me faisait sentir bien dans ma peau, puis elle savait ce que moi j'aimais* »-P12. Intervenantes et parents s'entendent pour nommer des qualités chez l'intervenante qui sont appréciées et qui facilitent l'établissement du lien thérapeutique. À titre

<sup>3</sup> La source des verbatim est identifiée selon qu'ils proviennent des entrevues individuelles réalisées auprès des parents (P) ou qu'ils sont issus d'une des trois entrevues de groupe réalisées avec les intervenantes des équipes SIPPE (R1, R2, R3). Des noms fictifs sont utilisés afin de protéger l'anonymat des participantes.

d'exemples, mentionnons la douceur, la gentillesse et la ponctualité. Les parents sont rassurés lorsqu'ils ont le sentiment que l'intervenante agit avec compétence à leurs yeux, qu'elle « *sait où elle s'en va* », ce qui favorise leur rétention dans le programme.

*Quand je parle de quelque chose, il trouve tout le temps la solution-P1.*

*Tu le voyais que c'était une personne qui était à sa place là-dedans-P63.*

*C'est visuel [exemple : évaluation du développement de l'enfant avec un outil tel le Brigance], ce n'est pas rien que l'intervenante qui dit comme ça : il aurait un retard de développement. Il y a quelque chose qui l'appuie, au niveau de la confiance, de la crédibilité de l'intervenant-R2.*

Des **attitudes relationnelles favorables à la relation de confiance**<sup>P,1</sup> chez l'intervenante sont considérées des ingrédients indispensables à une relation de qualité. Soulignons l'importance de manifester de l'ouverture et du respect à l'égard de la réalité du parent et de la famille. À titre d'exemple, un parent affirme que le plus important pour lui est « *Le fait que l'on traite mon fils comme une personne, l'insérer dans la conversation, lui apporter des jeux...* »-P2. Le maintien du lien thérapeutique est aussi favorisé lorsque l'intervenante offre un soutien approuvatif, qu'elle **valorise le potentiel** du parent et celui de l'enfant. Par exemple, reconnaître l'évolution de l'enfant et non pas seulement ce qu'il ne parvient pas à réaliser.

*[L'enfant] a fait ça. Ça veut dire que vraiment, il a une belle force là-dedans. De montrer un exemple concret pourquoi on dit ça, je pense qu'on réussit à plus les rejoindre dans ce temps-là (ok)-R2.*

*En fait, ça m'a aidée parce qu'elle m'a juste dit c'est beau ce que tu fais. C'est juste ça que je voulais savoir en fait, c'était juste de savoir si c'était correct ou pas, puis elle me l'a dit, alors c'est correct-P64.*

Selon les participantes à la recherche, la **sensibilité culturelle**<sup>P,1</sup> de la part de l'intervenante favoriserait la rétention des familles dans le programme. Entre autres, le fait de s'exprimer dans la langue d'usage du parent (ex. : anglais, espagnol) facilite la communication et l'établissement d'un lien significatif, ce qui serait un atout favorable à la rétention. Aussi, les parents apprécient que l'intervenante communique dans un langage accessible. Ainsi, un parent mentionne qu'il « *comprend mieux les informations données par l'infirmière. Pas de grands mots* »-P6. De même, les intervenantes en viennent à cerner l'information pertinente à transmettre ainsi que la façon de le faire afin d'en faciliter la compréhension. Ils n'hésitent pas non plus à répéter les informations lorsque nécessaire.

*Il ne faut pas qu'on prenne pour acquis qu'ils savent pourquoi c'est important qu'il faut que le bébé prenne du poids. Des fois, tu dis une phrase de plus en lien avec le cerveau mettons, ah, ils allument! – ah le cerveau de mon bébé est nourri! Ah bon, on n'a pas pensé à ça – c'est vraiment l'explication qui fait qu'ils vont ouvrir ou non-R2.*

*Il est fondamental, je répète, fondamental, de clarifier notre rôle (...) ils [clientèle immigrante] n'ont jamais, mais jamais eu de services dans leur pays, ça n'existe pas, alors quand ils voient débarquer un intervenant, puis un autre, mais d'où ça tombe, qu'est-ce qu'ils vont faire ici, on est comme des envahisseurs : alors c'est très important de leur expliquer le pourquoi et bien expliquer la question préventive, le mot préventif, pour beaucoup, ça ne dit absolument rien mais essayer de trouver*

*avec d'autres mots le pourquoi, le fondement de l'approche préventive de notre programme-R2.*

Les extraits qui suivent témoignent de l'importance accordée de part et d'autre à l'**honnêteté**<sup>P,1</sup> et à la **transparence**<sup>P,1</sup>, soit le fait de mettre « *les cartes sur table* »-P2. Ces deux attitudes sont particulièrement appréciées pour les questions relatives à la protection de la jeunesse ou lors de situations complexes et conflictuelles. Voici un extrait des échanges lors d'une rencontre avec les intervenantes d'un CSSS et aussi le point de vue d'un parent à ce sujet :

*Il y a des fois aussi, ce que tu [le parent] fais ou que tu [le parent] ne fais pas met en danger la sécurité de ton enfant. Je vais m'affirmer plus (...) comme infirmière, puis je donne un exemple [sur les conséquences]. Là, ils comprennent, on est juste dans la prévention. Puis de temps en temps, si [je dois intervenir] j'ai été contente de les avoir avertis, puis ça passe mieux je pense-R2.*

*Quand elle [travailleuse sociale] est venue la première fois, elle m'a dit – tu sais Juliette, s'il se passe quelque chose, moi je suis obligée d'appeler la DPJ – tu sais, elle m'a vraiment mis les points directs, c'était ça. J'ai dit – il n'y a pas de trouble, si tu as à le faire, fais-le, même si je suis contente ou non ça va être ça. Je n'ai jamais eu de trouble mais elle nous avertit comme il faut, elle nous met ça clair-P12.*

La **disponibilité**<sup>P,1</sup> de l'intervenante est une attitude appréciée par la très grande majorité des parents : « *Je peux appeler (...) parce qu'il y a quelque chose à la maison, (...), c'est un gros motif pour continuer.* »-P1. Les intervenantes s'efforcent de se rendre disponibles et de répondre aux besoins immédiats des parents : « *Je pense c'est que la disponibilité (...) une réponse assez rapide à un besoin demandé. Si on attend une semaine pour répondre, surtout pour les plus jeunes [c'est à éviter] ... Je trouve que c'est vraiment gagnant d'avoir une réponse rapide.* »-R2. Notons que même après avoir abandonné le programme, plusieurs parents ont souligné la possibilité de faire appel à l'intervenante au besoin<sup>P</sup>, ce qui était très apprécié, voire même essentiel selon une des participantes (P1). Ainsi, le lien créé entre le parent et l'intervenante perdure au-delà de la participation au programme SIPPE.

### 5.2.2 Stratégies relatives au programme

De façon générale, la majorité des parents ont exprimé une appréciation positive du programme. Parmi les parents suivis dans le programme, 80 % le trouvent aidant et utile, entre autres, pour des raisons semblables à celles-ci : « *Ils me donnent des outils, répondent à mes questions, pas de jugement* »-P2. Même les parents ayant abandonné le programme l'ont trouvé aidant et utile dans une proportion de 78 % et certains pouvaient même expliquer la valeur du programme et le recommandaient à leurs amies.

De nombreuses stratégies de rétention relatives au programme ont été exprimées tant par les parents que par les équipes SIPPE, comme le montre le Tableau 5. Cependant, certaines d'entre elles proviennent spécifiquement des membres des équipes SIPPE tandis que d'autres ont été notées davantage par les parents. Au total, 14 stratégies ont été rapportées : 1] la publicité à propos du programme, 2] l'information aux parents, 3] les interventions fondées sur une approche écologique (« globale »), familiale et de soutien à l'*empowerment*, 4] le travail en équipe, 5] le soutien au développement des habiletés parentales, 6] l'évaluation et la stimulation du développement de l'enfant, 7] la surveillance de la condition de santé de la mère et de l'enfant, 8] la

flexibilité dans l'application du programme, 9] le maintien du contact et de la régularité des rencontres avec la famille, 10] l'information sur les ressources et activités communautaires, 11] l'accessibilité à une variété de services et de ressources, 12] les incitatifs, 13] les interventions de groupe et 14] des conditions favorables à la rétention dans la mise en œuvre du programme. Ces stratégies sont décrites ci-dessous.

### 1. Publicité à propos du programme<sup>P,1</sup>

Publiciser le programme représente une stratégie importante tant pour les intervenantes que pour les parents. Ces deux groupes considèrent qu'il est nécessaire d'informer la population de l'existence et de la durée de ce programme. Ils souhaitent aussi qu'une telle campagne publicitaire montre les SIPPE comme attrayants et qu'elle projette une image positive du programme. Ils proposent une stratégie qui cible l'entourage, voire même la société, afin que la population développe une attitude positive envers les SIPPE et les parents qui y participent, entre autres, « *parce que dans le voisinage, ça peut être perçu négativement de recevoir de l'aide, c'est un signe de faiblesse* »-R2. Des parents ont mentionné que leur médecin ne connaissait pas le programme SIPPE, d'où la pertinence d'une publicité qui vise différents groupes de la société. Dans cet ordre d'idées, divers moyens pour faire connaître les services sont nommés, par exemple lors d'émissions télévisées ou dans le cadre de projections vidéo dans les salles d'attente des établissements du réseau de la santé, des cliniques médicales et des groupes de médecine de famille. La publicité pour ce programme peut aussi viser les segments de la population qui fréquentent les centres à la petite enfance et les écoles.

*Il y a des personnes qui ne savent pas c'est quoi, mais la publicité serait gagnante, qu'il y ait une publicité qui se fasse pour tout le monde, pour que les gens sachent*-R2.

*Moi, ce qui me fait rire, c'est que tu rencontres ton médecin de famille, là tu lui dis que tu es suivie par une infirmière et il n'était même pas au courant que le programme existait*-P61.

### 2. Information aux parents<sup>P,1</sup>

Une information régulière et à des moments clés (par exemple lors du rendez-vous pour le vaccin de 12 mois ou lorsque les besoins sont moins impérieux ou moins visibles) permet au parent de mieux comprendre la variété des services offerts à ce moment précis ou utiles dans un futur rapproché. L'ensemble des participantes à la recherche partageaient ce point de vue, incluant les parents ayant abandonné le programme.

Une **description concrète** des différents services disponibles tout au long du suivi permettrait aux parents de saisir les bénéfices immédiats et futurs qu'ils peuvent retirer de leur participation au programme. Ce type d'information est d'autant plus important pour la clientèle immigrante, moins familière avec le système de santé et de services sociaux québécois. Il s'agit « *des fois, de renommer le but du programme, puis qu'est-ce qu'on fait ensemble, les besoins, je pense que ça peut être aidant* »-R2. C'est aussi l'occasion de rappeler ou de clarifier le mandat de chacun des acteurs du programme. Les extraits suivants permettent d'illustrer l'importance de cette stratégie :

*Le programme 0-5 ans, qu'ils me disent, tu as droit jusqu'à 5 ans, qu'ils le définissent. Ils n'en parlent plus. (...) – [qu'ils nous disent :] n'oublie pas que – même si c'est vers la fin, tu as le dernier vaccin, (...) - tu n'oublies pas que même si le vaccin de 18 mois*

*arrive, tu savais que tu peux continuer, que le programme 0-5 ans est là pareil puis que c'est d'autres sujets que vous allez aborder-P61.*

*Peut-être qu'il pourrait y avoir un outil, qu'on pourrait réfléchir, penser, qu'il garde avec lui (...) tout au long de son suivi : « tu vas avoir droit à ça » puis c'est un outil qu'il met à la vue-R2.*

**3. Interventions fondées sur une approche écologique<sup>P,1</sup>, familiale<sup>1</sup>, de soutien à l'empowerment<sup>P,1</sup> et à la motivation<sup>1</sup>**

L'intervention fondée sur une **approche écologique<sup>P,1</sup>** (« globale ») de la situation et du contexte du parent et de sa famille, permet à l'intervenante d'apporter une aide au parent, entre autres, aux plans émotif et psychologique, de la relation de couple, des projets de vie et de la gestion des activités de la vie domestique.

*Ils posent des questions sur nous, sur la famille, comment ça va. Puis je le sais qu'au début, on fait comme notre schéma de vie, ils nous demandent depuis quand on est avec le papa, puis tout le schéma de vie pour voir où sont les difficultés (...) »-P62.*

*... ne pas oublier le parent. Mais nous on est là beaucoup pour les enfants, mais il faut donner un peu de place aux parents aussi-R2.*

Des parents expriment d'ailleurs leur satisfaction d'être l'objet d'une attention spéciale et que les interventions ne visent pas exclusivement l'enfant. À l'opposé, l'absence de ce type de soutien est déploré par les parents comme en témoigne cet extrait : « *d'aborder peut-être des sujets, pas nécessairement concernant les enfants mais plus sur le bien-être de la maman, ça je trouve qu'on en a manqué un petit peu* »-P63.

Les intervenantes et gestionnaires suggèrent également de favoriser la rétention des familles en privilégiant davantage l'**approche familiale<sup>1</sup>** dans le cadre de leurs interventions auprès des familles, particulièrement en développant des stratégies pour rejoindre et **impliquer les pères<sup>1</sup>**, ce qui nécessite la mise en œuvre d'interventions adaptées à leur réalité et à leurs besoins.

*Les pères, on veut les impliquer de plus en plus. Souvent, il y en a qui sont à la maison, ils sont sur l'aide sociale, sans travail. Je trouve que c'est d'abord la mère : des fois, le père n'est pas toujours là au début, on rencontre la mère toute seule. Là il vient, on le rencontre une fois, puis après il ne vient pas, donc j'attends avant de rencontrer les deux-R2.*

*C'est une famille où le père et la mère n'avaient vraiment pas le même niveau d'implication, puis ça créait des conflits. Si pour une raison X le père ne voulait pas qu'il y ait des gens qui viennent à la maison, ça faisait en sorte que la mère se sentait un peu mal, puis elle ne me disait rien. Donc, ça faisait en sorte que pour la rétention, ce n'était pas évident. J'ai marché sur des œufs longtemps-R2.*

*Ça dépend des familles, il y a des fois que c'est peut-être un mal nécessaire que le père ne soit pas là. Je ne peux pas juger. Mais dans d'autres situations, moi je m'informe à chaque fois quand même : le papa n'est pas là ? C'est sûr que quand ça fait dix fois qu'il n'est pas là, un moment donné, tu arrêtes de poser la question, mais c'est pour qu'il sente que s'il m'entend de l'autre bord de la porte [que je m'intéresse à lui]-R2.*

Enfin, une approche fondée sur *l'empowerment*<sup>P,1</sup> des parents et des familles favorise à la rétention selon l'ensemble des participantes à la recherche. Cette façon d'intervenir implique de *laisser décider*<sup>P,1</sup> le parent quant aux solutions à mettre en œuvre parmi celles proposées et discutées avec lui : « *Je te propose des stratégies, essaye-les, puis on s'en reparle, ce n'est pas pour te juger si tu es bonne ou tu n'es pas bonne, c'est pour faire des ajustements* »-R2. Ainsi, l'approche basée sur *l'empowerment* se traduit, entre autres, par des propositions ou des « *trucs* » à essayer, face à telle ou telle difficulté, et cela quand le parent se sent prêt à passer à l'action. Il revient alors au parent, en tant qu'expert de sa propre expérience, de choisir ce qui répond à son besoin.

Dans cet ordre d'idées, soulignons que neuf parents sur 14 ayant abandonné le programme n'apprécient pas la directivité : « *Moi je te dirais plus des fois, ce n'était plus des conseils, c'était vraiment – tu fais ça, tu fais ça! – ben oui! Puis tu avais l'air de passer pour quelqu'un qui ne connaît rien-P61 (...) puis mon infirmière est là pour me suggérer, mais elle n'était pas là pour me dire quoi faire* »-P61. Lors des entrevues de groupe avec les intervenantes et gestionnaires, la plupart s'accorde à dire que cette attitude est à éviter, bien que dans certaines situations, ils interviennent avec plus de directivité afin d'assurer le bien-être de l'enfant. Dans ce derniers cas, ils se préoccupent toutefois de la façon dont les parents perçoivent leur style d'intervention: est-il perçu comme trop directif ?

*Elle [l'intervenante] donnait des trucs, mais il y a l'autre côté où il ne faut pas être trop directif. Mais la ligne là, parce qu'on peut donner des trucs, je ne sais pas moi, au niveau de la propreté ou au niveau de la discipline, parce qu'on pense que c'est comme ça que ça pourrait aider, mais peut-être qu'ils vont nous trouver directifs-R2.*

#### 4. Travail en équipe<sup>1</sup>

Le travail en équipe<sup>1</sup> est une stratégie soulevée, entre autres, parce qu'elle permet de couvrir l'ensemble des besoins d'une famille et de déterminer en équipe l'intervenante la mieux placée<sup>1</sup> pour intervenir selon les besoins prioritaires et la dynamique familiale. Ainsi, le travail d'équipe permet l'acuité de la réponse à une diversité de besoins. Par ailleurs, la responsabilité du suivi est partagée entre les membres de l'équipe, ce qui rend la tâche moins lourde pour chacun des membres tout en facilitant la résolution des difficultés vécues. En ce sens, il importe pour les intervenantes d'avoir accès rapidement à leurs collègues et intervenantes du programme.

Les intervenantes parlent des avantages de la co-intervention, c'est-à-dire des interventions effectuées en duo ou de la combinaison des interventions de professionnelles de diverses disciplines lors d'une même rencontre. À leurs yeux, ceci représente un avantage pour la rétention dans le programme. Le travail en équipe a l'avantage d'éviter de surcharger l'agenda des parents, de répondre à plus d'un besoin, de présenter un nouvelle intervenante et de favoriser la création de liens entre le parent (et l'enfant) et plus d'un membre de l'équipe.

Les participantes à l'étude ont mentionné que le travail en équipe facilite la transition entre deux intervenantes, soit lorsque le travail d'une intervenante se termine et qu'une autre intervenante prend la relève auprès de la famille. D'ailleurs, prendre le temps de présenter une nouvelle intervenante<sup>P,1</sup> est vu comme une bonne stratégie pour retenir les parents. Elle facilite la continuité du lien de confiance qui a été établi avec l'intervenante ayant initié les services auprès de la famille. À cet effet, le travail en équipe facilite la compréhension du rôle de ses

collègues, ce qui permet de mieux faire valoir leurs qualités et compétences auprès des parents lorsque l'on pense que l'apport d'une collègue serait bénéfique pour la famille.

*Les familles où il y a de la violence ou un suivi de la DPJ, il y a plus d'éléments psychosociaux, c'est un intervenant psychosocial qui y va, mais si c'est vraiment une première grossesse ou la mère fait des chutes de tension, ça va être l'infirmière-R2.*

*C'est parce qu'elle [infirmière] partait, elle s'en allait pour six mois puis elle a dit, je vais t'amener l'autre infirmière pour que tu la vois. C'était vraiment une bonne idée, tu la vois sans ce que soit nécessairement elle qui interagisse au début, ça se fait plus en douceur comme transition-P64.*

*Il y en a beaucoup qui étaient très méfiants envers l'éducatrice, puis là, ils ont vu l'éducatrice – elle est fine l'éducatrice – puis elle fait un bilan. Ben premièrement, on allait la présenter dans une première rencontre, elle retournait faire l'évaluation, après ça, elle retournait avec moi pour donner le rapport puis les gens acceptaient de continuer-R2.*

*C'est beaucoup de travail de transdisciplinarité...que ce soit une telle qui parte avec sa balance ou qui va faire un peu de relation d'aide psychosociale : ce que je perçois, c'est qu'une équipe qui travaille dans ce sens-là est beaucoup plus proche parce que le respect des professions, c'est une force, donc présenter une autre personne à une famille, ça devient facile à ce moment-là-R2.*

Tant les parents que les intervenantes et gestionnaires soulèvent les réserves des parents à changer d'intervenante. En ce sens, le travail en équipe a l'avantage d'offrir au parent la possibilité d'établir très tôt un lien avec au moins deux intervenantes, évitant ainsi les changements d'intervenantes non planifiés qui peuvent s'avérer un obstacle à la rétention.

*Il y a moins d'attachement à une personne, de travailler à plusieurs, j'ai remarqué ça au fil des années. On était toute seule avant, puis on était là quasiment deux ans toute seule, puis là tu parles de mettre un autre intervenant, ben là c'est sûr (ils sont réfractaires). [Maintenant] on n'est pas tout seul, il y a plein de monde, il y a la nutritionniste, la TS, ils sont habitués, c'est ça, et c'est moins lourd pour l'intervenant-R2.*

L'interdisciplinarité et même la transdisciplinarité<sup>1</sup>, associées à une continuité informationnelle<sup>P,1</sup>, soit le partage de l'information entre les intervenantes, peuvent favoriser la rétention des parents dans le programme. Ces stratégies, d'abord proposées par les parents, ont été reprises par les intervenantes et gestionnaires lors de la rencontre régionale. Elles permettent la poursuite d'un but commun et évitent aux parents de répéter leur « histoire » à plusieurs intervenantes, ce qui constitue un irritant pour eux. À ce propos, les intervenantes considèrent que la concertation entre les équipes d'un même CSSS a un effet bénéfique sur la rétention en favorisant la complémentarité et l'orchestration des services offerts à une famille.

*Tu travailles avec des gens des autres équipes [du CSSS], puis là tu te rends compte que l'autre vient l'après-midi, puis toi le matin, c'est trop intensif ces rendez-vous. Il faut en parler à la personne de l'autre équipe, parce que des fois, on ne fonctionne pas de la même façon, il faut se réajuster-R2.*

*Mais non, on s'obstine tout seul entre nous, on s'assure qu'on comprend la même affaire, souvent c'est là qu'on n'est pas du tout à la même place, puis des fois, c'est*

*correct qu'on ne soit pas à la même place, mais il faut se le dire, parce qu'on a des mandats différents-R2.*

## 5. Soutien au développement des habiletés parentales<sup>P,1</sup>

Les parents nomment plusieurs types d'habiletés qu'ils ont développées grâce au soutien reçu dans le cadre du programme SIPPE, entre autres, en ce qui concerne l'instauration de routines pour l'enfant (sommeil), la discipline, l'alimentation et les soins de santé. Ce soutien répond à des besoins des parents et favorise ainsi la rétention. Aussi, la rédaction conjointe du plan d'intervention<sup>1</sup> avec le parent permet, tant à l'intervenante qu'au parent, de profiter de ce moment pour échanger de l'information de part et d'autre au sujet du développement de l'enfant et du rôle du parent auprès de son enfant.

*(...) puis des fois, elle prenait des rencontres, soit pour finaliser, pour faire un bilan des affaires que je veux améliorer avec mon enfant. Un plan d'intervention qu'on revoyait à tous les six mois. Des fois on faisait un plan d'intervention puis ça, elle n'avait pas besoin que l'enfant soit là pour le faire donc ça, on le faisait ensemble puis en même temps, ça me procurait du temps avec elle, seule-P12.*

Pour ce qui est de la stratégie du *modeling*<sup>1</sup> ou « le faire avec le parent », parfois utilisée pour guider les parents dans l'acquisition d'habiletés, les intervenantes expriment des précautions à prendre :

*(...) il faut faire attention que la mère ne se sente pas incompétente. Renforcer la mère; ne pas se donner le rôle facile aussi auprès de l'enfant. Que la mère se sente compétente [et qu'on puisse] lui dire – regarde ton enfant te regarde, regarde ton enfant fait ceci avec toi-R2.*

## 6. Évaluation et stimulation du développement de l'enfant<sup>P,1</sup>

L'évaluation du développement de l'enfant<sup>P,1</sup> ressort comme une intervention qui encourage le parent à demeurer dans le programme. Certaines intervenantes proposent d'effectuer cette évaluation à l'aide de l'outil *Brigance*<sup>4</sup>, sur une base régulière au moment de l'anniversaire de l'enfant. L'évaluation du développement de l'enfant est vu, tant par les intervenantes que par les parents, comme une façon de transmettre des connaissances et des habiletés pour stimuler le développement de l'enfant. Les parents attendent ce moment afin de savoir où en est rendu leur enfant dans son développement. Cette évaluation est vue comme une occasion de souligner les gains faits par l'enfant et ne se limite pas à nommer les difficultés ou retards de développement.

*Elle vérifie, elle fait quelques examens comme vérifier s'il se tient bien assis. Alors elle nous a donné des trucs. Ça aide beaucoup-P5.*

*[L'évaluation du développement à l'aide du test] Brigance à un an par une éducatrice, moi je trouve que ça été super dans ma clientèle. Il y en a beaucoup qui étaient très méfiants envers l'éducatrice, puis là, ils ont vu l'éducatrice – elle est fine l'éducatrice – puis elle fait un bilan-R2.*

---

<sup>4</sup> Dans la région de l'Estrie, l'outil *Brigance* est maintenant remplacé par la Grille de l'évaluation du développement de l'enfant (GED).

Selon les intervenantes, faire un **bilan**<sup>1</sup> des acquis de l'enfant et du parent à des moments clés est une autre stratégie qui peut aider à la prise de conscience des avantages à demeurer dans le programme. De plus, ce bilan permet de cibler les interventions prioritaires à réaliser avec l'enfant et le parent.

### 7. Surveillance de la condition de santé de la mère et de l'enfant<sup>P</sup>

Plusieurs parents ont été rassurés par la surveillance de leur condition de santé (ex. : santé physique et psychologique de la mère en période postnatale) et de celle de leur enfant (ex. : déroulement de la grossesse, présence d'infections, évolution du poids du bébé chez les bébés nés à terme et prématurément), ce qui correspond à un motif de rétention aux SIPPE. L'extrait suivant illustre diverses interventions en ce sens : « *S'il y avait des contractions qui avaient eu lieu, s'il y avait eu des complications, elle vérifiait ça après l'accouchement. Elle venait, elle pesait le bébé, elle vérifiait les développements s'ils se faisaient comme il faut* »-P9.

Des moments d'attente pour voir le médecin ou consulter à l'urgence ont pu ainsi être évités et le recours à d'autres professionnels a été facilité, ce qui était apprécié des parents. À titre d'exemple, l'infirmière peut confirmer ou infirmer la présence d'une otite : « *quand elle [l'infirmière] est arrivée, elle a dit – non, il n'y a pas de danger, ne cours pas à la clinique pour ça, elle ne fait pas des otites – ça m'a sécurisée* »-P61. Les interventions en lien avec la santé mentale sont également appréciées des parents comme en témoigne cette mère : « *(...) quand j'ai accouché, c'était comme une dépression (...) elle [infirmière] m'a expliqué c'était quoi aussi donc ça m'a comme aidée à passer plus vite par-dessus, j'étais très émotive* »-P51.

### 8. Flexibilité dans l'application du programme<sup>P,1</sup>

La flexibilité dans l'application du programme dans l'optique de s'ajuster aux besoins et particularités des parents et de la famille s'avère une stratégie de rétention qui fait l'unanimité. La flexibilité concerne l'ajustement de l'intervention et le respect du rythme du parent, l'intensité du suivi, la fréquence des rencontres avec le parent et la famille, le choix de l'horaire et du lieu des rencontres. Selon les intervenantes, des ajustements sont requis en présence de situations plus délicates, entre autres, lorsque les parents craignent un signalement à la protection de la jeunesse, qu'il y a des indices de violence dans le couple ou encore face à l'usage du tabac dans la maison.

Le lien de confiance bien établi permet à l'intervenante de reconnaître les particularités du parent, les besoins du moment et ainsi adapter<sup>P,1</sup> son intervention en fonction de l'urgence du besoin à combler, quitte à remettre à une rencontre ultérieure ce qui avait été prévu comme intervention. Il s'agit en fait de respecter le rythme<sup>P,1</sup> du parent, de s'inspirer des principes de l'entrevue motivationnelle<sup>1</sup>, comme le démontrent ces extraits :

*C'est elle qui m'a trouvé la garderie en CPE, (...) parce qu'au début, je n'étais pas pour la garderie. Donc elle m'a aidée graduellement à accepter la garderie, de l'envoyer vu qu'il en avait besoin, elle m'a soutenue là-dedans tout le long*-P20.

*Nous en tant qu'intervenants, on a hâte que ça se règle cette affaire-là, mais ils [parents] ne sont peut-être pas rendus là, il faut être capable nous d'accepter, puis d'y aller à un rythme différent, puis d'accepter qu'on n'aura peut-être pas l'impact [souhaité] tout de suite, mais ça sera peut-être dans deux mois*-R2.

*Il faut partir d'où ils sont rendus, on ne peut pas aller trop loin, ils décrochent*-R2.

Pour favoriser la rétention, les intervenantes laissent de la latitude<sup>P,1</sup> aux parents quant à l'horaire (calendrier) des rencontres : « *Elle m'appelle à l'avance, puis elle me demande quand est-ce que je suis disponible, si c'est correct le matin ou l'après-midi* »-P6. Faire preuve de flexibilité dans l'application du programme s'avère pertinent aussi lorsque le parent retourne aux études ou au travail, alors que sa disponibilité pour des rencontres avec une intervenante est diminuée particulièrement durant les journées en semaine. Il est d'ailleurs question de rencontrer les parents les **soirs et fins de semaine**<sup>P,1</sup> afin de prendre en compte la disponibilité des parents (surtout lorsque le parent retourne aux études ou au travail). Les parents qui sont encore suivis dans le programme de même que ceux qui l'ont abandonné apprécient ces ajustements dans la modulation des services.

Aussi, pour favoriser la rétention au programme pendant la durée totale prévue, soit de cinq ans, la rétention nécessite dans bien des cas certains ajustements surtout en ce qui a trait à la fréquence des rencontres. Cependant, des intervenantes soulignent les bénéfices de ne pas trop espacer les rencontres afin d'entretenir les liens avec les familles. De plus, les rencontres doivent avoir un sens pour les parents et répondre à des besoins.

*C'était correct parce qu'à quelque part, elle a beau venir, puis venir, puis venir, mais il faut qu'il y ait de quoi à faire, elle n'est pas pour venir puis jaser de la pluie et du beau temps-P52.*

Une autre stratégie associée à la rétention consiste à faire preuve de flexibilité dans le choix du lieu de l'intervention, notamment parce que certains parents sont réticents à accueillir l'intervenante à leur domicile, surtout en début de suivi. On suggère la possibilité de réaliser les rencontres au CSSS<sup>1</sup> afin de respecter les préférences du parent et ainsi établir un lien de confiance. Cette façon de procéder est bénéfique pour certains parents refusant l'intervention à domicile. En voici un exemple, pour une famille qui refuse que les interventions se déroulent à domicile mais dont la mère

*(...) était bien intéressée par le développement de l'enfant donc là, ils viennent une fois par trois mois au CSSS puis je fais la courbe de croissance puis tout le reste, ils sont bien contents comme ça. On a réussi à créer un lien avec elle, mais c'est sûr que si on n'avait pas accepté qu'elle vienne pendant deux ans [au CSSS], on n'aurait jamais eu accès à aller chez-elle.-R2.*

Une certaine créativité ou initiative<sup>P,1</sup> dans le choix du lieu d'intervention peut même ajouter une touche de plaisir ou de satisfaction qui favorise la rétention : par exemple des rencontres (visites) qui, à l'occasion, se déroulent au parc avec le parent et les enfants ou à tout le moins en dehors du cadre du domicile, dans un café avec le parent lorsque c'est possible. D'autres stratégies relevant davantage de la communauté seront présentées à la section suivante.

### 9. Maintien du contact et de la régularité des rencontres avec la famille<sup>1</sup>

Pour des intervenantes, **maintenir le contact et la régularité**<sup>1</sup> du suivi (tel que demandé dans le programme) favorise la rétention, même si la modulation de l'intensité des services et la fréquence des rencontres s'avèrent aussi des stratégies efficaces. Aussi, des moyens sont utilisés pour favoriser la présence du parent lors des interventions à domicile, par exemple le **rappel des rendez-vous** par téléphone, par courriel et jusqu'à utiliser les téléphones mobiles pour transmettre des messages textes.

Au cours de la rencontre régionale, plusieurs intervenantes et gestionnaires mentionnent l'importance de **reconnaître (décoder) les premiers signes de désintérêt ou de résistance**<sup>1</sup> de la part des parents comme une absence à un rendez-vous ou une diminution de l'implication du parent lors des rencontres. Dans ce cas, il s'agit de s'ajuster rapidement, par exemple, en répondant aux besoins immédiats, en modulant l'intensité des services, en allant vers le parent (*reaching-out*) ou en utilisant toute autre stratégie associée à la rétention. Une intervenante souligne qu'il « *faut se questionner sur notre positionnement, parce qu'il faut être proactif, il faut que tu ailles les chercher* »-R2.

D'autres stratégies pour maintenir le contact concernent surtout la façon de **rejoindre un parent qui « disparaît »** afin d'éviter qu'il abandonne. En guise d'exemples, soulignons le fait d'entreprendre des démarches<sup>1</sup> pour retracer le parent soit en sollicitant l'aide des voisins, en appelant les amis ou en se présentant au domicile même s'il a été impossible de joindre le parent pour prendre un rendez-vous. Un autre moyen consiste à transmettre une lettre de rappel<sup>1</sup> mentionnant que l'intervenante est sans nouvelle du parent et qu'il risque de ne plus faire partie du programme. Les membres des équipes SIPPE ont constaté que plusieurs parents répondent positivement à cette intervention postale. C'est l'occasion de refaire le point, de se fixer de nouveaux objectifs et de reprendre le suivi.

La mobilité des familles d'un territoire à l'autre des CSSS constitue un motif d'abandon pour certains parents, comme l'ont soulevé des participantes à la recherche. En pareil cas, il est suggéré de **trouver des moyens de maintenir le contact avec les familles et d'améliorer la transmission de l'information d'un établissement**<sup>1</sup> à un autre. On pense, entre autres, aux « *démarches administratives pour le transfert de dossier, trouver un médecin.* »-P2. Le manque de continuité dans les services et la disparité des ressources d'un CSSS et d'une MRC à l'autre peuvent inciter des parents à abandonner les services. À l'opposé, un transfert d'établissement bien organisé favorise la rétention. Une mère dit ne pas avoir éprouvé de difficultés à la suite d'un déménagement, parce que « *la rapidité d'obtenir le service l'a rassurée (2 jours), ils se sont occupés [d'assurer le suivi comme prévu] deux fois par semaine. Ils sont très disponibles* »-P2.

### 10. Information sur les ressources et activités communautaires<sup>P,1</sup>

La très grande majorité des parents souhaitent être **informés des ressources**<sup>P,1</sup> existantes et ce, qu'ils soient suivis dans le programme ou qu'ils l'aient abandonné. Ceci nécessite que les intervenantes aient accès à un bottin des ressources et un répertoire à jour des activités à venir durant l'année. Il s'agit d'une aide concrète fort appréciée des parents, en particulier l'information sur les organismes offrant du soutien matériel (ex. : soupe populaire, friperie, dépannage de couches ou de nourriture) ou des activités pour les parents et les enfants :

*Elle me donnait tout le temps des bonnes adresses-P51.*

*En m'apportant la feuille de la Maison de la famille. Si j'avais pas eu l'infirmière qui m'a apporté ça, je n'aurais pas su qu'il y avait ça, je ne serais pas allée faire les activités. Je vois d'autres mamans-P19.*

### 11. Accessibilité à une variété de services et de ressources<sup>P,1</sup>

Les parents qui participent au programme SIPPE ont accès à plusieurs services et ressources qu'ils apprécient, ce qui influe positivement sur leur rétention au programme, notamment la disponibilité de **l'intervenante privilégiée et des autres membres de l'équipe du programme SIPPE**<sup>P</sup>. Le fait d'obtenir une réponse rapide lorsqu'ils ont besoin d'eux favorise grandement la

rétention : « On lui laissait un message puis elle rappelait dans la même journée. Puis si on voulait la voir avant [le rendez-vous], on l'appelait puis elle venait nous voir avant aussi »-P10.

De plus, les intervenantes privilégient, par moment, les rencontres **seul avec le parent**<sup>P,1</sup>, parfois deux à trois fois par an, surtout lorsqu'un enfant présente un problème de comportement. Des parents disent apprécier ces moments où ils ne sont pas constamment dérangés.

*(...) quand on parle de l'agressivité de l'enfant, quand il y a des problèmes de comportement, c'est très difficile de jaser de ça. Ils [les enfants] sont là, donc moi c'est rendu que, une couple de fois par année, il y a des parents que je vais les prendre tout seuls puis on va parler, pour que ça change, il faut qu'ils voient, qu'ils comprennent bien comment ils pourraient s'y prendre pour que ça s'améliore, (...)»-R2.*

Parmi les services associés à la rétention, soulignons l'accès à la **vaccination à domicile**<sup>P,1</sup>, un service apprécié, principalement parce que le parent n'a pas à se déplacer avec son ou ses enfants pour se rendre à la clinique avec tous les inconvénients que cela implique. Aussi, l'accès facilité à des **ressources professionnelles** (ex. : médecin spécialiste)<sup>P,1</sup> est également apprécié comme en témoigne cette mère :

*J'avais besoin d'aide, donc je suis allée voir le CLSC. Puis elle, elle m'a aidée dans mes démarches pour aider mon fils. Il avait un an et demi. Puis après ça, c'est ma travailleuse sociale qui m'a demandé de voir une orthophoniste parce qu'il ne parlait pas beaucoup, ça on le savait»-P20.*

Les parents ayant accès à du répit grâce à la présence d'une **auxiliaire**<sup>P,1</sup> aux services de santé ou à l'organisme Naissance-Renaissance ont su expliquer l'importance et les bienfaits de ces services, même si certains parents se sentaient « (...) mal d'avoir accepté qu'elle vienne chez [eux] »-P53. Les propos des intervenantes allaient dans le même sens, témoignant de l'effet bénéfique de cette forme d'aide sur la rétention des parents. Une mère dont l'enfant présente un retard de développement doit composer avec plusieurs rendez-vous avec des professionnels de la santé. Ce service lui permet de « sortir, de parler avec quelqu'un ». Par ce soutien instrumental, elle développe ses habiletés parentales : « je n'ai jamais vraiment appris à faire de bons repas, donc pendant 6 h par mois, elle me montre à faire des repas. Puis quand on va faire l'épicerie, elle m'aide à budgéter pour essayer de faire des recettes (...) et ne pas trop dépenser et en avoir plus »-P20.

Les intervenantes viennent en aide aux familles pour remplir diverses **formalités**. Les familles immigrantes et leurs intervenantes sont d'ailleurs d'avis qu'il est essentiel que les SIPPE répondent à leurs besoins particuliers et ainsi faciliter leur intégration à la société québécoise. À titre d'exemples, les explications relatives au fonctionnement du réseau de la santé, l'aide dans des démarches auprès de l'école ou des ressources communautaires sont appréciées. Des intervenantes ont aussi parlé de l'offre de services à la population anglophone.

*Parce que j'ai plusieurs enfants à la maison et on vient d'une culture totalement différente et elle m'aide à diriger la vie ici avec les enfants. J'ai reçu beaucoup de documents du gouvernement, je peux lire un peu, mais je ne comprends pas tout le contexte, j'ai besoin d'être sûre»-P1.*

Ces stratégies sont en cohérence avec l'établissement d'une relation de confiance culturellement adaptée aux particularités des familles, tel que présenté plus tôt.

### 12. Incitatifs<sup>P,1</sup>

Plusieurs **incitatifs**<sup>P,1</sup> peuvent aussi être utilisés pour faire sentir aux parents qu'ils ont des gains à participer au programme et pour encourager leur rétention. Ces incitatifs peuvent être d'ordre matériel comme l'accès à l'aide alimentaire du programme OLO, des camps de jour, une visite dans un zoo ou encore certains « cadeaux » tels que des articles pour l'organisation sécuritaire de la maison, des livres ou des jouets. Les interventions et services prévus au programme SIPPE, comme le soutien au développement des habiletés parentales, l'accès à des ressources professionnelles ou à des places en CPE, sont souvent considérés comme des incitatifs favorables à la rétention.

### 13. Interventions de groupe<sup>P,1</sup>

Les intervenantes souhaitent que **des interventions de groupe**<sup>P,1</sup>, par exemple Bébés Trucs, soient possibles et qu'elles soient complémentaires aux interventions individuelles, ce qui élargirait la gamme de services et répondrait mieux aux besoins des parents : « *Ça serait bien que l'intervention en groupe soit considérée par le programme parce que c'est ce qu'on veut créer un réseau avec des familles* »-R2. À l'instar des parents, ils suggèrent que l'intervention de groupe gagnerait à porter sur des sujets intéressants pour les familles et à impliquer la participation de diverses catégories de professionnels. Cependant, les difficultés liées au transport peuvent s'avérer une barrière à la participation des parents à ce genre d'activités. Des parents qui habitent à l'extérieur de Sherbrooke déplorent toutefois ne pas avoir accès à des interventions de groupe (ex. : de type Bébés Trucs).

### 14. Conditions favorables à la rétention dans la mise en œuvre du programme<sup>1</sup>

Quelques conditions relatives à la mise en œuvre du programme sont favorables à la rétention. Ainsi, les intervenantes et gestionnaires proposent de la **formation** continue portant sur divers sujets (ex. : développement de l'enfant, attachement parent-enfant, rôle du père) ou sur des approches (approche motivationnelle, holistique, familiale, interdisciplinaire et de soutien à l'*empowerment*) afin de les soutenir dans leur pratique professionnelle auprès de la clientèle du programme SIPPE. Dans le même ordre d'idées, la **supervision** clinique a aussi été nommée comme stratégie pouvant aider à la rétention des familles dans le programme.

La **stabilité** du personnel<sup>P,1</sup> favorise aussi la rétention du parent dans le programme. Elle épargne les parents d'avoir à répéter leurs difficultés à une autre personne et à s'adapter à une autre intervenante. Ce genre de situations demande un surplus d'efforts et le parent préfère parfois abandonner le programme. Des parents en parlent d'ailleurs ouvertement à leur intervenante. Une intervenante rapporte les paroles d'un parent : « *Ah si ce n'est pas toi, je ne veux plus le suivi.* » et l'intervenante de poursuivre : « *donc tu vois, autant j'ai un très bon lien puis en même temps, je vois que ça peut être une difficulté, j'essaie de les encourager à poursuivre* »-R2.

Par ailleurs, aux yeux des intervenantes, trois aspects organisationnels représentent un frein à la rétention. Un des points soulevés à cet effet, concerne l'écart entre le calendrier suggéré pour les rencontres (MSSS, 2004) et la possibilité d'une mise en œuvre des SIPPE selon une approche centrée sur les besoins des parents et des enfants (c'est-à-dire flexibilité dans la fréquence des rencontres avec la famille). Dans une perspective de reddition de comptes, cet écart peut être interprété comme une entorse aux critères établis pour suivre l'implantation du programme. La mère étant le parent considéré « inscrit » aux SIPPE, le deuxième élément soulevé porte sur la

difficulté de faire valoir les interventions réalisées auprès des pères, particulièrement lorsque les parents ont la garde partagée de l'enfant. Par conséquent, les données recueillies ne permettent pas de dresser un portrait réel des SIPPE offerts auprès de ces familles. Le dernier élément a trait à l'interprétation de ce qui constitue un abandon du programme. Plus précisément, les parents qui sont aux études ou sur le marché du travail ont, dans bien des cas, moins de disponibilité pour des rencontres dans le cadre des SIPPE, ce qui peut aller jusqu'à un abandon du programme ou un arrêt temporaire de l'intervention, qui statistiquement fait en sorte que le parent n'est plus considéré comme faisant partie des SIPPE. À cet effet, les intervenantes déplorent le fait que des indicateurs de succès des SIPPE, tels que la réalisation d'un projet de vie comme une intégration au marché du travail, soit considéré comme un abandon au plan des statistiques d'implantation de ce programme. De plus, lorsque la sécurité et le bien-être de l'enfant sont menacés, il arrive que le suivi d'une famille soit pris en charge par les services de la protection de la jeunesse et que les SIPPE soient cessés, donnant ainsi l'impression qu'il s'agit d'un abandon, alors que d'autres services mieux adaptés à la situation de la famille sont offerts.

*C'est l'implication du père. À un moment donné, j'ai eu un père qui avait la garde de sa fille, il pouvait faire partie du programme (...), il était sur l'aide sociale. Mais au niveau statistique, le programme, c'est pour les femmes, les mères, alors lui, il n'entrait pas au niveau statistique-R2.*

### 5.2.3 Stratégies relatives à la communauté

Quelques stratégies relatives à la communauté sont susceptibles de favoriser la rétention dont la concertation entre les diverses instances impliquées auprès des familles, l'élargissement des interventions dans la communauté ainsi que l'information, l'accompagnement et l'accès à des ressources communautaires. Les stratégies de rétention en lien avec la dimension communautaire des SIPPE ont été moins développées au cours de cette recherche-action. Toutefois, des suggestions ont été émises et elles sont rapportées dans la présente section.

#### 1. Concertation entre les instances impliquées auprès des familles<sup>P,1</sup>

La concertation entre les CSSS, les établissements du réseau de la santé et les ressources communautaires permet d'offrir des services complémentaires et d'adopter des orientations similaires. Elle réduit le risque de duplication de services ou de conseils contradictoires qui peuvent créer de la frustration chez les parents et nuire à la rétention :

*Lors de la première rencontre, elle était vraiment sur la défensive, ça ne lui tentait pas, elle était, voire un peu agressive. Puis, j'ai échangé avec la psychoéducatrice... vu qu'elle (psychoéducatrice) avait assisté à l'évaluation de la rencontre de guidance, il y a des choses qu'elle a reprises avec la maman. Aujourd'hui, j'ai vu l'enfant en contrôle et la maman en guidance parentale. Il y avait de l'ouverture de cette maman-là, je veux dire, moi j'ai fait mon travail d'intervenante, mais je vois que c'est grâce au soutien de la psychoéducatrice de la Villa Marie-Claire que cette maman-là est revenue, puis qu'elle est restée au niveau de nos interventions-R2.*

De plus, la concertation facilite l'accès à des services :

*À Noël, habituellement, je demande un panier, le panier de l'espoir et cette année, j'ai eu des jouets des pompiers pour lui. C'est eux autres [intervenante du CSSS] qui*

*m'ont donné les formulaires, ils m'ont donné ça, ont rempli ça, on va l'envoyer pour toi. Ils m'ont aidé avec ça-P2.*

Cependant, la concertation entre le Centre jeunesse et le CSSS suscite parfois des frustrations de la part des parents, deux d'entre eux ayant eu l'impression de recevoir des avis contradictoires des intervenantes de ces deux instances.

### 2. Élargissement des interventions dans la communauté<sup>1</sup>

Tel que mentionné précédemment, les intervenantes souhaitent un programme flexible qui permette d'aller au-delà des murs et de sortir des sentiers battus. Elles voient la nécessité **d'intervenir davantage dans le quartier ou la communauté<sup>1</sup>**, soit dans les lieux fréquentés par les familles ou dans le cadre d'activités auxquelles les familles participent (ex. : cuisines collectives, friperies, fêtes municipales ou de quartier), ce qui pourrait avoir un effet sur la rétention. À titre d'exemple, une intervenante psychosociale mentionnait : « *Dans les fêtes de quartier, j'en ai eu plusieurs [parents] que l'infirmière me présentait aussi – ah c'est une de mes clientes – ah salut – c'est ça, ce sont des occasions qu'il faut avoir* »-R2. Les intervenantes proposent aussi d'utiliser leur organisateur communautaire pour mettre en œuvre des interventions de cette nature. Ils ont également évoqué la possibilité de vacciner les enfants dans les centres de la petite enfance (CPE).

Les interventions dans la communauté ont aussi l'avantage d'encourager le réseautage des familles et les liens entre les membres du voisinage.

*Je pense qu'on va travailler beaucoup le réseau. Je l'ai fait avec certaines clientes africaines : on est allé voir un spectacle, il faut mettre une gang de femmes ensemble qui ont fini par se parler, elles habitent le même bloc. Une a eu besoin de deux heures de gardiennage, elle est allée voir l'autre en haut puis on est allées au spectacle ensemble, donc les liens avec l'intervention de quartier, c'est un peu ça aussi là-R2.*

### 3. Accompagnement et démarches favorisant l'utilisation des ressources<sup>P,1</sup>

Les intervenantes font des **démarches et accompagnent<sup>P,1</sup>** parfois les parents vers les services, ressources, organismes, écoles et au local d'intervention de quartier pour les soutenir dans leurs demandes de services, leur intégration à diverses activités. Appréciée par les parents concernés, cette aide est vue comme un élément favorable à la rétention aux SIPPE.

De plus, ces interventions peuvent avoir un effet bénéfique en termes de réseautage pour les parents :

*[Le CSSSS], c'est beaucoup de choses pour moi, pour ma santé et même pour ouvrir le chemin. Elle me disait : viens, entre là, c'est un magasin qui vend du linge, ça c'est un Dollarama et ça, c'est pour les enfants, tu peux acheter des choses ici...-P4.*

*De les accompagner dans la communauté : si nous on n'est plus là, il y a peut-être un organisme qui va les accrocher... peut-être qu'ils ne seront plus avec nous autres, mais ils vont être accrochés à quelqu'un d'autre-R2.*

### 4. Accès à des ressources communautaires<sup>P,1</sup>

Une autre stratégie qui influe positivement sur la rétention concerne les interventions de nature à faciliter l'accès à des ressources de la communauté. À cet effet, les parents invoquent l'accès à des places en CPE comme motif pour maintenir leur participation au programme. Les intervenantes, gestionnaires et parents souhaitent toutefois une **augmentation des ressources** pour les parents<sup>P,1</sup> et des places dans les CPE.

*Oui, ils ont des places [en CPE pour les] CLSC dans le fond. Souvent, c'est très difficile de se trouver une place en garderie-P 62.*

Des organismes communautaires offrent des activités de groupe structurées<sup>P,1</sup> (ex. : Cuisine collective, Maison de la famille) portant sur divers thèmes qui répondent à des besoins des parents tout en leur offrant des occasions de socialiser avec d'autres parents :

*C'était juste 10 rencontres, mais c'était vraiment plaisant, j'ai vraiment aimé ça, c'était super le fun, ça me manque d'être avec d'autres mamans puis discuter de plein d'affaires, elles te comprennent toutes parce qu'on est toutes dans la même situation. Il y a des sujets à chaque semaine qui sont prédéterminés, mais si on veut parler de d'autres choses, on parle de d'autres choses, c'est vraiment ouvert-P19.*

Plusieurs parents mentionnent qu'ils ne participent pas à des activités offertes dans leur milieu parce leurs enfants ne font pas partie du groupe d'âge ciblé pour y participer. Cependant, des parents aimeraient avoir accès à des lieux permettant des **activités libres<sup>P</sup>** avec leur enfant, ce qui les aiderait aussi à rencontrer d'autres parents et à se construire un réseau social. D'autres parents apprécient la possibilité de sorties, par exemple l'accès à des billets gratuits pour assister à des activités culturelles. Une stratégie soulevée est celle d'un « Café rencontre<sup>1</sup> » où les intervenantes pourraient offrir des services.

*Pourquoi pas faire, mettons, une affaire communautaire, ce serait pas pire mettons une fois de temps en temps prendre la salle, mettons les parents, vers neuf mois, 10 mois, quand les enfants sont éveillés puis qu'ils s'assoient tout seul, faire une petite rencontre entre parents, juste un petit café-P61.*

*C'est dans le fond, des mamans immigrantes qui se mélangent à des mamans québécoises, c'est pour aider les mamans immigrantes à s'intégrer, pour connaître la culture, puis on faisait de la cuisine communautaire, c'était super le fun. Une rencontre sur deux dans le fond, on faisait à manger, ça nous coûtait 1\$ puis on avait un repas pour toute la famille-P3.*

*Mais j'aimerais qu'il y ait d'autres offres, mettons pour aider les enfants à dessiner. Je sais qu'ils offrent des cours de danse mais je n'ai pas vraiment les moyens, ça coûte cher. (...) J'aimerais ça faire des activités avec d'autres parents puis que ma fille soit là, qu'on est comme tous ensemble-P14.*

Certaines barrières à la participation des parents à des activités sont soulevées, notamment en ce qui concerne le transport. Les intervenantes se préoccupent **du transport** qui devrait être organisé avec des sièges d'auto pour enfants et même prévoir une flotte de voitures ayant déjà des sièges d'autos et ils proposent d'en partager les coûts avec les parents, le CSSS et les organismes communautaires.

*Juste par rapport à des groupes, mais si eux-autres l'embuche c'est le transport, ben là, si on trouve un moyen pour les déplacer, peut-être que là, ils vont participer, mais s'ils voient que c'est trop loin, ils n'iront pas. Dans le fond, c'est d'être vraiment collé sur c'est quoi l'embuche-R2.*

Comme mentionné en introduction de cette section, les participantes à la recherche se sont peu exprimées sur les stratégies de rétention en lien avec la dimension communautaire. Les parents ont cependant mentionné le besoin d'avoir accès à un logement adapté à la réalité de la famille et à un environnement physique et social sécuritaire. Ils sont préoccupés par la sécurité dans leur quartier (ex. : criminalité, drogues) et les parcs qu'ils fréquentent et ce, tant en milieu urbain que rural.

*Moi je pense qu'il faut revenir au niveau de la sécurité, parce que ce que l'on entend beaucoup c'est, les gens sont insécures, ils ont peur dans le voisinage, ils ont peur dans les parcs, ils ne sortent pas. Alors, au niveau communautaire, on est en train de réfléchir à mettre en place Avenir d'enfant-R2.*

De plus, les parents se soucient de l'accès à des jeux de qualité, adaptés à l'âge des enfants et sécuritaires. « *Ils ont commencé, dans le village où l'on est, à installer des micro-jouets, une nouvelle place pour les petits pour jouer* »-P63.

Dans un autre ordre d'idées, des parents déplorent que l'offre de ressources communautaires diffère d'une municipalité à l'autre, particulièrement en milieu rural ou dans les villes autres que Sherbrooke. Ainsi, la réponse à leurs besoins est tributaire de la présence ou non de certaines ressources (ex. : comptoir de vêtements à bas prix, activités de loisirs pour les enfants et les adultes). Au sujet d'une activité de groupe offerte en milieu urbain, un parent résidant en milieu rural mentionne que « *ce n'est pas évident de [se] déplacer vers la ville avec les enfants* »-P63. Le point de vue des intervenantes est similaire et elles suggèrent de déployer plus de ressources communautaires dans l'ensemble de la région. Bref, la réalité du milieu rural, par le nombre plus restreint de ressources communautaires sur place et l'éloignement des services pour les familles sont des éléments soulevés par les participantes qui peuvent influencer sur la rétention des familles.

Tableau 5 - *Stratégies favorisant la rétention des familles soulevées dans le cadre de la recherche-action*

Relation	Programme	Communauté
<p>Qualité du lien entre le parent et l'intervenante<sup>P,I</sup></p> <p>Qualités et attitudes relationnelles favorables à la relation de confiance<sup>P,I</sup></p> <p>Sensibilité culturelle<sup>P,I</sup></p> <p>Honnêteté et transparence<sup>P,I</sup></p> <p>Disponibilité<sup>P,I</sup></p>	<p>Publicité du programme auprès de la population<sup>P,I</sup></p> <p>Information sur le programme pour les parents sur une base régulière et à des moments clés<sup>P,I</sup></p> <p>Interventions fondées sur une approche écologique (« globale »)<sup>P,I</sup>, familiale<sup>I</sup> et de soutien à l'empowerment<sup>P,I</sup></p> <p>Travail en équipe<sup>I</sup></p> <p>Soutien au développement des habiletés parentales<sup>P,I</sup></p> <p>Évaluation et stimulation du développement de l'enfant<sup>P,I</sup></p> <p>Surveillance de la condition de santé de la mère et de l'enfant<sup>P</sup></p> <p>Flexibilité dans l'application du programme<sup>P,I</sup></p> <p>Maintien du contact et de la régularité des rencontres avec la famille<sup>I</sup></p> <p>Information sur les ressources et activités communautaires<sup>P,I</sup></p> <p>Accessibilité à une variété de services et de ressources<sup>P,I</sup></p> <p>Incitatifs<sup>P,I</sup></p> <p>Interventions de groupe<sup>P,I</sup></p> <p>Conditions favorables à la rétention dans le déploiement du programme<sup>I</sup></p>	<p>Concertation entre les instances impliquées auprès des familles<sup>P,I</sup></p> <p>Élargissement des interventions dans la communauté<sup>I</sup></p> <p>Accompagnement et démarches favorisant l'utilisation des ressources<sup>P,I</sup></p> <p>Accès à des ressources communautaires<sup>P,I</sup></p>

### 5.3 CONSTATS ÉMERGEANT DES RÉSULTATS

Nous avons examiné l'ensemble des résultats dans l'optique de tirer des conclusions concernant les stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles au programme SIPPE. Ainsi, quatre grands constats permettent de cerner ce qui caractérise les stratégies perçues comme favorables à la rétention décrites dans la section précédente du rapport. Le tableau 6 présente ces constats. Ces constats seront discutés dans la prochaine section du rapport.

Tableau 6 - *Constats à propos des stratégies favorables à la rétention des familles*

#### Les stratégies favorables à la rétention consistent à...

- 1) **Centrer les interventions et services sur les besoins de la famille.** Plusieurs idées émises par les participantes à la recherche soutiennent la valeur accordée à des services adaptés aux besoins et particularités des familles, dont l'attention portée au lien de confiance, à l'évaluation des besoins, ainsi que la flexibilité, la souplesse et l'adaptation de l'intervention. Cette conception des services du programme est centrale et implique l'intégration dans la pratique d'une intervention fondée sur l'approche familiale, l'approche motivationnelle ainsi que le soutien à l'*empowerment* des personnes et des familles.
- 2) **Réaliser des actions ciblées dans les moments critiques pour l'abandon du programme.** La vigilance des intervenantes face à l'apparition de signes de désintérêt ou de résistance de la part des parents, principalement à certains moments de la trajectoire de la vie familiale (ex. : retour sur le marché du travail, déménagement) et la mise en place précoce de mesures susceptibles d'agir sur la source de ces réserves face au programme SIPPE sont susceptibles de favoriser la rétention des parents.
- 3) **Mettre en œuvre des actions avec et dans la communauté** constitue un troisième constat qui émerge de la recherche-action pour encourager la rétention des familles aux SIPPE. À titre d'exemples, soulignons le fait d'intervenir le plus près possible du milieu de vie des familles, de soutenir les parents dans la création de liens avec les acteurs de ce milieu de vie (ex. : voisinage, organismes communautaires) et de travailler en partenariat avec les organismes impliqués auprès des familles.
- 4) **Créer des conditions facilitant le déploiement des SIPPE**, tant dans ses axes individuel, familial et communautaire. À cet égard, les participantes ont mentionné des modifications à apporter aux activités associées à la reddition de comptes (ex. : interventions auprès des pères), à l'importance de prendre en compte la flexibilité dans l'application du programme (ex. : reconnaissance de divers lieux d'intervention), ainsi qu'à la formation continue et au soutien clinique pour les intervenantes, comme moyens pouvant favoriser la rétention des familles.

### 6. DISCUSSION

Cette étude visait à identifier des stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles aux SIPPE avec la participation de plusieurs acteurs concernés par cette question dans la région de l'Estrie. La première partie de la discussion porte sur l'interprétation des quatre principaux constats de l'étude et de leurs implications pour la pratique clinique et la santé publique. La deuxième partie résume les forces et les limites de l'étude. Finalement, dans la troisième partie sont proposées des avenues pour des recherches ultérieures sur le phénomène de la rétention des familles aux SIPPE.

#### 6.1 CENTRER LES INTERVENTIONS ET SERVICES SUR LES BESOINS DE LA FAMILLE

Les résultats de la présente étude appuient sans contredit l'importance d'axer les services et interventions sur les besoins et particularités des familles dans l'optique de favoriser leur rétention aux SIPPE. Il s'agit d'agir avec et pour les familles. Cette caractéristique centrale comporte quatre dimensions, soit : 1] la flexibilité et la souplesse, 2] l'accès à une variété de services et de ressources, 3] la relation de confiance et 4] la compétence culturelle. Trois approches d'intervention s'inscrivent dans la logique des soins et services décernés en fonction des besoins des familles. Il s'agit de l'*empowerment* ainsi que des approches familiale et motivationnelle. Les résultats sont discutés en fonction de chacune de ces dimensions de la stratégie.

##### 6.1.1 La flexibilité et la souplesse

Dans leur discours, l'ensemble des participantes (parents, intervenantes, gestionnaires) était d'avis que le fait de faire preuve de flexibilité et de souplesse dans l'intervention afin de s'ajuster et de s'adapter aux besoins, au vécu ou aux caractéristiques des familles avait un meilleur impact sur la rétention des familles que l'application rigide ou stricte du « programme » SIPPE. D'ailleurs, cette façon d'intervenir selon une approche centrée sur la personne et la famille (Dunst & Trivette, 2009; RNAO, 2002), s'inscrit en cohérence avec une des orientations de l'intervention préconisée dans le cadre des SIPPE, à savoir que celle-ci doit être adaptée aux besoins des familles en situation de vulnérabilité (MSSS, 2004).

Les travaux plus récents sur l'optimisation des SIPPE relèvent aussi l'importance de cette particularité (Comité aviseur SIPPE, 2011). Ces travaux ont été réalisés par le Comité aviseur des SIPPE composé de membres provenant des directions de santé publique, de l'INSPQ et du MSSS. Le mandat du comité était de faire le point sur le déploiement du programme ainsi que des recommandations au MSSS concernant les améliorations à apporter. Quatre recommandations découlent de ces travaux, notamment la nécessité d'évaluer sur une base continue les besoins des enfants et de leur famille dans une perspective de planification de l'intervention. Ceci implique que les parents soient directement impliqués dans l'identification de leurs besoins et de ceux de leur enfant, conduisant à l'élaboration d'un plan d'intervention qui reflète parfaitement les préoccupations parentales et de l'enfant du moment et est mis à jour sur une base régulière. Le plan d'intervention est alors la résultante d'un dialogue entre les parents, l'enfant et l'intervenante. Cette recommandation s'inscrit parfaitement dans les approches contemporaines de soutien et d'accompagnement aux familles vivant en contexte de négligence (Ouellet, 2010). Se situant dans cette lignée, le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire 2<sup>e</sup> génération

(Chamberland, Lacharité, Lessard, Fafard & Lemay, 2012) suggère une stratégie globale de soutien aux familles vivant en contexte de négligence, laquelle est fondée sur une vision relationnelle, plutôt que structurelle (qui fait quoi). Dans le cadre de cette approche, les intervenantes sont invitées à co-construire avec les parents l'évaluation des besoins de la famille tout en demeurant centrées sur le développement de l'enfant. L'outil Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité (AIDES-Lacharité et al., 2012) revisite la collecte de l'information auprès des familles de manière à rendre compte de leur point de vue concernant leurs besoins et ceux de leur enfant. Il s'agit d'un tournant majeur vers des soins centrés sur la famille lorsqu'on compare cette approche à celle plus traditionnelle consistant à documenter les facteurs de risque et de protection dans le but d'établir des priorités d'intervention.

C'est également dans cette perspective que le Comité aviseur SIPPE suggère qu'une planification des interventions faite en étroite collaboration avec les parents et l'enfant est certainement un facteur de réussite pour le développement optimal des enfants et le soutien au développement des compétences parentales. Ce constat rejoint parfaitement les propos des participantes à notre étude. Il semble que cet enjeu soit majeur, voire central, pour l'optimisation du programme. Considérant l'importance accordée à cette stratégie dans le discours des parents, des intervenantes et des gestionnaires, il ne fait nul doute qu'il s'agit d'une piste à explorer davantage dans la perspective de favoriser la rétention des familles dans le programme. La co-construction par les parents et l'intervenante du plan d'intervention, l'engagement des parents dans la réalisation du plan d'intervention et la réalisation de bilans périodiques basées sur une compréhension commune (intervenantes-parents-enfant) des besoins et attentes des parents et de leur enfant, peuvent augmenter les chances de succès par rapport à la rétention. En ce sens, le plan d'intervention s'avère un outil de collaboration (entre intervenantes, entre intervenantes et familles) indéniable, permettant par exemple de baliser l'intensité et la durée de l'intervention selon les besoins et préoccupations des familles.

La souplesse en regard de la nature et de l'intensité des interventions et services, ainsi qu'au plan de la durée, de l'horaire et du lieu des rencontres vise à répondre à la diversité des besoins et caractéristiques des parents. D'ailleurs, les auteurs font consensus quant à l'impact positif de ces stratégies sur la rétention des familles (Azzi-Lessing, 2013; Chablani & Spinney, 2011; Damashek et al., 2011; Hilado et al., 2011; Ingoldsby, 2010; Mendez et al., 2009; O'Brien et al., 2012; Robinson et al., 2009; SME, 2011; Therrien et al., 2011; Watson, 2005).

Un enjeu réside cependant dans l'équilibre entre, d'une part, la souplesse requise pour que l'intervention dans le cadre des SIPPE soit centrée sur les besoins des familles et, d'autre part, les critères de réussite de ce type de programme en termes de leur durée, leur intensité et leur fréquence (Olds & Kitzman, 1993). Il importe de ne pas perdre de vue le but ultime des SIPPE relativement à la mise en œuvre d'un contexte favorable à la santé, au bien-être et au développement de l'enfant ainsi que la promotion de la santé, du bien-être et du pouvoir d'agir des parents (MSSS, 2004). À cet effet, des données récentes issues d'une méta-analyse réalisée par Nievar et al. (2010) sur un échantillon de 6 453 familles, suggèrent que trois visites ou plus par mois de la part d'un professionnel de la santé ou d'un para professionnel est associé à deux fois plus de comportements parentaux favorables au développement de l'enfant. Ces résultats appuient l'idée que la fréquence des visites demeure un facteur de réussite non négligeable dans l'intervention précoce, encore plus que la durée de l'intervention.

### 6.1.2 Accès à une variété de services et de ressources

Outre la souplesse nécessaire dans l'application des modalités du programme, le fait que les intervenantes facilitent l'accès à une variété de services et de ressources pour les familles ressort comme une autre caractéristique de la stratégie qui consiste à centrer les interventions sur les besoins des parents. Celle-ci fait l'unanimité parmi les participantes à la recherche (parents, intervenantes et gestionnaires) et est appuyée par des résultats probants (Theriot et al., 2009). La diversité des besoins des familles visées par les SIPPE de même que leur évolution dans le temps, selon les phases de développement de l'enfant et des aléas de la vie, justifient la pertinence de faciliter l'accès à une gamme de services et de ressources. Il s'agit en définitive d'une stratégie se rapportant à la mise en place d'actions qui s'inscrivent en cohérence avec une approche centrée sur les besoins de la famille. En ce sens, il n'est pas étonnant de constater qu'une aide concrète, comme du soutien matériel (ex. : accès à des vêtements, à des cadeaux utiles pour la sécurité ou le développement de l'enfant), instrumental (ex. : accès à de l'aide à domicile pour l'organisation familiale, à des soins à domicile comme la vaccination des enfants) ou éducatif en lien avec le rôle parental ou les besoins de santé, soit associée à la rétention des parents, comme l'ont d'ailleurs rapporté certains auteurs (Damashek, 2011; Watson, 2005). Aussi, les interventions ou activités axées sur l'enfant, comme l'ont mentionné plusieurs participantes seraient efficaces pour retenir les parents dans les SIPPE (Roggman et al., 2008). En s'appuyant sur les témoignages recueillis, il est plausible de poser l'hypothèse que les parents perçoivent des bénéfices tangibles de ces stratégies au plan du développement de leur enfant et aussi de leur rôle parental auprès de celui-ci.

### 6.1.3 Relation de confiance

À l'issue de la présente recherche-action, il ressort que la relation de confiance entre le parent et l'intervenante constitue une troisième dimension des soins et services centrés sur les besoins de la famille. D'ailleurs, les compétences relationnelles (ex. : empathie, respect, relation chaleureuse, conviviale) sont largement documentées dans les écrits comme étant associées à la rétention des familles dans des programmes similaires aux SIPPE (Beauregard et al., 2010; Beeber et al., 2007; Brekken, 2011; Daro, McCurdy & Nelson, 2005; Hilado et al., 2011; Sierau et al., 2012).

Dans le même ordre d'idées, l'ensemble des participantes est d'avis que l'établissement et le maintien d'une telle relation requièrent des habiletés relationnelles de la part de l'intervenante. À cet effet, des auteurs insistent, entre autres, sur le respect de la confidentialité, l'empathie, l'honnêteté et le respect (O'Brien et al., 2012; Watson, 2005). L'importance accordée à l'honnêteté des intervenantes constitue un facteur de rétention aux yeux de plusieurs participantes (intervenantes et parents), particulièrement lorsque la compétence parentale est en jeu ou qu'il y a une possibilité de signalement à la protection de la jeunesse. Il est plausible de supposer que l'honnêteté ou la franchise contribuent à diminuer le sentiment de méfiance des parents à l'égard des intervenantes et du réseau de la santé, favorisant ainsi la rétention. Les efforts consentis à la relation de confiance sont cruciaux considérant que plusieurs parents ont parlé de leurs propres réserves et aussi de la méfiance de leur entourage à l'égard des SIPPE et du réseau de la santé. Les intervenantes étaient d'ailleurs sensibles à cet enjeu et redoublaient d'efforts pour atténuer ces sentiments chez les parents. Ces résultats justifient la pertinence de poursuivre les efforts et la réflexion pour mieux comprendre les cultures organisationnelles des diverses instances impliquées auprès des parents et pour trouver des moyens pour mieux collaborer ensemble dans la perspective de contribuer de façon optimale au bien-être des parents et des enfants.

### 6.1.4 Compétence culturelle

Enfin, la prise en compte de la diversité culturelle de la clientèle des SIPPE évoquée par des participantes de la recherche (familles immigrantes et intervenantes) est une stratégie adaptée au portrait multiculturel de la société québécoise moderne. Assurément, la sensibilité culturelle des intervenantes va de pair avec la notion de respect des croyances, des valeurs et des pratiques de la famille, contribuant ainsi à favoriser la rétention (Beauregard et al., 2010; Damashek et al., 2012). Selon le MSSS (2007), l'intervention adaptée prend en compte les facteurs de risque et les facteurs de protection propres aux familles immigrées et vise le soutien à la création d'environnements favorables. Il s'agit également de soutenir les pratiques parentales porteuses de sens pour les parents, c'est-à-dire celles qui respectent leurs valeurs et les façons de faire dans le pays d'origine, tout en favorisant la connaissance des parents des pratiques en vigueur dans leur pays d'accueil. La sensibilité culturelle des intervenantes implique aussi la prise en compte des particularités culturelles de toutes les familles, notamment en ce qui a trait à la pauvreté qui marque le vécu des familles suivies dans les SIPPE. Les interventions et services centrés sur les besoins et préoccupations des familles reposent nécessairement sur la compétence culturelle des intervenantes, laquelle est un facteur associé à la rétention des familles (Beauregard et al., 2010). La compétence culturelle va de pair avec une approche personnalisée des SIPPE.

### 6.1.5 Approches favorisant les soins centrés sur les besoins de la famille

Parmi les approches ayant le potentiel de favoriser l'intervention centrée sur les besoins de la famille, les intervenantes ont mis en lumière la pertinence d'une pratique fondée sur l'*empowerment* ainsi que les approches familiales et motivationnelle. Le soutien à l'*empowerment*, qui consiste à reconnaître et promouvoir le potentiel des parents et des enfants, et à reconnaître leur pouvoir d'agir et de décider, teinte les interventions actuelles des intervenantes des SIPPE. Cette approche est d'ailleurs au cœur des SIPPE (MSSS, 2004) ainsi que de l'approche aux familles en contexte de négligence développée par Chamberland et al. (2012) et qui est en implantation dans les CSSS de la région de l'Estrie. Dans le même ordre d'idées, il ressort clairement de la recherche-action que l'intervention teintée de directivité n'est guère appréciée de la part des parents, d'où l'importance d'établir un réel partenariat avec la famille et de prendre en compte son point de vue. D'ailleurs, le fait de concevoir et de réviser le plan d'intervention avec les parents, tel que mentionné précédemment, se veut une manifestation d'une relation de partenariat avec les familles, partenariat qui induit un changement culturel majeur débutant dans les services de santé et les services sociaux comme en font foi des travaux en Écosse et au Québec (Carrier, Morin, Garon, Lambert, Gerber & Beaudoin, 2013)

Bien que les intervenantes la considèrent importante au point de la suggérer, l'approche familiale auprès des familles en situation de grande vulnérabilité semble difficile à intégrer à leur pratique. Cette proposition des intervenantes est pertinente, car, selon des écrits, l'approche familiale s'est avérée efficace pour augmenter la rétention des familles vivant en situation de vulnérabilité (Ingoldsby, 2010; McWilliam, 2011). Elle aurait, entre autres, l'avantage de considérer les besoins et particularités des pères (Azzi-Lessing, 2013; Beauregard et al., 2010) ainsi que les différentes dimensions du fonctionnement instrumental et affectif de la famille. Il s'agit assurément d'une approche favorisant la perception qu'a la famille de ses besoins et des interventions appropriées. L'approche motivationnelle, la troisième approche suggérée par les intervenantes et gestionnaires, serait elle aussi une approche clé pour favoriser la rétention (Azzi-Lessing, 2013; Chaffin et al., 2009; Damashek et al., 2011; Ingoldsby, 2010). Cette approche se caractérise notamment par l'adaptation

de l'intervention au stade de motivation du parent à effectuer un changement en lien avec son rôle parental. Elle serait utile pour guider les parents dans le développement de leurs capacités.

En somme, les soins centrés sur les besoins de la famille en contexte de vulnérabilité sont décrits par les participantes à la présente étude comme des soins de haute qualité, basés sur des données probantes et prodigués dans le plus grand respect de la personne. Il ressort aussi des résultats qu'une variété de stratégies centrées sur les préoccupations et besoins des familles doivent être déployées pour favoriser leur rétention. Les participantes nous invitent finalement à faire confiance aux parents dans la prise de décision concernant leurs propres soins. Qui plus est, ils estiment que cette stratégie a le potentiel de favoriser la responsabilisation des parents, leur engagement dans le programme et ultimement, l'adoption de comportements favorables à la santé et au bien-être de leur enfant.

### Recommandations

- Reconnaître et organiser les services en fonction des préoccupations et besoins diversifiés des parents et de leur enfant
- Faire preuve de flexibilité tout en respectant les critères de réussite ou d'efficacité des programmes d'intervention précoce
- Miser sur la variété des services et l'aide concrète
- Fonder l'intervention sur une relation de confiance, et sur des approches reconnues et sensibles aux diverses réalités culturelles

## 6.2 RÉALISER DES ACTIONS CIBLÉES DANS LES MOMENTS CRITIQUES POUR L'ABANDON DES SERVICES

Les stratégies proposées dans le cadre de cette recherche-action sont variées, ce qui fait du sens considérant la diversité des barrières à la rétention des familles dans les SIPPE identifiées dans les écrits. Plusieurs des stratégies suggérées visent des périodes de transition, entre autres, des transitions dans la trajectoire des parents (retour au travail, séparation, déménagement), le développement des enfants (ex. : à l'arrivée du nouveau-né, à l'âge d'un an) et l'offre de services (changement d'intervenante, modification de l'offre vers l'âge d'un an, introduction de nouveaux services à des moments précis du développement de l'enfant). Certaines de ces transitions correspondent à des circonstances propices à l'abandon des SIPPE mentionnées dans la présente étude et confirmées par des écrits (Beauregard et al., 2010; Cyr et al., 2013).

Dès lors, il est plausible de penser que la connaissance des moments à risque, des barrières à la participation et la vigilance des intervenantes aux signes précurseurs d'un désintérêt sont cruciaux pour détecter précocement leur présence et ainsi mettre rapidement en place des moyens pour atténuer le risque d'abandon du parent. Les intervenantes de la présente étude ont insisté sur l'importance d'être vigilant à la présence de signes précurseurs d'abandon, ce qui est peu documenté dans les écrits consultés. Une prudence s'impose dans la surveillance de l'apparition ou de l'évolution de ces signes afin de préserver la relation de confiance à la base des interventions auprès des familles suivies dans les SIPPE (MSSS, 2004). La mobilisation des habiletés relationnelles demeure un des fondements des SIPPE et, en ce sens, la sensibilité à la réalité des parents dans les situations à risque d'abandon est primordiale.

Les écrits consultés nous renseignent néanmoins au sujet de barrières à la participation des parents. D'ailleurs, les résultats de la présente étude confirment l'importance de porter une attention au risque d'abandon lors du retour au travail ainsi qu'aux horaires plus chargés des parents et à la fatigue qui y sont associés, problèmes observés par Mendez et al. (2009). Face à ce type de situation, il y a lieu de réfléchir sur l'adéquation de l'horaire habituel pour la dispensation des services et la disponibilité des parents et ce, dans la perspective que les SIPPE gagnent à reposer sur une approche personnalisée et sur un partenariat étroit avec le milieu. De plus, la mobilité géographique des familles admissibles aux SIPPE serait associée à une plus faible rétention (Beauregard et al., 2010; Brookes et al., 2006; Raikes et al., 2006; Roggman et al., 2008). Elle représente aux yeux des participantes à la recherche une circonstance pouvant nuire à la rétention, surtout lorsque la famille change de territoire de CSSS, ce qui constitue la deuxième raison d'abandon en importance parmi la clientèle SIPPE en Estrie (27 %), la première étant le refus de continuer (Cyr et al., 2013). Or, la continuité des services est un défi à relever qui correspond à l'impact souhaité des SIPPE au plan du développement des habiletés parentales et de la santé et le bien-être des enfants (MSSS, 2004; Olds & Kidzman, 1993). La fréquence des rencontres est d'ailleurs associée aux comportements parentaux favorables au développement de l'enfant (Nievar et al., 2010).

On ne peut ignorer que le taux d'abandon s'élève à plus de 40 % avant la fin de la première année du suivi SIPPE (Cyr et al., 2013). Comme les participantes à la recherche l'ont soulevé, les interventions offertes pendant cette période répondent à la diversité des besoins des parents et de leur enfant (ex. : aide concrète, variée, adaptée), ce qui est reconnu comme favorisant la rétention des familles (Damashek et al., 2012; Watson, 2005). Cependant, les participantes à la présente recherche mentionnent que, dans certains cas, les parents n'ont pas une représentation claire, ni de l'évolution des besoins de leur enfant ou de leur rôle parental pour les mois à venir, ni des services à leur disposition après la première année de vie de l'enfant. À cet effet, Leurer (2011) souligne que le manque d'information sur le programme constitue un obstacle à la rétention.

Un des facteurs d'abandon soulevé dans la présente étude est la crainte pour les parents d'être jugés, particulièrement lorsqu'ils sont en lien avec plus d'une intervenante. En pareil cas, la présence d'une relation de confiance avec les intervenantes, reconnue comme un déterminant central de la rétention (Beauregard et al., 2010; Chablani & Spinney, 2011; Hilado et al., 2011), est un moyen de favoriser la rétention, particulièrement dans les moments reconnus plus à risque d'abandon. Parents et intervenantes de la présente étude ont décrit à leur façon l'impact positif du travail interdisciplinaire sur la relation, illustrant concrètement des stratégies non recensées comme telles dans les écrits consultés. Une évaluation écologique des besoins des familles, réalisée dans la perspective d'une compréhension commune de ces besoins, permet de déterminer l'intervenante la mieux placée pour y répondre et ainsi, favoriser le maintien du parent dans le programme. D'ailleurs, le choix de l'intervenante pivot, qui peut profiter du soutien de l'équipe multidisciplinaire, constitue un élément important du cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004). Ainsi, le bilan des acquis effectué à des moments clés permettrait la révision du plan d'intervention, entre autres, en ce qui concerne le choix des intervenantes en mesure de répondre aux préoccupations des familles. La collaboration entre les différents types d'intervenantes de l'équipe SIPPE permet d'introduire précocement une intervenante auprès de la famille selon les préoccupations et besoins identifiés, de contribuer au maintien des liens, de rassurer les parents et de réduire l'impression de bris de services qui est associée à un risque d'abandon dans la présente étude. Elle permet d'offrir une plus vaste gamme de services et ainsi d'assurer un meilleur ajustement entre les interventions et les besoins des familles.

Outre le fait de porter une attention aux moments à risque d'abandon, quelques stratégies actuellement déployées dans la région sont jugées efficaces pour retracer les familles dont on est sans nouvelles. Le fait de redoubler les efforts et d'être persistant pour renouer avec les parents rejoint ce que proposent Chablani et Spinney (2001) en pareil cas pour favoriser la rétention. L'idée ici est de maintenir le contact avec les familles. Certaines de ces interventions sont d'ailleurs proposées dans des programmes de prévention pour les familles vivant en contexte de grande vulnérabilité, pensons notamment au recours aux incitatifs qui peut être un moyen aidant la rétention (Damashek et al., 2011; Watson, 2005), l'ajustement de la fréquence et de la durée des interventions en fonction des besoins et particularités de la famille (Azzi-Lessing, 2013; O'Brien et al., 2012) et l'explication de l'offre de services à des moments clés.

En définitive, il importe de cerner les besoins et préoccupations des familles et d'ajuster les services de façon à y répondre le plus possible (Azzi-Lessing, 2013; Chablani & Spinney, 2011; Damashek et al., 2011; Hilado et al., 2011; Ingoldsby, 2010; O'Brien et al., 2012), particulièrement lors des moments plus à risque d'abandon, comme l'ont proposé les participantes à la présente étude.

### Recommandations

- Reconnaître rapidement la présence de facteurs de risque d'abandon (ex. : transitions, déménagement, enfant âgé d'un an et plus)
- Agir rapidement en présence de signes précurseurs de désintérêt ou d'abandon
- Réviser le plan d'intervention sur une base régulière
- S'assurer d'intervenir selon une approche centrée sur la famille et favorable à leur *empowerment*

## 6.3 METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS AVEC ET DANS LA COMMUNAUTÉ

Quelques stratégies retenues relèvent de l'intervention dans la communauté, l'accès à diverses ressources communautaires notamment à des services de garde, des services de loisir et des lieux de rencontres, l'accompagnement et les démarches favorisant l'utilisation de ces ressources, ainsi qu'une concertation optimale entre les instances impliquées auprès des familles. Ces stratégies proposées pour favoriser la rétention des familles correspondent à une des deux composantes du cadre de référence des SIPPE, à savoir le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être (MSSS, 2004). Dans la même perspective, le Programme national de la santé publique (2008) énonce le soutien au développement des communautés comme l'une de ses trois stratégies d'action afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise. Ces orientations du MSSS s'adressent au réseau de la santé dans son ensemble. Dès lors, il est intéressant de constater que les stratégies proposées dans la présente étude qui visent à agir avec et dans la communauté s'inscrivent dans un cadre plus large et qu'elles sont susceptibles d'être bénéfiques pour la clientèle des SIPPE. Ces stratégies font « apparaître » la communauté aux familles, ce qui est une condition essentielle au développement des capacités des familles à utiliser les ressources de leur communauté lorsque nécessaire.

Or, les références scientifiques et gouvernementales liées à la rétention des familles dans le programme en lien avec les caractéristiques des communautés desquelles elles sont issues sont peu nombreuses. En revanche, on reconnaît d'emblée, y compris dans le cadre de référence du

programme, l'importance de l'environnement social des familles dans leur sentiment et leur pouvoir d'agir sur leur condition et leur qualité de vie (MSSS, 2004). Ninacs (2002, 2008) élabore par exemple sur le capital communautaire comme une réserve de sentiment d'appartenance qui encourage l'entraide dans une communauté donnée. Les études ciblant ces liens avec l'environnement social sont néanmoins rarissimes. Beauregard et al. (2010) relie de façon générale le stress, la violence et le type d'organisation sociale aux particularités des communautés.

Selon les résultats obtenus dans la présente étude, une fine connaissance des ressources de la communauté est un préalable absolu à une intervention en lien avec le développement des communautés visées. Ce constat a été observé avec emphase dans l'intervention de quartier à Sherbrooke (Morin, Benoît, Dallaire, Doré & Leblanc, 2013), à telle enseigne que cette connaissance a été considérée comme une orientation définissant l'intervention de quartier. Il a été souligné chez les intervenantes des SIPPE que les démarches et l'accompagnement des familles dans leurs liens avec des ressources communautaires favorisaient l'accès concret des familles aux ressources de leur environnement social. Cet accompagnement est essentiel pour les familles récemment immigrées, qui sont peu familières avec les ressources communautaires du pays d'accueil. Pour ce faire, les intervenantes doivent bien connaître les ressources du milieu, comme le souligne d'ailleurs Azzi-Lessing (2013), ainsi que leurs intervenantes et être connues et reconnues dans la communauté comme intervenantes du CSSS. Ces liens sont essentiels afin d'agir de concert avec les organismes dans la communauté. En ce sens, une visite formelle, par exemple, des organismes du quartier ou de la municipalité par les intervenantes est un atout indéniable pour une meilleure connaissance des organismes et des services offerts aux familles. Un programme tel que SIPPE ne peut prétendre à lui seul de répondre à l'ensemble des besoins d'une famille vivant en contexte de vulnérabilité et doit s'associer aux autres ressources disponibles pour assurer un environnement favorable au développement de l'enfant. Le soutien au développement d'environnements favorables à la santé et au bien-être des familles devrait favoriser le déploiement d'actions avec et pour la communauté, et impliquer que les ressources communautaires disponibles soient centrées sur les besoins et particularités des familles, notamment en termes de la nature des services offerts et de leur accessibilité (ex. : horaire, proximité). Un tel soutien répondrait par exemple aux difficultés soulevées au plan du transport ou de l'accès à des activités adaptées à l'âge des enfants.

Le point de vue des intervenantes à propos des lieux propices pour intervenir rejoint celui de Maltese, Aguayo et Chavez (2011), à l'effet qu'il faille repenser l'intervention auprès des familles en centrant davantage l'intervention *dans les milieux et les espaces* où se trouvent les familles. Ces auteurs donnent l'exemple d'une intervention dans un centre commercial où les enfants peuvent jouer de manière sécuritaire tout en permettant aux parents d'échanger entre eux et de les surveiller. Nous pouvons penser aux parcs, centres communautaires et cours d'édifices à logements par exemple. Même si cette stratégie demande des études supplémentaires afin de clarifier son effet sur la rétention, il n'en demeure pas moins qu'un local de quartier ou situé à un endroit stratégique dans une municipalité rurale qui incarne accueil et proximité « constitue un espace physique et symbolique dans lequel les résidents se sentent à l'aise, un espace de prise de parole et d'échanges informels avec d'autres résidents » (Morin et al., 2011, p. 18; voir aussi Aber, Maton & Seidman, 2011; Goldsworthy, 2002). En ce sens, la mise en place de tels lieux répondrait à un besoin exprimé par les parents de la présente étude, dont celui d'avoir accès à des lieux pour des activités « libres » parents-enfants, lesquelles ont également le potentiel de favoriser le développement de la relation parent-enfant.

Selon l'ensemble des participantes à la recherche, l'accès à diverses ressources communautaires favorise la rétention des familles aux SIPPE (ex. : services de garde, aide matérielle, transport). Cependant, tant du côté des CSSS que des parents, on déplore le manque criant de places en services de garde, ce qui est corroboré dans le bilan estrien du programme intégré 0-5 ans précisant que 21 % des enfants sont en attente d'une place (Cyr et al., 2013). Soulignons que les parents interviewés ont explicitement mentionné que l'accès à des places en services de garde représentait pour eux un motif de rétention aux SIPPE. Le renforcement des réseaux naturels, lorsqu'existant, doit s'appuyer sur le capital communautaire (Ninacs, 2008) et soutenir les familles dans l'établissement de liens avec les ressources de la communauté qui agissent sur les conditions de vie : accès au logement, alimentation, vêtements, aide scolaire, etc. Tel que mentionné précédemment, il ne suffit pas d'informer les familles des ressources existantes dans leur milieu de vie. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'accompagner les familles pour les aider à développer leurs capacités à développer des liens avec des ressources susceptibles de répondre à leurs besoins, tel que prévu dans le cadre de référence des SIPPE. Ce renforcement, par leur utilisation des réseaux naturels et communautaires, a pour effet d'augmenter la sécurité, l'appartenance et l'aisance dans les déplacements. Hilado et al. (2011) suggèrent un lien entre le nombre de ressources disponibles et l'engagement parental. Nos résultats ne nous permettent pas d'affirmer précisément ce lien, mais ils confirment toutefois l'utilité de ces ressources pour les parents et à quel point les SIPPE peuvent contribuer à créer des ponts entre ces ressources et les familles.

Selon les résultats de notre étude, la concertation entre les diverses ressources ou instances impliquées auprès des familles serait une autre stratégie favorisant leur rétention aux SIPPE. À titre d'exemple, la concertation pourrait éviter d'irriter inutilement les parents par la redondance des services offerts ou par le recours à des orientations divergentes à leurs yeux, ce qui a été dénoncé comme des éléments défavorables au maintien des parents dans les SIPPE. Il demeure que dans une perspective de développement des communautés, l'engagement citoyen se construit en lien avec les ressources et les services sur un territoire donné. Plus les actions intersectorielles et les interactions entre les divers acteurs (institutionnels, communautaires, citoyens, entreprises privées) sont nombreuses et consistantes, plus le sentiment d'appartenir à une communauté trouve son expression et agit circulairement en retour sur la dynamique communautaire et sociétale (Bourque et Lachapelle, 2010; Caillouette et al., 2008). Par ailleurs, une intervention où l'utilisateur est réellement au centre de l'intervention et dans laquelle il devient un acteur qui agit sur sa propre vie exige une transformation culturelle profonde tant chez les usagers que chez les intervenantes et le système de santé (Carrier et al., 2013). L'accès à des ressources spécialisées particulièrement en santé mentale, toxicomanies ou violence exige d'agir rapidement afin d'offrir non seulement ces ressources, mais aussi des services de répit et de soins aux enfants (Theriot et al., 2009). Les intervenantes doivent pourvoir agir rapidement et de concert avec les organismes du milieu pour informer notamment sur l'existence d'habitations à loyer modéré (HLM), d'associations de locataires ou encore pour proposer de rencontrer un propriétaire d'édifices à logement.

### Recommandations

- Intervenir le plus proche possible du milieu et de l'espace de vie des parents
- Intervenir de façon concertée avec les autres intervenantes du milieu
- Favoriser les interventions intersectorielles
- Investir davantage dans la composante « Création d'environnements favorables » des SIPPE en favorisant le développement des communautés

## 6.4 CRÉER DES CONDITIONS FAVORISANT LE DÉPLOIEMENT DES SIPPE

Les participantes à la recherche-action ont identifié des conditions qui faciliteraient la mise en œuvre des SIPPE, favorisant ainsi une intervention de qualité susceptible d'avoir un impact positif sur la rétention des familles. La discussion portera sur trois conditions susceptibles de jouer un rôle dans la mise en œuvre des SIPPE et ainsi possiblement contribuer à la rétention des familles par une offre de services de qualité. Il s'agit du soutien aux intervenantes, de faire connaître les SIPPE et de l'appui de l'organisation locale et régionale.

### 6.4.1 Soutien aux intervenantes

La complexité des problèmes vécus par les familles en situation de grande vulnérabilité, comme c'est le cas pour la clientèle des SIPPE (MSSS, 2004), ne fait nul doute et est largement reconnue dans les écrits. Ainsi, les intervenantes des SIPPE doivent réaliser des interventions complexes selon une approche personnalisée afin de prendre en compte le vécu de ces familles. Dès lors et dans la perspective d'influencer positivement la rétention des familles, il n'est pas étonnant que le personnel des CSSS ait mis en évidence l'importance de la formation continue et de la supervision clinique comme moyens de les soutenir dans leur travail auprès des familles. De surcroît, plusieurs parents de notre étude valorisent la compétence des intervenantes des SIPPE. Ils reconnaissent leur savoir-faire et leur font confiance. Plusieurs auteurs ont souligné les bénéfices de la formation continue des intervenantes pour le développement de leurs compétences à intervenir dans le cadre des programmes d'intervention précoce (Azzi-Lessing, 2013; Chablani & Spinney, 2011; Hilado et al., 2011; SME, 2011; Watson, 2005). Les besoins de formation continue identifiés par les participantes à l'étude rejoignent les thèmes relevés dans les écrits à ce sujet, tels que les habiletés à intervenir auprès des familles en situation de vulnérabilité, l'approche motivationnelle (Chablani & Spinney, 2011) et la compétence culturelle (SME, 2011).

De plus, plusieurs auteurs appuient la nécessité d'offrir de la supervision ou de l'encadrement professionnel aux personnes impliquées dans de tels programmes. Ce type de soutien requiert de la part des établissements l'intégration à leur plan d'organisation d'une « fonction de supervision professionnelle assurant la présence assidue d'une autorité clinique favorisant la qualité des plans d'intervention et des plans de services, le développement des compétences des intervenants et intervenantes ainsi que le travail en équipe interdisciplinaire » (Brassard, Duquette, Lareau & Roy, 2004, p. 7). Il ne fait nul doute que la supervision professionnelle est un appui à la mise en place des SIPPE centrés sur les besoins et préoccupations des familles, soit un plan d'intervention élaboré avec et pour elles, ce qui implique un réel partenariat avec les familles, une compréhension fine de leurs besoins, la capacité à utiliser des méthodes et techniques d'intervention fondées sur des approches pertinentes (ex. : soutien à l'*empowerment*, approche motivationnelle), et enfin des habiletés des intervenantes favorables à une relation de confiance entre le parent et l'intervenante. La supervision professionnelle s'inscrit dans une perspective de formation continue et offre une occasion de partager des connaissances tout en permettant de ventiler les émotions (Azzi-Lessing, 2013; Brown et al., 2009; Chablani & Spinney, 2011; Milliex et al., 2011; Therrien et al., 2011). La supervision professionnelle qui se veut un accompagnement individuel (*coaching*) ou en petit groupe correspond à une modalité de formation continue efficace (Bero et al., 1998), car elle est interactive, conçue en fonction des besoins d'apprentissage des apprenants et susceptible de soutenir la pratique réflexive. Par ailleurs, les actions des acteurs régionaux impliqués dans les SIPPE « doivent être appuyées et renforcées par les acteurs engagés au niveau régional » (MSSS, 2004, p.

23), par exemple par l'entremise de colloques, forums ou échanges réunissant tous les acteurs concernés par les services et actions destinés aux familles.

Comme le suggère Azzi-Lessing (2013), en raison du rôle crucial des superviseurs cliniques, ceux-ci devraient posséder une formation de haut niveau, une expérience solide et être en mesure d'utiliser une approche réflexive. La complexité de l'intervention auprès des familles en contexte de grande vulnérabilité justifie la pertinence de cette expertise. Dans la même veine, il ne faudrait pas négliger le développement professionnel des superviseurs cliniques. À cet effet, une formation leur a été récemment offerte en Estrie concernant la démarche d'accompagnement des intervenantes (Cyr et al., 2013) aussi appelée *coaching*.

Selon des auteurs, outre assurer le développement et le maintien des compétences, le soutien offert aux intervenantes peut contribuer à contrer la mobilité du personnel et ainsi favoriser la continuité des soins et services de même que l'établissement et le maintien d'une relation entre les intervenantes et les familles (Azzi-Lessing, 2013; McCurdy & Daro, 2001). Rappelons que la relation intervenante-famille joue un rôle de premier plan dans la rétention des familles, comme l'ont mentionné les parents et intervenantes ainsi que de nombreux écrits sur le sujet, d'où l'importance pour les organisations d'y accorder une attention.

### 6.4.2 Connaissance des SIPPE

Parents et intervenantes mettent en lumière la méconnaissance de la population, des acteurs du réseau de la santé et des familles à propos des SIPPE, ce qui serait un obstacle à la rétention. Cependant, nous avons recensé un seul auteur ayant documenté ce phénomène (Leurer, 2011). Vraisemblablement, les parents qui ont une idée floue des SIPPE ne peuvent en apprécier les bénéfices à leur juste valeur, ce qui peut faire en sorte qu'ils abandonnent les services lorsqu'ils n'en voient plus l'utilité. En ce sens, comme l'ont proposé les participantes à la recherche-action, les actions visant à publiciser davantage les SIPPE auprès de la population et au sein du réseau de la santé, et à expliquer aux parents en quoi ils consistent ne sont pas à négliger. Des actions en ce sens peuvent s'inscrire dans une perspective de développement d'un environnement favorable, lequel est susceptible de favoriser une attitude positive des familles visées par les SIPPE à l'égard de ces services ainsi que la rétention des familles, en essayant de contrer les fausses perceptions à propos des SIPPE chez la population et l'entourage des familles. Cependant, il serait pertinent de se pencher sur la possibilité d'opter pour des interventions ciblées (ex. : explication des SIPPE, outils pour les publiciser auprès des familles) auprès des acteurs du réseau de la santé et de la communauté directement impliqués auprès des familles concernées par les SIPPE pour que ces interventions soient plus efficaces. Mieux outillés, ces acteurs clés peuvent contribuer à démystifier les SIPPE, à reconnaître les familles susceptibles d'en bénéficier et à les encourager à y recourir.

### 6.4.3 Appui de l'organisation locale et régionale

Il ressort clairement de la présente étude que la mise en œuvre optimale du cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) implique l'appui de l'organisation. Tel que mentionné par les participantes et par des auteurs, cela se traduit, entre autres, par de la formation continue et de la supervision clinique pour les intervenantes ainsi que par la valorisation du travail interdisciplinaire. D'ailleurs, selon des auteurs, ces mesures auraient un impact positif sur la rétention du personnel (Azzi-Lessing, 2013; McCurdy & Daro, 2001). Le travail interdisciplinaire est une valeur ajoutée, tant pour les intervenantes qui y trouvent du soutien pour leur intervention, que pour les familles, puisqu'ainsi

ces dernières ont accès à plus d'un type d'intervenantes en réponse à des préoccupations ou besoins diversifiés (MSSS, 2004). Cette organisation du travail offre aussi des occasions de créer des liens avec plus d'une intervenante de l'équipe. L'interdisciplinarité a été identifiée dans la présente étude comme un moyen favorisant la continuité des approches utilisées auprès des familles et la continuité informationnelle, ce qui est apprécié par les parents. En outre, la collaboration interdisciplinaire peut être vue comme un atout pour l'élaboration d'un plan d'intervention plus complet avec la famille, lequel est une occasion unique de faire le point avec la famille, de prendre en compte ses besoins, préoccupations et forces, dans une perspective d'*empowerment*, une « stratégie d'action au cœur des SIPPE » (MSSS, 2004, p. 13).

Dans ce même ordre d'idées, les membres des équipes SIPPE, de même que les parents, ont soulevé le lien entre, d'une part, le type d'intervenantes et le suivi pendant la première année de vie de l'enfant et, d'autre part, la rétention des familles. À cet effet, nous avons recensé des écrits relevant l'impact positif du suivi par une infirmière au cours de cette période sur la rétention des familles (O'Brien et al., 2012; Olds et al., 2002). Nous posons l'hypothèse que les parents construisent une représentation du programme à la lumière des services reçus au cours de cette première année. Par conséquent, lorsque le type de préoccupations spécifiques à cette période de la vie s'estompe, il est plausible de penser que le parent n'ait pas une idée concrète des avantages de poursuivre sa participation aux SIPPE. Par ailleurs, les interventions visant le développement de l'enfant 0-5 ans, souvent réalisées par d'autres catégories d'intervenantes, par exemple des psychoéducatrices, sont appréciées et constituent une motivation à participer aux SIPPE. Face à ces constats, il semble que l'organisation des SIPPE doit être modulée de façon à ce que le parent ait accès et soit enclin à établir une relation de confiance avec l'intervenante la mieux placée pour répondre à ses préoccupations et besoins et ceux de son enfant. En ce sens, le travail en équipe interdisciplinaire et la création d'un contact précoce avec les intervenantes clés de l'équipe semblent des avenues prometteuses pour favoriser la rétention des familles. En ce sens, l'appui de l'organisation repose notamment sur la reconnaissance de l'importance de bien évaluer avec les familles leurs besoins, préoccupations et projets de vie, et d'élaborer avec et pour elles un plan d'intervention sur mesure pour favoriser le maintien de leur participation aux SIPPE. Par le fait même, cet appui est fondé sur la valorisation d'interventions sur mesure, souples, variées et réalisées par l'intervenante la mieux placée pour répondre aux besoins de la famille. Dans le même ordre d'idées, selon Bruce (2013), une approche centrée sur les résultats personnels dans les soins de santé, plutôt que centrée sur les services, requiert une étroite collaboration et un processus de négociation afin de s'assurer de la mise en commun du point de vue de tous les acteurs concernés (personnes, proche-aidants, intervenantes et organisation) y compris celui de l'organisation (Bruce, 2013). « Le concept de négociation [impliquant aussi l'organisation] est important dans le contexte des contraintes du monde réel » (Bruce, 2013, p. 43). Finalement, la disponibilité des intervenantes, un élément favorable à la rétention clairement identifié par l'ensemble des participantes à la recherche, tout particulièrement par les parents, et appuyé par Hilado et al. (2011), nécessite l'appui des gestionnaires.

Aux plans régional et national, les résultats de la recherche-action soulèvent des questionnements sur la reddition de compte, qui ne permet pas de rendre compte et d'apprécier les SIPPE tels qu'ils sont déployés par les équipes SIPPE. L'écart entre la réalité « terrain » des SIPPE et les indicateurs choisis dans les ententes de gestion occasionne de l'insatisfaction chez les intervenantes. Le raffinement des indicateurs, tant au plan quantitatif que qualitatif, permettrait d'apprécier avec une meilleure acuité la qualité des interventions posées dans le cadre des SIPPE (ex. : approche centrée sur les préoccupations des familles qui requiert parfois de réaliser des interventions ailleurs qu'au

domicile le temps de créer un lien de confiance avec des parents plus méfiants), l'adaptation des SIPPE à la réalité des familles (ex. : dans les cas de garde partagée), l'intervention avec et dans la communauté ainsi que les résultats obtenus (ex. : raffiner les raisons de fin de suivi). Une telle démarche réalisée avec la contribution des personnes impliquées dans les SIPPE, et basée sur des résultats probants, aurait l'avantage de légitimer les actions déployées pour assurer des services de qualité à la population visée par les SIPPE.

En somme, la création de conditions favorisant la mise en œuvre du programme ont pour objectif ultime de faciliter l'établissement d'une relation de confiance entre la famille et l'intervenante, voire même avec l'équipe SIPPE, ainsi que d'appuyer concrètement les orientations du programme, ce qui peut contribuer à la rétention des familles.

### Recommandations

- Favoriser une organisation des services soutenant l'approche centrée sur les besoins et préoccupations des familles
- Soutenir la mise en œuvre des SIPPE, tant au plan des interventions auprès des familles qu'au plan du développement de la communauté
- Soutenir les intervenantes par la supervision clinique et la formation continue
- Adapter la reddition de compte aux interventions de groupe, dans le milieu et auprès des pères

## 6.5 Forces et limites de l'étude

La recherche-action que nous avons réalisée apporte un regard empirique sur les stratégies susceptibles d'améliorer la rétention des familles dans ce programme, contribuant ainsi au développement des connaissances sur le sujet. La participation des personnes concernées par la rétention des familles au programme SIPPE était au cœur du processus de la recherche-action, ce qui est en cohérence avec une caractéristique fondamentale de ce type d'investigation scientifique (Stringer et Genat, 2004; Waterman, Tiller, Dickson & de Koning, 2001). Une attention était portée à l'expression des points de vue de l'ensemble des participantes : parents, intervenantes et gestionnaires. Chacun des cycles de la recherche-action a permis aux intervenantes et gestionnaires de s'approprier les résultats des cycles antérieurs et des écrits traitant de la rétention des familles, de discuter et de proposer des avenues pour le cycle subséquent. La triangulation des points de vue, des méthodes de collecte des données et des chercheurs ainsi que la rigueur avec laquelle le processus d'analyse a été réalisé par plus d'un membre de l'équipe de recherche et les discussions au sein de l'équipe sont des mesures assurant la crédibilité des résultats. La durée du travail sur le terrain avec les équipes SIPPE (trois rencontres par équipe et une rencontre régionale) et les parents, la nature itérative du processus de recherche permettant la réflexivité et une certaine distanciation, et la description en profondeur des stratégies contribuent à la fiabilité de la recherche. La description des participantes, la variation de l'échantillon (ex. : profil sociodémographique varié, milieu rural et urbain, points de vue différents) et la description étayée des stratégies favorisant la rétention facilitent l'identification des possibilités de transférabilité à d'autres contextes.

Toutefois, cette recherche-action comporte des limites, notamment en ce qui concerne la difficulté à recruter des parents ayant abandonné le programme. Ainsi, le point de vue de ces parents est moins bien représenté et ce, malgré les efforts des CSSS pour les rejoindre. Aussi, il a été impossible

de regrouper l'ensemble des intervenantes des équipes SIPPE pour la rencontre du dernier cycle de la recherche. Il a été plus difficile de documenter la dimension des services de la communauté, tant auprès des parents, qu'auprès des intervenantes. Les critères d'évaluation du programme sont surtout axés sur l'intervention au domicile du parent, ce qui peut expliquer les résultats obtenus. Ainsi, les stratégies de rétention relatives à la communauté peuvent sembler moins étoffées mais non pas moins riches en importance. D'autres cycles à cette recherche-action seraient nécessaires pour une priorisation des stratégies, une implantation selon les particularités des milieux d'intervention et une appréciation de l'implantation.

## CONCLUSION

L'originalité des stratégies proposées dans ce rapport repose sur la rencontre du point de vue des parents avec celui des intervenantes, gestionnaires et chercheuses impliquées dans la recherche de solutions au problème de la rétention sous-optimale des parents aux SIPPE. Les résultats de la recherche-action montrent sans contredit l'importance pour les organisations de miser sur une étroite collaboration entre les familles, les intervenantes et les gestionnaires pour favoriser la rétention des familles aux SIPPE et ainsi mieux contribuer au développement et au bien-être des enfants et de leurs parents. Il s'agit de voir les SIPPE, non pas comme un programme formant un tout qui est offert aux familles, mais plutôt comme des services qui se modulent à l'intérieur d'une relation de collaboration et de négociation entre les acteurs concernés (parents, intervenantes et gestionnaires).

Ainsi, les résultats de la recherche-action peuvent alimenter la réflexion chez les acteurs des CSSS impliqués dans les SIPPE à propos des stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles. Parmi les résultats saillants, soulignons l'intérêt de se pencher sur les façons d'actualiser le processus clinique dans une perspective de co-construction, qui prendrait en compte la réalité des familles (ce qui est important pour elles) et celle des milieux cliniques. Aussi, les résultats montrent de façon assez éloquente la nécessité de poursuivre la réflexion et les efforts en ce qui concerne la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être, soit l'une des deux composantes du cadre de référence du programme SIPPE (MSSS, 2004).

## RÉFÉRENCES

- Aber H, S., Maton, K. I. Seidman, E. (2011). *Empowering settings and voices for social change*. New York, N.Y., Oxford University Press.
- April, L., Bordeleau, L., Brassard, J., Clapperton, I., Comeau, L., Le Hénaff, L., ... Larochelle, M.-J. (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Rapport du Comité aviseur SIPPE.
- Azzi-Lessing, L. (2013). Serving highly vulnerable families in home-visitation programs. *Infant Mental Health Journal, 36*(5), 376-390.
- Beauregard, D., Comeau, L & Poissant, J. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Institut National de santé publique (INSPQ), 113 pages.
- Beeber, L.S., Cooper, C., Van Noy, B.E., Schwartz, T.A., Blanchard, H., Canuso, R., Robb, K., Laudendacher, C., & Emory, S.L. (2007). Flying under the radar : Engagement and retention of depressed and low-income mothers in a mental health intervention. *Advances in Nursing Science, 30*(3), 221-234.
- Bélangier, S., & Hallé, M.F. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2011 – Rapport des résultats de la consultation portant sur les soins et services en périnatalité et en petite enfance*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Bero, L., Grilli, R., Grimshaw, J., Harvey, E., Oxman, A. & Thomson, M.A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal, 317*(7156), 465-468.
- Blancquaert, I., Gagné, V., Boily, C., Horion, M. & Lévesque, L. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux : pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandation*. Résumé. Gouvernement du Québec, 50 pages.
- Bourque, D. & Lachapelle, R. (2010). *L'organisation communautaire en CSSS*. Québec. PUQ.
- Brassard, S., Duquette, A., Lareau, D. & Roy, C. (2004). *La gestion des processus cliniques dans les équipes enfance- jeunesse - famille des CLSC de l'Estrie*. Comité sur la qualité des services et interventions cliniques en CLSC-EJF (CQSIC-EJF). Sherbrooke.
- Brekken, L. (2011). Early head start and early intervention : partnerships that make a difference for young children with disabilities and their families. *Zero to three, 31*(4), 32-38.
- Brookes, S., Summers, J.-A., Thornburg, K. & Ispa, I. (2006). Building successful home visitor mother relationships and reaching program goals in two Early Head Start programs; a qualitative look at contributing factors. *Early childhood research quarterly, 21*, 24-45.
- Brown, J.R., Knoche, L.L., Edwards, C.P., & Sheridan, S.M. (2009). Professional Development to Support Parent Engagement: A Case Study of Early Childhood Practitioners. *Early Education and Development, 20*(3), 482-506.

- Bruce, C. (2013). *Talking points : une approche centrée sur les résultats personnels dans les soins de santé et les services sociaux*. Dans S. Carrier, P. Morin, S. Garon, A. Lambert, L. Gerber, et M.-P. Beaudoin (dir.), *Le modèle écossais. De la différence que font les services sociaux dans la vie des personnes et des communautés*. Sherbrooke, Qc : Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Caillouette, J., Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G. & Ellyson, A. (2008). *Étude de pratiques innovantes de développement des communautés dans les sept Centres de santé et de services sociaux de l'Estrie*. Sherbrooke : Direction de la coordination et des affaires académiques du CSSS-IUGS.
- Carrier, P. Morin, S. Garon, A. Lambert, L. Gerber et M.-P. Beaudoin, *Le modèle écossais. De la différence que font les services sociaux dans la vie des personnes et des communautés*. CSSS-IUGS, Sherbrooke.
- Chablani, A. & Spinney, E.R. (2011). Engaging high-risk young mothers into effective programming: The importance of Relationship and Relentlessness. *Journal of Family Social Work, 14*, 369-383.
- Chaffin, M., Vall, L.A., Funderburk, B., Gurwitch, R., Silvosky, J., Bard, D., ... Kees, M. (2009). A Motivational Intervention Can improve Retention in PCIT for Low-Motivation Child Welfare Clients. *Child Maltreatment, 14*(4), 356-368.
- Chamberland, C., Lacharité, C., Lessard, D., Fafard, G. & Lemay, L. (2012). *INITIATIVES AIDES : Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants*. Rapport inédit.
- Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B.A., Roggman, O., Raikes, H., Mckelvey, L. ... Hart, A. (2007). It takes time : Impacts of Early Head Start that lead to reduction in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal, 28*(2), 151-170.
- Chin, F. & Teti, D.M. (2013). Infants at double jeopardy : socioeconomic, medical, and attachment-based predictors of maternal engagement with an early intervention program. *Infant Mental Health Journal, 36*(5), 420-434.
- CSSS-IUGS (2012). *Plan stratégique du CSSS-IUGS*. Sherbrooke, Québec.
- CSSS du Val-Saint-François (2010). *Planification stratégique 2010-2015*. Windsor, Québec.
- Cyr, R., Contarin, J., Duguay, S., Fortin, M., Staehler, M., & Wishnowsky, A., (2013). *Le programme intégré 0-5 ans : Bilan 2012-2013*. Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Référence : 4621-30-11.
- Damashek, A., Doughty, D., Ware, L., & Silovsky, J. (2011). Predictors of Client Engagement and Attrition in Home-Based Child Maltreatment Prevention Services. *Child Maltreatment, 16*(1), 9-20.
- Damashek, A., Bard, D., & Hecht, D. (2012). Provider Cultural Competency, Client Satisfaction, and Engagement in Home-Based Programs to Treat Child Abuse and Neglect. *Child Maltreatment, 17*(1), 56-66.
- Daro, D., McCurdy, K., & Nelson, C. (2005). *Engagement and retention in voluntary new parent support programs : final report*. Chicago : Chopin Hall Center for children at the University of Chicago.
- Duggan, A., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S.M., McFarlane, E., Windham, A. & Sia (2004). Randomized trial of statewide home visiting program to prevent child abuse : Impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse & Neglect, 28*(6), 623-643.

- Dunst, C.J., & Trivette, C.M. (2009). Capacity Building family systems intervention practices. *Journal of family social work*, 12, 119-143.
- Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect : A meta-analysis. *Child Maltreatment*, 9(3), 277-291.
- Golay, A., Anderson, R., & Visser, A. (2010). Changing obesity : theories, facts and interventions. *Patient education and counselling*, 79(3), 275-276.
- Goldsworthy, J. (2002). Resurrecting a model of integrating individual work with community development and social action, *Community Development journal*, 37(4), 327-337.
- Gomby, D.S. (2007). The promise and limitations of home visiting : Implementing effective program. *Child Abuse & Neglect*, 31, 793-799.
- Gomby, D.S., Culross, P., & Berhman, R.E. (1999). Home visiting : Recent program evaluations – Analysis and recommendations. *The Future of Children*, 9(1), 4-26.
- Hilado, A., Kallemeyn, L., Leow, C., Lundy, M., & Israel, M. (2011). Supporting Child Welfare and Parent Involvement in Preschool Programs. *Early Childhood Education*, 39 (5), 343-353.
- Ingoldsby, E.M. (2010). Review of Interventions to Improve Family Engagement and Retention in Parent and Child Mental Health Programs. *Journal of Child and Family Studies*, 19 (5), 629-645.
- Jack, S.M., DiCenso, A., & Lohfeld, L. (2005). A theory of maternal engagement with public health nurses and family visitors: Nursing theory and concept development or analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 49(2), 182-190.
- Korfmacher, J., Green, B., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L. ... Schiffman, R. (2008). Parent Involvement in Early Childhood Home Visiting. *Child Youth Care Forum*, (37), 171-196.
- Korfmacher, J., O'Brien, R., Hiatt, S., & Olds, D. (1999). Differences in program implementation between nurses and paraprofessionals providing home visits during pregnancy and infancy : A randomized trial. *American Journal of Public Health*, 89(12), 1847-1851.
- Lacharité, C., & Ouellet, O. (2012). *Réseau Parent'aise– Doc. 6 – La participation des enfants et des parents*. Document inédit.
- LaForett, D.R., & Mendez, J.L. (2010) Parent Involvement, Parental Depression, and Program Satisfaction Among Low-Income Parents Participating in a Two-Generation Early Childhood Education Program. *Early Education and Development*, 21(4), 517-535.
- Leurer, M.D. (2009). *Perceptions of Service Providers and Parents Regarding Improving Outcomes of Young Children Living In Circumstances of Disadvantage*. Ph.D., University of Saskatchewan, Saskatoon, Canada.
- Maltese, J., Aguayo, J. & Chavez, J. (2011). A Community-Based Response o part C: A community Embraces its most Vulnerable Children. *Zero to three*, 31 (4), 17-23.
- Manz, P. (2012). Home-Based Head Start and Family Involvement: An exploratory Study of the Associations Among Home Visiting Frequency and Family Involvement Dimensions. *Early Childhood Education*, 40(4), 231-238.
- McCurdy, K., & Daro, D. (2001). Parent Involvement in Family Support Programs: An Integrated Theory. *Family Relations*, 50(2), 113-121.

- McCurdy, K., & Jones, L. (2000). *Supporting families: Lessons from the field*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- McWilliam, R.A. (2011). The top 10 Mistakes in Early Intervention in Natural Environments- and the Solutions. *Zero to three*, 31 (4), 11-16.
- Mendez, J.L., Carpenter, J.L., LaForett, R., & Cohen, J.S. (2009). Parental Engagement and Barriers to Participation in a Community-Based Preventive Intervention. *American Journal of Community Psychology*, 44(1), 1-14.
- Miles, M.B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives* (traduit par R.H. Rispal) (2<sup>e</sup> éd). Bruxelles : De Boeck.
- Millieux, M., Pintaux, E., & Guedeney, A. (2011). Interventions préventives en périnatalité : illustrations de terrain. *Pratiques psychologiques*, 17 (2), 173-188
- Morin, P., Benoit, M., Dallaire, N., **Doré, C.**, & LeBlanc, J. (2013). L'intervention de quartier à Sherbrooke ou quand le CLSC s'installe à la porte d'à côté. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(1).
- MSSS (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Résumé du cadre de référence*. Québec : Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.
- MSSS (1995). *Naitre égaux. Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Gouvernement du Québec.
- MSSS (2007). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Naître ici et venir d'ailleurs. Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente*. MSSSQ. 98 pages. Peut être téléchargé à l'adresse suivante : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/c4656ae7d9a1c952852572d0005650d6?OpenDocument>.
- MSSS (2008). *Programme national de santé publique 2002-2012. Mise à jour 2008*. Québec : générale de la santé publique du MSSS.
- Nievar, M.A., Van Egeren, L., & Pollard, S. (2010). A meta-analysis of home visiting programs : Moderators or improvements in maternal behavior. *Infant Mental Health Journal*, 31(5), 499-520.
- Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec, PUL.
- Ninacs, W.A. (2002). Le pouvoir dans la participation au développement local dans un contexte de mondialisation. Dans M. Tremblay, P.-A. Tremblay et S. Tremblay (Éds), *Développement local, économie sociale et démocratie* (pp. 15-40). Québec : PUQ).
- O'Brien, R.A. Moritz, P., Luckey, D.W., McClatchey, M.W., Ingoldsby, E.M., & Olds, D.L. (2012). Mixed Methods Analysis of Participant Attrition in the Nurse-Family Partnership. *Prevention Science*, 13(3), 219-228.
- Olds, D.L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D.W., Pettitt, L.M., Henderson, C.R., Jr. et Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110(3), 486-496.
- Olds, D. L., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 3, 53-92.

- Ouellet, O. (2010). *Réseau Parent'Aise : Des ressources pour les familles*. Sherbrooke : CSSS IUGS, Centre Jeunesse Estrie, Villa Marie-Claire et CHUS.
- Prochaska, J., & Diclemente, C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood : Dow Jones-Irwin.
- RNAO (2002). *Soins axés sur les besoins du client Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*. Toronto : Registered nurse association of Ontario.
- Raikes, H., Green, B., Atwater, I., Kisher, E.E., Constaine, J. & Chazan-Cohen, R. (2006). Involvement in Early Head Start home visiting services : demographic predictors and relations to child and parent outcomes. *Early childhood research quarterly*, (21)2-24.
- Robinson, J.L., Klute, M.M., Faldowski, R., Pan, B., Staerkel, F., Summers, J.A., & Wall, S. (2009). Mixed Approach Programs in the Early Head Start Research and Evaluation Project: An In-Depth View. *Early Education and Development*, 20(6), 893-919.
- Robinson, J.L., & Emde, R.N. (2004). Moderators of Early Head Start intervention effects : Maternal depression and relationship insecurity. *Parenting : Science and Practice*, 4, 73-97.
- Roggman, L.A., Cook, G.A., Peterson, C.A., & Raikes, H.H. (2008). Who Drops Out of Early Head Start Home Visiting Programs? *Early Education and Development*, 19(4), 574-599.
- SME (2011). *Saskatchewan Early Childhood Intervention Programs. Building Family Capacity & Competency: Service Delivery Assessment Rubrics for Principles and Practices of Family & Community Supports*. Saskatchewan Ministry of Education.
- Shonkoff, J.P., & Meisels, S.J. (Eds.). (2000). *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.). Cambridge, United Kingdom: Cambridge. University Press.
- Sierau, S., Brand, T., & Jungmann, T. (2012). Parental Involvement in Home-Visiting : Interpersonal predictors and correlates. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 489-495.
- Stringer, E. & Genat, W. J. (2004). *Action research in health*. Upper Saddle River, NJ: Pearson. Merrill Prentice Hall.
- Swanson, M.E., Wall, S., Kisker, E. & Peterson, C. (2010). Health disparities in low-income families with infants and toddlers: Needs and challenges related to disability. *Journal of Child Health Care*, 15(1), 25-38.
- Theriot, M.T., O'Day, K.R., & Hatfield, K. (2009). Client and Service Use Predictors of Successfully Completing a Child Maltreatment Prevention Program. *Protecting child: A professional Publication of American Humane*, 24(3), 39-50.
- Therrien, L., April, L., Bordeleau, L., Brassard, S., Clapperton, I., Comeau, L. & Le Hénarff, L. (2011). Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Watson, J. (2005). *Active engagement : Strategies to increase service participation by vulnerable families: discussion paper*, New Department of Community Services., New South Wales : 18 pages.
- Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., de Koning, K. (2001). Action research : a systematic review and guidance for assessment. *Health technology Assessment*, 5(23).



**ANNEXE 1 - LETTRES**

# Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE

Centre de santé et de services sociaux –  
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
Health and Social Services Centre –  
University Institute of Geriatrics of Sherbrooke

Le 17 janvier 2011

Madame Louise Soulière  
Directrice de la santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie  
**Concours : Programme de subventions en santé publique**  
300, rue King Est, bureau 300  
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

**Objet : Appui du CSSS-IUGS au projet intitulé « Stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles du programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance »**

Madame,

Par la présente, nous désirons vous signifier que le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) appuie le projet de recherche mentionné en titre.

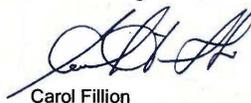
Ce projet a comme objectif principal de décrire des stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles au programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Ce programme permet de joindre les familles les plus démunies de notre territoire, mais malheureusement le taux d'abandon est actuellement élevé.

Notre participation à la recherche impliquera la présence d'un représentant de notre établissement au comité de suivi des travaux (4 rencontres de 3 heures), la réalisation d'une rencontre d'information sur la recherche auprès des équipes SIPPE (30 minutes), la participation d'intervenants à 3 rencontres de groupe (90 minutes pour la première rencontre et 3 heures pour les 2 suivantes) et, finalement, en une contribution au recrutement de 6 parents qui ont abandonné le programme.

Nous espérons vivement que le programme de subventions en santé publique reconnaîtra la valeur de cette recherche et qu'il en soutiendra le financement.

Veuillez recevoir, Madame, l'expression de nos salutations les meilleures.

Le directeur général,



Carol Fillion

CF/lr

c. c. : Johanne Archambault, directrice de la coordination et des affaires académiques, CSSS-IUGS  
Frances Gallagher, chercheuse, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke  
Claude Marchand, directrice des services et programmes spécifiques aux enfants, aux jeunes et à leur famille, CSSS-IUGS  
Lyne Juneau, chef de programme à la direction des services et programmes spécifiques aux enfants, aux jeunes et à leur famille, CSSS-IUGS  
Manon Allard, directrice des services à la communauté et de l'hébergement, Centre de santé et des services sociaux du Val-Saint-François  
Louis Voyer, agent de planification, de programmation et de recherche, CSSS-IUGS

CORRESPONDANCE2011\Letres d'appui du CSSS-IUGS - Rétention familles SIPPE - Gallagher (PSSP).docx

Hôpital et centre  
d'hébergement Argyll  
Argyll Hospital  
and Residential Centre

Direction générale  
375, rue Argyll  
Sherbrooke (Québec) J1J 3H5  
Centre affilié  UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

Téléphone : 819 780-2222  
Télécopieur : 819 829-7149

## Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE

---

Centre de santé et de services sociaux  
de Memphrémagog



Siège social **Direction des services à la communauté et des services  
multidisciplinaires**  
Téléphone : (819) 843-2572  
Télécopieur : (819) 843-2940

Magog, le 12 janvier 2011

Madame Louise Soulière  
Directrice de santé publique  
Agende de la santé et des services sociaux de l'Estrie  
300, rue King Est, Bureau 300  
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

**Objet : Lettre d'appui au projet « Stratégies susceptibles de favoriser la  
rétention des familles » / Projet SIPPE / Concours PSP 2010-2012**

---

Madame,

Le programme de services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE 0-5 ans) permet de rejoindre des familles plus démunies sur notre territoire. Puisque le taux d'abandon est élevé, nous sommes intéressés à participer à la recherche visant à identifier des stratégies susceptibles de favoriser la rétention de ces familles parce que la continuité des services constitue la pierre angulaire du programme SIPPE. Ainsi, par notre participation, nous souhaitons que les stratégies proposées soient adaptées à la réalité de notre milieu.

Notre contribution consistera à :

- déléguer un-e intervenant-e et/ou un-e gestionnaire qui participera au comité de suivi de la recherche, lequel se réunira environ quatre fois au cours de l'étude;
- permettre aux intervenant-e-s et/ou gestionnaires concernés de prendre une part active à la rencontre de discussion de groupe focalisé ayant pour but d'échanger sur les stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles au programme SIPPE.
- Lors de cette rencontre, l'information recueillie dans les écrits et auprès de parents sera communiquée aux personnes participantes. Les intervenant-e-s du programme SIPPE aideront à identifier les parents qui pourraient participer à la recherche.

Nous vous confirmons donc notre collaboration et notre appui pour ce projet et vous prions d'agréer, Madame Soulière, nos salutations les meilleures.

**Lu et approuvé par**

**Marcel Mathieu**  
**Directeur des services à la communauté**  
**et des services multidisciplinaires**

Siège social  
50, rue St-Patrice Est  
Magog (Québec) J1X 3X3  
Téléphone : (819) 843-2572  
Télécopieur : (819) 843-2940

Point de services de Stanstead  
435, rue Dufferin  
Stanstead (Québec) J0B 3E2  
Téléphone : (819) 876-7521  
Télécopieur : (819) 876-7215

Point de services de Mansonville  
314, rue Principale, C.P. 399  
Mansonville (Québec) J0E 1X0  
Téléphone : (450) 292-3376  
Télécopieur : (450) 292-4404

Centre de santé et de services sociaux  
des Sources



Asbestos, le 14 janvier 2011

Par courrier électronique

Madame Louise Soulière  
Directrice de la santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie  
300, rue King Est, bureau 300  
Sherbrooke (QC) J1G 1B1

Objet : **Appui au projet « Stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles » / Projet SIPPE / Concours PSSP 2010-2012**

---

Madame,

Le programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE 0-5 ans) permet de rejoindre des familles plus démunies de notre territoire. Toutefois, le taux d'abandon étant élevé, nous souhaitons participer à la recherche visant à identifier des stratégies susceptibles de favoriser la rétention de ces familles puisque la continuité des services constitue la pierre angulaire du programme SIPPE. Aussi, par notre participation, nous souhaitons que les stratégies proposées soient adaptées à la réalité de notre milieu.

Notre contribution consistera à permettre aux intervenants (e)s et à la gestionnaire concernée, madame Marie Lamothe, de prendre une part active à une rencontre de discussion de groupe focalisée ayant pour but d'échanger sur les stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles au programme SIPPE.

Nous vous confirmons donc notre collaboration et notre appui pour ce projet.

Espérant le tout à votre convenance, nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Le directeur des programmes spécifiques,  
des services généraux et de santé publique

RV/mp



2011-01-13

Courrier électronique

Madame Louise Soulière  
Directrice de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie  
300, rue King Est, bureau 300  
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Objet : **Appui au projet « Stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles » / Projet SIPPE / Concours PSSP 2010-2012**

Madame,

Le programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE 0-5 ans) permet de rejoindre des familles plus démunies de notre territoire. Toutefois, le taux d'abandon étant élevé, nous sommes intéressés à participer à la recherche visant à identifier des stratégies susceptibles de favoriser la rétention de ces familles puisque la continuité des services constitue la pierre angulaire du programme SIPPE. Aussi, par notre participation, nous souhaitons que les stratégies proposées soient adaptées à la réalité de notre milieu.

Notre contribution consistera à :

1. déléguer un(e) intervenant(e) et/ou un(e) gestionnaire qui participera au comité de suivi de la recherche, lequel se réunira au plus quatre fois au cours de l'étude;
2. permettre aux intervenant(e)s, et gestionnaires concernés de prendre une part active à une rencontre de discussion de groupe focalisée ayant pour but d'échanger sur les stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles au programme SIPPE.

Lors de cette rencontre, l'information recueillie dans les écrits et auprès de parents sera communiquée aux personnes participantes. Aussi, les intervenantes et intervenants du programme SIPPE aideront à identifier des parents qui pourraient participer à la recherche.

Nous vous confirmons donc notre collaboration et notre appui pour ce projet.

Veuillez agréer, Madame, nos salutations les plus distinguées.

Vicky Orichefsky  
Directrice des programmes services à la Jeunesse et aux adultes

VOMB

Centre de santé et de services sociaux  
du Val-Saint-François



Windsor, le 30 décembre 2010

Madame Louise Soulière  
Directrice de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie  
300, rue King Est, bureau 300  
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Objet : **Appui au projet « Stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles » / Projet SIPPE / Concours PSSP 2010-2012**

Madame,

En tant qu'organisme responsable, il va de soi que nous appuyons fortement le projet ci-haut nommé. En effet, le programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE 0-5 ans) permet de rejoindre des familles plus démunies de notre territoire. Toutefois, le taux d'abandon étant élevé, nous sommes intéressés à participer à la recherche visant à identifier des stratégies susceptibles de favoriser la rétention de ces familles puisque la continuité des services constitue la pierre angulaire du programme SIPPE. Aussi, par notre participation, nous souhaitons que les stratégies proposées soient adaptées à la réalité de notre milieu.

Notre contribution consistera à :

1. déléguer un(e) intervenant(e) et/ou un(e) gestionnaire qui participera au comité de suivi de la recherche, lequel se réunira au plus quatre fois au cours de l'étude;
2. permettre aux intervenant(e)s, et gestionnaires concernés de prendre une part active à une rencontre de discussion de groupe focalisée ayant pour but d'échanger sur les stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles au programme SIPPE.

Lors de cette rencontre, l'information recueillie dans les écrits et auprès de parents sera communiquée aux personnes participantes. Aussi, les intervenantes et intervenants du programme SIPPE aideront à identifier des parents qui pourraient participer à la recherche.

Nous vous réitérons donc notre collaboration et notre appui pour ce projet.

Veuillez agréer, Madame Soulière, nos cordiales salutations.

**Manon Allard**  
**Directrice des services à la communauté et de l'hébergement**

MA/cp

## Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE

---

Centre de santé et de services sociaux  
de la MRC-de-Coaticook

138, rue Jeanne-Mance  
Coaticook (Québec) J1A 1W3

Ce 12 janvier 2011

Madame Louise Soulière  
Directrice de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie  
300, rue King Est, bureau 300  
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

**Objet : Appui au projet « Stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles » / Projet SIPPE / Concours PSSP 2010-2012**

Madame,

Le programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE 0-5 ans) permet de rejoindre des familles plus démunies de notre territoire. Toutefois, le taux d'abandon étant élevé, nous sommes intéressés à participer à la recherche visant à identifier des stratégies susceptibles de favoriser la rétention de ces familles puisque la continuité des services constitue la pierre angulaire du programme SIPPE. Aussi, par notre participation, nous souhaitons que les stratégies proposées soient adaptées à la réalité de notre milieu.

Notre contribution consistera à :

1. déléguer un(e) intervenant(e) et/ou un(e) gestionnaire qui participera au comité de suivi de la recherche, lequel se réunira au plus quatre fois au cours de l'étude;
2. permettre aux intervenant(e)s, et gestionnaires concernés de prendre une part active à une rencontre de discussion de groupe focalisée ayant pour but d'échanger sur les stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles au programme SIPPE.

Lors de cette rencontre, l'information recueillie dans les écrits et auprès de parents sera communiquée aux personnes participantes. Aussi, les intervenantes et intervenants du programme SIPPE aideront à identifier des parents qui pourraient participer à la recherche.

Nous vous confirmons donc notre collaboration et notre appui pour ce projet.

Veuillez agréer, Madame, nos sincères salutations.



DENIS GAGNON  
Directeur intérimaire de programmes  
Tél. : 819-849-9102, poste 57380

c.c. : M. Pierre-André Rainville, directeur général  
Mme Sophie Duguay, conseillère clinique par intérim

**ANNEXE 2 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - INTERVENANTES,  
GESTIONNAIRES ET PERSONNES RESPONSABLES DE LA SUPERVISION  
CLINIQUE**



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

*Intervenants, gestionnaires et responsables de la supervision clinique*

### 1<sup>re</sup> PARTIE

#### DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

**Titre du projet :** Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance)

**Source de financement :** Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et ministère de la Santé et des Services sociaux

**Chercheuse principale :** Frances Gallagher, professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

**Co-chercheuses :** Linda Bell, professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Chantal Doré, professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

**Collaboratrices :** Sandra Brassard, responsable de la coordination pour le CSSS du Val-Saint-François

Lucie Lemelin, étudiante au doctorat, Université de Sherbrooke au moment de l'étude, professeure à l'Université du Québec en Outaouais

Anne St-Pierre, étudiante à la maîtrise, Université de Sherbrooke au moment de l'étude,

Yolande Grégoire, coordonnatrice de recherche, Université de Sherbrooke

**Déclaration de responsabilité :**

La chercheuse principale ainsi que les cochercheuses sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement.

**Signature de la chercheuse principale du projet :**

---

## 2<sup>e</sup> PARTIE :

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

#### 1. Présentation

Le programme SIPPE est offert aux familles avec de jeunes enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Toutefois, des données québécoises et régionales récentes rapportent que la moitié des familles ne complètent pas les deux premières années de suivi. Cette constatation incite les intervenants, les gestionnaires, les responsables de la supervision clinique, les chercheuses et les familles à s'unir pour se doter de stratégies pouvant améliorer la rétention (maintien de la participation) des familles dans le programme SIPPE, dans le but d'en tirer tous les bénéfices possibles pour les enfants et leurs parents.

#### 2. Objectifs du projet

L'objectif général de cette étude est d'identifier des stratégies favorisant le maintien de la participation des familles de l'Estrie dans le programme SIPPE. L'étude permettra d'avoir le point de vue des parents qui sont suivis ou qui ont été suivis dans le cadre de ce programme, et celui des intervenants et gestionnaires impliqués concernant des pistes de solution pour favoriser le maintien de la participation des familles dans ce programme.

#### 3. Nature de la participation

Nous sollicitons votre participation comme intervenante ou gestionnaire impliqué dans le programme SIPPE. Nous vous demandons de participer à trois rencontres de groupe qui porteront sur les stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE. Lors de la première rencontre qui sera d'une durée approximative de 1h30, l'équipe de recherche vous présentera les stratégies reconnues dans les écrits pour favoriser la rétention des familles ainsi que les facteurs influençant ces stratégies. Il vous sera alors possible d'échanger sur ces stratégies et de donner votre point de vue (interventions qui favorisent la rétention des familles, attitudes et réactions des parents qui persistent ou abandonnent le programme, raisons liées au maintien ou à l'abandon du programme, etc.).

À la suite de la première rencontre, nous irons recueillir le point de vue des parents, qui sont présentement suivis ou qui ont récemment abandonné le programme SIPPE. Nous leur demanderons de nous parler des facteurs influençant leur décision de poursuivre leur participation ou d'avoir abandonné le programme. Par la suite, nous vous rencontrerons en groupe une deuxième fois, pour une durée approximative de 1h30, pour discuter des solutions possibles au faible taux de rétention, à la lumière du point de vue des parents. Les rencontres auront lieu dans chacun des CSSS de l'Estrie participant à la recherche.

Finalement, une troisième rencontre, régionale cette fois, aura lieu. Cette rencontre durera une demi-journée (3 heures) et sera sous forme d'atelier où nous vous présenterons les résultats de notre recherche. Il vous sera alors possible d'échanger avec d'autres intervenants et gestionnaires de la région et de donner votre point de vue sur les solutions envisagées pour assurer une meilleure rétention des parents au programme SIPPE en Estrie.

## Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE

Le tableau suivant résume les différentes activités auxquelles vous serez invités à participer.

Activités	Quand	Contenu	Durée
Rencontre 1	Janvier 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrevue de groupe dans votre CSSS où l'on vous posera des questions concernant votre point de vue sur différentes stratégies utilisées pour favoriser la rétention des parents dans le programme SIPPE et les interventions que vous utilisez.</li><li>- Il vous sera également demandé de remplir un formulaire de renseignements sociodémographiques.</li></ul>	Environ 1 h 30
Rencontre 2	Mai 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrevue de groupe dans votre CSSS où l'on vous demandera de discuter des solutions possibles au faible taux de rétention des familles à la lumière du point de vue des parents.</li></ul>	Environ 1 h 30
Rencontre régionale	Octobre 2012	<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrevue de groupe sous forme d'atelier qui aura lieu au CSSS du Val-Saint-François. Les résultats de la recherche vous seront présentés et vous pourrez échanger avec les autres intervenantes et gestionnaires de la région.</li></ul>	Environ 3 heures

Les deux premières rencontres seront enregistrées en mode audio numérique et des notes seront prises lors de la dernière rencontre. Vous aurez aussi à remplir un questionnaire de renseignements sociodémographiques (âge, sexe, scolarité, fonction, années d'expérience).

### 4. Bénéfices

Si vous participez aux entrevues, vous n'obtiendrez aucun bénéfice important. Cependant vous pourriez :

- Porter un regard différent sur le programme SIPPE;
- Contribuer à la recherche et à l'avancement des connaissances concernant les facteurs influençant la rétention des familles dans le programme SIPPE;
- Bénéficier des retombées de cette étude, en ce qui a trait à la qualité des services (services mieux adaptés, meilleure participation des familles dans le programme SIPPE).

### 5. Risques et inconvénients

Aucun risque ou inconvénient évident n'est associé à cette étude. Cependant, lors des entrevues, vous pourriez :

- Être mal à l'aise de discuter de vos perceptions concernant le programme SIPPE;
- Craindre d'être jugé sur les services offerts dans le programme SIPPE;
- Vous pourriez vous inquiéter de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues au protocole.

Certaines mesures seront prises pour gérer les risques ou diminuer les effets négatifs de la recherche :

- Les membres de l'équipe de recherche mettront tout en œuvre pour créer un climat propice aux échanges. Ils seront à l'écoute de vos besoins et répondront à toutes vos questions. Soyez assuré que la participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos compétences. Il s'agit plutôt de produire une description sur laquelle

- aucun jugement de valeur n'est porté. Cette description permettra de mieux comprendre et d'améliorer le programme SIPPE qui est offert aux familles.
- Les données recueillies dans l'étude ne serviront qu'aux fins de la présente recherche et seront conservées pour une période de 5 ans.
  - Au besoin vous pouvez contacter la chercheuse principale, Professeure Frances Gallagher.

### 6. Confidentialité

Toutes les précautions sont prises pour s'assurer de la confidentialité des données recueillies et de l'anonymat des personnes dans la publication des résultats. Le matériel de recherche ne comportera aucun nom ou autre information permettant de vous identifier. Toutes les données concernant votre participation à l'étude seront conservées sous clé, dans un classeur de la chercheuse principale à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Les données informatisées seront protégées par mot de passe et sauvegardées de sorte qu'il sera possible de les détruire, une fois le délai de conservation terminé. Les documents écrits contenant des renseignements personnels seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse et les enregistrements numériques seront détruits, une fois le délai de conservation terminé.

En signant ce formulaire de consentement, vous donnez l'autorisation à la chercheuse principale de transmettre au Centre de santé et des services sociaux du Val-Saint-François certains renseignements du dossier de recherche à des fins de contrôle de la qualité ou afin de faire valoir vos droits dans une situation de plainte de votre part. Par ailleurs, le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie pourrait aussi avoir accès au dossier de recherche à des fins de surveillance.

### 7. Retrait de la participation

Votre participation est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à vous justifier. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'engendrera aucun préjudice à votre égard.

### 8. Communication des résultats

Ce projet se déroulera de l'automne 2011 à l'hiver 2013. Les données seront publiées dans des rapports destinés à l'Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie ainsi que dans des articles scientifiques. Certains résultats pourront également être présentés dans le cadre de congrès. Après la rencontre régionale (rencontre 3), un document synthèse présentant les stratégies retenues pour favoriser le maintien des familles dans le programme SIPPE sera remis à chaque établissement participant tout en respectant l'anonymat.

### 9. Personne à contacter de l'équipe de recherche

Pour tout besoin d'information, il est possible de s'adresser à la chercheuse principale : Frances Gallagher, professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Vous pouvez la joindre par téléphone au: 819 564-5354 ou par courriel : [Frances.Gallagher@USherbrooke.ca](mailto:Frances.Gallagher@USherbrooke.ca). Vous pouvez également communiquer avec la coordonnatrice du projet, Yolande Grégoire, par téléphone au : 819 346-1110, poste 15338 ou par courriel : [yolande.gregoire@USherbrooke.ca](mailto:yolande.gregoire@USherbrooke.ca).

### 10. Droits en tant qu'usagers d'un établissement de santé

En cas de besoin, vous pouvez vous adresser au commissaire local aux plaintes du CSSS du Val-Saint-François, M. Claude Lavoie, par téléphone au : 819 542-CSSS (2777), poste 55010 ou par courriel : [clavoie.vsf@ssss.gouv.qc.ca](mailto:clavoie.vsf@ssss.gouv.qc.ca).

## 11. Approbation par le comité d'éthique de la recherche

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Estrie.

Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez expliquer vos préoccupations à la présidente de ce comité en contactant son secrétariat, M<sup>me</sup> Lyne Turcotte, au 819 780-2220, poste 45386.

## 12. Consentement

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare que \_\_\_\_\_ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement :

\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_.

**ANNEXE 3 - FEUILLET PUBLICITAIRE POUR LES PARENTS**

**Vous pouvez communiquer directement avec l'équipe de recherche.**

Yolande Grégoire, coordonneuse du projet de recherche  
École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke  
Courriel : [Yolande.Gregoire@USherbrooke.ca](mailto:Yolande.Gregoire@USherbrooke.ca)

Francois Gallagher, chercheuse principale, professeure  
École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke  
Téléphone : 819 564-3554  
Courriel : [Francois.Gallagher@USherbrooke.ca](mailto:Francois.Gallagher@USherbrooke.ca)

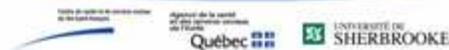
*Pour aider à améliorer nos services*

**Votre point de vue sur les visites à domicile que vous recevez pour vous et votre enfant de 5 ans et moins**

*En toute confidentialité*



La recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.



**Nous vous invitons à recevoir plus de renseignements sur une recherche qui donne la parole aux parents**

**Sont admissibles à cette étude, les parents qui :**

- Reçoivent des visites d'une ou d'un intervenant à domicile pour un enfant âgé de moins de 5 ans (programme SIPPE)

**L'équipe de recherche veut...**

- Permettre aux parents de donner leur point de vue sur les visites qu'ils reçoivent à domicile pour leur enfant âgé de moins de 5 ans en toute confidentialité
- Mieux comprendre les points appréciés et les points à améliorer au sujet des interventions faites au cours de ces visites

Cette recherche est appuyée par plusieurs établissements de santé de l'Estrie (tous les Centres de santé et services sociaux (CSSS) et l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie).

**Vous êtes intéressée à avoir plus de renseignements?**

- Il suffit d'autoriser l'intervenante ou l'intervenant qui vient à domicile pour vous et votre enfant à communiquer votre nom et numéro de téléphone à la coordonneuse du projet de recherche.

**La coordonneuse du projet de recherche communiquera par téléphone avec vous...**

- Pour vous expliquer en détail la recherche (son déroulement, les conditions de votre future participation)
- Vérifier si vous acceptez de participer

**Une fois informé...**

- Vous pourrez alors décider librement si vous acceptez ou non de participer.

**Les principales responsables de la recherche sont...**

**Professeures à l'Université de Sherbrooke**

- Francoise Gallagher, infirmière
- Linda Bell, infirmière
- Chantal Doré, sociologue
- Guadalupe Puentes-Neuman, psychologue

**ANNEXE 4 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À COMMUNIQUER SES  
COORDONNÉES À L'ÉQUIPE DE RECHERCHE**

Centre de santé et de services sociaux  
du Val-Saint-François

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de l'Estrie



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

Québec

RECHERCHE

## Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE

Permission accordée à l'intervenante du CSSS de transmettre mon nom et mon numéro de téléphone à un membre de l'équipe de recherche

---

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à recevoir de l'information sur une recherche intitulée « Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et petite-enfance) ». Dans cette recherche, nous voulons trouver des pistes de solution pour favoriser le maintien des familles dans le programme SIPPE.

### Que voulons-nous faire?

1. Décrire quelles sont les raisons pour lesquelles vous maintenez votre participation dans le programme SIPPE.
2. Décrire les facteurs à améliorer dans le programme SIPPE.
3. Recueillir votre point de vue sur des stratégies potentielles pour favoriser le maintien des familles dans les programmes SIPPE.

### Qui sont les responsables de cette recherche?

Cette recherche est principalement dirigée par une chercheuse de l'Université de Sherbrooke :

- Frances Gallagher est la chercheuse principale. Elle travaille à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et est chercheuse régulière au CLSC du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

D'autres cochercheuses sont impliquées dans la recherche :

- Linda Bell, infirmière, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
- Chantal Doré, sociologue, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

### Qui subventionne cette recherche?

La recherche est subventionnée par l'Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie et le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

### Qui peut participer?

Votre intervenante vous a remis le présent formulaire car vous avez les caractéristiques nécessaires pour participer à cette étude. Les personnes invitées à participer à la recherche sont :

- Parent (mère ou père) au sein d'une famille suivie dans le cadre du programme SIPPE OU ayant participé et abandonné le programme SIPPE au cours des 12 derniers mois;
- Être en mesure de s'exprimer en français ou en anglais suffisamment pour participer aux entrevues;
- Ne pas être un parent faisant l'objet d'une intervention ou d'un suivi par la protection de la jeunesse au moment de l'étude.

### **Pour recevoir plus d'information**

Nous vous demandons, par la présente, de permettre à votre intervenante de nous transmettre votre nom et votre numéro de téléphone. Ceci permettra à une coordonnatrice ou l'assistante de recherche de communiquer avec vous par téléphone d'ici quelques jours pour vous transmettre de l'information détaillée sur cette étude. Elle vous renseignera sur le déroulement de la recherche et les conditions de votre future participation.

Une fois que vous serez davantage informé, vous pourrez décider librement si vous acceptez de participer ou non. On vous invitera à signer un deuxième formulaire de consentement, si vous acceptez de participer à la recherche.

En tout temps, vous pouvez communiquer avec la responsable de l'étude : Professeure Frances Gallagher au numéro 819 564-5354, pour toute information supplémentaire.

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie et le Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Pour toute question éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule ce projet, vous pouvez contacter la présidente du Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Vous pourrez la joindre par l'intermédiaire de son secrétariat auprès de madame Lyne Turcotte, en composant le 819 780-2220, poste 45386.

Responsable de la recherche,

Frances Gallagher, chercheuse, inf., Ph. D.

## Formulaire de consentement

Je \_\_\_\_\_ (nom de la personne) accepte que \_\_\_\_\_ (nom de l'intervenante) transmette mon nom et mon numéro de téléphone à l'équipe de recherche en vue d'une possible participation à l'étude intitulée « Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et petite-enfance) ». Ces renseignements resteront confidentiels. Je comprends que si mon nom est retenu, une chercheuse communiquera avec moi d'ici quelques jours et m'expliquera le projet. Ce n'est qu'après avoir compris en quoi consistera ma participation à l'étude que je prendrai la décision de participer.

Advenant que je refuse, aucun tort (préjudice) ne me sera fait et je recevrai la même qualité de soins que si j'avais accepté.

---

Signature de la personne

Numéro de téléphone

Date

---

Signature de la personne qui a obtenu le consentement

Date

**ANNEXE 5 - GUIDE D'ENTREVUE POUR LA PREMIÈRE RENCONTRE DE  
GROUPE**

## **GUIDE D'ENTREVUE**

**Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance)**

---

### **Rencontre de groupe 1**

**Intervenantes, gestionnaires et personnes responsables de la supervision clinique**

## PRÉPARATION

- Disposition de la salle (tables, chaises disposées de manière à ce que les personnes participantes soient en cercle et qu'elles aient suffisamment d'espace pour leurs documents).
- Détermination de la place de l'animatrice et de l'observateur.
- Installation et vérification du matériel d'enregistrement.

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

### 1. Accueil à l'arrivée des participantes

- Souhaiter la bienvenue aux participantes.
- Remettre le carton avec leur nom (à placer devant elles).
- Signature de la feuille de présences.
- Inviter à se servir un breuvage ou autre.

### 2. Présentations, remerciements et consentement

- Présentations
- Tout d'abord, nous vous remercions d'avoir accepté de nous rencontrer malgré vos horaires chargés.
- Lire le formulaire de consentement à haute voix avec le groupe. Donner des explications supplémentaires au besoin. Vérifier régulièrement si les participantes ont des questions, s'ils comprennent bien le contenu du formulaire.
- À la lumière de ces renseignements, si les participantes acceptent de participer à l'étude, leur demander de signer le formulaire de consentement en deux copies et leur en laisser une, l'autre sera déposée sous clé à l'endroit désigné.
- Rappeler le but de la recherche qui est d'identifier des stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles de l'Estrie suivies dans le cadre du programme SIPPE.

### 3. Explication du déroulement

- Présentation du plan de la rencontre
- Explication relative à l'enregistrement
  - Évite la prise de notes
  - Effacement de l'enregistrement dès que deux personnes de l'équipe en auront fait la synthèse
  - Le contenu des échanges sera traité de manière à respecter l'anonymat des participantes (aucun nom ne sera mentionné dans la synthèse des discussions, analyse de l'ensemble des réponses – résultats pour le groupe de participantes).

- Préciser aux participantes qu'elles peuvent se retirer de la discussion de groupe en tout temps, qu'elles peuvent demander d'en effacer certains extraits sans que cela ne leur cause de préjudice.
- Explication du rôle de l'animatrice, de l'observatrice et des participantes
  - Animatrice :
    - Introduit la discussion du groupe focalisé sur les stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles dans le programme SIPPE.
    - Pose les questions visant à recueillir votre point de vue sur ces stratégies.
    - Encourage la participation de chacune des personnes.
  - Observateur :
    - Prend des notes sur le déroulement de la rencontre.
    - Vérifie si les éléments importants ont tous été abordés.
    - Peut proposer des questions d'approfondissement au besoin.
  - Participantes :
    - Partagent leur point de vue, leur perception et leur expérience avec les autres membres du groupe.
    - Échangent avec les autres, à la suite du partage des divers points de vue.
- Mettre la rencontre en contexte
  - En tant qu'intervenante ou gestionnaire impliquées dans le programme SIPPE, vous côtoyez des familles qui sont présentement suivies ou qui ont été suivies dans le cadre du programme SIPPE. Plusieurs familles ne complètent pas le programme SIPPE. De par votre expérience, vous avez une bonne connaissance du point de vue des parents et des interventions effectuées dans le cadre de ce programme. En ce sens, vous êtes bien placées pour nous informer et nous expliquer ce qui se passe sur le terrain.
- Expliquer brièvement le déroulement de la rencontre
  - Tout d'abord, je vous présenterai les stratégies susceptibles de favoriser la rétention que nous avons identifiées dans les écrits.
  - Au cours de la présente rencontre, je vous poserai des questions afin de recueillir de l'information qui m'aidera à comprendre votre point de vue sur ces stratégies et ce qui se fait également sur le terrain afin d'identifier des pistes de solution susceptibles de favoriser la rétention des familles dans le programme SIPPE. Aussi, une dernière question permettra de recueillir des suggestions pour les entrevues prévues auprès des parents. C'est donc votre regard, vos perceptions et votre expérience qui nous intéressent. Dans ce sens, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions.
  - La rencontre comportera au total 5 questions principales ainsi qu'un formulaire de renseignements sociodémographiques.
- Présenter les stratégies relevées dans les écrits.

## ENTREVUE

---

### Question 1

Que pensez-vous des stratégies que nous avons identifiées dans la littérature?

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Avis à propos de (perception de...)
  - L'utilité
  - La faisabilité des stratégies (disponibilité des ressources, réalité culturelle en Estrie, point de vue des parents)
  - La pertinence

### Question 2

Parmi les interventions que vous posez auprès des familles suivies dans le programme SIPPE, selon vous, lesquelles sont susceptibles de favoriser leur rétention.

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Description détaillée de ces interventions
- Fréquence à laquelle vous avez utilisé ces interventions
- Les attitudes et réactions des parents qui persistent dans le programme SIPPE
- Les attitudes et réactions des parents qui abandonnent le programme SIPPE

### Question 3

En résumé, selon vous, qu'est-ce qui fait que les parents maintiennent leur participation au programme SIPPE pour la durée prévue.

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Raisons liées aux interventions ou aux caractéristiques des intervenantes
- Raisons liées aux caractéristiques personnelles ou familiales
- Raisons liées au programme (structure, contenu)
- Raisons liées à la communauté

### Question 4

Selon vous, qu'est-ce qui explique que des familles abandonnent précocement leur participation au programme.

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Fréquence à laquelle vous rencontrez ce type de famille
- Raisons liées aux interventions ou aux caractéristiques des intervenantes
- Raisons liées aux caractéristiques personnelles ou familiales
- Raisons liées au programme (structure, contenu)
- Raisons liées à la communauté
- En résumé, ce qui les distingue des autres parents

**Question 5**

Au cours des prochaines semaines, nous irons rencontrer des parents afin d'obtenir leur point de vue sur le sujet. Quels sont les points importants que nous devrions considérer lors de nos entrevues?

**Conclusion**

Je vous remercie énormément pour votre générosité. Toute l'information que vous m'avez transmise pourra éclairer les chercheuses et aider la réflexion sur les meilleurs services à offrir aux familles en Estrie.

Parler de la deuxième rencontre et informer les participantes que l'on communiquera avec elles sous peu pour fixer une date pour la deuxième rencontre de groupe.

*Remplir le formulaire de renseignements sociodémographiques.*

**ANNEXE 6 - QUESTIONNAIRE DE RENSEIGNEMENTS  
SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

**Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE**

(Services Intégrés en Périnatalité et Petite-Enfance)

**RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Formulaire Intervenant, gestionnaire ou personne responsable de la supervision clinique

**Section à compléter par l'équipe de recherche**

Numéro d'identification

Date d'aujourd'hui

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

1. Âge : \_\_\_\_\_

2. Sexe :  Féminin  Masculin

3. Quel est votre dernier diplôme?	Titre du diplôme	Année d'obtention
_____	_____	_____

4. MRC de votre travail?  CSSS du Haut-Saint-François  CSSS du Val-Saint-François  
 CSSS de Memphrémagog  CSSS de la MRC-de-Coaticook  
 CSSS des sources  CSSS-IUGS  
 CSSS du Granit

5. Quel poste occupez-vous? \_\_\_\_\_  Temps plein  
 Temps partiel

6. Depuis quand occupez-vous ce poste?  
(année, mois) \_\_\_\_\_

7. Nombre d'années d'expérience dans le Programme SIPPE : \_\_\_\_\_

8. Assumez-vous le rôle d'intervenant privilégié auprès des familles?  Oui  Non

**MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION!**

**ANNEXE 7 - GUIDES D'ENTREVUE POUR LES PARENTS**

---

## GUIDE D'ENTREVUE

Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme  
SIPPE  
(Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance)

### **Entrevue 1**

**Parents suivis**  
Version février 2012

### Directives pour l'interviewer

- Lire le formulaire de consentement à haute voix avec le parent participant. Donner des explications supplémentaires au besoin. Vérifier régulièrement si la participante a des questions, si elle comprend bien le contenu du formulaire.
- À la lumière de ces informations, si la participante accepte de participer à l'étude, lui demander de signer le formulaire de consentement en deux copies et lui en laisser une, l'autre sera déposée sous clé à l'endroit désigné.
- Préciser à la participante qu'elle peut mettre fin à l'enregistrement en tout temps, qu'elle peut demander d'en effacer certains extraits sans que cela ne lui cause de préjudice.
- Expliquer à la participante que le contenu de l'entrevue est confidentiel et mentionner les principales mesures qui seront prises pour préserver son anonymat.
- Préciser que c'est son point de vue qui nous intéresse, ses perceptions, son expérience. En ce sens, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions.
- Mettre la rencontre en contexte :
  - Certaines familles bénéficient de services à domicile destinés à leur enfant et ce, de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans. Parmi ces familles, certaines complètent le suivi suggéré et d'autres mettent fin au suivi en cours de route et ce, pour diverses raisons. Les parents dans une ou l'autre de ces situations ont rarement l'occasion de dire véritablement ce qu'ils pensent de ces services et des raisons pour lesquelles ils décident de le poursuivre ou de le cesser. Nous voulons vous permettre de vous exprimer sans que les professionnels de la santé que vous consultez soient informés de votre point de vue personnel. La recherche vise à comprendre votre vécu face aux interventions que vous avez reçues : ce que vous en pensez, les raisons pour lesquelles vous avez décidé de continuer le suivi dans ce programme. Nous ne sommes pas là pour vous juger. Nous voulons plutôt mieux comprendre votre réalité.
- Rappeler le but de la recherche qui est d'identifier des moyens pour que les familles maintiennent les services à domicile offerts à leur enfant âgé de moins de cinq ans (aussi appelé programme SIPPE).
- Expliquer brièvement le déroulement de la rencontre :
  - Au cours de la présente entrevue, je vous poserai des questions afin de recueillir l'information qui m'aidera à comprendre votre point de vue en tant que parent qui reçoit présentement des visites à domicile pour un enfant âgé de moins de cinq ans. En ce sens, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions.
  - L'entrevue comportera huit questions principales, un questionnaire sur les relations avec vos proches [questionnaire pour la recherche d'une étudiante à la maîtrise, approbation du CÉR obtenue] ainsi qu'un formulaire de renseignements sociodémographiques.

### Question 1

Un intervenant du CSSS vous rencontre depuis quelques temps. Pour commencer, j'aimerais que vous me donniez quelques renseignements concernant les services du CSSS que vous recevez.

- Quels sont les services que vous recevez (visites, aide particulière, etc.)?
- Qui vous donne ces services et depuis quand?
  - Infirmière, travailleuse sociale, éducatrice, etc.
  - Changement d'intervenante?
- Quel est le lieu où ces rencontres ont lieu?
- Quelle est la fréquence des rencontres?
- Quelle est la durée moyenne d'une rencontre?

### Question 2

Racontez-moi comment se déroule en général une rencontre avec l'intervenante.

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Présence ou non d'un membre de la famille, d'une personne significative, de l'enfant, etc.
- Sujets qui sont discutés

### Question 3

Que pensez-vous des visites à domicile que vous recevez, en général?

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Avis à propos de... (perception de...)
  - Appréciation
  - Utilité
- Points positifs et points négatifs
- Exemples pour illustrer les propos

### Question 4

Présentement, vous recevez toujours des visites à domicile pour votre enfant. Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous motive à maintenir ces visites?

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Adéquation entre les services offerts et les besoins des parents
- Soutien offert
- Relation avec les intervenants
- Suivi à long terme
- Structure du programme (horaire, sujets discutés, etc.)
- Raisons personnelles

### Question 5

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans ces visites?

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Adéquation entre les services offerts et les besoins des parents
- Soutien offert
- Relation avec les intervenants
- Suivi à long terme
- Structure du programme (horaire, sujets discutés, etc.)
- Raisons personnelles

### Question 6

Connaissez-vous des gens qui ont cessé ce type de visites à domicile? Si oui, pouvez-vous me parler des raisons pour lesquelles ils ont décidé d'y mettre un terme?

### Question 7

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans votre quartier pour vous aider en tant que parent?

- Qui vous a fait connaître des organismes communautaires ou des organismes d'aide dans votre quartier ou votre municipalité?
  - Est-ce que les intervenantes du CLSC vous ont fait connaître des organismes communautaires ou des organismes d'aide? Si oui, pouvez-vous m'en parler. Points à explorer selon le cas :
    - ce qui a été fait
    - liens du parent avec les organismes
    - accès facile ou non
    - réponse à leur besoin
- Pouvez-vous me dire si les intervenantes du CLSC vous ont aidé à avoir des liens avec votre voisinage, avec vos proches. Points à explorer selon le cas :
  - ce qui a été fait
  - types de liens avec le voisinage
  - réponse à leur besoin

### Question 8

Y a-t-il d'autres aspects que nous n'avons pas abordés au cours de l'entrevue et dont vous aimeriez me faire part?

### Question 9 [Pour la recherche d'une étudiante à la maîtrise]

Maintenant, je vais vous poser 40 questions concernant la relation avec les autres. Vous pourrez répondre avec un choix de réponse allant de « totalement en désaccord » à « totalement en accord ». Pour vous aider, voici une échelle contenant les 6 choix de réponse (donner l'échelle au parent). Ce questionnaire prendra environ 10 minutes à compléter. Vos réponses aux questions concernent vos relations en général. Comme pour les autres sections de l'entrevue, s'il y a une ou des questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre, vous êtes libre de le faire (voir le QSA en annexe).

### **Question 10**

Comment avez-vous trouvé l'expérience de participer à cette entrevue?

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Impression que sa collaboration est aidante ou non
- Questions gênantes ou non, difficiles à comprendre ou non, difficiles à répondre ou non

### **Conclusion**

À la lumière de toute l'information que vous m'avez transmise, qu'est-ce qui vous semble le plus important?

Je vous remercie énormément pour votre générosité. Toute l'information que vous m'avez transmise pourra éclairer les chercheuses et aider la réflexion sur les meilleurs services à offrir aux familles en Estrie.

Parler de l'entrevue de validation et informer la participante que l'on communiquera avec elle sous peu pour fixer un rendez-vous pour la deuxième entrevue téléphonique.

***Remplir le formulaire de renseignements sociodémographiques.***

## GUIDE D'ENTREVUE

Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme  
SIPPE  
(Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance)

---

### **Entrevue 1**

#### **Parents ayant abandonné**

Version février 2012

### Directives pour l'interviewer

- Lire le formulaire de consentement à haute voix avec le parent participant. Donner des explications supplémentaires au besoin. Vérifier régulièrement si la participante a des questions, si elle comprend bien le contenu du formulaire.
- À la lumière de ces informations, si la participante accepte de participer à l'étude, lui demander de signer le formulaire de consentement en deux copies et lui en laisser une, l'autre sera déposée sous clé à l'endroit désigné.
- Préciser à la participante qu'elle peut mettre fin à l'enregistrement en tout temps, qu'elle peut demander d'en effacer certains extraits sans que cela ne lui cause de préjudice.
- Expliquer au participant que le contenu de l'entrevue est confidentiel et mentionner les principales mesures qui seront prises pour préserver son anonymat.
- Préciser que c'est son point de vue qui nous intéresse, ses perceptions, son expérience. En ce sens, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions.
- Mettre la rencontre en contexte :
  - Certaines familles bénéficient de services à domicile destinés à leur enfant et ce, de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans. Parmi ces familles, certaines complètent le suivi suggéré et d'autres mettent fin au suivi en cours de route et ce, pour diverses raisons. Les parents dans une ou l'autre de ces situations ont rarement l'occasion de dire véritablement ce qu'ils pensent de ces services et des raisons pour lesquelles ils décident de le poursuivre ou de le cesser. Nous voulons vous permettre de vous exprimer sans que les professionnels de la santé que vous consultez soient informés de votre point de vue personnel. La recherche vise à comprendre votre vécu face aux interventions que vous avez reçues : ce que vous en pensez, les raisons pour lesquelles vous avez décidé de cesser le suivi dans ce programme. Nous ne sommes pas là pour vous juger. Nous voulons plutôt mieux comprendre votre réalité.
- Rappeler le but de la recherche qui est d'identifier des moyens pour que les familles maintiennent les services à domicile offerts à leur enfant âgé de moins de cinq ans (aussi appelé programme SIPPE).
- Expliquer brièvement le déroulement de la rencontre :
  - Au cours de la présente entrevue, je vous poserai des questions afin de recueillir l'information qui m'aidera à comprendre votre point de vue en tant que parent qui a déjà reçu des visites à domicile pour un enfant âgé de moins de cinq ans. En ce sens, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions.
  - L'entrevue comportera huit questions principales, un questionnaire sur la relation avec vos proches [recherche d'une étudiante à la maîtrise, approbation éthique obtenue] ainsi qu'un formulaire de renseignements sociodémographiques.

### Question 1

Vous avez reçu des visites à domicile d'un intervenant du CSSS au cours des derniers mois. Pour commencer, j'aimerais que vous me donniez quelques renseignements concernant les services du CSSS que vous avez reçus.

- Quels sont les services que vous avez reçus (visites, aide particulière, etc.)?
- Qui vous donne ces services et depuis quand?
  - Infirmière, travailleuse sociale, éducatrice, etc.
  - Changement d'intervenante?
- Quel était le lieu où ces rencontres avaient lieu?
- Quelle était la fréquence des rencontres?
- Quelle était la durée moyenne d'une rencontre?

### Question 2

Racontez-moi comment se déroulait en général une rencontre avec l'intervenante.

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Présence ou non d'un membre de la famille, d'une personne significative, de l'enfant, etc.
- Sujets qui sont discutés

### Question 3

Que pensez-vous des visites à domicile que vous avez reçues, en général?

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Avis à propos de... (perception de...)
  - Appréciation
  - Utilité
- Points positifs et points négatifs
- Exemples pour illustrer les propos

### Question 4

Au cours des derniers mois, vous avez souhaité ne plus recevoir de visites à domicile. Pouvez-vous expliquer ce qui vous a amené à prendre cette décision?

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Adéquation entre les services offerts et les besoins des parents
- Soutien offert
- Relation avec les intervenantes
- Suivi à long terme
- Structure du programme (horaire, sujets discutés, etc.)
- Raisons personnelles (malaise, crainte d'être étiqueté, manque de temps, etc.)

### Question 5

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans ces visites pour qu'elles répondent mieux à vos besoins?

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Adéquation entre les services offerts et les besoins des parents

- Soutien offert
- Relation avec les intervenantes
- Suivi à long terme
- Structure du programme (horaire, sujets discutés, etc.)
- Raisons personnelles

### **Question 6**

Connaissez-vous d'autres gens qui ont cessé ce type de visites à domicile? Si oui, pouvez-vous me parler des raisons pour lesquelles ils ont décidé d'y mettre un terme?

### **Question 7**

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans votre quartier pour vous aider en tant que parent?

### **Question 8**

Y a-t-il d'autres aspects que nous n'avons pas abordés au cours de l'entrevue et dont vous aimeriez me faire part?

### **Question 9**

Maintenant, je vais vous poser 40 questions concernant la relation avec les autres. Vous pourrez répondre avec un choix de réponse allant de « totalement en désaccord » à « totalement en accord ». Pour vous aider, voici une échelle contenant les 6 choix de réponse (donner l'échelle au parent). Ce questionnaire prendra environ 10 minutes à compléter. Vos réponses aux questions concernent vos relations en général. Comme pour les autres sections de l'entrevue, s'il y a une ou des questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre, vous êtes libre de le faire (voir le QSA en annexe).

### **Question 10**

Comment avez-vous trouvé l'expérience de participer à cette entrevue?

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Impression que sa collaboration est aidante ou non
- Questions gênantes ou non, difficiles à comprendre ou non, difficiles à répondre ou non

### **Conclusion**

À la lumière de toute l'information que vous m'avez transmise, qu'est-ce qui vous semble le plus important?

Je vous remercie énormément pour votre générosité. Toute l'information que vous m'avez transmise pourra éclairer les chercheuses et aider la réflexion sur les meilleurs services à offrir aux familles en Estrie.

Parler de l'entrevue de validation et informer la participante que l'on communiquera avec elle sous peu pour fixer un rendez-vous pour la deuxième entrevue téléphonique.

***Remplir le formulaire de renseignements sociodémographiques.***

**ANNEXE 8 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS**



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

*Parents (père ou mère)*

### 1<sup>re</sup> PARTIE

#### DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

**Titre du projet :** Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance)

**Source de financement :** Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie et ministère de la Santé et des Services sociaux

**Chercheuse principale :** Frances Gallagher, professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

**Cochercheuses :** Linda Bell, professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke  
Chantal Doré, professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

**Collaboratrices :** Sandra Brassard, responsable de la coordination pour le CSSS du Val-Saint-François

Lucie Lemelin, étudiante au doctorat, Université de Sherbrooke et Université du Québec en Outaouais

Anne St-Pierre, étudiante à la maîtrise, Université de Sherbrooke

Yolande Grégoire, coordonnatrice de recherche, Université de Sherbrooke

#### Déclaration de responsabilité :

La chercheuse principale ainsi que les cochercheuses sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement.

**Signature de la chercheuse principale du projet :**

---

## 2<sup>e</sup> PARTIE :

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

#### 13. Présentation

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) offrent différents services à leur clientèle. Ainsi des intervenantes font des visites à domicile pour des enfants âgés de moins de cinq ans. Ces services sont offerts dans le cadre d'un programme qui se nomme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance). Voici des exemples d'interventions qui peuvent être faites dans le cadre de ce programme : soutien (individuel, couple, famille) selon les besoins, soutien pour faciliter l'accès à différents organismes dans la communauté (garderie, retour aux études, etc.). Aussi, diverses activités, cours, loisirs sont développés par le CSSS et les organismes communautaires.

Des données québécoises et régionales récentes rapportent toutefois que la moitié des familles ne complètent pas les deux premières années de suivi offertes dans le cadre de ce programme. Cette constatation incite les chercheuses, les intervenantes, les gestionnaires, les responsables de la supervision clinique et les familles à s'unir pour trouver des moyens pouvant améliorer le maintien de la participation des familles dans le programme SIPPE, dans le but d'en tirer tous les bénéfices possibles pour les enfants et leurs parents.

#### 14. Objectifs du projet

L'objectif général de cette étude est d'identifier des moyens favorisant le maintien de la participation des familles de l'Estrie dans le programme SIPPE. L'étude permettra d'avoir le point de vue des parents qui sont suivis ou qui ont été suivis dans le cadre de ce programme, et celui des intervenantes, des gestionnaires et des responsables de la supervision clinique impliqués afin de trouver des pistes de solution pour favoriser le maintien de la participation des familles dans ce programme.

#### 15. Nature de la participation

Nous sollicitons votre participation comme parent. Nous vous demandons de participer à deux entrevues qui porteront sur votre expérience en tant que parent ayant reçu de telles visites à domicile (raisons pour lesquelles vous maintenez ou avez cessé le suivi, suggestions pour améliorer le programme). La première entrevue aura lieu à domicile ou au CSSS de votre région, selon votre choix. Elle durera environ une heure quinze minutes et sera enregistrée en mode audionumérique. Lors de cette rencontre, vous aurez également à répondre à un questionnaire sur les relations avec vos proches et un formulaire de renseignements sociodémographiques (âge, sexe, scolarité, revenu du ménage, nombre d'enfants, etc.). La seconde entrevue aura lieu à un mois d'intervalle. Il s'agira d'une entrevue téléphonique d'une durée approximative de 30 minutes qui servira à compléter les propos de la première entrevue.

Si vous le désirez, vous serez invité à participer à un groupe de discussion avec d'autres parents participant à la recherche. Vous aurez l'occasion de partager votre expérience avec eux. Vous serez informé du moment et du lieu de cette activité ultérieurement.

## Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE

Le tableau suivant présente un résumé des activités où les parents participant à la recherche sont impliqués.

Activités	Quand	Contenu	Durée
Entrevue individuelle	Février 2012	Entrevue avec l'assistante de recherche. Elle vous posera des questions concernant votre expérience dans le programme SIPPE et vous demandera de répondre à un questionnaire sur les relations avec vos proches et un formulaire de renseignements sociodémographiques.	Environ 75 minutes
Entrevue téléphonique	Mars 2012	Entrevue téléphonique environ un mois après la première entrevue. Cette entrevue servira à compléter la première entrevue.	Environ 30 minutes
Groupe de discussion	Novembre 2012	Si vous le désirez, participer à un groupe de discussion avec d'autres parents participant à la recherche.	Environ 1 heure

### 16. Bénéfices

Si vous participez aux entrevues, vous n'obtiendrez aucun bénéfice important. Cependant, vous pourriez :

- Avoir l'occasion d'exprimer votre point de vue sur les visites à domicile que vous avez reçues (programme SIPPE);
- Contribuer à la recherche et à l'identification de moyens qui favoriseront le maintien des familles dans le programme SIPPE.

### 17. Risques et inconvénients

Aucun risque ou inconvénient évident n'est associé à cette étude. Cependant, lors des entrevues, vous pourriez :

- Être mal à l'aise de discuter de votre opinion concernant les visites à domicile que vous avez reçues dans le cadre du programme SIPPE ou de votre décision d'avoir cessé votre participation à ce programme;
- Vous pourriez vous inquiéter suite à votre choix de cesser votre participation à ce programme;
- Vous pourriez vous inquiéter de l'utilisation qui sera faite des données de recherche.

Certaines mesures seront prises pour gérer les risques ou diminuer les effets négatifs de la recherche :

- L'assistante de recherche mettra tout en œuvre pour créer un climat propice aux échanges. Elle sera à l'écoute de vos besoins et répondra à toutes vos questions. Soyez assuré que la participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos compétences parentales. Il s'agit plutôt de produire une description de votre point de vue sur laquelle aucun jugement de valeur n'est porté. Cette description permettra de mieux comprendre et d'améliorer les services à domicile qui sont offerts aux familles.
- Les données recueillies dans l'étude ne serviront qu'aux fins de la présente étude et seront conservées pour une période de 5 ans après la fin de l'étude.
- Au besoin vous pouvez contacter la chercheuse principale, Professeure Frances Gallagher par téléphone : 819 564-5354.

### Confidentialité

Toutes les précautions seront prises pour s'assurer de la confidentialité des données recueillies et de l'anonymat des personnes dans la publication des résultats. Le matériel de recherche ne comportera aucun nom ou autre information permettant de vous identifier. Toutes les données vous concernant seront conservées sous clé, dans un classeur de la chercheuse principale à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Les données informatisées seront protégées par un mot de passe et sauvegardées de sorte qu'il sera possible de les détruire, une fois le délai de conservation terminé. Les documents écrits contenant des renseignements personnels seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse et les enregistrements numériques seront détruits, une fois le délai de conservation terminé.

En signant ce formulaire de consentement, vous donnez l'autorisation à la chercheuse principale de transmettre au Centre de santé et des services sociaux du Val-Saint-François certains renseignements du dossier de recherche à des fins de contrôle de la qualité ou afin de faire valoir vos droits dans une situation de plainte de votre part. Par ailleurs, le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie pourrait aussi avoir accès au dossier de recherche à des fins de surveillance.

Si vous participez à la rencontre de groupe, vous vous engagez à respecter la confidentialité des discussions qui auront lieu lors de cette rencontre et à ne pas divulguer le nom des autres participants.

### 18. Retrait de la participation

Votre participation est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à vous justifier. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucun impact sur les services que vous recevez ou pourriez recevoir.

### 19. Communication des résultats

Ce projet se déroulera de l'automne 2011 à l'hiver 2013. Les données seront publiées dans des rapports destinées à l'Agence de santé et des services sociaux de l'Estrie ainsi que dans des articles scientifiques. Certains résultats pourront également être présentés dans le cadre de congrès.

### 20. Compensation pour la participation à la recherche

Si vous participez à la rencontre de groupe, vous recevrez la somme forfaitaire minimale de 25\$ pour le transport et les frais de gardiennage, selon votre lieu de résidence.

### 21. Personne à contacter de l'équipe de recherche

Pour tout besoin d'information, il est possible de s'adresser à la chercheuse principale : Frances Gallagher, professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Vous pouvez la joindre par téléphone au: 819 564-5354 ou par courriel : [Frances.Gallagher@USherbrooke.ca](mailto:Frances.Gallagher@USherbrooke.ca). Vous pouvez également communiquer avec la coordonnatrice du projet, Yolande Grégoire, par téléphone au : 819 346-1110 poste 15338 ou par courriel : [yolande.gregoire@USherbrooke.ca](mailto:yolande.gregoire@USherbrooke.ca).

## 22. Droits en tant qu'usagers d'un établissement de santé

En cas de besoin, vous pouvez vous adresser au commissaire local aux plaintes du CSSS du Val-Saint-François, M. Claude Lavoie, par téléphone au : 819 542-CSSS (2777), poste 55010 ou par courriel : [clavoie.vsf@ssss.gouv.qc.ca](mailto:clavoie.vsf@ssss.gouv.qc.ca).

## 23. Approbation par le comité d'éthique de la recherche

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.

Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable de la recherche, expliquer ses préoccupations à la présidente de ce comité en contactant son secrétariat, Mme Lyne Turcotte, au 819 780-2220, poste 45386.

## 24. Consentement

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare que \_\_\_\_\_ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_.

**ANNEXE 9 - GUIDE POUR LA DEUXIÈME RENCONTRE DE GROUPE**

## GUIDE D'ENTREVUE

Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme  
SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance)

---

### **Rencontre de groupe 2**

**Intervenantes, gestionnaires et  
personnes responsables de la supervision clinique**

5 min.	<b>Introduction</b> (accueil, plan, formulaire de consentement pour les personnes n'ayant pas participé à la rencontre 1 et questionnaire sociodémo)
15 min.	<b>Stratégies mentionnées par les participantes des 7 CSSS</b> (résultats préliminaires)
25 min.	<b>Entrevue</b>
15 min.	<b>Point de vue des parents</b> (résultats partiels et préliminaires)
25 min.	<b>Entrevue</b>
5 min.	<b>Conclusion</b>

### Matériel

- Magnétophones
- Questionnaires sociodémographiques
- Formulaires de consentement pour les intervenantes

Papier et crayons feutres pour identifier les participantes  
Collation

### Introduction

- Accueil
- Plan
  - Deux volets (stratégies relevées par les intervenantes des 7 CSSS et point de vue des parents)
  - Au cours de la présente rencontre, je vous poserai des questions afin de recueillir votre point de vue à propos des résultats présentés. C'est donc votre regard, vos perceptions et votre expérience qui nous intéresse. Dans ce sens, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions.
- Formulaire de consentement pour les personnes absentes à la première rencontre et le questionnaire de renseignements sociodémographiques.

## **PRÉSENTER LES STRATÉGIES NOMMÉES PAR LES INTERVENANTS**

### **Question 1**

**Que pensez-vous des stratégies que nous avons décrites?** Votre avis à propos de... (perception de...)

- L'utilité
- La faisabilité des stratégies (disponibilité des ressources, réalité culturelle en Estrie, point de vue des parents)
- La pertinence
- Celles qui font le plus de sens

## **PRÉSENTER LE POINT DE VUE DES PARENTS**

### **Question 2**

**Que pensez-vous des stratégies apportées par les parents?** Votre avis à propos de... (perception de...)

- L'utilité
- La faisabilité des stratégies (disponibilité des ressources, réalité culturelle en Estrie, point de vue des parents)
- La pertinence
- Celles qui font le plus de sens

## **Conclusion**

Je vous remercie énormément pour votre générosité. Toute l'information que vous m'avez transmise pourra éclairer les chercheuses et aider la réflexion sur les meilleurs services à offrir aux familles en Estrie.

Vérifier les démarches associées au recrutement des parents et répondre aux questions au besoin.

S'assurer d'avoir tous les formulaires de consentement signés et les questionnaires remplis.

## **ANNEXE 10 - DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE RÉGIONALE**

**Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE**

Stratégies susceptibles de favoriser la rétention des familles au programme SIPPE  
 Rencontre régionale avec les intervenantes et gestionnaires  
 des CSSS de la région de l'Estrie  
**Jeudi 15 novembre au Château du Bel Âge à Windsor**  
**8h30 à 12h00**

Déroulement de la rencontre

Sujets	Temps alloué	Durée
1. Bienvenue, présentation de l'ordre du jour (enregistrement, présences?)	8h30-8h40	5 minutes
2. Bref rappel des objectifs de notre rencontre de ce jour et des objectifs de la recherche	8h40-8h45	5 minutes
3. Présentation abrégée des données sociodémographiques des parents et intervenants	8h45-8h50	10 minutes
4. Environnement politique a) Loi 21 b) Chantiers : orientations (Québec et Estrie)	8h50-9h	10 minutes
5. Présentation des stratégies appuyées par des articles de la recension des écrits en 3 volets, soit les stratégies : a) Concernant la relation b) Concernant le programme lui-même c) Concernant la communauté	9h-9h45	45 minutes
6. Pause	9h45-10h	15 minutes
7. Place à l'échange et à la créativité dans les ateliers	10h-11h	65 minutes
8. Mise en commun des ateliers	11h-11h40	30 minutes
9. Suites à donner et conclusion (merci)	11h40-12h	20 minutes
10. Fin de la rencontre	12h	

## **ANNEXE 11 - DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNÉES**



**ANNEXE 12 - GUIDE D'ENTREVUE DE VALIDATION AUPRÈS DES PARENTS**

## **Rencontre individuelle téléphonique en remplacement du Focus groupe des parents**

**Présentation des moyens pour encourager les parents à maintenir leur participation au programme (ou à continuer de recevoir les services de visites à domicile).**

**Au fur et à mesure de la présentation des moyens, vérifier le point de vue du parent :** Que pensez-vous de ces moyens pour favoriser le maintien de la participation des familles dans ce type de visites à domicile?

Les moyens présentés sont divisés en trois grands thèmes :

1. La relation intervenant-famille
2. Les services offerts
3. La communauté, le milieu de vie, le quartier

Thèmes et leurs éléments	Commentaires de la participante
<b>1. RELATION INTERVENANT-FAMILLE</b>	
<p><b>Le lien de confiance est très important</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect, ponctualité</li> <li>• Selon le rythme de la famille</li> <li>• Écoute, prend le temps</li> <li>• Valorisation</li> </ul>	
<p><b>Les qualités des intervenantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponible, honnête (dit la vérité)</li> <li>• Compétent (sait ce qu'il fait, où il va)</li> <li>• Répond aux besoins</li> <li>• Vision globale de la famille (enfants, parents, les difficultés)</li> </ul>	
<p><b>L'arrivée d'une nouvelle intervenante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La faire connaître, la présenter</li> <li>• Partager les informations à la nouvelle intervenante (pour éviter que le parent ait à tout répéter)</li> </ul>	
<b>2. LES SERVICES OFFERTS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer à plusieurs reprises les services offerts tout au long du programme</li> <li>• Aider dans son rôle de parent par l'évaluation du développement de l'enfant, en donnant des trucs (alimentation, sommeil, discipline, routine, etc.)</li> <li>• Faire un bilan (ce que le programme apporte) du développement et des apprentissages (enfant et parent) et mentionner ce qui peut être poursuivi</li> <li>• Répondre aux besoins de santé (vaccination, soins physiques comme otites, rhume, diarrhée, etc.)</li> <li>• Impliquer les pères lorsque possible</li> </ul>	
<p><b>Ce qui est apprécié :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• coupons OLO</li> <li>• vaccination à domicile</li> <li>• aide matérielle (jeux, volumes, objets de sécurité, camps e vacances, etc.)</li> <li>• places en garderies</li> <li>• accès à des spécialistes (orthophoniste, nutritionniste, éducatrice spécialisée, médecin,</li> </ul>	

psychologue, etc.) <ul style="list-style-type: none"> <li>accès à une intervenante même si abandon du programme</li> </ul>	
<b>Le bon moyen de communiquer et de conserver le lien</b> (par exemple après un déménagement, un divorce ou une séparation): <ul style="list-style-type: none"> <li>rappel des RV</li> <li>moyens modernes (courriel, iPhone, etc.)</li> </ul>	
<b>3. LA COMMUNAUTÉ, LE MILIEU DE VIE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informer sur les ressources du milieu (vêtements, bibliothèque, dépannage alimentaire, etc.)</li> <li>Connaître le fonctionnement de ces ressources (services offerts, horaires, critères pour participer, etc.)</li> <li>Avoir des endroits pour des activités « libres » en groupe</li> <li>Organiser des activités structurées pour un groupe (BB trucs, cuisine collective, cours prénataux, etc.)</li> <li>Publiciser le programme auprès des médecins et de la population en général.</li> </ul>	

Après avoir présenté les moyens et recueilli le point de vue des parents à leur sujet, leur demander :

Cette aide et ces services peuvent être obtenus pendant 5 ans. Qu'en pensez-vous?

Thèmes à explorer, si non abordés spontanément :

- Appréciation (forme d'aide qui convient)
- Utilité
- Points forts
- Points à améliorer
- Autres suggestions

**ANNEXE 13 - APPROBATION FINALE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE**



Sherbrooke, le 20 septembre 2011

Chantal Doré,  
Présidente  
  
Monelle Parent,  
Experte en éthique  
  
Sophie Brisson,  
Juriste

Professeure Frances Gallagher, Ph.D.  
Chercheuse principale  
École des sciences infirmières  
CHUS - Hôpital Fleurimont  
3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord  
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Audrey Brassard,  
Chercheuse  
  
Bernard Martineau,  
Médecin, chercheur  
  
Jacques Quintin,  
Chercheur  
représentant le CLSC  
universitaire

Objet : Approbation finale du projet de recherche intitulé  
*Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE (Services  
intégrés en périnatalité et pour la petite enfance)*  
Dossier MP-CSSS-ESTRIE-11-10/GALLAGHER

Michel Nolin,  
Membre issu du public

Professeure Gallagher,

Katia Mercier,  
Intervenant

Le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie accuse réception de la documentation que vous lui avez transmise en date du 14 septembre 2011, cette dernière faisant référence à sa correspondance du 12 septembre 2011, laquelle vous octroyait une approbation conditionnelle au projet cité en rubrique. Ainsi, le comité a révisé les documents suivants :

Annick Lenoir,  
Professeure

Gilberte Fortin,  
Membre issu du public

- Formulaire d'information et de consentement - Parents (père ou mère)
- Formulaire d'information et de consentement - Intervenants, gestionnaires et responsables de la supervision clinique
- Permission accordée à l'intervenant du CSSS de transmettre mon nom et mon numéro de téléphone à un membre de l'équipe de recherche
- Formulaire de renseignements sociodémographiques - Parents (père ou mère)

Éliane-Marie Gaulin,  
Membre substitut,  
juriste

Marie-Josée Donahue,  
Membre substitut  
experte en éthique

Les modifications apportées aux documents sont jugées satisfaisantes, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.

Carolle Bernier,  
Membre substitut  
médecin

Kim Désilets,  
Membre substitut  
Juriste

Les documents que le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

Secrétariat  
1036, rue Belvédère Sud  
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4  
Tél. : 819 700-2220, poste 45386  
Télécopieur : 819 828-7141  
Courriel :  
[burcotte.ccss-hqs@csss.gouv.qc.ca](mailto:burcotte.ccss-hqs@csss.gouv.qc.ca)

- Protocole de recherche intitulé : *Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance)*
- Formulaire d'information et de consentement - Parents (père ou mère)



## Stratégies favorisant la rétention des familles dans le programme SIPPE

Approbation finale  
Dossier MP-CSSS-ESTRIE-11-10/GALLAGHER

2

- Formulaire d'information et de consentement - Intervenants, gestionnaires et responsables de la supervision clinique
- Permission accordée à l'intervenant du CSSS de transmettre mon nom et mon numéro de téléphone à un membre de l'équipe de recherche
- Formulaire de renseignements sociodémographiques - Parents (père ou mère)
- Dépliant informatif
- Guides d'entrevues
  - ✓ Rencontre de groupe 1 - Intervenants, gestionnaires et responsables de la supervision clinique
  - ✓ Rencontre de groupe 2 - Intervenants, gestionnaires et responsables de la supervision clinique
  - ✓ Entrevue 1 - Parents suivis
  - ✓ Entrevue 1 - Parents ayant abandonné
  - ✓ Entrevue 2 - Validation et approfondissement - Parents
  - ✓ Rencontre de groupe - Parents
- Engagement au respect de la confidentialité

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 16 septembre 2011, date de l'approbation finale. Deux mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie en utilisant le document du comité prévu à cet effet.

En acceptant ce certificat d'éthique, vous vous engagez à :

- Soumettre, pour approbation préalable au comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le comité pour la réalisation de votre projet.
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et s'il y a lieu :
  - les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de recherche;
  - tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;
  - toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
  - la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
  - tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe;
  - toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
  - toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils.

Je vous prie de recevoir, Professeure Gallagher, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La présidente substitut,

  
Audrey Brassard

AB/lt