

Évaluation de la visite postnatale systématique



WQ
500
L442
1991

S DE SANTE
IFS
1

INSPO - Montréal



3 5567 00000 4264

WQ
500
L442
1991

**Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke
Département de santé communautaire**

**Évaluation de la visite
postnatale systématique**

par

Pierrette Lebel, inf. M.Sc.

**Ce projet a été réalisé dans le cadre du Programme de
subventions en Santé communautaire du CRSSSE.**

Janvier 1991

Vous pouvez vous procurez ce document à l'adresse suivante:

**Département de santé communautaire
C.H.U.S.
3001, 12e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec)
J1H 5N4
Att.: Madame Ginette Laliberté**

**Mise en pages:
ORDINAPLUS Enr.
Téléphone: (819) 563-2854**

**Dépôt légal
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
1^{er} trimestre 1991
ISBN 2-920771-16-7**

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui de près ou de loin ont collaboré à la réalisation de ce projet.

Traduction du “Perceived Maternal Task Performance Scale” (Perry et Gottlieb, 1985):

- Louise Ellis, CHUS;
- Hélène Fortin, CLSC SOC;
- Denise Lalancette, Dép. Sciences infirmières, Université de Sherbrooke;
- Charlotte Lemire-Bellavance, CH St-Vincent-de-Paul;
- Charles Tessier, DSC-CHUS;
- Myriam Tremblay, CH de Sherbrooke;
- Diane Watkins, CHUS.

Critiques et commentaires concernant les modifications apportées au Questionnaire sur l’utilité de la visite postnatale (Ostiguy, 1982):

- Danielle Bédard, DSC-CHUS;
- Hélène Fortin, CLSC SOC;
- Yves Lajoie, CHUS;
- Andrée Sirois, DSC-CHUS.

Réception et triage des avis de naissance:

- Nicole Rousseau

Saisie des données pour l’informatique:

- Diane Fortier, DSC-CHUS.

Traitemet statistique des données:

- Michel Carboneau, DSC-CHUS (données concernant l’EAETP);
- Louis Hébert, DSC-CHUS.

Traitemet de texte:

- Ginette Laliberté, DSC-CHUS;
- Nicole Létourneau, DSC-CHUS.

Élaboration de la page couverture du Questionnaire sur l’utilité de la visite postnatale:

- Bernard Bilodeau, DSC-CHUS.

Lecture et correction du rapport final:

- Céline Geoffroy, CLSC SOC;
- Louise Ostiguy, DSC-CHUS;
- Andrée Sirois, DSC-CHUS;
- Charles Tessier, DSC-CHUS.

Merci aux infirmières de P.P.E. et à leurs coordonnateurs (trices) pour leur collaboration tout au long de la cueillette de données.

Un merci spécial à toutes les mères qui ont bien voulu compléter le questionnaire et fournir leurs commentaires.

AVANT-PROPOS

Cette étude a été réalisée avec la collaboration étroite d'un comité aviseur qui assurait la représentativité des milieux concernés. Ce comité a participé à toutes les décisions concernant le processus d'évaluation: choix des questions d'évaluation et des critères d'efficacité, considérations éthiques, outils d'évaluation ... etc. Quatorze rencontres ont eu lieu de septembre 1989 à octobre 1990.

Ce comité aviseur était formé de:

Madame Louise Ostiguy, coordonnatrice recherche-planification-évaluation au DSC-CHUS;

Madame Doris Côté, coordonnatrice au CLSC La Chaumière;

Madame Frances Gallagher, coordonnatrice au CLSC Val St-François;

Madame Nicole Bolduc, qui a remplacé madame Gallagher à partir de mai 1990.

Ce mode de fonctionnement a permis un ajustement régulier des besoins de la recherche à la réalité du milieu et vice versa. Une belle expérience à renouveler.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	11
Liste des figures	13
Liste des annexes	15
Introduction	17
1- Situation actuelle dans les huit CLSC de la région	19
2- Cadre théorique du modèle d'évaluation	23
3- Objectifs généraux de l'étude et priorisation	27
4- Les objectifs spécifiques de la visite	29
5- Choix des questions d'évaluation et des critères d'efficacité	31
6- Recension des écrits	35
6.1 Études sur l'efficacité de la visite postnatale	35
6.1.1 Barkaukas (1983)	35
6.1.2 Stanwick et al (1982)	36
6.1.3 Foxman et al (1982)	37
6.1.4 Brown (1967)	37
6.2 Outils d'évaluation	36
6.2.1 Perceived Maternal Task Performance Scale (PMTPS)	38
6.2.2 Questionnaire sur l'utilité de la visite postnatale	39
7- Méthodologie	41
7.1 Devis de l'étude	41
7.2 Population-cible	41
7.3 Répartition des groupes	41
7.4 Éthique	41
7.5 Questionnaires utilisés	42
7.5.1 Le Perceived Maternal Task Performance Scale (PMTPS)	42
7.5.1.1 Traduction de l'instrument	42
7.5.1.2 Structure de l'Échelle d'aptitudes à l'exécution des tâches parentales	43
7.5.2 Le questionnaire sur l'utilité de la visite postnatale (Q.U.V.P.)	43
7.5.2.1 Structure du Q.U.V.P	44

7.5.3	Le questionnaire sur le dépistage	44
7.5.3.1	Structure du questionnaire	45
7.5.3.2	Familles choisies pour évaluer le dépistage	45
7.6	Pré-test	46
7.7	Déroulement de la cueillette de données.....	46
7.8	Données socio-démographiques	47
8-	Résultats	49
8.1	Taux de réponse	49
8.2	Ressemblance des groupes	51
8.3	Profil des répondants	54
8.3.1	Lieu de naissance de l'enfant	54
8.3.2	Fréquentation du marché du travail	55
8.3.3	Perception de l'état de santé.....	56
8.3.4	Caractéristiques des conjoints	57
8.3.5	Stabilité du couple	57
8.4	Problèmes et/ou difficultés vécus en postnatal immédiat	58
8.5	Réseau de support et solution des problèmes.....	59
8.6	Besoins d'information	61
8.7	Satisfaction de la clientèle	65
8.7.1	Utilité générale de la visite.....	65
8.7.2	Utilité des informations ou conseils reçus	67
8.7.3	Utilité de la documentation écrite	67
8.7.4	Moment de la visite, contact avec l'infirmière, présence du père.....	67
8.7.5	Commentaires des parents	72
8.8	Efficacité de la visite postnatale.....	73
8.8.1	Objectif "Support"	73
8.8.2	Objectif "Aide à la résolution de problème"	76
8.8.3	Objectif "Dépistage"	76
8.8.4	Objectif "Information"	78

9.	Discussion	87
9.1	Les limites de l'étude	87
9.2	Population rejointe versus la population cible	88
9.3	Les problèmes et/ou difficultés vécus	89
9.4	Réseau de support et solution de problème.....	90
9.5	Besoins d'information	92
9.6	Satisfaction de la clientèle.....	92
9.7	Efficacité de la visite postnatale.....	94
9.7.1	Objectif "support"	95
9.7.2	Objectif "aide à la résolution de problème"	97
9.7.3	Objectif "dépistage"	97
9.7.4	Objectif "information"	98
9.8	Atteinte des objectifs de la visite	99
9.9	Pertinence des objectifs de la visite	100
10.	Recommandations	103
	CONCLUSION	105
	BIBLIOGRAPHIE	107
	ANNEXES	111

Liste des tableaux

1. Situation des visites postnatales dans les 8 CLSC de la région 05 (septembre-octobre 1989).
2. Questions d'évaluation.
3. Répartition des non-répondants (N=161).
4. Comparaison entre les répondants et les non-répondants selon certaines caractéristiques socio-démographiques.
5. Répartition des répondants selon la parité et la visite.
6. Comparaison entre les groupes visité et non-visité selon certaines caractéristiques socio-démographiques.
7. Comparaison entre les multipares et les primipares selon certaines caractéristiques socio-démographiques.
8. Répartition des répondants selon les CLSC.
9. Fréquentation du marché du travail selon la parité.
10. Caractéristiques des conjoints.
11. Nombre de mères non-visitées (N=196) ayant besoin d'information sur chacun des sujets mentionnés.
12. Caractéristiques des mères visitées et non-visitées qui ont acquis ou ont eu besoin d'information sur 50% des sujets et plus. Comparaison avec les autres mères (<50% des sujets).
13. Moment réel de la visite selon la parité (groupe visité).
14. Résultats des comparaisons effectuées à partir de l'E.A.E.T.P.
15. Distribution de médianes obtenues au E.A.E.T.P. en fonction des comparaisons effectuées.
16. Distribution des médianes obtenues au E.A.E.T.P. en fonction de l'âge et de la parité.
17. Distribution des médianes obtenues à la sous-échelle "alimentation" (E.A.E.T.P.) en fonction du degré de scolarité et de la parité.
18. Fréquence des interventions pour l'ensemble des indicateurs et/ou problèmes rencontrés.
19. Résumé de l'atteinte des objectifs selon les critères d'efficacité préalablement choisis.
20. Synthèse de l'atteinte des objectifs selon les critères d'efficacité.
21. Pertinence, selon la parité, des différents objectifs de la visite.

Liste des figures

1. Modèle d'évaluation.
2. Perception de l'état de santé, selon la parité, en regard de Santé-Québec 1988.
3. Temps demeuré avec le conjoint selon la parité.
4. Fréquence des difficultés et/ou problèmes vécus.
5. Taille du réseau de support selon la parité.
6. Composition du réseau de support.
7. Personnes ayant aidé la mère à résoudre les problèmes:
 - a) une personne identifiée
 - b) deux personnes identifiées.
8. Sources d'information privilégiées par les mères non-visitées (N=143):
 - a) une source identifiée
 - b) deux sources identifiées.
9. Perception des mères visitées sur l'utilité de la visite:
 - a) pour l'ensemble des mères
 - b) selon la parité.
10. Perception des mères non-visitées sur l'utilité d'une visite.
11. Perception des mères visitées sur l'utilité des informations ou conseils reçus.
12. Perception des mères visitées sur l'utilité de la documentation écrite remise lors de la visite.
13. Moment de la visite jugé le plus bénéfique par les mères selon la parité:
 - a) mères visitées
 - b) mères non-visitées
14. Perception des mères visitées sur la qualité du contact avec l'infirmière.
15. Perception des mères visitées sur la satisfaction de leur conjoint en regard de la visite.
16. Opinion des mères visitées quant à la présence ou non du conjoint lors de la visite.
17. Fréquence des indicateurs et/ou problèmes par famille dépistée.

18. Comparaison entre l'acquisition de connaissances et les besoins d'information des mères visitées et non-visitées:

- a) allaitement
- b) alimentation
- c) soins du bébé
- d) ressources.

19. Fréquence d'utilisation des ressources communautaires et professionnelles.

Liste des annexes

- A. Grille de cueillette de données; situation des visites postnatales dans la région 05.
- B. Mémo aux infirmières.
- C. Assentiment de L. Gottlieb pour la traduction du Perceived Maternal Task Performance Scale (PMTPS).
- D. Échelle d'aptitudes à l'exécution des tâches parentales (traduction française du PMTPS, Perry et Gottlieb, 1985).
- E. Questionnaire sur l'utilité de la visite postnatale (version 1.).
- F. Questionnaire sur le dépistage.
- G. Objectifs du pré-test.
- H. Lettre explicative accompagnant l'envoi du questionnaire.

INTRODUCTION

Il y a environ 3 500 naissances chaque année en Estrie. Jusqu'à récemment, une visite postnatale était effectuée par l'infirmière, de façon systématique, idéalement dans les trois semaines suivant la naissance de l'enfant. Cette pratique avait été instaurée pour répondre aux besoins des nouveaux parents, mais l'ampleur de la tâche et les coûts inhérents ont fait que certains CLSC ont remis en question l'universalité de cette pratique. Comme aucune évaluation rigoureuse de la visite postnatale n'avait été menée depuis ses débuts en région, une demande à cet égard fut acheminée au CRSSSE par l'entremise d'un comité aviseur DSC-CLSC. Une subvention fut accordée dans le cadre du programme de subventions en santé communautaire. Le projet d'évaluation débuta en septembre 1989 et se termina à l'automne 1990.

Le présent document traite de toute la démarche effectuée pour faire l'évaluation de la visite postnatale, les résultats obtenus ainsi que les recommandations du comité aviseur.

Cependant, avant d'aller plus loin, nous tenons à préciser ce que nous entendons par visite postnatale systématique:

"Toute première visite effectuée par l'infirmière à des parents n'ayant pas été dépistés à "risque" (ou vulnérables) lors du séjour de la mère en milieu hospitalier (programme de Continuité de soins DSC)."

Nous vous souhaitons une bonne lecture!

1- Situation actuelle dans les 8 CLSC de la région

Une cueillette de données a été faite par téléphone (voir grille: annexe A) en septembre-octobre 1989 afin de connaître la situation vécue dans chaque CLSC au niveau des visites postnatales.

Les principales données sont présentées au tableau 1.

Nous pouvons y remarquer que dans trois (3) CLSC sur 8, la visite postnatale est faite de façon systématique à tous les nouveaux parents. Quatre CLSC offrent une visite "sélective" au niveau des multipares seulement. Un CLSC offre une visite "sélective" tant au niveau des primipares que des multipares. Il est à noter que quel que soit le type de visite (systématique ou sélective), tous les nouveaux parents sont appelés.

Le moment et la durée de la visite varie peu d'un CLSC à l'autre. La visite est faite à l'intérieur des trois premières semaines du postnatal. La durée varie de 30 minutes à deux heures selon les difficultés, problèmes rencontrés ou besoins de la mère, pour une moyenne d'environ une (1) heure.

Toutes les infirmières utilisent un guide spécifique pour recueillir les données lors de la visite et y inscrire leurs interventions; une

partie de ce guide concerne la mère et l'autre le nouveau-né. Ce guide est, par la suite, inséré au dossier du bénéficiaire concerné. Un modèle Nursing est utilisé dans cinq (5) CLSC sur 8 et c'est le cadre conceptuel de Dorothy Orem (Orem, 1987).

Des feuillets d'information sont distribués de façon systématique par toutes les infirmières. Les sujets et leur contenu varient cependant d'un CLSC à l'autre de même que le nombre de feuillets remis. Un seul feuillet est commun à tous les CLSC et remis de façon systématique, et c'est celui concernant l'alimentation du nourrisson (conçu et produit par le DSC-CHUS). Les autres feuillets traitent des sujets suivants: l'allaitement, la sécurité du nouveau-né (berceau, siège d'auto), la contraception, la stimulation du nouveau-né et la vaccination... Les feuillets qui ne sont pas remis de façon systématique, sont distribués selon les besoins ou demande des parents.

Les infirmières font très peu de références à d'autres professionnels lors des visites postnatales. S'il y a référence, c'est en général le médecin ou le travailleur social qui est concerné. Par ailleurs, les références aux organismes communautaires (La Lèche, R.A.M.E., garderies ...) sont beaucoup plus fréquentes.

Tableau 1
Situation des visites postnatales dans les 8 CLSC de la région 05 (sept-oct 1989)

CLSC	Visite systématique ou sélective	Critères de sélection	Moment de la visite	Feuillet d'information	Nb de visites postnatales 1 ^{re} 01/04/88 au 31/03/89	Nombre de naiss.	Nombre de réf. (inf. de liaison)	% des 1 ^{re} visites
MARIA-THIBAULT	Systématique		< 2 sem.	Systématique: alimentation du nourrisson - fièvre (feuillet maison) - vaccination (feuillet maison), sécurité.	280	293	7	96 %
LA CHAUMIÈRE	Systématique		< 2 sem.	Systématique: alimentation du nourrisson, comment prendre la T° du bébé, contraception (condom, pilule du lendemain) jardinage, vitamines et fluor, les pleurs du bébé.	150	165	11	90 %
FLEUR DE LYS	Sélective	Visites faites aux primipares, références, multipares au besoin selon contact téléphonique	< 2 sem.	Systématique: alimentation du nourrisson, coliques, exercices postnatals, allaitement, besoins psychologiques et développement de l'enfant, sécurité, auto-examen des seins.	231	295	29	78 %
VAL ST-FRANÇOIS	Sélective	Sauf multipares avec plusieurs bébés rapprochés et dont le contact téléphonique semble négatif.	< 3 sem.	Systématique: alimentation du nourrisson, vaccins et réaction, développement enfant (1 mois, 2 mois) sécurité, les pleurs du bébé, sexualité après l'accouchement, services CLSC.	308	386	36	79 %
ALBERT-SAMSON	Sélective depuis 1 1/2 an	Visites faites aux primipares, références, multi avec 3 enfants et plus, multi à risque ou sur demande.	< 3 sem.	Systématique: alimentation du nourrisson.	151	232	20	65 %

Tableau 1 (suite...2)

CLSC	Visites systématiques ou sélectives	Critères de sélection	Moment de la visite	Feuillet d'information	Nb de visites postnatales 1 ^{re} 01/04/88 au 31/03/89	Nombre de naiss.	Nombre de réf. (inf. de liaison)	% des 1 ^{re} visites
ALFRED-DEROCHERS	Sélective (nouveau)	Visites faites aux primipares, références, contact tél. avec 100% multi Ø visite: multipares déjà connues et non à risque.	< 3 sem.	Systématique: alimentation du nourrisson, allaitement.	349	462	46	75 %
GASTON-LESSARD	Systématique		< 2 sem.	Systématique (pochette): services CLSC, calcium et fer chez la mère, auto-examen des seins, contraception, exercices postnataux, vaccination, santé dentaire, alimentation du nourrisson, stimulation du nouveau-né (0-6 mois), otite, carie du nourrisson.	512	525	66	97 %
SOC	Sélective depuis ≈ 2 ans	Sélection par téléphone: selon problèmes exprimés ou désir de la mère d'être visitée ou non, famille déjà connue à risque, lieu de résidence.	< 3 sem.	Si Ø visite: documentation envoyée de toute façon. Systématique (pochette), audition, développement 0-12 mois, coliques, services CLSC, alimentation du nourrisson, introduction des solides.	478	1002	119	47 %

2- Cadre théorique du modèle d'évaluation

Selon Pineault et Daveluy l'évaluation "consiste essentiellement en un regard de rétroaction sur les différentes étapes du processus de planification" (1986, p 411). Ainsi, aux niveaux de planification correspondent différents types d'évaluation. Lecomte et Rutman (1984) abondent dans le même sens en signalant qu'on choisit le type d'évaluation en fonction du stade de développement d'un programme.

Si on se réfère aux niveaux de planification définis par Pineault et Daveluy (1986), trois types d'évaluation y correspondent:

- 1^o- l'évaluation stratégique qui se réfère à la phase d'identification des problèmes et d'établissement de priorités et de buts: elle a donc pour but de vérifier la pertinence des objectifs généraux du programme en regard des besoins (ou problèmes) de la population concernée;
- 2^o- l'évaluation tactique qui se réfère aux éléments internes du programme proprement dit et à l'interrelation entre ces éléments. Elle peut donc porter sur un ou plusieurs des éléments suivants: la structure, le processus et les effets;
- 3^o- l'évaluation opérationnelle de type plus administratif qui concerne davantage la gestion des ressources et activités dans un contexte organisationnel précis.

L'évaluation fait partie intégrante du processus de planification. Elle peut intervenir à la fin du processus tout comme à n'importe quelle étape du processus. Elle permet de

"fermer la boucle" en portant un "jugement" sur les étapes précédentes et leur pertinence. "Fermer la boucle" suppose que le processus est circulaire et qu'en ce sens il rejoint davantage l'approche systémique (De Rosnay, 1975) qu'analytique. Ainsi, le processus de planification est visualisé comme un tout (un système) où chacune de ses étapes peut également être perçue comme une unité en soi (sous-système) faisant partie d'un tout et en interrelation avec lui. Vu sous cet angle, chacune des unités (sous-systèmes) fournit sa propre évaluation dont l'information est retournée (rétroaction) à l'étape précédente (voir schéma du modèle d'évaluation: fig.1). Cette relation de type "circulaire" entre les différentes étapes est importante à se rappeler quand nous essayons d'identifier la ou les causes responsables d'un "effet" particulier. Dans ce type de relation, la cause influence l'effet, l'effet influence la cause, les deux faisant partie d'un tout représenté par un cercle en rotation (De Rosnay, 1975).

L'évaluation entretient donc une relation de type circulaire avec les autres étapes du processus de planification. On a dit également qu'elle permet de porter un "jugement" sur les étapes précédentes et leur pertinence. Ainsi, elle ne se contente pas d'observer; elle porte un jugement de valeur à partir de critères et de normes. Par critère, on entend une caractéristique observable; quant à la norme, elle sert de point de référence au critère. Les critères ou normes peuvent être implicites ou explicites, fixés ou non à l'avance. Ils peuvent être établis de deux façons:

- à partir du jugement ou de l'opinion d'un groupe d'individus;
- ou de façon empirique, c'est-à-dire à partir des expériences passées (Pineault et Daveluy, 1986).

Examinons maintenant de plus près l'évaluation tactique, c'est-à-dire celle qui se réfère aux composantes internes d'un programme. Cet type d'évaluation s'adresse à un programme déjà implanté ou expérimenté. L'évaluation porte alors sur les éléments du programme soit:

- 1° les ressources (structure);
- 2° les activités ou services (processus);
- 3° les objectifs (effets).

(Pineault et Daveluy, 1986)

L'évaluation de la structure concerne la quantité, la qualité et l'agencement des ressources humaines, physiques et financières. L'évaluation du processus porte sur l'aspect interpersonnel des services, le rendement professionnel, la continuité des services... L'évaluation des effets concerne davantage l'atteinte des objectifs du programme, c'est-à-dire les résultats. Il est à noter que l'évaluation des effets ou résultats nous réfère inévitablement (par rétroaction) à la pertinence de la structure, du processus ou des objectifs mêmes du programme.

L'évaluation des effets est donc intimement liée aux objectifs spécifiques poursuivis par le programme. A ce sujet Lecomte et Rutman (1982) font la distinction entre les objectifs formellement définis et ceux qui sont officieusement poursuivis: un écart le moindrement important entre les deux peut avoir des répercussions sérieuses lorsqu'on mesure les effets du programme. Il est donc important de connaître les objectifs "vraiment" poursuivis.

Pour évaluer l'atteinte de ces objectifs, en fonction de critères pré-établis, il faut également faire appel à des mesures valides et fiables. Le choix des mesures est, à cette étape, extrêmement important. Il est suggéré, vu le nombre élevé d'activités d'intervention reliées souvent à un même programme, de multiplier et varier le plus possible les mesures. (Lecomte et Rutman, 1982).

Enfin nous terminons en précisant qu'il n'est pas facile d'évaluer les effets d'un programme. Les principales difficultés peuvent être liées soit aux ressources, soit aux interventions: le va-et-vient du personnel, le changement des interventions selon les priorités de chacun et/ou pour mieux répondre aux besoins immédiats de la clientèle, la variété des intervenants, leur niveau d'expérience, de formation et/ou de compétence... .

Les difficultés peuvent être liées aux objectifs eux-mêmes. À cet égard, Lecomte et Rutman (1982) constatent que les objectifs des programmes sociaux (ou de santé) reflètent souvent un certain optimisme quant aux possibilités de changement chez l'homme. Ces espoirs peu réalistes, font souvent face à des résultats négatifs quand vient le temps d'évaluer l'atteinte de ces objectifs. De plus, à la suite d'une ou de plusieurs interventions, il est possible qu'un effet "potentiel" soit en train de s'amorcer sans qu'il soit possible, vu son faible niveau, de le mesurer.

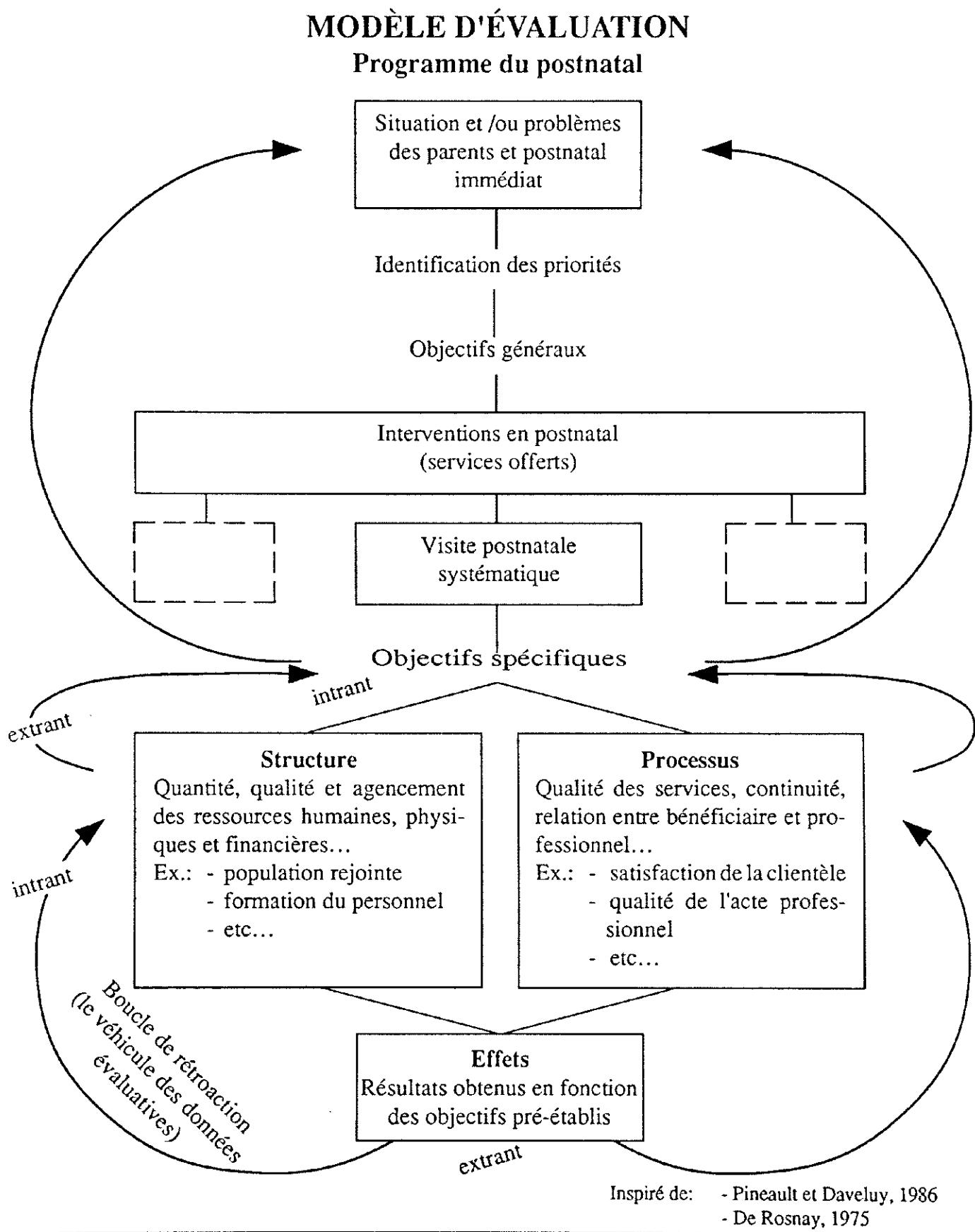
Ainsi, l'évaluation a ses limites comme toute étape du processus de planification, mais elle est nécessaire à "l'évolution" d'un programme.

Schéma du modèle d'évaluation

La figure 1 présente une vue d'ensemble du processus de planification incluant les éléments d'un programme. La visite postnatale est visualisée comme une intervention à l'intérieur du programme général du postnatal mais elle peut être visualisée elle-même comme un petit programme comportant plusieurs interventions, tout dépend du focus utilisé.

La terminologie utilisée est inspirée de l'approche systémique (De Rosnay, 1975) et du modèle d'évaluation de Pineault et Daveluy (1986).

Figure 1



3- Objectifs généraux de l'étude et priorisation

Les objectifs généraux de l'étude avaient été établis lors de l'élaboration du protocole pour la demande de subvention au CRSSSE. Ils se formulaient comme suit:

- 1. Fournir de l'information pour améliorer, modifier ou reviser la visite postnatale systématique en terme de:**
 - 1.1 Clientèle cible;**
 - 1.2 Objectifs spécifiques et contenu de l'intervention;**
 - 1.3 Satisfaction de la clientèle;**
 - 1.4 Besoins de la clientèle.**
- 2. Mesurer l'efficacité de la visite postnatale systématique en fonction de l'atteinte des objectifs spécifiques visés par cette intervention.**

Comme nous pouvons le constater, ces objectifs sont très vastes et chacun d'eux (ex.: 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 ...) pourrait à lui seul faire l'objet d'une étude. De plus chacun des sujets mentionnés réfère à un élément différent du programme (structure, processus, effets ...) ce qui rend difficile le choix du type d'évaluation et de la méthode (ou devis) qui en découle.

Il nous est donc apparu impossible d'atteindre de façon satisfaisante et dans une seule étude les deux objectifs généraux et de traiter adéquatement tous les thèmes mentionnés au premier objectif. Un choix s'imposait. La réflexion suivante nous a permis de le préciser.

La visite postnatale est une intervention présente depuis plus de 30 ans à l'intérieur du programme du postnatal: elle n'est donc pas une intervention nouvelle. Or, le type d'évaluation varie selon le stade de développement du programme ou de l'intervention à évaluer. En effet, selon Lecomte et Rutman (1982), on

n'évalue pas de la même façon un projet pilote, d'un programme (ou intervention) dûment expérimenté. Ainsi, il semble très approprié d'évaluer la pertinence des objectifs poursuivis versus la problématique visée quand nous sommes à instaurer un nouveau programme (évaluation stratégique). Par ailleurs il est plus approprié d'évaluer l'impact ou l'efficacité d'un programme ayant atteint un stade avancé de développement.

À la lumière de ces considérations, nous avons donc décidé de cibler davantage sur le deuxième objectif, c'est-à-dire sur l'évaluation des effets de la visite postnatale en fonction de l'atteinte de ses objectifs spécifiques. Il faut toutefois noter que l'évaluation des effets d'une intervention nous amène nécessairement "à posteriori" et selon les résultats observés, à poser un regard critique sur la pertinence des objectifs poursuivis et le contenu de l'intervention. En effet, et nous l'avons signalé dans le cadre théorique, le programme du postnatal est un système en soi et l'évaluation d'un de ses éléments et/ou sous-systèmes amène inévitablement de l'information aux autres éléments ou sous-systèmes par le mécanisme de rétroaction. Ainsi, il se peut fort bien que nous répondions en partie au premier objectif en analysant les résultats du deuxième.

4- Les objectifs spécifiques de la visite

Après avoir décidé de cibler davantage sur l'évaluation de l'efficacité de la visite en fonction de l'atteinte de ses objectifs spécifiques, il a fallu recueillir ces objectifs auprès des différents CLSC. La cueillette de données s'est faite par téléphone auprès des intervenants et/ou coordonnateurs concernés. Nous trouvions important de connaître les objectifs de la visite tels que perçus par les intervenants eux-mêmes (les infirmières), car cette perception influence directement leur mode d'intervention. De plus, pour mesurer des effets il faut être le plus près possible des objectifs véritablement poursuivis.

Pressés par le temps, nous avons rejoint une infirmière (en général chef d'équipe) et/ou un coordonnateur par CLSC. À partir des différents objectifs recueillis, nous avons fait une analyse du contenu, regroupé les thèmes semblables et trouvé une formulation commune. En général, le consensus fut relativement facile à établir, car le contenu des objectifs se ressemblait beaucoup d'un CLSC à l'autre. Les différences provenaient davantage de leur formulation et de la priorisation que l'on accordait à chacun d'eux. À la fin, six objectifs se dessinèrent. Ils furent présentés au comité avisoir qui les accepta avec de légères modifications.

L'objectif 2 de l'étude se précisa donc ainsi:

- 2. Mesurer l'efficacité de la visite postnatale systématique en fonction de l'atteinte des objectifs spécifiques visés par cette intervention.**

Les objectifs spécifiques de la visite postnatale systématique sont:

- 2.1 Évaluer la santé de la mère et de l'enfant et intervenir au besoin;**
- 2.2 Supporter et sécuriser les parents dans leurs rôles parentaux;**
- 2.3 Évaluer et favoriser l'adaptation du couple et de la famille à l'arrivée du nouveau-né;**
- 2.4 Répondre aux besoins immédiats des parents (questions, difficultés vécues, problèmes);**
- 2.5 Améliorer les connaissances des parents sur:**
 - alimentation du nourrisson;
 - allaitement;
 - croissance et développement de l'enfant (stimulation du nouveau-né);
 - sécurité du nouveau-né;
 - soins du nouveau-né;
 - ressources communautaires disponibles;
 - services du CLSC;
 - immunisation (début des immunisations, horaire et endroit).
- 2.6 Dépister les enfants et/ou familles vulnérables.**

Nous avons décidé d'évaluer l'atteinte des objectifs 2.2 (support aux parents), 2.4 (aide à la résolution de problème), 2.5 (information) et 2.6 (dépistage).

5- Choix des questions d'évaluation et des critères d'efficacité

À la lumière du contenu des objectifs dont il fallait mesurer l'atteinte, des **questions d'évaluation** ainsi que des **critères d'efficacité** furent déterminés avec le comité aviseur.

À la suite de cette démarche et compte tenu des critères choisis, il nous est apparu possible d'aller recueillir certaines informations concernant les thèmes mentionnés au premier objectif. Dans un souci de répondre le

plus possible aux demandes du milieu, tout en respectant les limites méthodologiques, des questions d'évaluation furent également fixées à ce niveau.

Le tableau 2 présente les différentes questions d'évaluation en fonction des deux objectifs généraux déjà cités. La cible d'évaluation précise quel élément du programme est concerné.

Tableau 2

OBJECTIF 1: Fournir de l'information pour améliorer, modifier ou réviser la visite postnatale systématique en terme de:

Thème	Questions d'évaluation	Cible d'évaluation
1.1 Clientèle cible	1.1.1 Quel est le profil de la population rejoindre? 1.1.2 La population rejointe correspond-elle à la population-cible? (nombre + personnes) 1.1.3 L'efficacité de la visite postnatale systématique est-elle reliée à certaines caractéristiques socio-démographiques des familles visitées? 1.1.4 Le degré d'utilité de la visite est-il relié à certaines caractéristiques socio-démographiques des familles visitées? 1.1.5 Les problèmes vécus en postnatal immédiat sont-ils différents (nombre + types) selon certaines caractéristiques socio-démographiques des familles?	Structure Structure Effets Processus Situation et/ou problème
1.2 Objectifs spécifiques et contenu de l'intervention	1.2.1 Quelle est l'utilisation du réseau social pour résoudre les difficultés ou problèmes vécus en postnatal: qui est utilisé? pour quels types de problèmes? 1.2.2 Quels sont les besoins d'information des parents? 1.2.3 Quelles sont les sources de références identifiées par les parents pour aller chercher l'information?	Situation et/ou problème Situation et/ou problème Situation et/ou problème

Tableau 2 (Suite...2)

OBJECTIF 1: Fournir de l'information pour améliorer, modifier ou réviser la visite postnatale systématique en terme de: (Suite)

Thème	Questions d'évaluation	Cible d'évaluation
1.3 Satisfaction de la clientèle	1.3.1 Quelle est la perception des parents concernant la visite postnatale? 1.3.2 Quelle est la perception des parents concernant l'utilité des conseils et informations donnés par l'infirmière? 1.3.3 Quelle est la perception des parents concernant l'utilité de la documentation écrite, remise par l'infirmière? 1.3.4 Quel est le degré de satisfaction des parents concernant le moment de la visite, le contact avec l'infirmière, la présence du père?	Processus Processus Processus Processus
1.4* Besoins de la clientèle	1.4.1 En regard des difficultés rencontrées, quels sont les types de support dont les parents ont le plus besoin en postnatal immédiat (< 1 mois): <ul style="list-style-type: none"> - support émotionnel? - support instrumental? - support informatif? - support des semblables? 1.4.2 Quels types de service répondraient davantage à leur besoin en postnatal immédiat ((< 1 mois)?	Situation et/ou problème Interventions

* Le moyen prévu pour répondre aux questions concernant ce thème était le groupe nominal. N'ayant pu former de groupe nominaux à partir des rencontres postnatales déjà existantes dans les CLSC, nous n'avons pu aborder ce thème.

Tableau 2 (Suite...3)

OBJECTIF 2: Mesurer l'efficacité de la visite postnatale systématique en fonction de l'atteinte des objectifs spécifiques visés par cette intervention.

Thème	Questions d'évaluation	Cible d'évaluation	Critères d'efficacité
2.1 Support Objectif: Supporter et sécuriser les parents dans leurs rôles parentaux	2.1.1 Le support fourni aux parents lors de la visite postnatale a-t-il un impact sur la perception de leur compétence dans leurs tâches parentales? 2.1.2 Le support fourni aux parents lors de la visite postnatale a-t-il un impact sur le sentiment de sécurité des parents en regard de leurs rôles parentaux?	Effets	2.1 Augmentation de la compétence (et du sentiment de sécurité) des mères dans l'exécution de leurs tâches
2.2 Aide à la résolution de problème Objectif: Répondre aux besoins immédiats des parents.	2.2.1 L'intervention générale (support, intervention, référence...) lors de la visite postnatale aide-t-elle les parents à solutionner leurs difficultés et/ou problèmes?	Effets	2.2 Augmentation du nombre de mères ayant solutionné leurs problèmes.
2.3 Dépistage Objectif: Dépister les enfants et/ou familles vulnérables.	2.3.1 Quel est le nombre d'enfants et/ou de familles à risque et/ou ayant des problèmes nécessitant un suivi, dépistés lors de la visite postnatale? 2.3.2 Quels sont les indicateurs de risques concernés (selon grille utilisée par le DSC en Continuité de soins) et/ou les problèmes identifiés?	Effets Situation et/ou problème	2.3 Dépistage d'un minimum de 10% (sur les 100 premières familles visitées) de familles à risque et/ou présentant des problèmes nécessitant un suivi professionnel ou autre.

Tableau 2 (Suite...4)

OBJECTIF 2: Mesurer l'efficacité de la visite postnatale systématique en fonction de l'atteinte des objectifs spécifiques visés par cette intervention. (Suite)

Thème	Questions d'évaluation	Cible d'évaluation	Critères d'efficacité
2.4 Information Objectif: Améliorer les connaissances des parents.	<p>2.4.1 L'information générale donnée lors de la visite a-t-elle un impact sur le niveau de connaissance des parents? Quels sont les sujets qui ont davantage d'impact?</p> <p>2.4.2 L'information donnée concernant les ressources communautaires et les services du CLSC a-t-elle un impact sur l'utilisation de ces ressources?</p> <p>2.4.3 L'information donnée concernant l'alimentation du nourrisson et l'immunisation a-t-elle un impact sur les intentions de comportements telles que: - âge prévu d'introduction des solides chez le nouveau-né? - âge prévu pour le début des immunisations?</p> <p>2.4.4 L'information donnée concernant l'allaitement a-t-elle un impact sur la durée de l'allaitement? (durée réelle et intentionnelle)</p>	Effets	<p>2.4.1 Augmentation des connaissances de 50% des mères sur au moins 50% des sujets mentionnés.</p> <p>2.4.2 Augmentation de l'utilisation des ressources communautaires et professionnelles.</p> <p>2.4.3 Augmentation de l'âge prévu pour l'introduction des solides. Augmentation du nombre de mères prévoyant débuter les immunisations à 2 mois (âge du bébé).</p> <p>2.4.4 Augmentation de la durée réelle et/ou intentionnelle de l'allaitement.</p>

6- Recension des écrits

Nous avons fouillé la littérature à la recherche d'études concernant la visite postnatale et d'instruments de mesure pouvant nous servir d'outils d'évaluation. Au départ nous nous sommes inspirés des documents de Marcos (1985) et Combs-Orme et al (1985) qui présentaient une revue critique de la littérature sur la visite postnatale. Nous sommes par la suite retournés aux références primaires et avons complété l'information selon nos besoins particuliers.

Le présent chapitre vous présente d'abord les études jugées pertinentes et leurs limites méthodologiques; les outils d'évaluation y font suite.

6.1 Études sur l'efficacité de la visite postnatale à domicile

Très peu d'études ont tenté d'évaluer l'impact, tant au niveau de l'atteinte des objectifs que de la satisfaction des mères visitées, de la visite à domicile faite par l'infirmière en postnatal immédiat. Les difficultés proviennent du fait que les objectifs poursuivis par la visite sont nombreux, qu'ils varient beaucoup d'un milieu à un autre, d'un intervenant à un autre et qu'il est ainsi difficile de déterminer les variables à étudier. De plus, il n'existe que très peu d'instruments de mesure adaptés et valides (Ministère de la Santé et des Services sociaux, vol. 5, 1989).

Cependant, nous avons pu recenser quatre études qui rejoignent nos objectifs et qui concernent la visite postnatale, de routine, faite par l'infirmière: Barkaukas (1983), Stanwick et al (1982), Foxman et al (1982) et Brown (1967). Voici un bref aperçu de chacune d'entre elles.

6.1.1 Barkaukas (1983):

Dans son étude (devis quasi-expérimental) auprès de 110 primipares dont 67 avaient été visitées, Barkaukas (1983) a voulu mesurer l'impact de la visite postnatale sur la santé de la mère, la santé du bébé, l'utilisation des services de santé et le comportement maternel (tel que mesuré par le H.O.M.E., Caldwell). La cueillette de données a été effectuée par interview 6 mois après la naissance de l'enfant. Les mères visitées avaient reçu en moyenne 2 visites dont la première aux environs de la 3e semaine postpartum. Une seule différence significative a été observée entre les mères visitées et les mères non-visitées sur les 18 variables étudiées: les mères visitées avaient plus tendance à exprimer leurs préoccupations en matière de santé. D'autres résultats signalèrent que 86,2% des mères visitées avaient trouvé la visite utile: l'information donnée par l'infirmière en était la raison principale. Devant l'absence d'impact des visites sur la santé tant de la mère que du bébé, l'auteure suggère d'avoir des objectifs et des interventions plus spécifiques par rapport à la visite.

Les limites: l'étude de Barkaukas a des faiblesses importantes au niveau de la non-randomisation des groupes et du nombre important ($N=146$) de non-participants par rapport à l'échantillon de départ ($N=256$). De plus, le délai relativement long entre la majorité des contacts entre l'infirmière et la mère (< 2 mois) et la cueillette de données (6 mois) a pu nuire à la mesure des effets qui se produisent peut-être à plus court terme et/ou qui sont particuliers à une situation donnée.

6.1.2 Stanwick et al (1982):

Stanwick et al (1982) ont évalué la visite postnatale faite de routine par l'infirmière à l'intérieur des trois premières semaines de la naissance de l'enfant. L'évaluation portait sur trois objectifs spécifiques de la visite (communs à tous les DSC) soient:

- 1^o augmenter le sentiment de confiance de la mère en supportant et conseillant la mère de façon à réduire les problèmes et/ou difficultés vécus avec le nouveau-né;
- 2^o augmenter les connaissances de la mère au niveau de l'immunisation;
- 3^o augmenter l'habileté de la mère au niveau du boire du bébé et des techniques d'hygiène du nez et des oreilles.

La population de départ comprenait 195 femmes ayant accouché sur une période de 1 mois et réparties aléatoirement en un groupe expérimental devant recevoir la visite (< 3 sem) et un groupe contrôle ne devant pas recevoir de visite pendant l'étude (visite faite après la cueillette de données). Une interview avait lieu par téléphone auprès de la mère, 4 semaines après la naissance. Trois index avaient été élaborés pour recueillir les données: un index de confiance, un index de connaissances et un index d'habiletés. 156 mères ont répondu au questionnaire, dont 49 visitées et 107 non-visitées (après transfert dans le groupe expérimental de 8 mères du groupe contrôle ayant reçu une visite et transfert dans le groupe contrôle de 39 mères du groupe expérimental n'ayant pas reçue la visite).

Les résultats ne démontrent aucune différence significative entre les groupes au niveau de l'index de confiance et de l'index d'habiletés. Cependant il y avait moins de mères visitées qui présentaient des problèmes avec le nouveau-né. Quant à l'index de connaissances, les mères visitées connaissaient davantage (significatif $p < .05$) l'âge de début des immunisations et l'endroit des cliniques que les mères non visitées. Fait intéressant, au score global des trois index, les primipares visitées avaient de meilleurs résultats que les non visitées. Il n'y avait pas de différence au niveau des multipares. Quant à l'indice de satisfaction, 71,4% des mères visitées ont trouvé la visite utile alors que 56,4% des mères non visitées pensaient qu'elle aurait été utile. Les auteurs concluent que les objectifs de la visite avaient été atteints pour les primipares seulement; les multipares ayant déjà, par leur expérience antérieure, atteint un degré satisfaisant de confiance, de connaissances et d'habiletés, la visite aurait eu moins d'impact pour elles. Les auteurs suggèrent donc d'ajuster les objectifs de la visite en fonction de la parité, de privilégier les primipares sur la liste des visites et de visiter les mères plus tôt, c'est-à-dire à l'intérieur des deux premières semaines.

Les limites: Comme le signalent également les auteurs, la randomisation des groupes n'ayant pas été respectée, il est possible qu'un biais de sélection se soit introduit et que des variables confondantes aient influencé les résultats. Par ailleurs, les auteurs n'indiquent pas si le questionnaire utilisé a été pré-testé et/ou validé de quelque façon que ce soit. De plus, l'interview par téléphone nous semble un moyen difficile d'évaluer le niveau de sécurité des mères (l'aspect subjectif).

6.1.3 Foxman et al (1982):

Foxman et al (1982) ont voulu connaître la réaction de 85 primipares qui avaient été visitées par une infirmière dans les premières semaines du postpartum (\bar{x} du nombre de visites par mère: 2,7). Les mères ont été interviewées vers la 7e semaine après la naissance de l'enfant. Au niveau du degré de satisfaction, 49% des mères se sont dites très satisfaites du contact et/ou de l'aide apportée par l'infirmière, 6% ont exprimé de l'indifférence et 22% avaient des commentaires plutôt négatifs; de plus, 24% étaient satisfaites du contact mais n'avaient pas vu l'utilité de la visite.

Les commentaires positifs concernaient davantage les qualités personnelles de l'infirmière, son accessibilité, son aide par rapport à des problèmes particuliers et le temps de rencontre dont les mères avaient disposé. Les critiques provenaient de réponses jugées insatisfaisantes par rapport à des problèmes signalés par les mères.

Les mères les plus satisfaites étaient celles qui étaient plus âgées (30-35 ans) ou qui allaient leur bébé. Le fait d'avoir un bébé difficile ou facile n'influait pas la satisfaction des mères vis-à-vis la visite pas plus que le niveau d'éducation et le statut économique. Le nombre de problèmes vécus par la mère en regard des soins au bébé n'avait pas d'influence sur la satisfaction des mères. Par ailleurs, les infirmières avaient visité plus fréquemment les mères qui avaient des problèmes. Les auteurs concluent qu'en général les mères ont une perception positive de l'infirmière et de la visite; quant aux aspects plutôt négatifs, les auteurs signalent l'importance pour les infirmières d'ajuster leurs interventions aux besoins particuliers de chacune des mères.

Les limites: le type d'échantillon choisi empêche toute généralisation des résultats. Il est possible cependant de les appliquer à une population possédant des caractéristiques semblables: des primipares, 20-34 ans, mariées, classe moyenne ou ouvrière.

6.1.4 Brown (1967):

Enfin, l'étude de Brown (1967) bien que moins récente, nous donne des résultats intéressants. L'auteure a voulu connaître l'impact de la visite postnatale sur le degré d'inquiétude des mères face aux soins du nouveau-né. Quarante (40) primipares furent réparties en deux groupes égaux: l'un serait visité par l'infirmière et l'autre ne le serait pas. Un questionnaire fut complété par la mère trois à quatre jours après l'accouchement et quatre semaines après le retour à la maison. Les résultats démontrent une réduction significative du degré d'inquiétude des mères visitées dans le cas de l'alimentation du nouveau-né. Pas de différence significative entre les groupes dans le cas du bain, élimination, soins de routine et sommeil. Dans le cas des pleurs, les résultats sont surprenants: il existe une différence significative mais en faveur des mères non visitées, qui ont davantage réduit leur degré d'inquiétude que les mères visitées. L'auteure demeure sceptique quant à ce dernier résultat et l'impute à l'échantillonnage réduit. Elle questionne le peu d'effet de la visite sur l'ensemble des inquiétudes des mères.

Limites: la taille de l'échantillon invite à la prudence quant à l'interprétation des résultats. De plus, nous n'avons pas d'information sur la validité du questionnaire.

EN RÉSUMÉ, selon les 4 études inventoriées et en prenant en considération les limites méthodologiques signalées, les résultats liés à l'impact de la visite sont plutôt négatifs. Nous pouvons tout de même dire que la visite postnatale a eu un effet (significatif) sur l'aptitude des mères à exprimer leurs préoccupations en santé, la connaissance de l'âge et du lieu de vaccination, le sentiment de confiance et les connaissances des primipares. Par ailleurs, les mères sont très satisfaites de la visite et le contact avec l'infirmière est jugé excellent. Les mères primipares les plus satisfaites sont les plus âgées (30-35 ans) et celles qui allaitent.

6.2 Outils d'évaluation

Considérant le peu de temps dont nous disposions pour élaborer un questionnaire (≈ 1 mois), nous trouvions important d'utiliser des instruments de mesure déjà existants et dont la validité et/ou fiabilité avaient été testées. Comme nous savions aussi que la cueillette de données se ferait par la poste (vu le nombre important de sujets prévus: 600), ce critère fut considéré dans la recherche d'instrument. Nous avons ainsi trouvé deux instruments qui s'ajustaient bien à nos objectifs d'évaluation: 1^o le Perceived Maternal Task Performance (Perry et Gottlieb, 1985, Univ. Mc Gill) et 2^o le Questionnaire sur l'utilité de la visite postnatale (Ostiguy, 1982, Univ. Montréal).

6.2.1 Perceived Maternal Task Performance Scale (PMTPS):

Le PMTPS a été élaboré par Perry et Gottlieb (1985) pour mesurer par autoévaluation les aptitudes d'une mère à prendre soin d'un nourrisson. Il mesure deux grandes di-

mensions: l'habileté de la mère à évaluer les besoins du nourrisson et son habileté à exécuter les tâches requises pour assurer les soins. Les auteures font le postulat que la compétence maternelle (ou parentale) s'acquiert avec l'expérience et qu'il faut donc s'attendre à une amélioration des habiletés parentales à mesure que l'enfant vieillit et/ou selon l'expérience acquise antérieurement avec d'autres enfants. C'est en se basant sur ce postulat que la validité de l'instrument fut vérifiée (De Simone et Gottlieb, 1987). On a posé comme hypothèse que les multipares obtiendraient des notes plus élevées au PMTPS que les primipares, une semaine après la naissance et que les primipares aussi bien que les multipares obtiendraient, six semaines après la naissance, des résultats plus élevés qu'une semaine après la naissance. 92 mères (45 primipares, 47 multipares) ont rempli le PMTPS une semaine après la naissance et 85 de ces 92 mères l'ont complété 6 semaines après la naissance. Les résultats appuyaient les hypothèses de départ: à la première semaine, les multipares ont obtenu des notes nettement plus élevées que les primipares dans 3 des 6 sous-échelles de soins: l'élimination, les soins cutanés et l'activité. A la 6e semaine, les multipares de même que les primipares ont obtenu des notes nettement plus élevées qu'à la première semaine, dans 5 des 6 sous-échelles (exception faite de l'activité). Ces résultats apportent un premier appui à la validité de l'instrument. Les auteures vérifièrent également la consistance interne de l'instrument et de chacune des sous-échelles à la première et à la sixième semaine. Le coefficient alpha de Gronbach fut très élevé pour le score global: .89 à la première semaine et .88 à la 6e. Quant aux sous-échelles le coefficient alpha varia de .45 à .79; pour les deux dimensions, le coefficient varia de .75 à .82.

6.2.2 Questionnaire sur l'utilité de la visite postnatale:

Durant un stage au DSC de Charles Lemoyne, Ostiguy a voulu connaître à quels besoins de la mère et du nourrisson, l'infirmière répond lors de la visite à domicile en période postnatale. Elle a donc observé 26 visites postnatales faites par 12 infirmières. Elle a par la suite complété ses informations à l'aide des notes d'observations de l'infirmière contenues dans 30 dossiers choisis de façon aléatoire. Connaissant maintenant les interventions de l'infirmière et le pourquoi de ces interventions (versus les besoins de la mère et du nourrisson), Ostiguy a voulu connaître

l'utilité de ces interventions. À l'aide de l'ensemble des données recueillies, elle construit un questionnaire pour évaluer l'impact de la visite postnatale. Ce questionnaire comportait trois sections: la situation familiale, les antécédents personnels et la période postnatale. La dernière section visait à recueillir les besoins spécifiques ou problèmes rencontrés par la mère après le retour à la maison, les ressources utilisées, les connaissances acquises lors de la visite et le degré d'utilité de la visite. Le questionnaire a été conçu pour être administré par la poste dans les 3 semaines suivant la visite de l'infirmière. Il a été pré-testé auprès de 14 mères mais n'a jamais été utilisé ultérieurement.

7- Méthodologie

7.1 Devis de l'étude

Nous avons choisi un devis expérimental avec post-test seulement.

7.2 Population-cible

La population cible comprenait les mères francophones résidant sur le territoire de la région 05 et ayant accouché entre le 1er janvier 90 et la fin mars 90. Furent exclus de l'étude:

- les mères (ou familles) dépistées à risque (ou vulnérables) lors du séjour hospitalier et faisant l'objet de références par l'infirmière de liaison du DSC. (Ce dépistage des familles vulnérables lors du séjour hospitalier fait partie du programme de Continuité de soins en périnatalité);
- les mères ayant eu une grossesse < 37 semaines;
- les mères âgées < 18 ans;
- les bébés ayant un poids < 2500 grammes.

7.3 Répartition des groupes

La sélection des mères se fit périodiquement à partir des avis de naissance, en respectant les critères d'exclusion. Par la suite, une distribution aléatoire par strate (parité) était effectuée; le groupe des multipares était réparti également en deux sous-groupes: les mères devant recevoir la première visite de l'infirmière durant le 1^{er} mois suivant la naissance de l'enfant (groupe expérimental) et les mères devant recevoir la 1^{ère} visite de l'infirmière à partir de la 6^e semaine après la naissance de l'enfant (groupe contrôle). La même répartition était faite au niveau des primipares.

Un total de 600 mères fut réparti en deux groupes de 300. Chacun des avis de naissance portait soit l'inscription «Visite» pour le groupe des mères devant recevoir la visite de l'infirmière durant le 1^{er} mois de postnatal, soit l'inscription «Pas de visite avant x date» pour les mères devant recevoir la visite à partir de la 6^e semaine de postnatal. Les avis de naissance étaient par la suite acheminés dans les CLSC concernés.

7.4 Éthique

Les considérations éthiques furent largement discutées au niveau du comité aviseur et présentées par la suite aux coordonnateurs de périnatalité des différents CLSC.

Notre principal souci était de ne pas pénaliser une population qui aurait eu un besoin urgent d'une visite et qui aurait pu se retrouver par hasard dans le groupe dont la visite avait lieu à 6 semaines. Nous avons tout d'abord considéré le fait que les familles vulnérables (références de l'infirmière de liaison) et/ou présentant un indicateur de risque tel que grossesse non à terme, bébé de petit poids ou mère très jeune (< 18 ans) ne faisaient pas partie de l'étude et qu'elles seraient ainsi visitées selon les procédures habituelles.

De plus, nous avons demandé aux infirmières (voir annexe B) de téléphoner à toutes les mères devant être visitées à 6 semaines, de prendre rapidement de leurs nouvelles, de les aviser qu'elles seraient visitées un peu plus tard et de leur laisser leurs coordonnées en cas de besoin. Si l'infirmière jugeait alors qu'il y avait un besoin urgent d'une visite, la visite était faite et la famille concernée était retirée de l'étude.

Quant au respect de la confidentialité des réponses, nous nous sommes assurés qu'aucun nom n'apparaissait sur le questionnaire: seul un numéro sur l'enveloppe de retour permettait d'identifier les répondants et de faciliter ainsi la relance.

7.5 Questionnaires utilisés

Trois instruments furent choisis pour mesurer l'atteinte des différents objectifs.

- 1^o Pour l'objectif ayant comme thème "le support aux parents" nous avons utilisé le **Perceived Maternal Task Performance Scale, PMTPS** (Perry et Gottlieb, 1985) qui, une fois traduit, devint l'"Échelle d'aptitudes à l'exécution des tâches parentales", EAETP.
- 2^o Pour les objectifs ayant comme thèmes "l'aide à la résolution de problème" et "l'information" nous avons utilisé le **Questionnaire sur l'utilité de la visite postnatale, Q.U.V.P.** (Ostiguy 1982, modifié).
- 3^o Pour l'objectif ayant comme thème le "dépistage" nous avons utilisé un questionnaire "maison" adressé aux intervenants.

Les deux premiers instruments furent jumelés en un seul questionnaire, adressé aux mères et intitulé: "Un nouveau bébé est arrivé, comment ça va?"

7.5.1 Le Perceived Maternal Task Performance Scale (PMTPS)

Le PMTPS mesure deux grandes dimensions de la compétence parentale:

- l'habileté à évaluer les besoins du nouveau-né;
- l'habileté à donner les soins au nouveau-né

Il a l'avantage d'avoir été conçu pour le postnatal immédiat car il a été validé à l'intérieur des six premières semaines après la naissance de l'enfant. De plus, il semble présenter une bonne sensibilité, car il a su détecter une différence significative entre les multipares et les primipares ainsi qu'entre une semaine et six semaines du postnatal (De Simone et Gottlieb, 1987).

7.5.1.1 Traduction de l'instrument

Le PMTPS n'étant disponible qu'en anglais, une traduction française fut nécessaire. Nous avons reçu l'assentiment de l'auteure, Laurie Gottlieb de l'Université Mc Gill, pour traduire l'instrument (Annexe C).

La procédure choisie fut celle suggérée par Spielberger et Sharma (voir DelGreco et al, 1987) dont nous avons suivi les deux premières étapes: la **traduction préliminaire** et l'**évaluation de la traduction préliminaire**.

- 1^o- **Traduction préliminaire:** Une traduction préliminaire fut effectuée individuellement par deux personnes travaillant en postpartum et par une 3^e personne davantage experte en traduction. À l'aide des trois exemplaires, nous avons élaboré une première version préliminaire.

2^o- Évaluation de la traduction préliminaire: La version préliminaire fut retraduite en anglais (back-translation) par deux autres personnes ne connaissant pas la version originale anglophone. Un comité de trois personnes fut par la suite formé afin de comparer les deux traductions renversées avec la version originale. Quand les traductions renversées étaient identiques à la version originale, les items concernés étaient conservés tels quels en français (Vallerand et al, 1987); quand il y avait divergence, le comité s'entendait pour une formulation plus adéquate en français. Une attention particulière fut apportée pour adapter les formulations aux personnes de milieux plus défavorisés.

La version française, l'**Échelle d'aptitudes à l'exécution des tâches parentales** (EAETP), produite à ce stade de traduction est celle que nous avons utilisée dans cette étude (Annexe D). Un exemplaire fut envoyé à l'auteure pour approbation.

7.5.1.2 Structure de l'Échelle d'aptitudes à l'exécution des tâches parentales (EAETP)

L'EAETP est composée de 24 phrases décrivant des situations reliées aux soins d'un nouveau-né. Les 24 situations se répartissent en 6 sous-échelles comportant chacune 4 items et deux dimensions comportant chacune 12 items. Les 6 sous-échelles ont pour thèmes:

- alimentation
- élimination
- bien-être
- soins de la peau
- activité
- santé

La mère évalue elle-même sa compétence en indiquant comment elle s'est sentie par rapport à la situation décrite, lors de la dernière semaine. Pour ce faire, elle trace une barre sur une ligne mesurant 10 cm et dont les extrémités sont identifiées par "Peu sûre de moi" (Score 0) et "Très sûre de moi" (score 9). Les scores possibles pour chacune des 6 sous-échelles sont 0-36, pour chacune des dimensions 0-108 et pour l'ensemble du test 0-216.

7.5.2 Questionnaire sur l'utilité de la visite postnatale, Q.U.V.P.

Nous avons choisi le questionnaire d'Ostiguy (1982) car il a l'avantage d'avoir un contenu basé exclusivement sur l'observation de visites postnatales faites par l'infirmière. Il nous semblait donc très approprié de l'utiliser pour évaluer cette intervention.

Le questionnaire fut cependant modifié pour les besoins de l'étude. Deux versions furent faites: la première (Q.U.V.P., 1) s'adressait aux mères ayant reçu une visite postnatale et la deuxième (Q.U.V.P., 2) concernait les mères n'ayant pas encore reçu la visite de l'infirmière lors de la cueillette de données.

7.5.2.1 Structure de l'instrument

Le Q.U.V.P. est composé exclusivement de questions fermées. La version 1 du questionnaire (Annexe E) comprend deux grands thèmes:

1^o- les difficultés ou problèmes vécus depuis le retour à la maison

- Quels sont les difficultés ou problèmes?
- Ont-ils été résolus?
- Qui a aidé principalement (2 personnes maximum) à les résoudre?

La liste des difficultés ou problèmes comprend 21 éléments répartis en 5 catégories:

- alimentation
- élimination (mère)
- élimination (bébé)
- activité et repos
- solitude et interaction sociale

NOTE: les catégories choisies pour regrouper les difficultés ou problèmes s'inspirent des auto-soins du cadre conceptuel d'Orem (Orem, 1987).

2^o- les connaissances acquises lors de la visite de l'infirmière

- Quelles sont-elles?
- Quel est le degré d'utilité des informations reçues?

La liste des sujets d'information comprend 18 éléments répartis en trois catégories:

- allaitement (pour les mères qui allaitent) ou alimentation du bébé (pour les mères donnant principalement le biberon)
- soins du nouveau-né
- ressources

En plus des deux thèmes principaux, des questions sont ajoutées sur:

- l'allaitement
- l'âge d'introduction des solides
- la vaccination du bébé
- l'utilisation des ressources professionnelles et communautaires
- la visite à domicile de l'infirmière
- les variables socio-démographiques.

La version 2 du questionnaire (qui s'adresse aux mères non visitées) est identique à la version 1, sauf pour les questions concernant la visite de l'infirmière qui ont été omises et sauf pour le contenu du deuxième thème qui a été modifié ainsi:

2^o les besoins d'information

- Quels sont-ils?
- Quels sont les moyens prévus pour aller chercher l'information?

7.5.3 Questionnaire sur le dépistage

Un questionnaire a été élaboré dans le but d'évaluer l'étendue du dépistage effectué lors de la visite postnatale: il faut se rappeler que le groupe des mères faisant partie de l'étude ne comportait aucune famille dépistée à risque lors du séjour hospitalier, aucune mère âgée de moins de 18 ans et aucun bébé de petit poids ou non à terme (< 2500 grammes, < 37 semaines).

7.5.3.1 Structure du questionnaire

Le questionnaire comprenait quatre questions (voir annexe F) visant à identifier les indicateurs de risque et/ou problèmes dépistés à domicile ainsi que la nature des interventions effectuées à la suite de ce dépistage. La liste des indicateurs de risque et/ou problèmes que nous avons choisie est celle utilisée actuellement à l'intérieur du programme Continuité de soins du DSC; nous y avons ajouté quelques indicateurs mentionnés par un des CLSC de la région dans son document d'évaluation concernant le suivi auprès des familles à risque (CLSC Gaston-Lessard, 1989).

7.5.3.2 Familles choisies pour évaluer le dépistage

Afin de s'assurer une représentativité égale des primipares et des multipares et d'allouer un intervalle de temps minimum (2 mois) pour les suivis et/ou relances, nous avons choisi, parmi le groupe des mères visitées à l'intérieur de 4 semaines, les **50 premières multipares et les 50 premières primipares** ayant accouché à partir du 1er janvier 90. Les familles choisies se sont réparties comme suit selon les CLSC:

CLSC	MULTIPARE	PRIMIPARE	TOTAL
Maria-Thibault	4	6	10
Albert-Samson	7	3	10
Alfred-Desrochers	7	6	13
Soc	14	13	27
La Chaumière	1	0	1
Fleur de Lys	2	5	7
Val St-François	3	4	7
Gaston-Lessard	12	13	25
	50	50	100

7.6 Pré-test

Nous avons pré-testé le questionnaire intitulé «Un nouveau bébé est arrivé, comment ça va?» de deux façons:

- par la poste;
- par entrevue à domicile.

Les objectifs poursuivis par le pré-test sont indiqués à l'annexe G.

Nous avons posté 30 questionnaires à des mères dont le bébé avait approximativement un mois. La sélection des mères se fit à partir des avis de naissance selon deux critères: le degré de scolarité et la parité. Trois groupes de 10 mères furent formés comprenant chacun 6 primipares et 4 multipares et dont le degré de scolarité était < 11 ans (1^{er} groupe), > 15 ans (2^e groupe) et entre 11 et 15 ans (3^e groupe).

Par ailleurs, nous avons rencontré cinq mères de milieu plus défavorisé à leur domicile. Elles ont rempli le questionnaire en notre présence et nous avons par la suite échangé sur les difficultés ou les incompréhensions rencontrées.

Le taux de réponse (sans relance) par la poste fut de 70% (21/30): 50% pour le 1^{er} groupe; 90% pour le 2^e groupe et 70% pour le 3^e groupe. Le temps pris pour répondre au questionnaire variait de 5 à 10 minutes pour la 1^{ère} partie et de 15 à 20 minutes pour la 2^e partie: c'est-à-dire 20 à 30 minutes pour tout le questionnaire. À la suite de ce pré-test, de légères modifications furent apportées au questionnaire.

7.7 Déroulement de la cueillette de données

Le questionnaire «Un nouveau bébé est arrivé. Comment ça va?» fut posté aux 600 mères des deux groupes 4 semaines exactement après la naissance de l'enfant. Une lettre explicative (Annexe H) accompagnait l'envoi. Un numéro d'identification apparaissait sur l'enveloppe de retour permettant de rayer le nom de la personne concernée pour la relance.

Une relance téléphonique fut faite par la responsable du projet une semaine et demie après l'envoi. La relance avait pour objectif de vérifier si le questionnaire était effectivement arrivé et de faire un 2^e envoi en cas de perte ou non-réception du questionnaire. Nous demandions par la même occasion si la mère avait des questions particulières par rapport au questionnaire. La cueillette de données dura approximativement 3 mois.

Quant au questionnaire sur le dépistage, il fut remis aux infirmières ayant fait la/les visite(s) concernée(s), par le biais des coordonnateurs(trices) en périnatalité de chacun des CLSC. Le questionnaire fut complété à l'aide du dossier de la bénéficiaire environ 3 mois après la visite: ce laps de temps nous permettait d'évaluer le type de suivi effectué auprès des familles dépistées à risque et/ou présentant des problèmes (lors de la visite postnatale).

7.8 Données socio-démographiques

Des données signalétiques de base furent recueillies afin d'avoir un portrait général des familles. À ces données furent ajoutées certaines variables susceptibles, selon la littérature (Ministère de la santé et des services sociaux, vol. 4-5, 1989), d'influencer l'adaptation des parents à la venue du nouveau-né.

L'ensemble des données furent recueillies à partir de l'avis de naissance et du questionnaire (Un nouveau bébé est arrivé, comment ça va?).

Ces données socio-démographiques sont:

- 1^o- lieu et territoire de naissance: CH, CLSC;
- 2^o- mère vit seule ou avec un conjoint;
- 3^o- stabilité du couple: durée de vie commune;
- 4^o- âge de la mère - âge du conjoint (père);
- 5^o- degré de scolarité de la mère et du conjoint (père);
- 6^o- présence de la mère sur le marché du travail: avant la naissance de l'enfant et après la naissance de l'enfant;
- 7^o- revenu familial annuel;
- 8^o- parité: primipare - multipare;
- 9^o- perception de l'état de santé chez la mère;
- 10^o- tempérament du nouveau-né;
- 11^o- présence ou non d'aide à la maison: durée;
- 12^o- support social: taille et composition du réseau, présence d'un confident.

8. Résultats

8.1 Taux de réponse

Au départ le taux de réponse fut très élevé: 87% des mères ont retourné le questionnaire dans les deux à trois semaines suivant son envoi. Cependant, parmi ces mères, il y eut 84 "pertes de sujet" dues, soit au fait que la mère avait été visitée et qu'elle faisait partie du groupe contrôle ou que la mère n'avait pas été visitée et qu'elle faisait partie du groupe devant être visité. Il resta donc un total de 439 répondants soit 73% de la population de départ. La répartition des non-répondants ($N=161$) selon leur groupe de départ (visité ou non-visité) est présentée au tableau 3.

Nous avons comparé les répondants avec l'ensemble des non-répondants en fonction des trois variables suivantes: âge, degré de scolarité et parité (voir tableau 4). Nous y avons constaté que ces variables n'avaient pas influencé le fait de répondre ou non au questionnaire, car les répondants et non-répondants n'étaient pas différents à ce niveau. Il semble donc que les répondants soient représentatifs (du moins en ce qui concerne ces trois caractéristiques) de la population choisie ($N=600$).

Tableau 3
Répartition des non-répondants ($N = 161$)

	Visité n(%)	Non-visité n(%)	
Pas de retour du questionnaire	30 (40)	47 (55)	77 (48)
* Perte de sujet	45 (60)	39 (45)	84 (52)
	75	86	161

* Perte de sujet { - sujet non visité dans le groupe visité
 - sujet visité dans le groupe non-visité

Tableau 4
Comparaison entre les répondants et les non-répondants
selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Variable	Répondant	Non-répondant	t	DL	p
<u>Âge de la mère</u>					
M	26.98	26.92	.15	598	.88NS
É.T.	4.2	4.9			
Étendue	18 - 41	18 - 39			
Variable	Répondant n (%)	Non-répondant n (%)	χ^2	(DL,N)	p
<u>Degré de scolarité de la mère</u>					
1. 1 ^{ère} à 6 ^e année	3 (- -)	0 (- -)	2.1	(4, 595)	.7 NS
2. 7 ^e à 12 ^e année (sec I-V)	165 (38)	65 (41)			
3. Cours spécialisé (sec)	113 (26)	37 (24)			
4. Cours niveau collégial	101 (23)	38 (24)			
5. Études universitaires	56 (13)	17 (11)			
<u>Parité</u>					
1. Primipare	189 (43)	71 (44)	.39	(2, 600)	.8 NS
2. Multipare (2)	158 (36)	60 (37)			
3. Multipare (3 et +)	92 (21)	30 (19)			

NS = non significatif, p > .05

Afin d'assurer une certaine validité à l'Échelle d'aptitudes à l'exécution des tâches parentales, nous avons retiré les sujets n'ayant pas répondu à l'ensemble des 24 situations décrites (14 sujets) ainsi que les sujets ayant obtenu un score global dépassant de trois écart-types la moyenne du groupe (4 sujets).

Enfin, pour ajuster les deux groupes de comparaison (visité et non-visité) et les rendre semblables au niveau du degré de scolarité, 9 sujets furent retirés (au hasard) parmi les sujets ayant une formation universitaire.

Ainsi, le **nombre final de répondants** fut de **412**. Leur répartition au niveau de la parité et de la visite est présentée au **tableau 5**.

Tableau 5
Répartition des répondants*
selon la parité et la visite

Visite Parité	Visité n (%)	Non-visité n (%)	
Primipare	103 (48)	75 (38)	178 (43)
Multipare	113 (52)	121 (62)	234 (57)
	216	196	412

* Répondants retenus après ajustement

8.2 Ressemblance des groupes

Avant de comparer les résultats obtenus par chacun des groupes (visité et non-visité) nous nous sommes d'abord assurés qu'ils se ressemblaient au niveau de certaines caractéristiques (voir tableau 6). La présence ou non du conjoint est la seule caractéristique qui se répartissait différemment d'un groupe à l'autre. Par ailleurs, compte tenu du peu de sujets

apparaissant dans la catégorie "vit seule", la fiabilité du test statistique s'en trouve affaiblie.

Nous avons également comparé les primipares et les multipares (voir tableau 7). Elles différaient au niveau de l'âge et du degré de scolarité: les multipares sont en moyenne plus âgées et dans l'ensemble, moins scolarisées.

Tableau 6
Comparaison entre les groupes visités et non-visités
selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Variable	Visité	Non-visité	t	DL	p
<u>Âge de la mère</u>					
(années) M	26.6	27.2	-1.34	410	18NS
É.T.	4.2	4.3			
Étendue	18-41	18-40			
Variable	Visité	Non-visité	χ^2	(DL,N)	p
<u>Présence d'un conjoint</u>					
1. Vit avec conjoint	206 (95)	193 (99)	4.6	(1,411)	.03*
2. Vit seule	10 (5)	2 (1)			
<u>Degré de scolarité de la mère</u>					
1. Sec. I à V	80 (37)	79 (41)	4.6	(3,409)	.19NS
2. Cours spécialisé (niv. sec)	60 (28)	47 (24)			
3. Cours niveau collégial	57 (26)	40 (21)			
4. Études universitaires	19 (9)	27 (14)			
<u>Revenu annuel brut</u>					
1. Moins de 25,000 \$	69 (33)	67 (35)	2.8	(2,397)	.24NS
2. 25,000 à 49,999 \$	118 (57)	94 (50)			
3. 50,000 \$ et plus	21 (10)	28 (15)			
<u>Parité</u>					
1. Primipare	103 (48)	75 (38)	5.9	(2,412)	.05NS
2. Multipare (2)	77 (35)	71 (36)			
3. Multipare (3 et +)	36 (17)	50 (26)			
<u>Tempérament du bébé</u>					
1. Bébé très facile	55 (26)	55 (28)	2.8	(2,409)	.24NS
2. Bébé facile	131 (61)	126 (64)			
3. Bébé plutôt difficile	27 (13)	15 (8)			

NS = non significatif

* = significatif p < .05

Tableau 7
Comparaison entre les multipares et les primipares
selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Variable	Primi	Multi	t	DL	p
<u>Âge de la mère</u>					
(années) M	25.29	28.14	-7.07	410	.00**
É.T.	3.9	4.1			
Étendue	18-39	19-41			
Variable	Primi n (%)	Multi n (%)	χ^2	(DL,N)	p
<u>Présence d'un conjoint</u>					
1. Vit avec conjoint	173 (97)	226 (97)	.0	(1,411)	1. NS
2. Vit seule	5 (3)	7 (3)			
<u>Degré de scolarité de la mère</u>					
1. Sec. I à V	57 (32)	102 (44)	18	(3,409)	.00**
2. Cours spécialisé (niv.sec)	39 (22)	68 (29)			
3. Cours niveau collégial	51 (29)	46 (20)			
4. Études universitaires	30 (17)	16 (7)			
<u>Revenu annuel brut</u>					
1. moins de 25,000 \$	52 (30)	84 (38)	2.7	(2,397)	.25NS
2. 25,000 à 49,999 \$	100 (58)	112 (50)			
3. 50,000 \$ et plus	21 (12)	28 (12)			
<u>Tempérament du bébé</u>					
1. Bébé très facile	42 (24)	68 (29)	1.35	(2,409)	.5 NS
2. Bébé facile	115 (66)	142 (61)			
3. Bébé plutôt difficile	18 (10)	24 (10)			

N.S. = non significatif

** = significatif p < .01

8.3 Profil des répondants

Cette partie des résultats répond à la question d'évaluation 1.1.1 (tableau 2): **Quel est le profil de la population rejoints?**

En ce qui concerne les caractéristiques suivantes: l'âge, le degré de scolarité, la présence ou non d'un conjoint, le revenu annuel brut, la parité et le tempérament du bébé, vous pouvez vous référer au tableau 6 en considérant les deux groupes ensemble.

Nous pouvons y remarquer que 3% (n=12) des mères vivent seules; 35% (n=143) possè-

dent un degré de scolarité de niveau collégial ou universitaire; 34% (n=136) vivent sous le seuil de pauvreté (< 25 000 \$/an pour une famille de 4 personnes); 37% (n=86) des multipares ont trois enfants et plus.

8.3.1 Lieu de naissance de l'enfant:

Trente et un pourcent (31%) des mères ont accouché au CHUS, 57% au Centre hospitalier St-Vincent-de-Paul et 12% dans d'autres hôpitaux. Quant à la répartition des répondants selon les CLSC, vous pouvez vous référer au tableau 8.

Tableau 8
Répartition des répondants selon les CLSC

CLSC	n (%)	CLSC	n (%)
Maria-Thibault	50 (12)	Albert-Samson	43 (10)
La Chaumière	15 (4)	Alfred-Desrochers	41 (10)
Fleur de Lys	30 (7)	Gaston-Lessard	99 (24)
Val St-François	41 (10)	Soc	93 (23)

8.3.2 Fréquentation du marché du travail:

Nous remarquons au tableau 9, que la majorité des primipares (91%) ont fréquenté le marché du travail dans l'année précédent la naissance de l'enfant, tandis que seulement un peu plus de la moitié des multipares étaient sur le marché du travail. Après la naissance de l'enfant nous observons une baisse d'environ

11% chez les mères prévoyant fréquenter le marché du travail: cette baisse est répartie également chez les primipares et les multipares. Par ailleurs, seulement 4% des primipares ne prévoient pas fréquenter le marché du travail comparativement à 28% des multipares. Les indécis qui sont assez nombreux (19%), se répartissent également.

Tableau 9
Fréquentation du marché du travail selon la parité

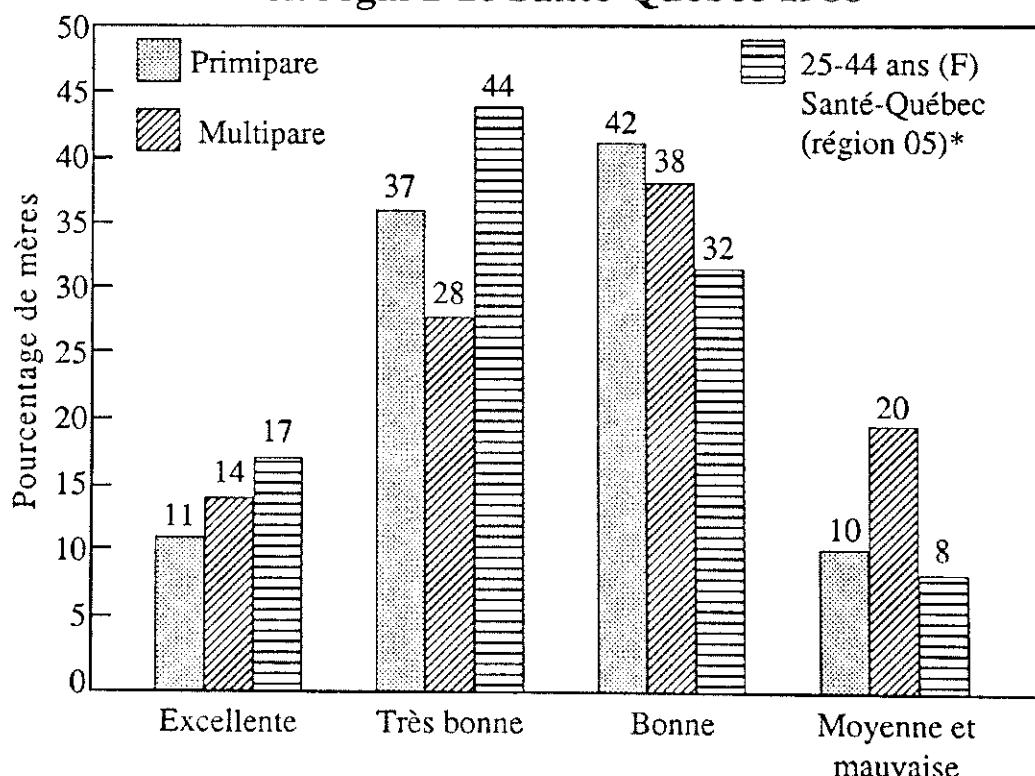
Parité Fréquentation	Primipare (N = 178) n (%)	Multipare (N = 233) n (%)	TOTAL (N = 411) n (%)
<u>Avant la naissance</u> Ont fréquenté le marché du travail avant la naissance de l'enfant	162 (91)	148 (64)	310 (75)
<u>Après la naissance</u> Prévoient fréquenter le marché du travail après la naissance de l'enfant	140 (79)	121 (52)	261 (64)
Ne prévoient pas fréquenter le marché du travail	8 (4)	65 (28)	73 (18)
Indécis	30 (17)	47 (20)	77 (18)

8.3.3 Perception de l'état de santé chez la mère:

Les données concernant la perception de l'état de santé sont présentées à la figure 2. Elles ont été mises en parallèle avec les données de l'enquête Santé Québec 1988, concernant les femmes de 25 à 44 ans de la région 05. Nous pouvons constater que dans l'ensemble les mères en postnatal immédiat, semblent se percevoir moins en santé que la population générale d'un groupe d'âge sem-

blable (non vérifié au niveau statistique). Par ailleurs, les multipares se perçoivent moins en santé que les primipares ($\chi^2 = 8.55$, DL:3, $p=.035$). Compte tenu que la perception de l'état de santé s'est avérée, dans l'Enquête Santé Québec, une mesure valide et fiable de l'état de santé d'une population (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988), nous pouvons considérer ces données comme le reflet de l'état de santé des mères vers la 5e semaine du postnatal.

Figure 2
**Perception de l'état de santé, selon la parité,
en regard de Santé-Québec 1988**



*Intervalles de confiance des proportions mentionnés par Santé-Québec:

17%: 12-22

44%: 37-50

32%: 26-38

8%: 0-11

8.3.4 Caractéristiques des conjoints:

Quatre cent (400) mères (N=412) ont signalé vivre actuellement avec un conjoint. Les caractéristiques des conjoints (âge et degré de scolarité) sont présentées au tableau 10.

8.3.5 Stabilité du couple:

Nous avions questionné les mères sur le temps de vie commune avec leur conjoint actuel car la stabilité du couple s'avérait un indice important pour l'adaptation du couple à

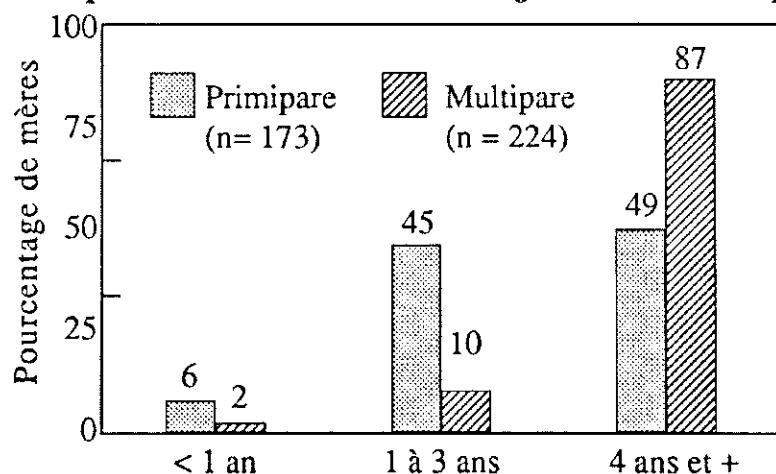
l'arrivée du nouveau-né. Or, selon deux psychologues spécialisés en thérapie familiale que nous avons consultés, on peut difficilement parler d'un couple "stable" avant une période de vie commune d'environ 3 ans. Cette donnée est confirmée dans la littérature par Friedman (1981) qui dit qu'une grossesse à l'intérieur de deux ans de vie commune nuit à la période d'ajustement du couple.

Ainsi nous observons, d'après la figure 3 que 51% des primipares ont eu leur enfant pendant la période d'ajustement du couple (< 3 ans) par rapport à 12% chez les multipares.

Tableau 10:
Caractéristiques des conjoints

Âge du conjoint (N=397) (années)	Primipares	Multipares
Moyenne	27,7	30,8
Écart-type	4,3	4,1
Étendue	20 - 47	22 - 43
Degré de scolarité (N=396)	n (%)	
1. 1 ^{ère} à 6 ^e année	4 (1)	
2. 7 ^e à 12 ^e année (sec. I à V)	173 (44)	
3. Cours spécialisé (sec.)	86 (22)	
4. Cours niveau collégial	80 (20)	
5. Études universitaires	53 (13)	

Figure 3
Temps demeuré avec le conjoint selon la parité.



8.4 Problèmes et/ou difficultés vécus en postnatal immédiat

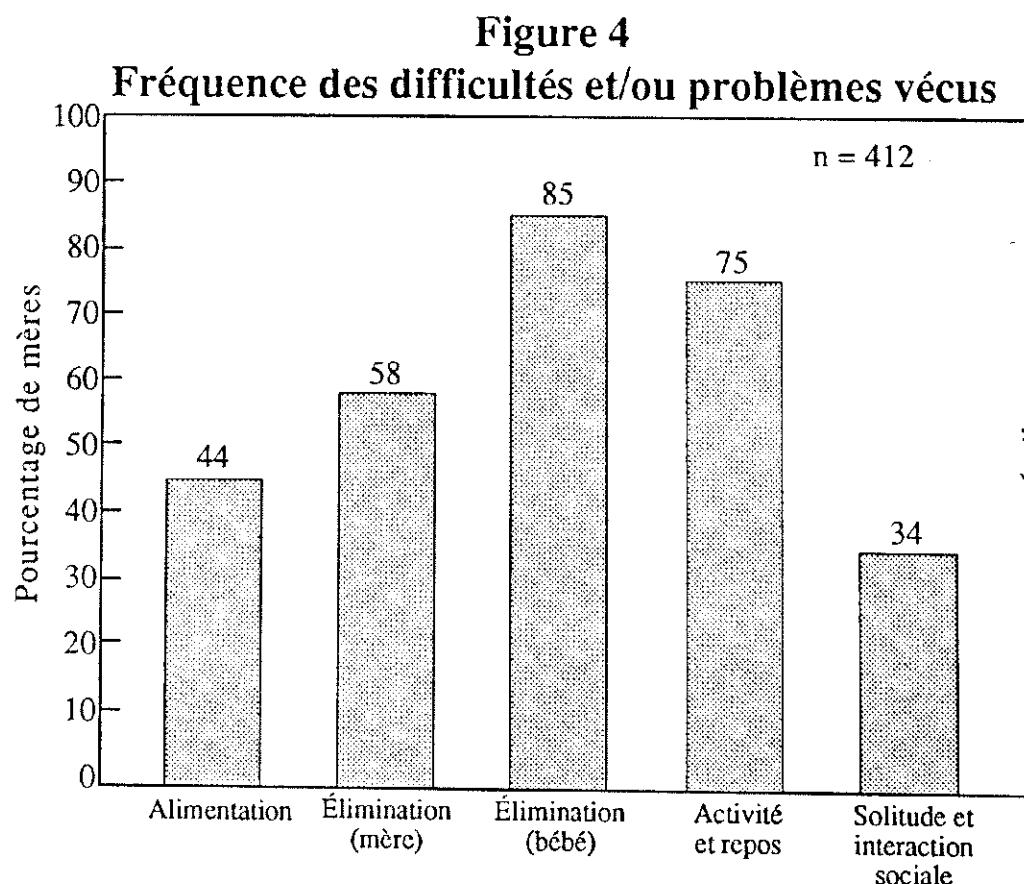
Les difficultés et/ou problèmes ont été regroupés en cinq catégories:

- alimentation
- élimination (mère)
- élimination (bébé)
- activité et repos
- solitude et interaction sociale.

Le pourcentage de mères ($N=412$) ayant présenté au moins un problème et ce, pour chacune des catégories, est illustré à la figure 4. Nous pouvons y remarquer que les problèmes les plus fréquents sont ceux reliés à l'élimination chez le bébé (coliques, régurgitations, etc.: 85% des mères) et à l'organisation du temps, des activités et du repos (75% des mères).

La question d'évaluation qui concernait les problèmes était celle-ci (question 1.1.5,

tableau 2): Les difficultés et/ou problèmes vécus en postnatal immédiat sont-ils différents (nombre + type) selon certaines caractéristiques socio-démographiques des familles? La caractéristique choisie par le comité aviseur fut la parité. Nous avons donc regardé si la parité influençait la fréquence et/ou le type de problèmes. Nous avons ainsi constaté qu'il y avait plus de primipares que de multipares qui présentaient au moins un problème dans les catégories suivantes: alimentation ($\chi^2 8.2$, DL 1, $p=.004$), élimination (mère) ($\chi^2 9.3$, DL 1, $p=.002$), élimination (bébé) ($\chi^2 10.2$, DL 1, $p=.001$). Il n'y avait pas de différence significative entre les primipares et les multipares dans les deux autres catégories: activités et repos ($\chi^2 .22$, $p=.63$), solitude et interaction sociale ($\chi^2 .64$, $p=.42$). Nous pouvons donc dire que dans l'ensemble, il y avait plus de primipares que de multipares qui présentaient des problèmes en postnatal immédiat (du moins en ce qui concerne les 21 problèmes mentionnés).



8.5 Réseau de support et solution de problème

Avant de connaître l'utilisation du réseau social pour l'aide à la résolution de problème (question d'évaluation 1.2.1, tableau 2), il nous est apparu important, à priori, d'identifier le réseau de support disponible, tel que perçu par la mère, en postnatal immédiat. En ce qui concerne le support général, c'est-à-dire "les personnes sur lesquelles la mère peut compter si elle a besoin d'aide, d'encouragements ou de conseils", la taille de ce réseau varie de une à huit personnes et se distribue un peu différemment selon la parité (figure 5). Ainsi, 55% des primipares perçoivent 4 personnes et moins dans leur réseau de support tandis que ce pourcentage grimpe à 76% chez les multipares.

La taille du réseau de support est en moyenne de 4.6 (ET.: 1.99) chez les primipares et de 3.6 (ET.: 1.73) chez les multipares. La différence entre les moyennes est significative ($t: 5.2, p=.000$); les primipares perçoivent donc plus de personnes dans leur réseau de support que les multipares.

Qui fait partie de ce réseau de support? Les personnes identifiées par la mère sont indiquées à la figure 6. Le conjoint ainsi que la mère et/ou belle-mère, nous apparaissent des personnes importantes pour apporter du support; ils sont suivis de près par les personnes ayant un lien de parenté avec la mère (soeur, belle-soeur, frère, ... etc.). Il semble donc que le réseau de support en postnatal immédiat soit formé en grande partie de la parenté proche du couple.

Figure 5
Taille du réseau de support selon la parité

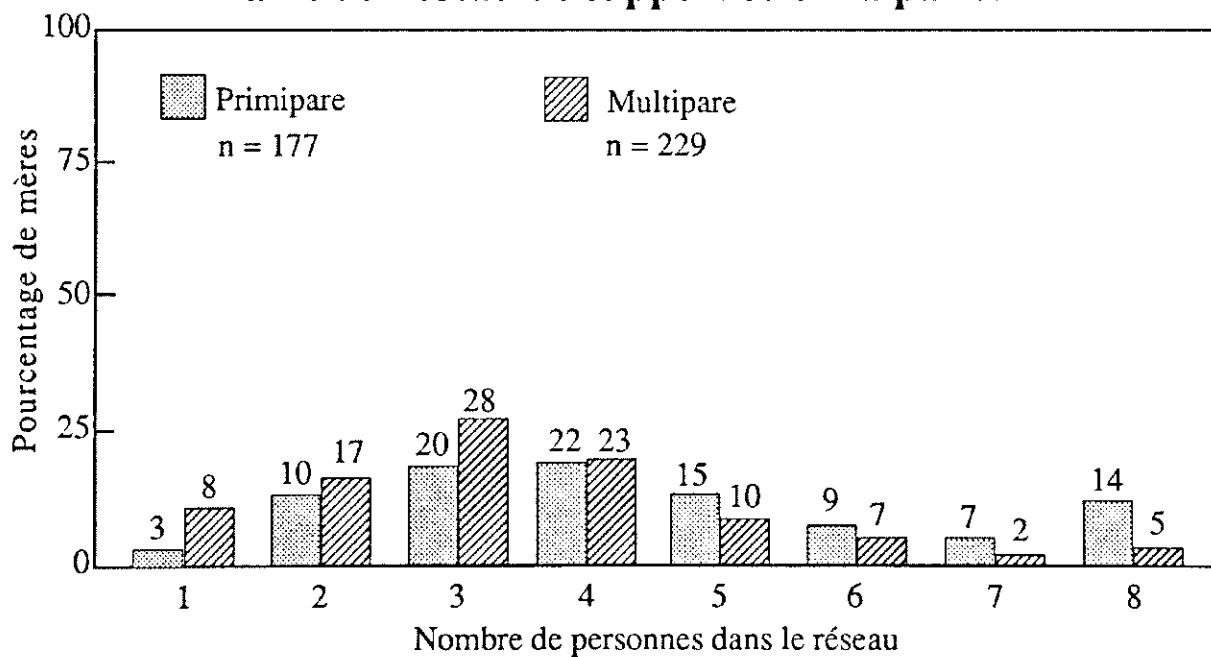
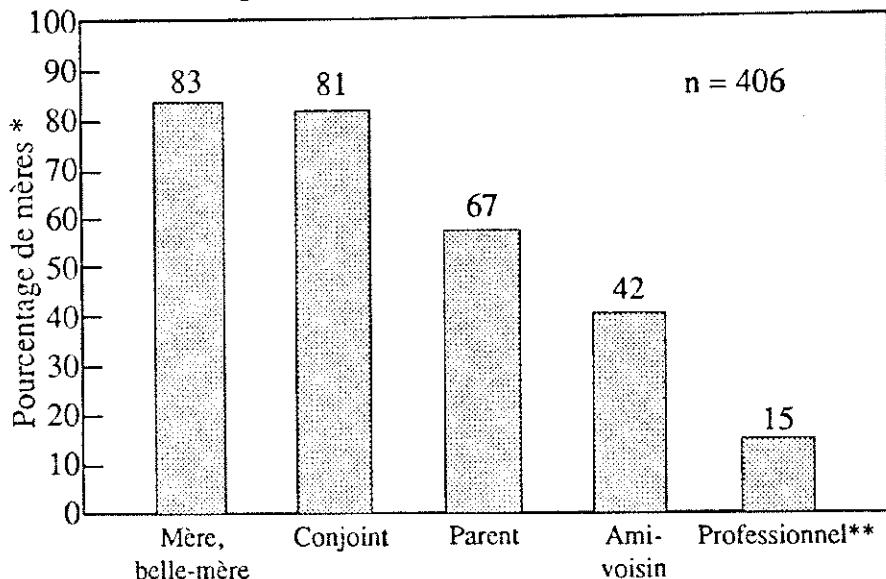


Figure 6
Composition du réseau de support



* Pourcentage de mères ayant identifié cette personne comme faisant partie de son réseau de support.

** Professionnel = médecin, infirmière, travailleur social, sage-femme, religieux-se, gardienne.

Le support affectif fut mesuré par la présence ou non d'un confident. Ainsi 89% de l'ensemble des mères (N=407) ont dit avoir une personne à qui elles pouvaient se confier et parler de choses intimes. Il n'y avait pas de différence significative entre les primipares et les multipares à ce sujet ($\chi^2 = .23$, p=.62).

Quant au support instrumental, 82% des primipares et 74% des multipares avaient reçu de l'aide à la maison dès leur sortie de l'hôpital. Bien que la différence ne soit pas significative ($\chi^2 = 3.65$, p=.056), il y a toutefois une forte tendance à avoir plus de primipares que de multipares qui reçoivent de l'aide.

La durée de l'aide à la maison ne varie pas selon la parité ($\chi^2 = .54$, DL = 2, p=.76) et se

présente comme suit pour l'ensemble des mères (N=311):

< 1 semaine	= 27% des mères
1 à 2 semaines	= 43% des mères
3 semaines et +	= 30% des mères

Parmi les mères (N=316) qui ont reçu un support instrumental, cinquante-sept pour cent (57%) (n=180) ont reçu l'aide d'une seule personne qui est en premier lieu le conjoint pour 63% (n=115) d'entre elles et en deuxième lieu, la mère ou la belle-mère (26%, n=48). Trente-six pour cent (36%) ont reçu l'aide de deux personnes qui sont majoritairement le conjoint et la mère ou belle-mère. Enfin 7% ont reçu l'aide de trois personnes: c'est alors un parent ou ami qui s'ajoute.

Maintenant que nous connaissons le réseau de support disponible, nous pouvons poursuivre avec la question d'évaluation suivante (question 1.2.1, tableau 2): **Quelle est l'utilisation du réseau social pour résoudre les difficultés ou problèmes vécus en postnatal: qui est utilisé? pour quel type de problème?**

Dans trois des cinq catégories de problèmes mentionnés, plus de 40% des mères ont solutionné seules leurs problèmes. Les deux catégories de problèmes où elles ont davantage utilisé leur réseau de support sont: élimination (bébé) et activité-repos. Les personnes qui ont aidé **principalement** la mère à solutionner ses problèmes sont présentées à la **figure 7 a), b)**. Il faut noter que la mère devait indiquer la ou les personnes les plus importantes (deux au maximum) par catégorie de problèmes. C'est pourquoi nous présentons les résultats selon qu'il y avait **une personne** ou **deux personnes** identifiées. Nous avons retenu les personnes qui avaient été nommées par plus de 5% des mères. Nous pouvons remarquer que dans l'ensemble ce sont le conjoint et la mère, belle-mère qui aident davantage à solutionner les problèmes et ce, pour toutes les catégories (sauf élimination (mère) où la mère et belle-mère ne sont aucunement nommées). Le parent ou ami aide la mère dans les problèmes concernant directement le bébé (élimination) et dans les problèmes liés à l'organisation des activités, des loisirs et du repos (activité et repos). L'infirmière est principalement aidante au niveau des problèmes vécus avec le bébé (élimination). Quant au médecin, il apporte son aide au niveau des problèmes liés à l'élimination de la mère et du bébé.

Nous avons isolé le **groupe des mères visitées** afin d'identifier le pourcentage de mères que l'infirmière avait principalement

aidé lors de la visite postnatale. Nous avons constaté que l'infirmière avait aidé 8% (n=8) des mères présentant des problèmes liés à l'alimentation, 7% (n=9) des mères au niveau de l'élimination (mère), 15% (n=28) au niveau de l'élimination (bébé), 3% (n=5) au niveau de l'activité et repos et 4% (n=3) au niveau de solitude et interaction sociale.

Enfin, nous avons regardé pour **l'ensemble des groupes (visité et non-visité)** le pourcentage de mères n'ayant aucunement solutionné leurs difficultés. Les données se sont réparties comme suit selon les catégories de problèmes:

- alimentation: 8% (n=15) des mères;
- élimination (mère): 5% (n=11) des mères;
- élimination (bébé): 16% (n=55) des mères;
- activité et repos: 10% (n=28) des mères;
- solitude et interaction sociale: 17% (n=24) des mères.

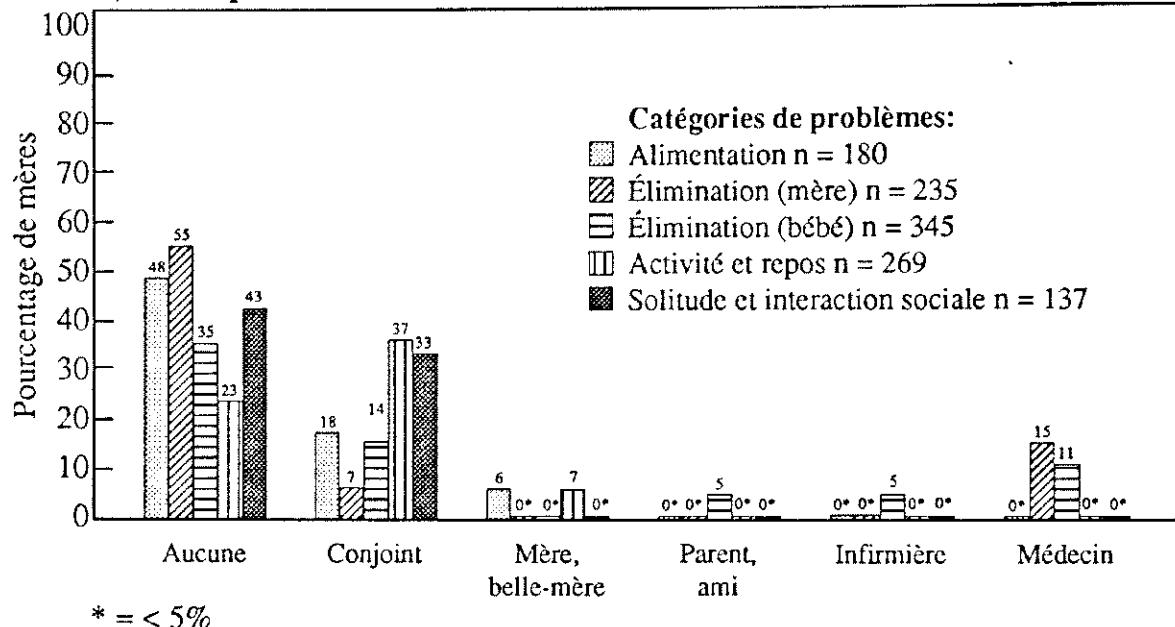
8.6 Besoins d'information

Cette partie répond à la question d'évaluation 1.2.2 (tableau 2): **Quels sont les besoins d'information des parents?**

Les données concernant les besoins d'information ont été recueillies chez les **mères non-visitées** (N=196). Tout d'abord, 53 mères (27%) n'avaient besoin d'information sur aucun des 18 sujets mentionnés. Le nombre (%) de mères ayant besoin d'information sur chacun des sujets mentionnés est présenté au tableau 11. Nous pouvons y observer que seulement trois sujets ont la faveur de plus de 30% des mères: l'allaitement mixte, les services du CLSC et les poussées de croissance. Neuf sujets sont identifiés par plus de 25% des mères et sept sujets sont identifiés par moins de 10% des mères.

Figure 7
Personnes ayant aidé la mère à résoudre les problèmes

a) Une personne identifiée



b) Deux personnes identifiées

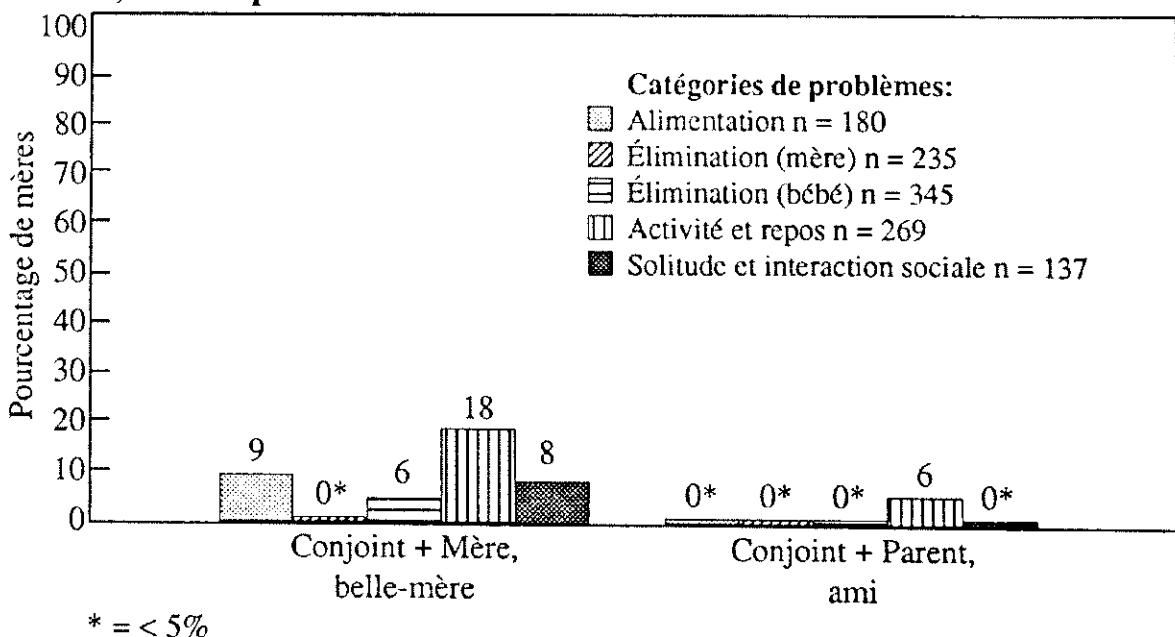


Tableau 11
Nombre de mères non-visitées (N=196)
ayant besoin d'information sur chacun des sujets mentionnés

SUJETS D'INFORMATION	n (%)	N
Allaitement mixte	32 (42)	77 *
Services CLSC	75 (38)	196
Poussées de croissance	63 (32)	196
Horaire + durée tétées	22 (29)	77 *
Extraction + conservation lait maternel	22 (29)	77 *
Positions du bébé dans la journée	56 (29)	196
Ressources en gardiennage	55 (28)	196
Comment stimuler bébé	52 (27)	196
Quantité de lait nécessaire pour bébé	31 (26)	119 **
Signification pleurs bébé	48 (24)	196
Comment augmenter production lait	18 (23)	77 *
Eau bouillie entre boires	27 (23)	119 **
Ressources en allaitement	17 (22)	77 *
Horaire des biberons	20 (17)	119 **
Ressources aide à la maison	33 (17)	196
Ambiance lors de l'allaitement	11 (14)	77 *
Sortes de lait maternisé	14 (12)	119 **
Horaire et endroit vaccination	21 (11)	196
Comment prendre T° du bébé	19 (10)	196
Prévention des accidents	18 (9)	196
T° chambre du bébé	17 (9)	196
Ambiance lors du boire	11 (9)	119 **
Soins des seins	6 (8)	77 *
Conservation biberons	7 (6)	119 **
Préparation biberons	4 (3)	119 **

* Total des mères qui allaitent

** Total des mères qui donnent le biberon

Par ailleurs, nous avons voulu savoir combien de mères avaient besoin d'information sur au moins 50% des sujets mentionnés, de façon à évaluer la pertinence du critère d'efficacité lié à l'atteinte de l'objectif "information". Ce critère prévoyait une augmentation de connaissances de 50% des mères visitées sur au moins 50% des sujets mentionnés. Les résultats démontrent que seulement 10% des mères non-visitées avaient besoin d'information sur au moins 50% des sujets mentionnés. Le critère d'efficacité choisi (50% - 50%) s'avérait donc trop élevé.

Nous avons par la suite regardé les caractéristiques des mères qui avaient le plus besoin d'information c'est-à-dire celles qui avaient besoin d'information sur au moins 50% des sujets mentionnés. Nous avons jumelé ces

mères avec celles du groupe visité qui avaient acquis des connaissances sur au moins 50% des sujets lors de la visite. Le nombre total s'éleva à 58. Nous avons par la suite comparé leurs caractéristiques (parité, degré de scolarité, allaitement ou biberon) avec les autres mères qui avaient peu ou pas besoin d'information (i.e. sur moins de 50% des sujets). Les résultats sont présentés au tableau 12. Nous pouvons remarquer que les groupes diffèrent au niveau de la parité et de l'alimentation principale donnée au bébé. Nous pouvons donc en conclure que les primipares, ainsi que les mères qui allaitent, apprennent davantage lors de la visite ou ont davantage besoin d'information. Le degré de scolarité ne semble pas influencer les besoins d'information ou l'acquisition de connaissances lors de la visite.

Tableau 12
Caractéristiques des mères visitées et non-visitées qui ont acquis ou ont eu besoin d'information sur 50 % des sujets et plus.
Comparaison avec les autres mères (< 50 % des sujets)

	Mères 50% et + n (%)	Mères < 50% n (%)	χ^2 (DL)	p
Parité				
Primipare	39 (67)	139 (39)	14.7 (1)	.000***
Multipare	19 (33)	215 (61)		
Degré de scolarité				
Sec. I à V	25 (43)	134 (38)	4.05 (3)	.25 NS
Sec. spécialisé	9 (15)	98 (28)		
Cégep	16 (28)	81 (23)		
Université	8 (14)	38 (11)		
Alimentation principale donnée au bébé				
Allaitement	32 (55)	125 (35)	7.4 (1)	.006**
Biberon	26 (45)	228 (65)		

*** < .001 ** < .01

**Question d'évaluation 1.2.3 (tableau 2):
Quelles sont les sources de référence identifiées par les parents pour aller chercher l'information?**

La mère devait identifier la ou les sources d'information (deux sources maximum) qu'elle prévoyait utiliser et ce, pour chacun des 3 thèmes regroupant les sujets d'information. Nous avons retenu les sources d'information signalées par au moins 5% des mères. Les résultats sont présentés à la figure 8 a), b). Nous remarquons que la documentation écrite est de loin la source d'information privilégiée. Les professionnels de la santé (médecin et infirmière) arrivent au deuxième rang. Quant aux parents, amis, conjoint, mère ou belle-mère, ils sont très peu nommés (< 5% des mères). Par ailleurs, 21% des mères ont indiqué ne pas savoir comment aller chercher l'information sur au moins un thème.

8.7 Satisfaction de la clientèle

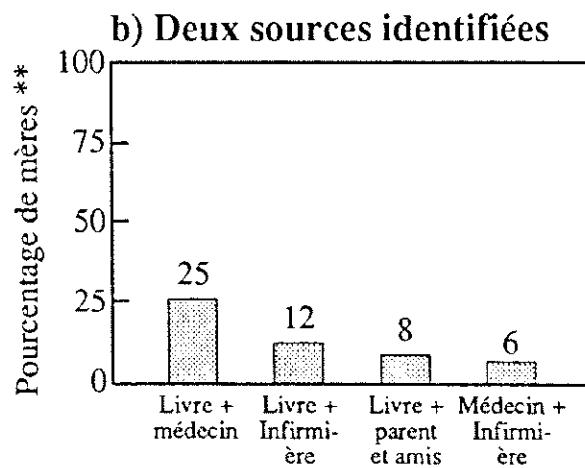
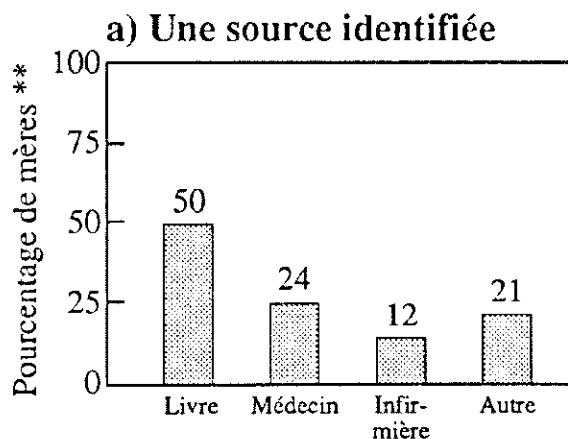
8.7.1 Utilité générale de la visite:

**Question d'évaluation 1.3.1 (tableau 2):
Quelle est la perception des parents concernant l'utilité générale de la visite?**

La perception des mères visitées sur l'utilité de la visite est présentée à la figure 9 a), b). Nous remarquons que 74% des mères visitées ont trouvé la visite très utile ou assez utile. Le degré de satisfaction est donc très élevé.

Quant aux mères non-visitées (figure 10), 53% des primipares auraient trouvé utile d'avoir une visite par rapport à 42% des multipares. Un pourcentage égal (16%) est indécis.

**Figure 8
Sources d'information privilégiées
par les mères non-visitées (N = 143)***



* Nombre de mères ayant besoin d'information sur au moins un des 18 sujets mentionnés.

** Pourcentage de mères ayant identifié cette source d'information sur au moins un des trois thèmes.

Figure 9
Perception des mères visitées sur l'utilité de la visite

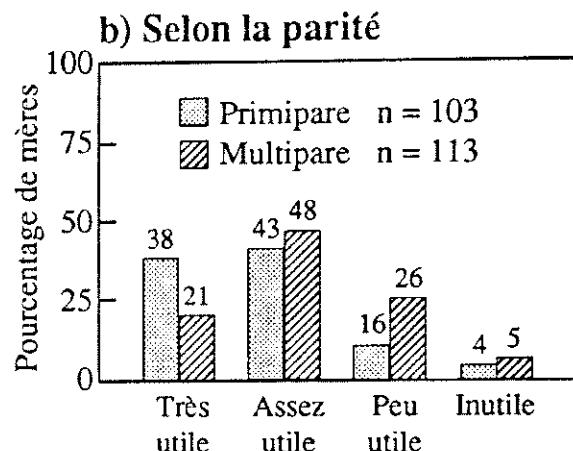
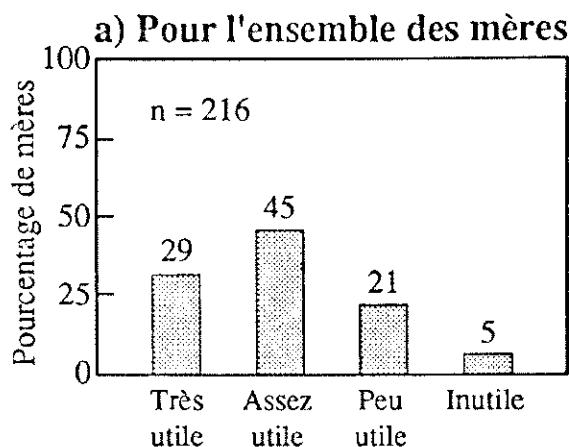
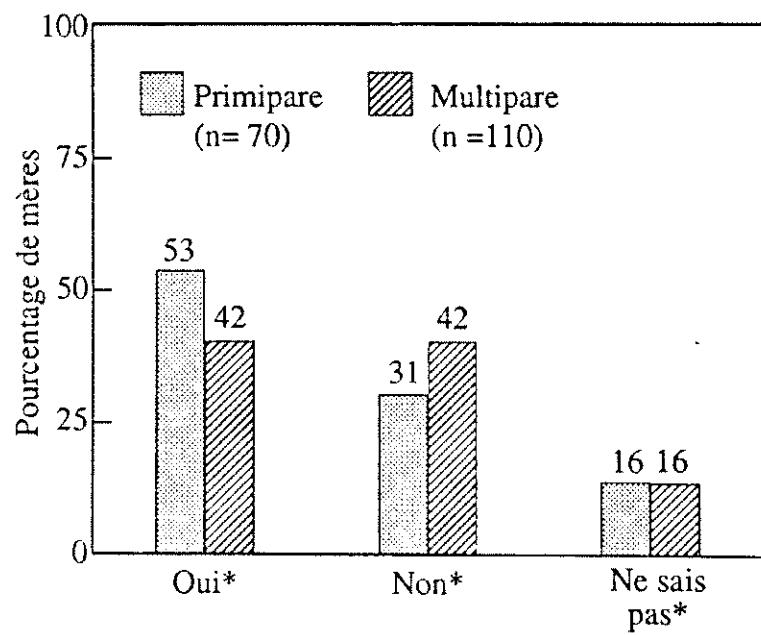


Figure 10
Perception des mères non-visitées sur l'utilité d'une visite.



* Question: Auriez-vous trouvé utile d'avoir la visite d'une infirmière?

**Question d'évaluation 1.1.4 (tableau 2):
Le degré d'utilité de la visite est-il relié à certaines caractéristiques des familles visitées?**

Le comité aviseur avait choisi 5 caractéristiques: l'âge de la mère, le degré de scolarité, la présence ou non d'aide à la maison, présence ou non d'un conjoint, la parité. Nous n'avons pu traiter de l'âge de la mère et de la présence d'un conjoint car nous manquions trop (+ de 20%) d'effectifs (< 5) par cellule pour avoir un test statistique (χ^2) valable. Quant aux autres caractéristiques, les résultats démontrent que le degré de scolarité ($\chi^2 9.92$, DL 6, p=.12) et le fait que la mère avait reçu ou non de l'aide à la maison ($\chi^2 6.04$, DL 3, p=.10) n'influençaient pas la perception de la mère sur le degré d'utilité de la visite. Par ailleurs, la parité donna un résultat significatif ($\chi^2 9.35$, DL 3, p=.02): la visite était perçue plus utile par les primipares que par les multipares. Cependant ceci ne veut pas dire que les multipares trouvaient la visite inutile; les multipares trouvaient la visite moins utile que les primipares mais non inutile, c'est une question de degré.

8.7.2 Utilité des informations ou conseils reçus

**Question d'évaluation 1.3.2 (tableau 2):
Quelle est la perception des parents concernant l'utilité des conseils et informations donnés par l'infirmière?**

Les résultats sont présentés à la figure 11. On peut dire que dans l'ensemble, les informations reçues sont perçues comme très utiles et assez utiles. Le plus haut degré de satisfaction semble concerner le thème allaitement: 58% des mères l'ont trouvé très utile. Le thème qui semble perçu comme un peu moins

utile par rapport aux autres est celui des ressources: 26% des mères l'ont trouvé peu utile ou inutile.

8.7.3 Utilité de la documentation écrite

**Question d'évaluation 1.3.3 (tableau 2):
Quelle est la perception des parents concernant l'utilité de la documentation écrite, remise par l'infirmière?**

Quatre-vingt-sept pour cent (87%) des mères visitées ont reçu de la documentation écrite. Leur niveau de satisfaction par rapport à l'utilité de cette documentation est dans l'ensemble assez élevé; ainsi près de 70% des mères ont indiqué que cette documentation leur avait été très utile ou assez utile (voir figure 12) jusqu'à maintenant.

8.7.4 Moment de la visite, contact avec l'infirmière, présence du père

**Question d'évaluation 1.3.4 (tableau 2):
Quel est le degré de satisfaction des parents concernant le moment de la visite, le contact avec l'infirmière, la présence du père?**

Moment de la visite: nous pouvons observer que dans l'ensemble les primipares semblent désirer la visite plus tôt que les multipares (figure 13 a, b). Plus de la moitié des primipares privilégient les deux premières semaines. Le choix des multipares se répartit presque également jusqu'à la 4e semaine (figure 13 b). Si nous regardons le moment réel où la visite a été faite (tableau 13) nous pouvons remarquer que le besoin des primipares à ce niveau ne semble pas avoir été comblé: la visite s'est effectuée davantage après la deuxième semaine. Nous pouvons aussi observer que les primipares n'ont pas été visitées plus tôt que les multipares.

Figure 11
Perception des mères visitées sur l'utilité
des informations ou conseils reçus

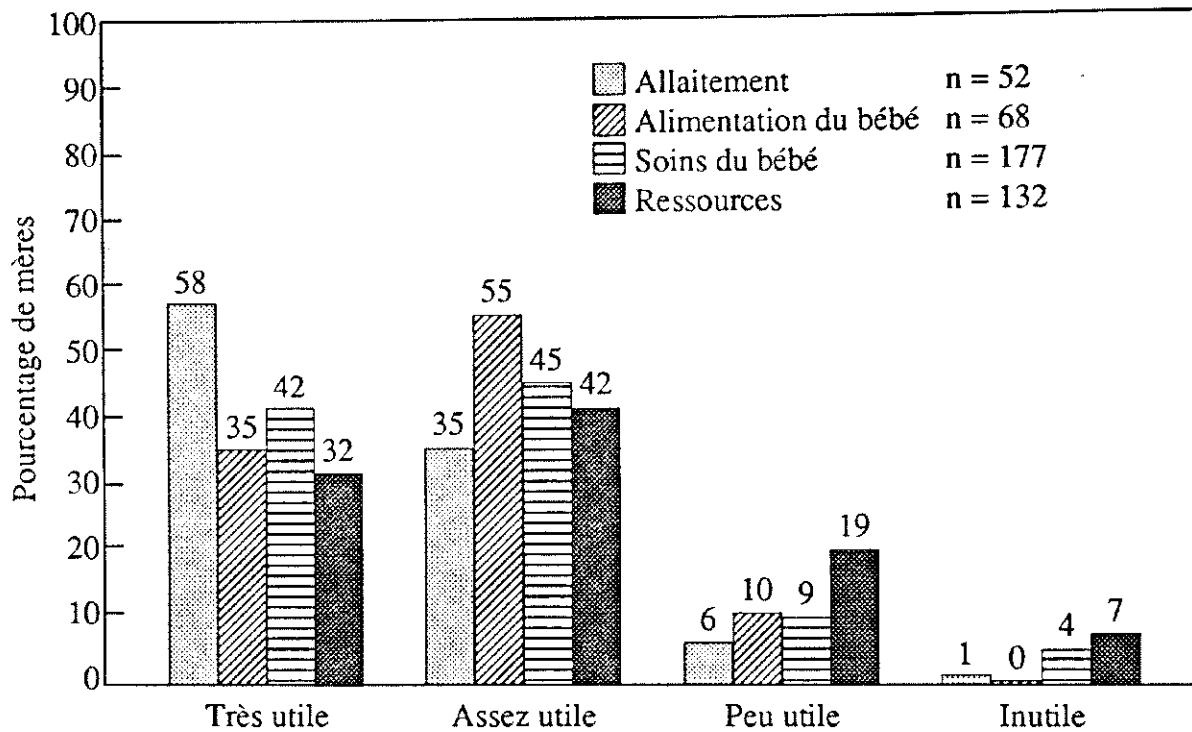


Figure 12
Perception des mères sur l'utilité
de la documentation écrite remise lors de la visite.

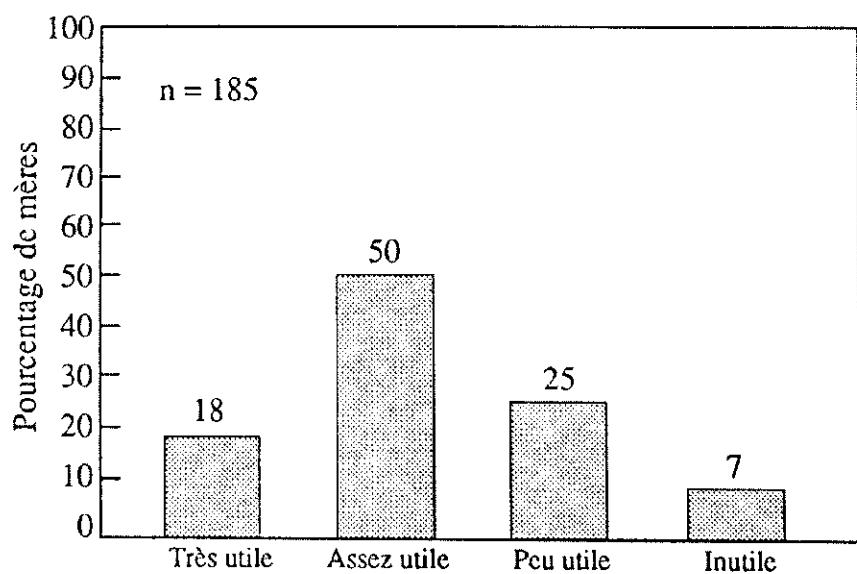


Figure 13
Moment de la visite jugé le plus bénéfique
par les mères selon la parité

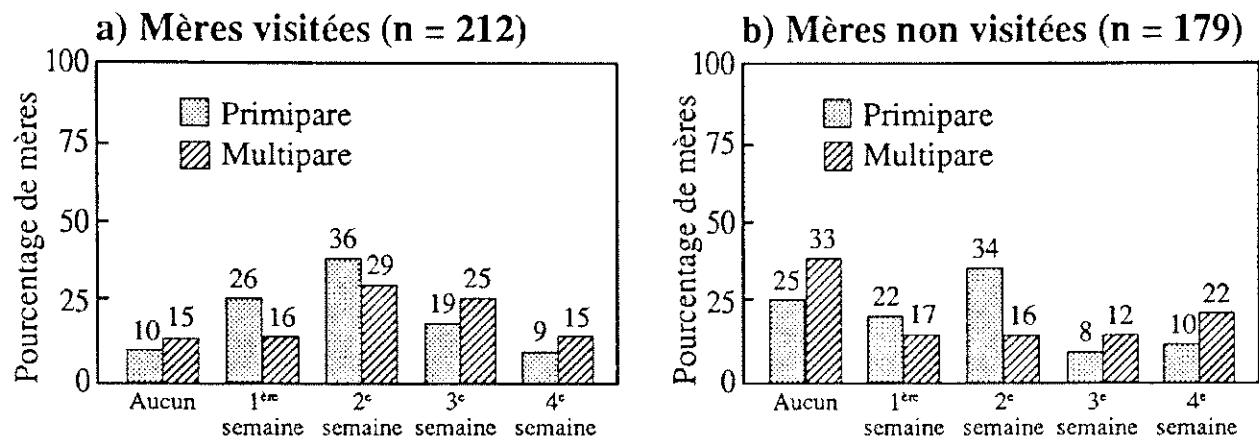


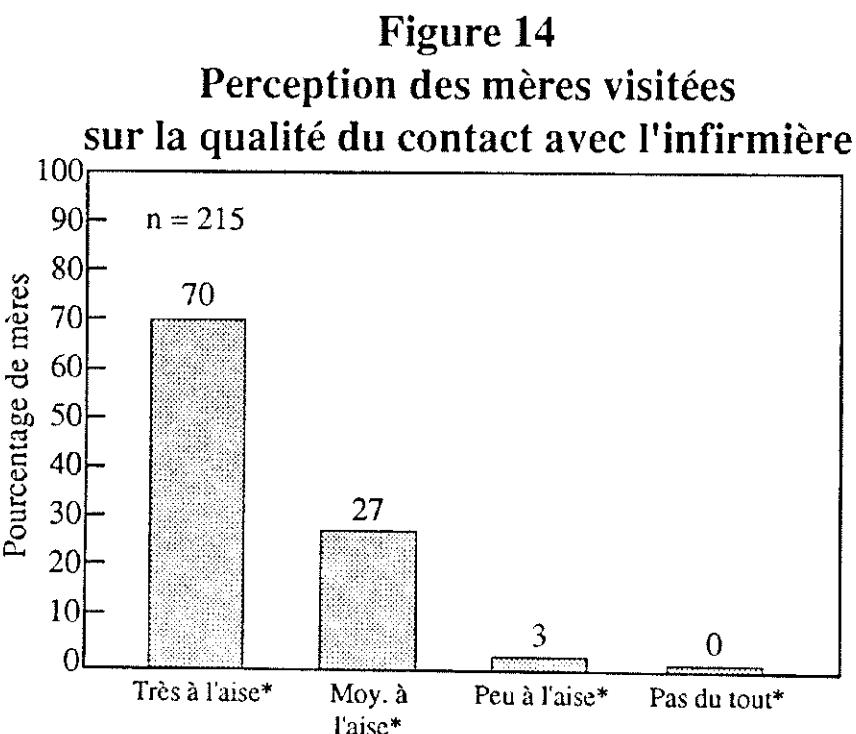
Tableau 13
Moment réel de la visite selon la parité (groupe visité)

	Primipares (N=103) n (%)	Multipares (N=113) n (%)
1 ^{ère} semaine	0 (-)	4 (3)
2 ^e semaine	23 (22)	34 (30)
3 ^e semaine	49 (48)	44 (39)
4 ^e semaine	31 (30)	1 (28)

Contact avec l'infirmière: nous pouvons dire que dans l'ensemble le contact avec l'infirmière est jugé très favorable (figure 14).

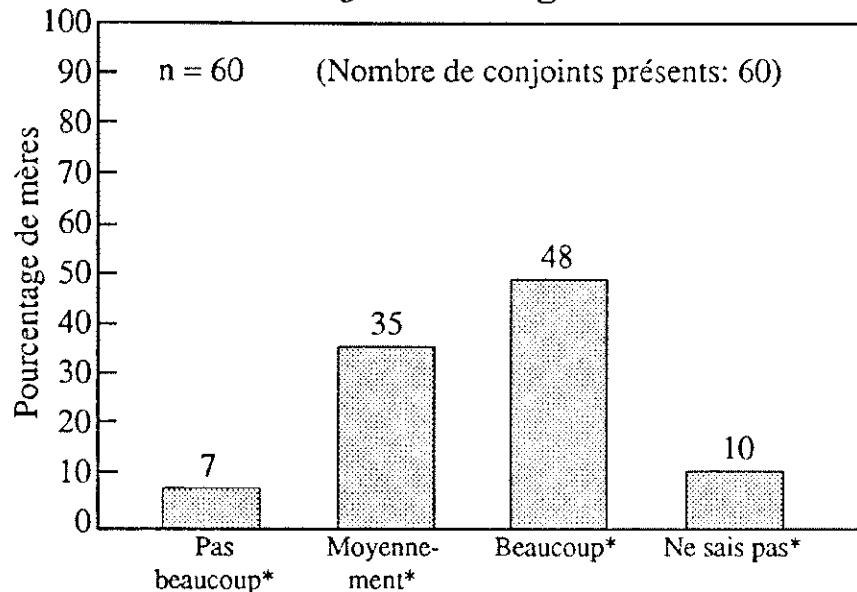
Présence du père: 29% (n=60) des conjoints étaient présents lors de la visite. Selon la mère, 48% d'entre eux ont beaucoup apprécié la rencontre (figure 15). Malheureuse-

ment nous ne savons pas s'ils l'ont trouvée utile. Quant aux mères dont le conjoint était absent lors de la visite, nous leur avons demandé si elles auraient aimé qu'il soit présent. L'opinion des mères est partagée. Il ressort de la figure 16, qu'en général les primipares aimeraient que leur conjoint soit présent; par ailleurs chez les multipares c'est plutôt l'inverse qui semble se dessiner.



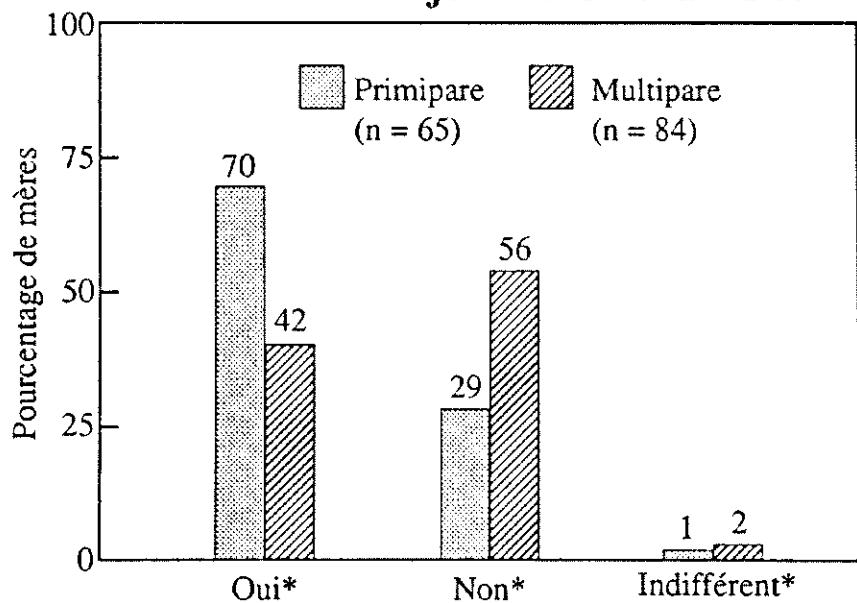
* Question: Vous sentiez-vous à l'aise d'exprimer vos besoins ou de parler de vos difficultés avec l'infirmière?

Figure 15
Perception des mères visitées sur la satisfaction
de leur conjoint en regard de la visite



* Question: D'après vous, votre conjoint a-t-il apprécié la rencontre?

Figure 16
Opinion des mères visitées quant à la présence
ou non du conjoint lors de la visite



* Question: Auriez-vous aimé que votre conjoint soit présent?

8.7.5 Commentaires des parents

Visite systématique ou sur demande: 75% de l'ensemble des mères aimeraient que la visite soit systématique et 24% suggèrent que la visite soit faite sur demande (1% = pas de réponse). Cent dix (110) mères ont émis des commentaires à cet égard. Plusieurs signalent que la visite devrait être systématique pour un premier bébé et sur demande pour un deuxième. Toutefois, certaines (n=5) suggèrent de contacter par téléphone **tous** les nouveaux parents, que la visite soit systématique ou non. Huit (8) mères indiquent que la visite systématique est importante pour vérifier si l'enfant est négligé ou maltraité. Enfin certaines signalent (n=8) qu'elles n'oseraient pas demander une visite si elles vivaient des difficultés, c'est pourquoi elles suggèrent que la visite soit systématique.

Utilité de la visite: 42% (n=91) des mères visitées ont émis des commentaires à ce sujet. Dans l'ensemble, on peut dire que les mères ont jugé la visite utile pour trois raisons principales:

- les a rassurées dans leur rôle de mère (21 commentaires);
- a répondu à leurs questions ou a aidé à solutionner leurs difficultés (18 commentaires);
- a permis de se confier, d'échanger, d'apporter du réconfort (14 commentaires).

Quant aux mères non-visitées, 22% (43) ont émis des commentaires. Elles auraient trouvé la visite utile pour quatre raisons principales (qui ressemblent étrangement aux raisons émises par les mères visitées):

- pour être rassurées auprès d'une personne compétente (15 commentaires);

- pour avoir des réponses à leurs questions (10 commentaires);
- pour information, documentation, conseils (8 commentaires);
- pour examen du bébé et vérification de son état de santé (7 commentaires).

Les mères qui jugeaient la visite peu utile donnaient comme principale raison qu'elles avaient déjà l'expérience d'un bébé (28 commentaires dans les deux groupes).

Contenu de la visite: certains commentaires concernaient davantage le contenu de la visite. Certaines mères (6) mentionnaient que le but et les objectifs de la visite de même que le service lui-même étaient peu connus. Des mères (6) auraient aimé avoir plus d'information sur l'allaitement et les soins au bébé. Certaines mères (4) qui allaient auraient tout de même aimé avoir de l'information sur le biberon.

Contact avec l'infirmière: en général les commentaires étaient plutôt favorables à ce sujet, ex.: l'infirmière était sympathique, gentille, bien documentée (9 commentaires). Cependant certaines mères (6) se sont plaintes que l'infirmière était davantage préoccupée à compléter le "dossier" qu'à véritablement échanger avec elles.

Suggestions pour autres services

Voici quelques suggestions que des mères ont faites pour aider les nouveaux parents:

- instauration d'un service téléphonique le soir et fin de semaine pour les questions urgentes;
- service d'aide pour les repas et/ou le ménage (suggestion d'une multipare);
- banque de "vidéo" sur les soins du nouveau-né qui pourrait être emprunté au CLSC, selon les besoins des parents;

-
- visite postnatale en soirée (cette suggestion était faite par une multipare qui se disait trop occupée le jour et qui de plus aurait aimé que son conjoint soit présent);
 - service d'aide quelques heures (ex.: deux jours/semaine) pour permettre à la mère de dormir ou d'aller marcher dehors (suggestion d'une multipare).

À propos du questionnaire

Certaines mères ont indiqué qu'elles avaient beaucoup aimé répondre au questionnaire (9) et qu'elles trouvaient que le contenu représentait bien leur vécu en postnatal et leurs interrogations (7). Répondre au questionnaire a permis une prise de conscience de leurs besoins et/ou difficultés (3) et en ce sens, certaines auraient aimé le compléter avant la visite ou à l'hôpital pour ainsi mieux se préparer au retour à la maison ou à la visite de l'infirmière (3).

8.8 Efficacité de la visite postnatale

Nous allons maintenant regarder l'atteinte de quatre objectifs de la visite en fonction des critères d'efficacité préalablement fixés par le comité aviseur.

8.8.1 Objectif "support"

Deux (2) questions d'évaluation concernaient cet objectif (questions 2.1.1 et 2.1.2, tableau 2): **Le support fourni aux parents lors de la visite postnatale a-t-il un impact sur la perception de leur compétence dans leurs tâches parentales? - Le support fourni aux parents lors de la visite postnatale a-t-il un impact sur le sentiment de sécurité**

des parents en regard de leurs rôles parentaux?

Le critère d'efficacité choisi était: l'augmentation de la compétence (et du sentiment de sécurité) des mères dans l'exécution de leurs tâches parentales.

L'hypothèse de recherche à vérifier était: le groupe des mères visitées (groupe expérimental) obtiendra un score significativement plus élevé à l'Échelle d'aptitudes à l'exécution des tâches parentales (Perry et Gottlieb, 1985) que le groupe des mères non-visitées (groupe contrôle).

Nous avions prévu au départ utiliser comme test statistique de comparaison, l'analyse multivariée de variance (MANOVA) suivie d'une analyse univariée de variance (ANOVA) pour chacune des sous-échelles. C'étaient d'ailleurs les tests statistiques que l'auteure de l'Échelle avait utilisés pour faire la validation de son instrument. Cependant, la non-normalité de distribution des variables dépendantes, malgré la transformation des données, nous a amenés à changer de stratégie d'analyse. Nous avons donc utilisé un test de comparaison non-paramétrique, le Mann-Whitney. Les résultats sont présentés aux tableaux 14 et 15. Nous pouvons y remarquer un effet paradoxal en faveur du groupe non-visité. En effet, les mères visitées ont obtenu un score moins élevé (note: plus le score est élevé, plus la mère se perçoit comme compétente) à la Mesure globale ($p < .05$) ainsi qu'à la sous-échelle "alimentation" ($p < .05$). Cet effet paradoxal disparaît à la Mesure globale si nous comparons les deux groupes en fonction de la parité (ex.: primipares visitées versus primipares non-visitées). Par ailleurs, l'effet paradoxal persiste dans la sous-échelle "alimentation" ($p < .05$) chez les multipares, mais

non chez les primipares. Nous remarquons également, qu'indépendamment de la visite, les multipares obtiennent un score significativement plus élevé ($p < .001$) à la Mesure globale ainsi qu'à toutes les sous-échelles.

Nous pouvons donc dire que dans l'ensemble les **mères non-visitées** se perçoivent plus compétentes et plus confiantes en leurs habiletés que celles qui ont reçu la visite (Mesure globale et sous-échelle alimentation). Par ailleurs, il n'y a pas de différence entre les primipares visitées et les primipares non-visitées au niveau de la perception de compétence. Quant aux multipares, les **multipares non-visitées** se perçoivent plus compétentes que les multipares visitées, au niveau de l'alimentation seulement.

Une partie de ces résultats (ceux reliés à la Mesure globale, groupe visité versus groupe non-visité) pourrait être expliquée par la tendance ($p = .056$) du groupe non-visité à avoir plus de multipares que de primipares (voir tableau 6). Or, comme les multipares obtiennent un score beaucoup plus élevé que les primipares, leur présence en plus grand nombre dans le groupe non-visité pourrait contribuer à augmenter le score global de ce groupe.

Nous pouvons conclure en ce qui concerne cet objectif, que nous n'avons pu confirmer notre hypothèse de recherche et que par conséquent notre critère d'efficacité n'a pas été atteint.

Tableau 14
Résultats des comparaisons effectuées à partir de l'EAETP*

SOUS-ÉCHELLES DE L'EAETP*	PRIMIPARE VS MULTIPARE	VISITÉ VS NON-VISITÉ	PRIMIPARE Visité vs non-visité		MULTIPARE Visité vs non-visité	
			Test**(Z)	P(bilat.)	T(Z)	P
ALIMENTATION	- 3.90 .0001	- 1.97 .0486	- 0.05	.9588	-2.26 .0237	
ÉLIMINATION	- 4.95 .0000	- 1.65 .0974	- 0.44	.6559	-1.34 .1789	
BIEN-ÊTRE	- 5.80 .0000	- 1.69 .0897	- 0.09	.9225	-1.82 .0685	
SOINS DE LA PEAU	- 5.21 .0000	- 1.36 .1723	- 1.12	.2617	-0.02 .9782	
ACTIVITÉ	- 4.33 .0000	- 1.76 .0776	- 0.44	.6570	-1.27 .2022	
SANTÉ	- 6.65 .0000	- 0.38 .7027	- 0.29	.7679	-0.08 .9338	
EAETP* Mesure globale	- 6.77 .0000	- 1.99 .0463	- 0.50	.6165	-1.40 .1597	

* Échelle d'aptitude à l'exécution des tâches parentales.

** Ce résultat a été obtenu à partir d'un test de comparaison non paramétrique (Wilcoxon - Mann - Whitney).

Tableau 15
Distribution des médianes* obtenues au EAETP**
en fonction des comparaisons effectuées

SOUS-ÉCHELLES DE L'EAETP**	PRIMIPARE VS MULTIPARE	VISITÉ VS NON-VISITÉ		PRIMIPARE Visité vs non-visité		MULTIPARE Visité vs non-visité	
ALIMENTATION	27.0 30.0	28.0 29.0	27.0 27.0	29.0 31.0			
ÉLIMINATION	27.0 31.0	29.0 30.0	27.0 27.0	31.0 31.0			
BIEN-ÊTRE	25.0 29.0	27.5 28.0	25.0 26.0	29.0 30.0			
SOINS DE LA PEAU	28.0 32.0	30.0 31.5	28.0 29.0	32.0 32.0			
ACTIVITÉ	27.0 31.0	28.0 30.0	27.0 27.0	30.0 31.0			
SANTÉ	28.0 32.0	30.0 30.0	28.0 27.0	32.0 32.0			
EAETP Mesure globale	158.0 181.0	170.5 175.0	157.0 160.0	180.0 181.0			

* Médiane : valeur qui sépare la distribution en deux groupes d'égale importance → donc 50 % des mères de l'échantillon ont obtenu une valeur inférieure à la médiane indiquée et 50 % ont obtenu une valeur supérieure.

** Échelle d'aptitude à l'exécution des tâches parentales.

Question d'évaluation 1.1.3 (tableau 2):
L'efficacité de la visite postnatale est-elle reliée à certaines caractéristiques socio-démographiques des familles visitées?

Nous n'avons pu répondre à cette question car le critère d'efficacité lié à l'objectif "support" n'avait pas été atteint. Cependant nous avons regardé si l'âge de la mère ou son degré de scolarité avait une influence sur sa perception de compétence. Nous avons considéré isolément l'ensemble des primipares et l'ensemble des multipares. Nous avons regroupé l'âge en trois catégories représentant les plus

jeunes ($\approx 17\%$ de la distribution), les plus âgées ($\approx 10\%$ de la distribution) et les autres. Ce choix a été fait de façon arbitraire en observant le tableau de fréquence des âges. Le test statistique utilisé fut le Kruskal-Wallis. Chez les primipares, les résultats démontrent une différence significative au niveau de la sous-échelle "alimentation" (test = 8.02, p=.018) et de la sous-échelle "bien-être" (test = 8.38, p=0.015). Chez les multipares, une différence significative a été observée au niveau de la sous-échelle "bien-être" (test = 6.81, p=.033). Les scores médians obtenus aux sous-échelles ayant présenté une différence signifi-

cative sont indiqués au **tableau 16**. Il semble, d'après les médianes observées, que les mères plus âgées se perçoivent moins compétentes que les mères plus jeunes (surtout les primipares, 18-21 ans), du moins en ce qui concerne l'alimentation et le bien-être du nourrisson.

Quant à l'influence du degré de scolarité, une différence significative a été observée dans une seule des sous-échelles, celle de "l'alimentation" et ce, chez les primipares ($\text{test} = 6.59, p=.037$) et chez les multipares ($\text{test} = 6.24, p=.044$). Les médianes obtenues à la sous-échelle "alimentation" sont présentées au **tableau 17**. Il semble, d'après les médianes observées, que les mères plus scolarisées (université) se perçoivent moins compétentes que les mères moins scolarisées.

8.8.2 Objectif "Aide à la résolution de problème"

Question d'évaluation 2.2.1 (tableau 2): **L'intervention générale (support, information, référence...) lors de la visite postnatale aide-t-elle les parents à solutionner leurs difficultés et/ou problèmes?**

Le critère d'efficacité choisi était l'augmentation du nombre de mères ayant solutionné leurs problèmes.

L'hypothèse de recherche à vérifier était: le groupe des mères visitées obtiendra un score significativement plus élevé au niveau du nombre de mères ayant résolu leurs problèmes que le groupe des mères non-visitées.

Le test statistique utilisé fut le chi-carré (χ^2). Nous avons d'abord vérifié si les groupes

étaient semblables au niveau du nombre de mères présentant des problèmes. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes et ce, pour chacune des catégories de problèmes: donc nos groupes étaient semblables à ce niveau. Quant au nombre de mères ayant solutionné leurs problèmes, il n'y avait pas non plus de différence significative entre les groupes et ce, pour chacune des catégories de problèmes:

- alimentation ($\chi^2 = .006$, DL 1, $p= .93$)
- élimination (mère) ($\chi^2 = .307$, DL 1, $p= .57$)
- élimination (bébé) ($\chi^2 = 1.54$, DL 1, $p= .21$)
- activité et repos ($\chi^2 = 1.87$, DL 1, $p= .17$)
- solitude et interaction sociale ($\chi^2 = 1.03$, DL 1, $p= .30$).

Ainsi, notre hypothèse de recherche n'a pas été confirmée: notre critère d'efficacité n'a donc pas été atteint.

8.8.3 Objectif "Dépistage":

Nous avions deux questions d'évaluation concernant cet objectif (questions 2.3.1 et 2.3.2, tableau 2): **Quel est le nombre de familles à risque et/ou présentant des problèmes nécessitant un suivi, dépistées lors de la visite postnatale? - Quels sont les indicateurs de risque concernés (selon la grille utilisée par le DSC en continuité de soin et/ou les problèmes identifiés?)**

Le critère d'efficacité choisi pour la première question était le dépistage d'un minimum de 10% (sur les 100 premières familles visitées) de familles à risque et/ou présentant des problèmes nécessitant un suivi professionnel ou autre.

Tableau 16
Distribution des médianes obtenues au EAETP
en fonction de l'âge et de la parité

SOUS-ÉCHELLES* DE L'EAETP	PRIMIPARE			MULTIPARE		
	18-21	22-29	30 et +	19-24	25-33	34 et +
ALIMENTATION	31	27	23	---	---	---
BIEN-ÊTRE	27,5	24	22	29	30	27

* Sous-échelles ayant présenté une différence significative selon les catégories d'âge (test de Kruskal-Wallis).

TABLEAU 17
Distribution des médianes obtenues
à la sous-échelle “alimentation*” (EAETP)
en fonction du degré de scolarité et de la parité.

PARITÉ SCOLARITÉ	PRIMIPARE	MULTIPARE
Primaire-secondaire	28	29
Cégep	27	31,5
Université	25	27,5

* Sous-échelle ayant présenté une différence significative selon le degré de scolarité (test Kruskal-Wallis).

L'hypothèse de recherche à vérifier était: il y aura au moins 10% des familles visitées (100 familles) qui présenteront un ou plusieurs indicateurs de risque et/ou un ou plusieurs problèmes nécessitant un suivi professionnel ou autre.

Rappelons que l'échantillon choisi pour vérifier le dépistage comprenait les 50 premières multipares et les 50 premières primipares du groupe des mères visitées. Les résultats ont indiqué que 38 (donc 38%) des 100 familles visitées avaient présenté au moins un indicateur de risque et/ou problème nécessitant un suivi. La fréquence des indicateurs ou problèmes par famille dépistée est présentée à la figure 17. Nous pouvons y remarquer que 39% ($n=15$) des familles dépistées présentaient deux indicateurs de risque ou problèmes et que, 71% présentaient trois indicateurs ou moins. Le nombre total d'indicateurs ou problèmes s'éleva à 112. Trente (26%) de ces indicateurs étaient liés au nouveau-né et 82 (74%) à l'environnement familial.

Nous étions également intéressés à connaître les interventions qui avaient été faites suite au dépistage. Cent quarante-cinq (145) interventions ont été effectuées concernant les 112 indicateurs ou problèmes dépistés. La fréquence ainsi que le type d'interventions effectuées sont présentés au tableau 18. Nous pouvons y remarquer que l'intervention privilégiée est l'aide à la résolution de problème (28% des interventions). Les autres types d'intervention sont sensiblement d'égale importance au niveau de leur fréquence d'utilisation. Il est à noter que près du quart (23%) des indicateurs ou problèmes dépistés n'ont été suivis d'aucune intervention.

Nous pouvons conclure concernant l'objectif "Dépistage" que nous avons pu confirmer l'hypothèse de recherche et que par conséquent le critère d'efficacité a été atteint.

8.8.4 Objectif "Information":

Cinq questions d'évaluation ainsi que 9 critères d'efficacité avaient été choisis concernant cet objectif (tableau 2). Question 2.4.1: **L'information générale donnée lors de la visite postnatale a-t-elle un impact sur le niveau de connaissance des parents? - Quels sont les sujets qui ont davantage d'impact?**

Le critère d'efficacité choisi était l'augmentation des connaissances de 50% des mères sur au moins 50% des sujets.

L'hypothèse de recherche était: 50% des mères visitées auront acquis de nouvelles connaissances sur au moins 50% des sujets mentionnés.

Les résultats ont démontré que 18% ($n=38$) des mères visitées ont acquis des connaissances sur au moins 50% des sujets mentionnés. Par ailleurs, si nous comparons ces résultats avec le pourcentage de mères non-visitées (10%) qui avaient besoin d'information sur au moins 50% des sujets mentionnés, nous pouvons en déduire que la visite a répondu aux besoins et que le critère d'efficacité choisi était trop élevé.

Si nous regardons plus en détail chacun des thèmes d'information et leurs sujets spécifiques et que nous comparons le pourcentage de mères ayant acquis des connaissances (groupe visité) versus celles qui avaient besoin d'information (groupe non-visité), nous

Figure 17
Fréquence des indicateurs et/ou problèmes par famille dépistée

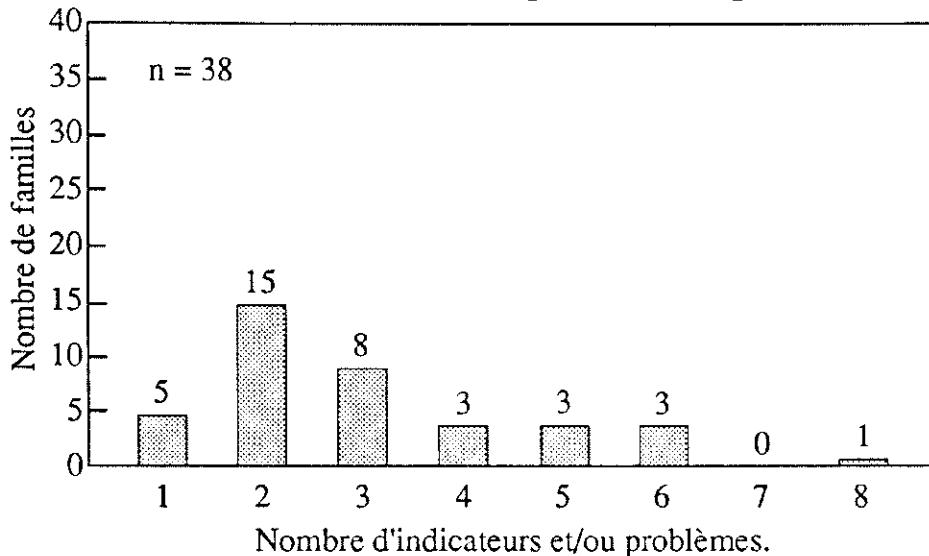


Tableau 18
Fréquence des interventions pour l'ensemble des indicateurs et/ou problèmes rencontrés

TYPES D'INTERVENTION (N=145)	FRÉQUENCE: n (%)
A. 2 ^e visite à domicile	13 (9)
B. Relance téléphonique	17 (12)
C. Référence à un professionnel ou organisme	11 (8)
D. Aide à la résolution du problème	40 (28)
E. Relance lors de la clinique de vaccination	17 (12)
F. Cueillette de la donnée seulement (pas d'intervention)	34 (23)
G. Autre: information et/ou enseignement (10) support (2) jumelage avec mère (1)	13 (9)

observons les résultats présentés à la **figure 18 a), b), c), d)**. Nous y remarquons que pour la plupart des sujets, le pourcentage de mères ayant acquis des connaissances semble supérieur ou du moins égal au pourcentage de mères ayant besoin d'information. Si nous vérifions les différences au niveau statistique (χ^2), le sujet concernant les "pleurs du bébé" (thème: soins au bébé) est le seul qui présente une différence significative ($\chi^2 8.32$, DL 1, $p=.003$) en faveur du groupe non-visité. Ce serait donc le seul sujet parmi les dix-huit où le besoin d'information des mères n'aurait été que partiellement comblé.

Nous pouvons donc conclure que même si le critère d'efficacité n'a pas été atteint, le besoin d'information des mères a été tout de même comblé.

Question 2.4.2: L'information donnée concernant les ressources communautaires et les services du CLSC a-t-elle un impact sur l'utilisation de ces ressources?

Le critère d'efficacité choisi était l'augmentation de l'utilisation des ressources communautaires et professionnelles.

L'hypothèse de recherche était: le groupe des familles visitées obtiendra un score significativement plus élevé au niveau du nombre de ressources communautaires et professionnelles utilisées que le groupe des familles non-visitées.

Les résultats ont démontré que les mères visitées utilisaient davantage ($\chi^2 10.17$, DL 2, $p=.006$) l'ensemble des ressources communautaires et professionnelles que les mères non-visitées. La fréquence d'utilisation des différentes ressources communautaires et

professionnelles pour l'**ensemble des mères** est présentée à la **figure 19**.

Ainsi l'hypothèse de recherche a été confirmée et le critère d'efficacité a été atteint.

Question 2.4.3: L'information donnée concernant l'alimentation du nourrisson et l'immunisation a-t-elle un impact sur les intentions de comportement tels que:

- l'âge prévu d'introduction des solides chez le nouveau-né?
- l'âge prévu pour le début des immunisations?

Les deux critères d'efficacité choisis étaient l'augmentation de l'âge prévu pour l'introduction des solides et l'augmentation du nombre des mères prévoyant débuter les immunisations à 2 mois (âge du bébé).

Les deux hypothèses de recherche étaient:

- le groupe des familles visitées obtiendra une moyenne (\bar{x}) significativement plus élevée au niveau de l'âge prévu d'introduction des solides que le groupe des familles non-visitées;
- il y aura un nombre significativement plus élevé de mères qui prévoient débuter les immunisations à deux mois (âge du bébé) dans le groupe des familles visitées que dans le groupe des familles non-visitées.

Les résultats ont démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes au niveau de l'âge d'introduction des solides ($t=.38$, DL 315, $p=.35$ unilatéral). Les moyennes d'âge prévu pour les deux groupes étaient 3.27 mois (groupe visité) et 3.23 mois (groupe non-visité). Quatorze (14) % de l'ensemble des mères avaient déjà débuté les

Figure 18
Comparaison entre les mères visitées et non-visitées
au niveau de l'acquisition de connaissances
et des besoins d'information

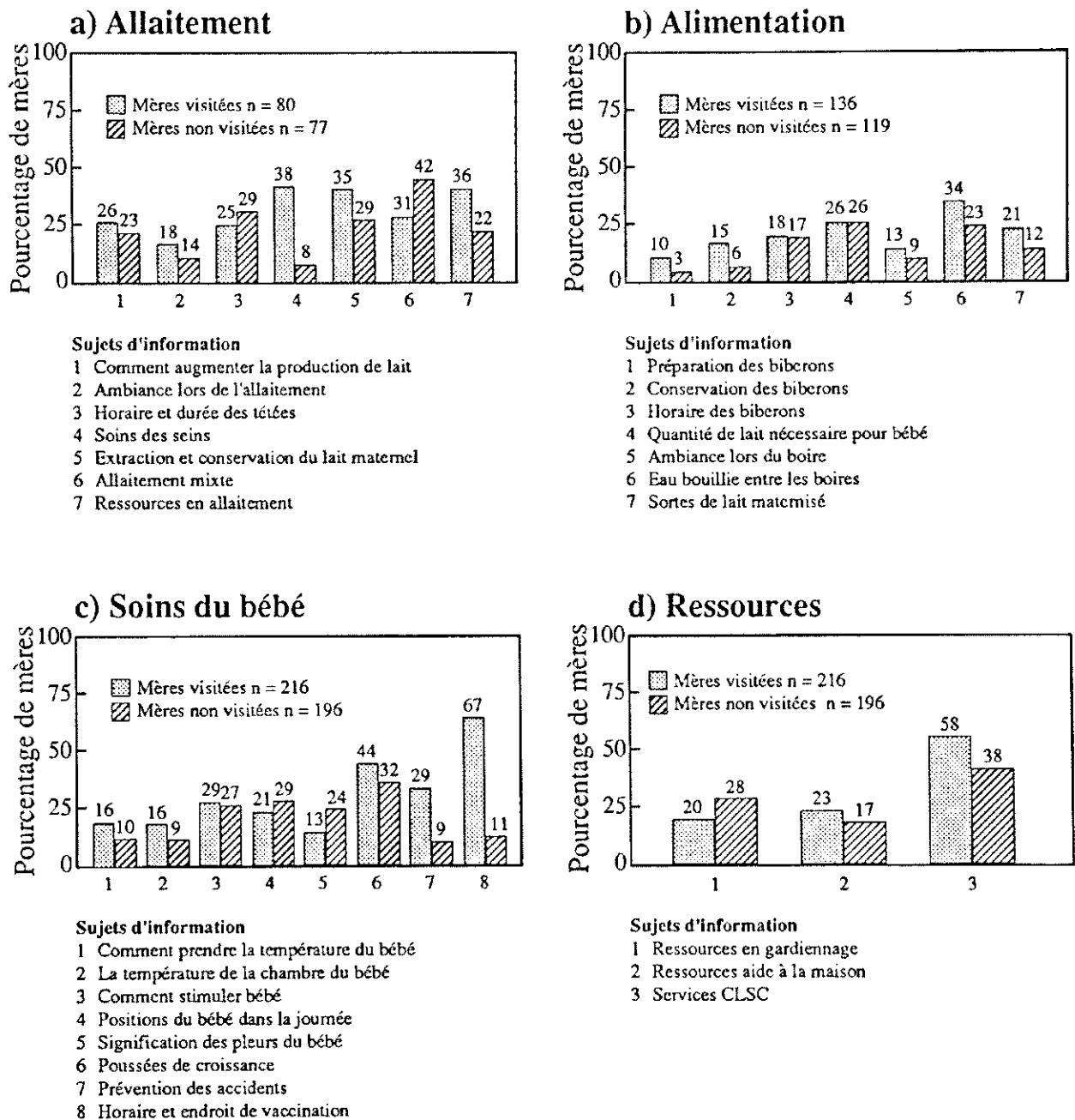
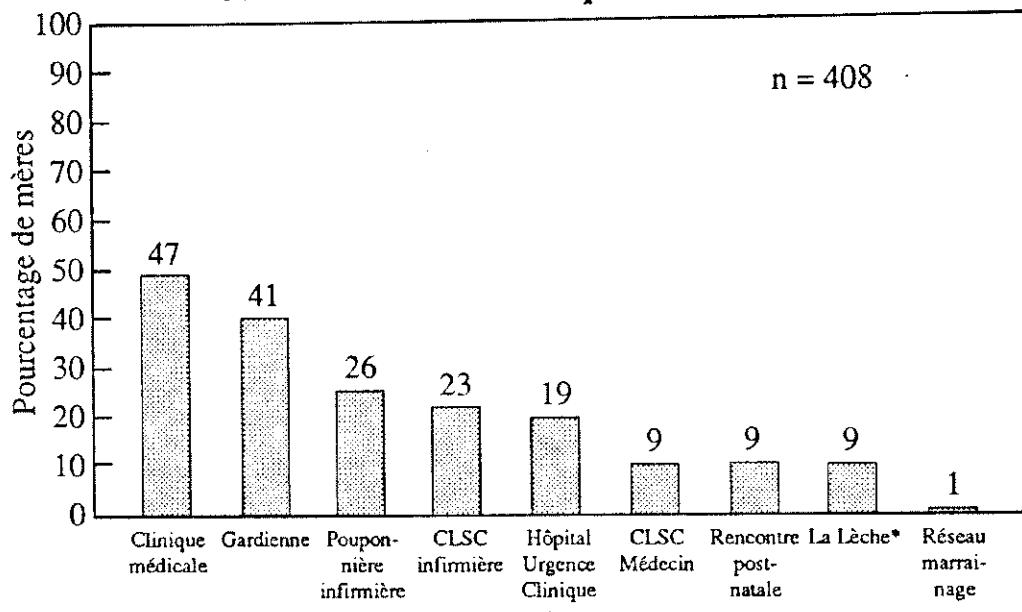


Figure 19
Fréquence d'utilisation des ressources communautaires et professionnelles



* Si nous utilisons comme dénominateur le nombre de mères qui allaient (N = 162) au lieu du nombre total de mères, le pourcentage augmente à 23 %

céréales à 5 semaines (il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes à ce sujet).

Au niveau du nombre de mères prévoyant débuter les immunisations à deux mois, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes (χ^2 1.72, DL 1, p=.18). Au total, 91% des mères prévoient débuter les immunisations à deux mois sur les 98% des mères qui prévoient faire vacciner leur enfant.

Les deux hypothèses de recherche n'ont pas été confirmées et les critères d'efficacité non atteints. Cependant si nous considérons le fait que la moyenne d'âge prévu pour commencer les solides est relativement adéquate et qu'une très grande proportion des mères

prévoit débuter les immunisations à deux mois, nous pouvons questionner la pertinence des deux critères choisis.

Question 2.4.4: L'information donnée concernant l'allaitement a-t-elle un impact sur la durée de l'allaitement (durée réelle et intentionnelle)?

Le critère d'efficacité choisi était l'augmentation de la durée réelle ou intentionnelle de l'allaitement.

L'hypothèse de recherche était: le groupe des mères visitées obtiendra un score significativement plus élevé au niveau de la durée réelle ou intentionnelle de l'allaitement que le groupe des mères non-visitées.

Les résultats ont démontré une augmentation significative de la durée réelle d'allaitement chez les mères visitées ayant cessé d'allaiter: $\bar{x} = 2.6$ semaines (groupe visité), $\bar{x} = 1.75$ semaine (groupe non-visité), ($t = 2.5$, DL 56, $p = .008$ unilatéral).

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes au niveau du nombre de mères qui allaient à 5 semaines et au niveau de la durée intentionnelle d'allaitement. Le pourcentage de mères qui allaient à 5 semaines était de 40% ($n = 162$).

L'hypothèse de recherche a été à demi

confirmée et le critère d'efficacité à demi atteint.

Nous pouvons conclure, en ce qui concerne l'objectif "Information", que sur les 6 critères choisis, deux ont été atteints. Cependant si nous considérons le fait que trois des quatre critères non atteints se sont avérés non pertinents, nous avons alors deux critères sur trois d'atteints. De ce point de vue, l'objectif est également atteint.

Le résumé de l'atteinte des objectifs de la visite selon les critères d'efficacité préalablement choisis est présenté au **tableau 19**.

Tableau 19

Résumé de l'atteinte des objectifs selon les critères d'efficacité préalablement choisis

Objectif	Critère d'efficacité	Hypothèse	Atteinte du critère oui (+) non (-)	Commentaires
Support	Augmentation de la compétence (et du sentiment de sécurité) des mères dans l'exécution de leurs tâches parentales.	Le groupe des familles visitées obtiendra un score significatif plus élevé à l'Échelle d'aptitudes à l'exécution des tâches maternelles" (Perry et Gottlieb, 1985) que le groupe des familles non-visitées.	—	<ul style="list-style-type: none"> - Effet paradoxal: les mères visitées ont obtenu un score moins élevé* que les mères non-visitées (effet significatif: $p<.05$) à la Mesure globale ainsi qu'à une dimension de l'Échelle (alimentation). - Cet effet paradoxal disparaît à la mesure globale si nous comparons les deux groupes en fonction de la parité. - Par ailleurs, l'effet paradoxal persiste dans la dimension "alimentation" chez les multipares mais non chez les primipares. - Indépendamment de la visite, les multipares obtiennent un score significativement plus élevé ($p=.000$) à la mesure globale ainsi qu'à toutes les dimensions de l'Échelle. <p>*NOTE: plus le score est élevé, plus la perception de compétence est élevée.</p>
Aide à la résolution de problème	Augmentation du nombre de mères ayant solutionné leurs problèmes.	Le groupe des familles visitées obtiendra un score significatif plus élevé au niveau du nombre de mères ayant résolu leurs problèmes, que le groupe des familles non-visitées.	—	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de différence significative entre les deux groupes au niveau du nombre de mères ayant résolu leurs difficultés ou problèmes et ce, pour chacune des catégories de problèmes (5 catégories).

Tableau 19 (Suite 2)
Résumé de l'atteinte des objectifs selon les critères d'efficacité préalablement choisis

Objectif	Critère d'efficacité	Hypothèse	Atteinte du critère oui (+) non (-)	Commentaires
Dépistage	Dépistage d'un minimum de 10% (sur les 100 premières familles visitées) de familles à risque et/ou présentant des problèmes nécessitant un suivi professionnel ou autre.	Il y aura au moins 10% des familles visitées (100 familles) qui présenteront au moins un indicateur de risque et/ou problème nécessitant un suivi professionnel ou autre.	+	<ul style="list-style-type: none"> - 38% des 100 familles ont présenté un ou plusieurs indicateurs de risque ou problèmes nécessitant un suivi (20 primipares, 18 multipares). - Nombre d'indicateurs dépistés: 112. - Nombre d'indicateurs liés au nouveau-né: 30 → 26%. - Nombre d'indicateurs liés à l'environnement: 82 → 74%. - 39% des familles dépistées présentaient deux indicateurs de risque. - Le type d'intervention le plus utilisé est l'aide à la résolution du problème (28%). - Près du quart (23%) des indicateurs dépistés n'ont fait l'objet d'aucune intervention.
Information	Augmentation des connaissances de 50% des mères sur au moins 50% des sujets mentionnés.	50% des mères visitées auront acquis de nouvelles connaissances sur au moins 50% des sujets mentionnés.	— (critère trop élevé) +(atteinte de l'objectif)	<ul style="list-style-type: none"> - 18% des mères visitées ont acquis des connaissances sur 50% des sujets mentionnés. - 10% des mères non-visitées ont besoin d'information sur 50% des sujets mentionnés. - Par conséquent: réponse aux besoins, critère trop élevé. - Les besoins des parents ont été comblés sur la totalité des sujets mentionnés à l'exception de l'item "signification des pleurs du bébé" (partiellement comblé).

Tableau 19 (Suite 3)
Résumé de l'atteinte des objectifs selon les critères d'efficacité préalablement choisis

Objectif	Critère d'efficacité	Hypothèse	Atteinte du critère oui (+) non (-)	Commentaires
Information (Suite)	Augmentation de l'utilisation des ressources communautaires et professionnelles.	Le groupe des familles visitées obtiendra un score significativement plus élevé au niveau du nombre de ressources communautaires et professionnelles utilisées que le groupe des familles non-visitées.	+	<ul style="list-style-type: none"> - Les mères visitées utilisent davantage (significatif à $p < .05$) l'ensemble des ressources communautaires et professionnelles que les mères non-visitées. - Les mères visitées téléphonent davantage (significatif à $p < .05$) à l'infirmière du CLSC que les mères non-visitées.
	Augmentation de l'âge prévu pour l'introduction des solides.	Le groupe des familles visitées obtiendra une moyenne significativement plus élevée au niveau de l'âge prévu d'introduction des solides que le groupe des familles non-visitées.	—	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de différence significative entre les deux groupes au niveau de l'âge prévu d'introduction des solides. - Âge relativement adéquat: $\bar{x} 3.27$, $\bar{x} 3.23$ (mois). - 14% de l'ensemble des mères avaient débuté les céréales à 5 semaines (pas de différence significative entre les deux groupes). - Critère peu pertinent: besoin non présent.
	Augmentation du nombre de mères prévoyant débuter les immunisations à 2 mois (âge du bébé).	Il y aura un nombre significativement plus élevé de mères qui prévoient débuter les immunisations à deux mois (âge du bébé) dans le groupe des familles visitées que dans le groupe des familles non-visitées.	—	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de différence significative entre les groupes. - 91% des mères prévoient débuter les immunisations à 2 mois. - Critère peu pertinent: besoin non présent.
	Augmentation de la durée réelle et/ou intentionnelle de l'allaitement.	Le groupe des mères visitées obtiendra un score significativement plus élevé au niveau de la durée réelle ou intentionnelle de l'allaitement que le groupe des mères non-visitées.	+ —	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation significative de la durée réelle de l'allaitement chez les mères visitées ayant cessé d'allaiter. - Pas de différence significative entre les groupes au niveau de la durée intentionnelle de l'allaitement chez les mères qui allaitent.

DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous présenterons tout d'abord les limites de l'étude et discuterons des résultats les plus importants. Les résultats seront mis en parallèle avec la littérature pertinente et seront commentés en fonction des objectifs de l'étude. Il est évident que les résultats ne seront pas tous répétés et que le lecteur devra retourner au chapitre précédent s'il veut compléter son information.

9.1 Les limites de l'étude

Rappelons tout d'abord que l'étude avait pour but l'évaluation d'une seule visite à domicile faite à l'intérieur des **quatre premières semaines** du postnatal à une population **non identifiée comme vulnérable** (ou à risque). Par ailleurs, n'ayant pu vérifier la représentativité de cette population versus la population annuelle, nous ne pouvons généraliser les résultats.

Une des grandes difficultés de cette étude est d'avoir voulu répondre à beaucoup de questions concernant des éléments différents d'un programme (structure, processus, effets). L'avantage était d'avoir une vue d'ensemble du programme, l'inconvénient était d'y perdre de la précision. Ainsi, comme exemple, l'information obtenue concernant le réseau de support fournit des orientations ou des pistes de réflexion intéressantes, mais elle est loin d'approfondir le sujet. Ce fait doit être considéré s'il y a utilisation des données en regard d'une intervention spécifique. Il faut noter cependant qu'à cet égard le nombre relativement élevé de répondantes ajoute de la fiabilité aux résultats (précision de 4.8% pour les questions concernant l'ensemble des mères).

Les infirmières étaient au courant de l'étude mais non des **objectifs poursuivis**, des ques-

tions d'évaluation ni du devis expérimental (comparaison de groupe). Leur collaboration était essentielle pour assurer un contact téléphonique aux mères devant être visitées plus tard et pour juger de l'urgence de la visite. Un biais peut s'être glissé à ce niveau: les infirmières peuvent avoir modifié leurs interventions en pensant à l'étude en cours. Cependant, compte tenu que la cueillette de données s'échelonnait sur trois mois et que les infirmières croyaient que seulement quelques mères étaient choisies au hasard parmi les avis de naissance, le biais est peu probable.

Il faut signaler également l'échantillon non aléatoire (50 premières multipares, 50 premières primipares) qui a servi à mesurer les effets du dépistage. Il est possible, à cet égard, que les 100 mères choisies ne soient pas représentatives des 300 mères visitées; d'ailleurs la proportion des multipares versus les primipares est déjà différente au départ.

Enfin, pour répondre aux questions concernant les problèmes rencontrés par les mères et l'utilisation du réseau de support pour résoudre ces problèmes, nous avons considéré les deux groupes ensemble (visité et non-visité). Nous avions vérifié au préalable que les deux groupes étaient semblables au niveau du nombre de mères présentant des problèmes et au niveau du nombre de mères ayant solutionné leurs problèmes (aucune différence significative ne fut observée au chi-carré et ce, pour chacune des catégories de problèmes). Cependant, au niveau des personnes ayant aidé à solutionner les problèmes, nous nous sommes aperçus que l'infirmière était nommée plus souvent dans le groupe des mères visitées que dans le groupe des mères non-visitées. Ainsi la visite peut avoir influencé légèrement la distribution du réseau de support en ce qui

concerne l'aide à la résolution de problème. De là, la difficulté de se servir d'un devis expérimental pour répondre à des questions de type "exploratoire".

9.2 Population rejointe versus la population-cible

Cette partie n'est pas reliée aux résultats de l'étude mais aux informations recueillies sur la situation vécue dans les CLSC au niveau de la visite postnatale (tableau 1). Nous avons voulu répondre à la question d'évaluation 1.1.2 (tableau 2): **La population rejointe correspond-elle à la population-cible?**

Considérons d'abord les trois CLSC chez qui la visite postnatale est faite de façon systématique à toutes les mères. Pour ceux-ci, le nombre de visites faites en fonction du nombre d'avis de naissance est un bon indicateur de la population-cible effectivement rejointe. En consultant le tableau 1, nous remarquons que les pourcentages de mères visitées varient de 90% à 97% pour les CLSC offrant la visite systématique. Ces pourcentages élevés sont de bons indices que la population est rejointe. Quant aux CLSC offrant des visites sélectives, les pourcentages de mères visitées varient de 47% à 79%. Les critères de sélection étant différents d'un CLSC à l'autre, il est difficile de juger de l'atteinte de la population-cible pour l'ensemble des cinq CLSC. Nous pouvons quand même observer que pour quatre des cinq CLSC concernés, plus des deux tiers

des familles ont été visitées. Il serait intéressant pour chacun des CLSC de connaître les caractéristiques des mères ayant été effectivement visitées et/ou les raisons pour lesquelles elles l'ont été de façon à juger de la pertinence des critères de sélection choisis. À cet égard, nous émettons une certaine réserve quant à l'utilisation du contact téléphonique comme seul critère de sélection. En effet, selon les résultats de l'étude de F. Pichot (citée dans Marcos, 1985) du D.S.C. de l'hôpital Sainte-Justine, le contact téléphonique initial fait par les infirmières n'aurait pas permis d'identifier et ensuite de visiter les mères qui en auraient eu le plus besoin ou qui présentaient des facteurs de risque importants.

Enfin, une dernière remarque quant à l'atteinte de la population-cible: les objectifs spécifiques de la visite sont formulés en terme de "parents" ou famille, sauf pour celui concernant l'évaluation de l'état de santé de la mère et de l'enfant. Nous devrions donc nous attendre à une visite faite à la "famille" ou du moins aux parents (père + mère). Or, selon les résultats, seulement 29% des pères étaient présents lors de la visite. De plus, la cueillette de données faite par l'infirmière est insérée aux dossiers de la mère et de l'enfant, aucune note n'apparaît au dossier du père. Nous observons ici un manque de cohérence entre l'intention formulée au niveau des objectifs et la réalité de l'intervention effectuée. Y aurait-il lieu d'explorer une approche "famille" lors de la visite postnatale plus qu'une approche "mère" et "enfant"?

9.3 Les problèmes et/ou difficultés vécus

Pour l'ensemble des mères, la majorité des problèmes rencontrés concernent le nouveau-né (85% des mères) et l'organisation des activités et des périodes de repos (75% des mères). Les problèmes reliés davantage à la santé de la mère sont vécus par 58% des mères pour la catégorie "élimination" et 44% des mères pour la catégorie "alimentation". Les problèmes les moins cités (34% des mères) sont ceux concernant la relation de couple et la relation du père avec l'enfant. Les primipares perçoivent plus de problèmes au niveau de leur santé (alimentation, élimination) et de celle du bébé (coliques, régurgitations...) que les multipares. Par ailleurs, il y a autant de multipares que de primipares qui éprouvent des difficultés dans l'organisation des activités à la maison ainsi que dans leurs relations familiales (conjoint, enfants). Ces résultats nous suggèrent que les préoccupations des primipares et des multipares sont peut-être différentes: ainsi, comme exemple, il est fort possible que les nouveau-nés des multipares présentent autant de régurgitations ou de coliques mais ces "manifestations" préoccupent moins les multipares que les primipares et elles sont moins portées à les identifier comme des "problèmes". Les études de Hiser (1987) et Lemmer (1987) sont intéressantes à ce sujet. Elles montrent bien que les préoccupations des multipares et des primipares quoique

semblables dans l'ensemble, ne présentent pas le même ordre prioritaire. Ainsi, les préoccupations de **20 multipares** (Hiser, 1987) dans la deuxième semaine du post-partum concernaient **d'abord la famille** (ex.: répondre aux besoins de chacun à la maison), ensuite les besoins de la mère (ex.: retourner à son poids initial, trouver du temps pour elle...) et enfin la santé du bébé (ex.: son développement normal, sa sécurité...). Chez **42 primipares** (Lemmer, 1987) les préoccupations concernaient **d'abord l'enfant** (ex.: son alimentation, les signes de maladie, les soins physiques), ensuite la mère (ex.: retrouver son poids normal, être une bonne mère...) et enfin la famille (ex.: entretien de la maison, intimité dans le couple...).

Cette différence au niveau des préoccupations et des problèmes vécus chez les multipares et les primipares est à prendre en considération lors de l'élaboration des objectifs de la visite. Nos résultats ont démontré que dans l'ensemble les primipares ont présenté plus de problèmes que les multipares. Il est possible cependant que ce résultat soit faussé par la liste des problèmes proposés qui concernaient davantage les primipares. Il est certain toutefois que les multipares présentent autant de problèmes d'organisation de la vie familiale que les primipares. Il est à noter à ce sujet, que 34% des multipares ont dit vivre des difficultés au niveau de la réaction des autres enfants à l'arrivée du nouveau-né: un problème qui leur est bien spécifique.

9.4 Réseau de support et solution de problèmes

Les données recueillies au niveau du réseau de support général indiquaient que dans l'ensemble les mères percevaient entre une et huit personnes pouvant leur apporter de l'aide, des encouragements ou des conseils. Les primipares percevaient plus de personnes dans leur réseau de support (\bar{x} : 4.6) que les multipares (\bar{x} : 3.6). Cependant, la taille du réseau perçu nous apparaissait relativement faible autant chez les primipares que les multipares. Nous avons donc vérifié avec certaines données de la littérature. Cronenwett (nov/déc 1985, mars/avril, 1985) a étudié, entre autres, la structure du réseau social chez 50 primipares à la fin de leur grossesse (3e trimestre) et au huitième mois du postpartum. La taille perçue du réseau fut en moyenne (\bar{x}) de 8.5 à la fin de la grossesse, s'échelonnant entre 4 et 10 personnes: 39% des mères ont nommé 10 personnes (comparativement à 14% des primipares qui ont nommé 8 personnes dans notre étude). La taille du réseau ne présenta pas de différence significative au huitième mois du postpartum: \bar{x} , 7.9. Lepage et al (1990) ont étudié l'évolution du réseau de support social des parents en période périnatale (2e trimestre grossesse, 3e trimestre grossesse, 1er mois postpartum, 3e mois postpartum). Chez les femmes (N=100) le nombre de personnes faisant partie du réseau de support variait de 12 à 14 personnes. Le profil d'évaluation montra une diminution du deuxième au troisième trimestre suivie d'une augmentation jusqu'au premier mois du bébé et d'une nouvelle réduction au cours des mois suivants. Selon les catégories de support mentionnées, la taille du réseau variait de 4.6 (support émotionnel) à 8.2 (aide matérielle).

Bien qu'il soit difficile de comparer ces résultats avec les nôtres (compte tenu des instruments de mesure différents et des populations différentes), il semble que la taille du réseau de support obtenue dans nos données est plus petite que celles mentionnées dans la littérature. Il est possible que la méthode de cueillette de données ait influencé les résultats: nous utilisions un questionnaire au lieu d'un interview (Cronenwett et Lepage) et de plus ce n'était pas l'intérêt principal de l'étude.

Par ailleurs, le fait que les multipares perçoivent moins de personnes dans le réseau de support (versus les primipares) est différent des résultats de Lepage où il n'y avait pas de différence significative à ce niveau. Cependant, dans l'étude de Triboti et al (1988) comprenant 231 femmes réparties également selon la parité, l'isolement social fut identifié plus souvent comme problème par les multipares que par les primipares.

Quant à la composition du réseau, nos données sont similaires à la littérature consultée (Cronenwett, 1985; Lepage et al, 1990; Lemmer, 1987). Les personnes les plus souvent nommées sont le conjoint et la mère, vient ensuite la parenté proche (belle-mère, soeur, frère...) et les amis. Les voisins, compagnons de travail et professionnels sont très peu nommés.

La présence d'un confident est considérée comme un indicateur très important du support social, (Lowenthal et Conner, cités dans Frank-Stromborg, 1988). Nos données sont rassurantes à ce niveau: 89% des mères ont dit avoir quelqu'un à qui se confier. Il n'y avait pas de différence entre les multipares et les primipares à ce niveau. L'aide émotive appor-

tée par un intime, surtout si c'est le conjoint, serait très efficace pour diminuer le stress chez la mère et l'aider dans les moments de crise (Ministère de la santé et des services sociaux, vol. 4, 1989).

Selon nos données, la grande majorité des mères ont reçu de l'aide à la maison à leur sortie d'hôpital. Encore là, il y a une forte tendance ($p = .056$) à avoir plus de primipares que de multipares qui ont reçu de l'aide. La durée de l'aide n'est pas différente selon la parité et est beaucoup plus longue que semblent le mentionner les parents interviewés dans l'étude de besoins de Dubé (1987). Ces derniers indiquaient qu'en général les parents ne prévoyaient que trois à quatre jours d'aide à la maison, ce qui était selon eux, très insuffisant. Or, nos données révèlent que près des trois quarts des mères ont reçu de l'aide pendant plus d'une semaine. Nous ne savons cependant pas si les mères ont été satisfaites de l'aide reçue.

Quant aux personnes qui apportent de l'aide à la maison ou qui aident à solutionner les problèmes, ce sont encore le conjoint, la mère ou la belle-mère qui sont le plus souvent nommés. Ce sont vraiment les personnes les plus significatives au niveau du réseau de

support. Un fait cependant à noter: au niveau des problèmes avec le bébé, la personne la plus aidante est le médecin (outre le conjoint); l'infirmière, le parent-ami, la mère ou la belle-mère sont d'égale importance.

Nous pouvons conclure en rappelant que le soutien social joue un rôle très important dans l'adaptation des parents à l'arrivée du nouveau-né. A cet égard, la **perception** du réseau de support et de sa disponibilité est plus importante que sa valeur objective ou réelle (Ministère de la santé et des services sociaux, vol. 4, 1989). A notre avis, la recherche d'aide est liée à cette perception: la mère demande de l'aide à la personne qu'elle a d'abord perçue comme pouvant l'aider. Il est donc très important d'évaluer cette perception lors de la visite et d'aider la mère (ou la famille) à identifier **toutes** les personnes pouvant lui apporter un support quelconque (aide matérielle, support émotif, aide au niveau de l'information...). L'évaluation du réseau de support (naturel et communautaire) devrait être un objectif important lors de la visite. C'est d'ailleurs la recommandation de Marcos (1985), suite à la revue critique de la littérature sur la visite postnatale. Hiser (1987) et Lemmer (1986) sont également de cet avis.

9.5 Besoins d'information

Il ressort des données recueillies que les besoins d'information sont beaucoup moins importants que nous l'avions prévu au départ. Ainsi 27% des mères non-visitées n'avaient besoin d'information sur **aucun** des sujets mentionnés. Seulement 10% des mères avaient besoin d'information sur plus de 50% des sujets mentionnés. Seulement trois sujets ont obtenu la faveur de plus de 30% des mères: l'allaitement mixte, les services du CLSC et les poussées de croissance chez l'enfant. Triboti et al (1988) arrivent à des considérations similaires: elles ont été surprises de constater que sur 231 mères questionnées, seulement 34.5% des mères ont identifié le manque de connaissance comme une de leurs préoccupations. Cependant il y avait davantage de primipares que de multipares (47.5% versus 20.9%) qui disaient manquer de connaissance. Ce dernier résultat est similaire à nos données: les primipares, ainsi que les mères qui allaient, ont davantage besoin d'information. De leur côté, Summer et al (cités dans Hiser, 1986) ont remarqué que les parents qui appelaient davantage les professionnels de la santé pour avoir de l'information étaient également les primipares et les mères qui allaient. Nous devrions donc retenir cette population-cible pour l'objectif de la visite concernant l'information. Par ailleurs, comme plus de 50% des mères privilégièrent la documentation écrite comme source d'information (confirmé également dans l'étude du DSC St-Sacrement, cité par Marcos, 1985), nous devrions également en tenir compte lors de la visite. Nous pouvons conclure qu'à notre avis l'information ne devrait pas être un objectif "prioritaire".

9.6 Satisfaction de la clientèle

La très grande majorité (74%) des mères visitées ont trouvé la visite **utile**. Les primipares la jugeaient plus utile que les multipares: c'est donc dire que la visite a répondu davantage à leurs besoins. Un fait important à se rappeler: le degré de scolarité n'influencait pas la perception de la mère sur l'utilité de la visite. Le très haut niveau de satisfaction ne surprend pas: il est corroboré par les études de Barkaukas (1983) et de Stanwick (1982) où le pourcentage de satisfaction était respectivement de 86% et de 71.4%. Il faut dire cependant, qu'à l'instar des études ci-haut mentionnées qui avaient utilisé l'interview pour recueillir les données, le fait d'avoir utilisé un questionnaire diminué de beaucoup le biais de "désirabilité sociale" et ajoute de la validité à nos résultats. De plus, la formulation des questions permettait à la mère de juger de l'utilité de la visite indépendamment de la qualité du contact avec l'infirmière: ainsi une mère pouvait avoir trouvé la visite agréable sans pour autant l'avoir trouvée utile.

Quant aux mères non-visitées, 53% des primipares auraient trouvé utile d'avoir une visite par rapport à 42% des multipares. Il est quand même surprenant que le besoin d'une visite ne soit pas plus "évident" chez les primipares (surtout quand on considère que 81% des primipares visitées ont trouvé la visite utile). Il est possible que le service soit peu connu et que les mères ne savent pas vraiment en quoi la visite pourrait leur être utile. Des commentaires de mères sont d'ailleurs déjà été rapportés à cet égard (voir les résultats, section commentaires). Le pourcentage d'indécis (16%) favorise également cette hypothèse.

Les mères sont en général très satisfaites des informations fournies par l'infirmière et les ont jugées utiles. Le thème où il y avait le plus d'insatisfaction (26% des mères) était celui des ressources. Il est possible que l'information ait été jugée moins utile parce que les ressources mentionnées ou disponibles ne répondraient pas aux attentes (ou besoins) des mères.

Le choix de la documentation écrite laissée lors de la visite est pertinent car les mères (70%) l'ont trouvé très utile et ce, pour le **moment présent**. C'est là, un élément à conserver dans la visite, surtout que les mères ont déjà dit qu'elles privilégiaient cette source d'information.

Le contact avec l'infirmière est jugé excellent et la mère se sent très à l'aise en sa présence. Ce fait est largement confirmé dans la littérature. Ceci est un point fort pour l'intervenant, car un bon climat de confiance est indispensable à une intervention efficace.

Quant au moment de la visite, il est bon de se rappeler que dans l'ensemble les primipares préfèrent recevoir la visite plus tôt que les multipares, c'est-à-dire à l'intérieur des deux premières semaines. Or selon nos données, seulement 22% des primipaires (tableau 13) ont reçu la visite pendant cette période. L'étude de Hall (1980) est à cet égard, intéressante à signaler. L'auteure a voulu connaître l'impact d'un **enseignement structuré et spécifique** concernant les différents comportements d'un nouveau-né (pleurs, sommeil, alimentation...) sur la perception de la mère primipare face à son nouveau-né. L'enseignement était fait à domicile, par une infirmière, à l'intérieur des

quatre premiers jours suivant le retour à la maison. Le moment choisi était très important car il coïncidait à la phase de dépendance-indépendance décrite par Rubin (1975) où la mère, après 2-3 jours de passivité et de dépendance (immédiatement après l'accouchement), retrouvait peu à peu son indépendance et son pouvoir de décision. Selon Rubin, il est très important que la mère vive du succès dans son rôle maternel pendant cette période (entre 3 et 10 jours), car la moindre "faille" pourrait être vécue comme un échec et apporter beaucoup d'anxiété chez la mère. Pour les besoins de l'étude de Hall, trente primipares ont été réparties aléatoirement en deux groupes: le groupe expérimental devant recevoir l'enseignement à domicile et un groupe contrôle. Toutes les participantes ont complété le Neonatal Perception Inventories de Broussard (1965) entre le premier et le troisième jour du postnatal et à un mois. Les résultats démontrent une différence significative entre le temps 1 et le temps 2 dans le groupe expérimental, mais non dans le groupe contrôle. L'enseignement avait donc eu une influence positive sur la perception de la mère face à son nouveau-né. Deux éléments sont importants dans cette étude: l'enseignement qui est spécifique et poursuit un objectif bien précis et le **moment choisi (< 10 jours)** pour le faire. Ceci nous amène à suggérer que la visite soit faite à l'intérieur des 10 premiers jours, tel que le demandent d'ailleurs les primipares. Quant à "l'enseignement", bien que nous ayions déjà signalé que l'information ne devrait pas être un objectif prioritaire, nous devrions peut-être la revoir en fonction d'un objectif bien précis: améliorer la compétence parentale. L'information deviendrait alors un moyen et non un objectif en soi.

Enfin, l'opinion des mères visitées, quant à la présence ou non du conjoint lors de la visite, nous laisse perplexe. En effet, 70% des primipares et 42% des multipares auraient aimé que leur conjoint soit présent. Donc une bonne proportion de mères préfèrent être seules lors de la visite. Nous pouvons difficilement émettre des hypothèses quant aux raisons pouvant justifier cette position. Il serait intéressant de questionner les mères à ce sujet lors des visites, surtout dans l'éventualité où les CLSC privilégieraient une approche "famille" pour les visites plutôt qu'une approche "mère" et "enfant". Il nous apparaît "prudent" et "respectueux de la clientèle" de se questionner davantage avant de faire des changements systématiques à ce niveau. Une chose demeure certaine: si nous optons pour une approche "famille", le contenu de la visite devra être ajusté en conséquence.

Nous terminons sur quelques mots à propos des commentaires émis par les mères lors de la cueillette de données. Un élément a attiré notre attention: les raisons principales évoquées par les mères pour justifier l'utilité de la visite, rejoignent par leur contenu trois des objectifs de la visite:

- 1° supporter et sécuriser les parents
- 2° répondre à leurs questions
- 3° les informer (conseils, documentation).

Ceci est un indice que les objectifs de la visite répondent bien aux besoins des mères. Par ailleurs, les commentaires à propos du questionnaire nous ont également surpris. Les mères disaient qu'elles avaient aimé répondre au questionnaire et que ça leur avait permis de réfléchir à leur situation; certaines suggéraient même de le compléter à l'hôpital ou avant la visite de l'infirmière pour mieux s'y préparer.

À notre avis, l'élément important à retenir c'est qu'il serait utile que la mère (ou la famille) possède un outil d'auto-évaluation lui permettant de cibler elle-même ses besoins d'aide, d'information.... De plus, l'outil pourrait contenir les ressources professionnelles et communautaires disponibles que la famille pourrait choisir en fonction des besoins identifiés. Il est à noter que la présence d'un outil d'auto-évaluation ne devrait pas éliminer les contacts plus personnalisés (ex.: téléphone, visite) entre les intervenants et les familles mais permettrait possiblement de les rendre plus efficaces. Une réflexion à poursuivre.

9.7 Efficacité de la visite postnatale

Rappelons tout d'abord qu'il n'est pas facile de "mesurer" l'efficacité d'une intervention ou d'un programme. Les résultats obtenus dépendent en grande partie des critères d'efficacité choisis et des outils d'évaluation utilisés. Ainsi un résultat "négatif" (ou non significatif) ne veut pas nécessairement dire que l'intervention est "inefficace" mais peut être que le critère ou la mesure est inadéquat (Combs-Orme et al, 1985). Par ailleurs, il est important de faire la différence entre l'atteinte d'un objectif (c.-à-d. son efficacité) et sa pertinence. Ainsi l'atteinte d'un objectif ne garantit pas sa pertinence. La pertinence de l'objectif est liée à son adéquacité par rapport aux besoins de la population-cible. L'atteinte de l'objectif est liée aux interventions effectuées. Nous pouvons très bien atteindre un objectif et qu'il ne soit pas pertinent comme l'inverse est aussi vrai. L'étude actuelle a principalement jugé de l'atteinte de l'objectif (efficacité -> évaluation tactique) et non de sa pertinence (évaluation stratégique).

Nous avions choisi de mesurer l'atteinte de quatre objectifs de la visite: le support, l'aide à la résolution de problème, le dépistage et l'information. Un critère d'efficacité avait été choisi pour chacun des trois premiers objectifs tandis que 6 critères avaient été choisis pour le dernier objectif.

9.7.1 Objectif "support":

Au niveau de l'objectif "support" un effet paradoxal mesuré à l'Échelle d'aptitudes à l'exécution des tâches parentales a surpris tout le monde: les multipares non-visitées se sentaient plus sûres d'elles dans les soins au nouveau-né que les multipares visitées. L'effet concernait exclusivement la dimension "alimentation" et non l'ensemble des soins au nouveau-né. Il n'y avait pas de différence au niveau des primipares. Ce résultat va à l'encontre de l'étude de Brown (1967) où il a été démontré une diminution significative du degré d'inquiétude des mères visitées dans le cas de l'alimentation du nouveau-né.

Comment interpréter cet effet paradoxal dans nos résultats? Il semble au premier abord que le fait que la seule dimension concernée soit l'alimentation apporte une certaine validité aux résultats, car il est vrai que cette dimension des soins au bébé est largement discutée lors de la visite. Qu'est-ce qui pourrait expliquer que la visite de l'infirmière ait ébranlé le sentiment de sécurité des multipares en ce qui concerne l'alimentation de leur bébé? Pourquoi l'effet est constaté seulement chez les multipares? Ce qui différencie les multipares des primipares c'est leur expérience antérieure au niveau des soins d'un bébé. Quel est le lien entre cette expérience et

la visite? L'explication se trouve peut-être au niveau du type de relation existant entre l'infirmière et la mère. Nous savons déjà que l'infirmière est perçue par la mère comme un "expert" au niveau de l'alimentation du nourrisson: sortes de lait maternisé, quantité de lait nécessaire, etc.... D'ailleurs des commentaires de mères indiquent que la visite leur a permis d'être rassurées par quelqu'un de "compétent". Il est vrai que l'infirmière possède de l'information privilégiée à ce sujet, mais a-t-elle une expertise au niveau des "habiletés"? La compétence à prendre soin d'un nouveau-né est le produit de connaissances et d'habiletés que seule l'expérience peut nous apporter. Or chacun est l'expert au niveau de sa propre expérience. La confiance de la multipare par rapport à sa propre expertise est peut-être mise en doute par les conseils ou suggestions que lui fait l'infirmière, qu'elle considère également comme un expert. Un commentaire d'une primipare au sujet de l'utilité de la visite est d'un intérêt particulier à cet égard:

"Je trouve que c'est utile mais je trouve aussi que les infirmières exagèrent avec l'horaire pour faire manger les bébés. Elles font peur quand vient le temps de parler comment nourrir et quand nourrir le bébé."

Bien que la majorité des commentaires exprimés indiquaient que l'infirmière avait été rassurante et que les mères s'étaient senties de bons parents grâce à son contact, un commentaire comme celui-ci vaut la peine d'être signalé dans le contexte de notre réflexion. Une chose est certaine: le fait que les multipares se sentent moins sûres d'elles après la visite ne favorise guère leur prise en charge. Une réflexion s'impose donc à ce niveau.

Un document produit par le DSC de Laval (1983) concernant la promotion du support et du développement des habiletés parentales nous fournit des éléments intéressants sur l'orientation et le choix des interventions à privilégier pour y arriver. Nous avons pensé vous en livrer quelques lignes.

"Développement de l'autonomie des participants-es."

Une des caractéristiques cruciales des interventions à soutenir est l'encouragement de l'autonomie des participants-es. Ainsi les parents sont reconnus comme les plus compétents pour favoriser le développement de leur enfant. Cette caractéristique sous-tend des objectifs de support et le développement des compétences et sentiments de compétence parentale et met en garde contre des approches qui, ultimement, mettraient les parents dans une position de dépendance à l'égard des intervenants-es experts-es...

Cette orientation devrait amener les intervenants-es à s'interroger sur leur rôle en tant qu'agents-es de changement. Ainsi, elles devront acquérir des attitudes et des habiletés leur permettant d'être non plus des experts-es qui veulent transmettre leurs connaissances, mais des animateurs-trices qui peuvent aider les individus... (p. 13)

Perspective pluraliste

...Les interventions à encourager se soucient de respecter les styles de vie et choix personnels des parents. De plus, elles évitent d'imposer des modèles idéaux et abstraits, de même que d'imposer, proscrire ou juger certains types de comportements. (p. 14)

Interventions orientées sur l'ensemble parent-enfant

...Le support est... l'ingrédient principal d'interventions telles les visites et l'aide reçue à domicile à diverses périodes de la vie que ce soit par un-e infirmier-ère, un-e bénévole, un-e aide familial-e ou un-e gardien-ne.

Il faut insister sur l'importance, lors de ces rencontres ou visites aux parents, de certains principes dont nous avons déjà discuté. Le principal objectif de ces visites, en plus de l'aide concrète fournie, étant de renforcer les sentiments de compétence des parents, il importe de les considérer comme les vrais éducateurs de leur enfant ou comme les principaux intervenants auprès de leur enfant. Il s'agit d'éviter de se substituer à eux de quelque façon que ce soit auprès de leur enfant et aussi d'éviter de leur apporter trop d'informations théoriques ou formelles ne correspondant pas à leur vécu. (p. 18-19)

Il semble donc que le rôle d'expert ne soit pas propice à un renforcement du sentiment de compétence chez les parents, car il établit une relation de dépendance. À notre avis, un rôle de partenaire serait plus approprié car il implique un accompagnement plus qu'une orientation spécifique, un échange, plus qu'une "prescription". Aux intervenants de poursuivre la réflexion en scrutant les valeurs et attitudes qui motivent leurs interventions.

Par ailleurs, les résultats indiquant que les mères plus âgées ou plus scolarisées se percevaient moins compétentes en ce qui concerne l'alimentation et le bien-être de leur bébé, surprennent quelque peu. Il est difficile d'expliquer ce résultat, mais il est possible qu'il soit lié à une accumulation "exhaustive" d'information. À cet égard, Cournoyer (1989) fait une réflexion intéressante concernant le point de vue des parents sur l'effet d'une trop grande information:

"Les nombreuses informations (cours, livres ou autres médias) feraient en sorte d'éloigner les parents d'une écoute naturelle des besoins de l'enfant. Les parents en déduisent que cette information risque d'avoir pour effet de les empêcher de faire confiance en leur bon sens et donc, d'avoir confiance en eux-mêmes."

*(Périnatalité au Québec,
vol. 5, p. 235)*

9.7.2 Objectif "aide à la résolution de problème":

Les résultats ont démontré que les mères visitées n'avaient pas solutionné davantage leurs difficultés ou problèmes. Il est ressorti toutefois que l'infirmière était une source d'aide importante au niveau des problèmes concernant le bébé. La visite semble avoir eu un impact sur le choix des personnes utilisées pour solutionner les difficultés, mais non sur la solution de ces difficultés. Il était probablement un peu "irréaliste" de penser que beaucoup de difficultés pourraient être résolues en une heure d'intervention à domicile. Il serait peut-être un peu plus réaliste de penser que la visite pourrait avoir un impact sur une des étapes de la solution de problème: clarification du problème, identification de solutions possibles, recherche de personnes pouvant apporter du support...etc. Il serait d'ailleurs opportun d'orienter les interventions en ce sens (si ce n'est déjà fait...). Privilégier comme approche d'assister la mère dans sa recherche d'aide et/ou de solution plutôt que de penser régler les problèmes.

9.7.3 Objectif "dépistage":

Le pourcentage de familles dépistées à risque ou vulnérables fut de 38% pour une prévision de 10%. Le critère d'efficacité fut donc largement atteint. Il est important de

signaler que la parité n'a pas eu d'influence sur le dépistage: il y a eu autant de familles de multipares dépistées à risque ($N=18$) que de primipares ($N=20$). L'objectif concerne donc autant les multipares que les primipares en terme de population-cible.

La grande majorité (74%) des indicateurs de risque mentionnés étaient liés à l'environnement familial plus qu'au nouveau-né. Ceci milite en faveur de choisir la visite à domicile comme outil de dépistage; en effet, l'observation directe du milieu familial est évidemment le meilleur moyen d'en connaître les ressources et les limites. Notons, à cet égard, que le dépistage fait lors du séjour hospitalier (programme de Continuité de soins) peut difficilement tenir compte de cette dernière dimension: il se centre davantage sur le nouveau-né et sa mère.

Les interventions effectuées à la suite du dépistage sont importantes à considérer, car elles font état de l'utilisation des données recueillies. Notre intérêt, à ce niveau, n'était pas de juger de la pertinence de telle intervention versus tel indicateur de risque en particulier. Nous voulions surtout connaître les types d'interventions utilisées et la place qu'occupait "la relance" à l'intérieur de ceux-ci. Ainsi, 33% des interventions effectuées (Interventions A, B et E: tableau 18) sont des interventions nécessitant une relance de la part de l'infirmière (2^e visite à domicile, téléphone...). Ces interventions concernaient 26 familles sur les 38 dépistées (68%). Huit (8) % des indicateurs ou problèmes rencontrés ont nécessité une référence à un professionnel ou organisme: 10 familles (26%) ont ainsi été référées. Enfin, 23% des indicateurs ou problèmes rencontrés n'ont été suivis d'aucune

intervention; cependant compte tenu que la plupart des familles dépistées présentaient plus d'un indicateur ou problème, seulement 5 familles (13%) n'ont bénéficié d'aucune intervention.

Nous pouvons donc conclure que la visite postnatale a permis de dépister des familles vulnérables qui n'avaient pu être identifiées lors du séjour hospitalier. De plus, il faut rappeler que la population choisie pour l'étude ne comportait aucun facteur de risque tel que: grossesse < 37 semaines, poids du bébé < 2500 gr et âge de la mère < 18 ans. Nous avions donc au départ une population non considérée à risque ou vulnérable.

Les résultats de cette étude nous fournissent une vision globale du dépistage effectué lors de la visite. Ils ne nous permettent pas de juger de la pertinence des interventions ou du type de suivi effectué. Nous nous permettons cependant cette dernière réflexion: nous avons remarqué que très peu de familles (18%) ont bénéficié d'une deuxième visite à domicile à la suite du dépistage. Or, plusieurs auteurs (cités dans Séguin, 1980) privilégièrent des visites à domicile répétées comme interventions préventives auprès des familles plus vulnérables. Il serait intéressant de connaître l'opinion des infirmières à ce sujet ainsi que les éléments qui motivent leurs choix d'interventions.

9.7.4 Objectif "information":

Ce qui ressort davantage à ce sujet, c'est que trois des 6 critères d'efficacité choisis se sont avérés non pertinents. Nous avions surestimé les besoins d'information des parents. En effet, il est ressorti qu'en général les pa-

rents étaient assez bien informés et qu'à cet égard la visite a répondu amplement à leurs besoins. Par ailleurs nous avons aussi constaté que les mères prévoient débutter les solides chez leur bébé à un âge très adéquat (3.27 mois en moyenne), ce qui rendait injustifié le choix du critère d'efficacité s'y rapportant: en effet, quelle est la pertinence de mesurer l'impact d'une information sur un comportement qui est déjà jugé adéquat? Le même raisonnement prévaut pour le critère d'efficacité traitant de l'âge prévu pour le début des immunisations.

Quant à l'impact de la visite sur l'utilisation des ressources communautaires et professionnelles, nos résultats sont conformés à notre hypothèse de départ: les mères visitées utilisent davantage les ressources. Nul doute qu'une information personnalisée, adaptée aux besoins immédiats de la mère, est un des éléments de la visite qui ont permis d'orienter la mère vers les ressources appropriées. Il est possible également que l'infirmière ait stimulé la mère à demander de l'aide et référer aux ressources au besoin.

Enfin, les mères non-visitées cesseraient plus tôt l'allaitement. Ces résultats sont similaires à l'étude de Lavoie (citée dans Marcos, 1985). Cependant, la visite n'aurait pas d'effet sur la durée prévue d'allaitement. Il semble donc que l'impact de la visite sur l'allaitement serait à court terme: elle prolonge la durée de l'allaitement sans pour autant avoir d'impact sur la décision finale de la mère. En effet, il y a autant de mères visitées que non-visitées qui allaient à 5 semaines. Nous pourrions nous demander quel aurait été l'impact d'une deuxième visite ou d'une relance téléphonique: aurait-elle permis de prolonger davantage la durée d'allaitement?

9.8 Atteinte des objectifs de la visite

La synthèse de l'atteinte des objectifs est présentée au tableau 20. Pour plus de détails vous pouvez vous référer au tableau 19.

Selon l'outil d'évaluation choisi pour mesurer les habiletés parentales, le EAETP, l'objectif concernant le support aux parents n'aurait pas été atteint. Par ailleurs, selon les

commentaires des mères ayant jugé la visite utile, la raison principale est justement le support et le sentiment de sécurité renforcés par l'infirmière. Des données qui semblent se contredire mais qui indiquent toutefois qu'il serait opportun de préciser davantage cet objectif et les interventions qui en découlent.

L'objectif concernant l'aide à la résolution de problème n'aurait pas été atteint, mais celui concernant le dépistage aurait dépassé

Tableau 20
Synthèse de l'atteinte des objectifs
selon les critères d'efficacité

Objectif	Critère	Atteinte Oui (+) Non (-)
Support	↑ compétence	-
Aide à la résolution de	↑ solution de problème	-
Dépistage	10%	+
Information	50% des mères 50% des sujets	- critère trop élevé + (atteinte objectif)
	↑ utilisation ressources	+
	↑ âge d'introduction solide	- (critère non pertinent)
	↑ début immunisation	- (critère non pertinent)
	↑ durée réelle et/ou intentionnelle allaitement	+
		-

nos prévisions. Quant à l'information, si nous considérons les besoins réels des mères et non ceux que nous avions estimés, nous pouvons dire que dans l'ensemble l'objectif a été atteint.

Ainsi deux objectifs sur quatre ont été atteints. Si nous considérons la difficulté inhérente à la mesure des effets et les résultats jusque-là négatifs (ou presque) rapportés dans la littérature, nous pouvons être très satisfaits et considérer la visite comme "efficace". Il faut également signaler le fait que la visite représente en moyenne une **heure d'intervention** et qu'à cet égard il est même surprenant d'avoir pu atteindre deux objectifs sur les six qui étaient effectivement poursuivis. Nul doute qu'un nombre plus restreint d'objectifs aurait permis de canaliser davantage les interventions et d'en augmenter ainsi l'impact.

9.9 Pertinence des objectifs de la visite

Tel que nous l'avons déjà signalé, l'atteinte d'un objectif ne garantit pas sa pertinence de même que la non-atteinte ne signifie pas nécessairement qu'il faille abandonner l'objectif concerné. La pertinence de l'objectif est liée aux besoins de la population à laquelle il s'adresse tandis que son atteinte est liée aux interventions. Bien que le but principal de l'étude n'était pas de juger de la pertinence des objectifs de la visite, nous avons tout de même pu, à l'aide des informations recueillies, amorcer une réflexion à ce sujet.

Nous vous présentons au tableau 21, une synthèse de cette réflexion. Nous avons jugé de la pertinence des objectifs en fonction de la parité, car nous nous sommes rapidement aperçus que les besoins étaient différents chez les primipares et les multipares et qu'en ce sens, il était important d'ajuster les objectifs de la visite en conséquence. Les commentaires réfèrent aux données de l'étude justifiant notre évaluation.

Tableau 21
Pertinence, selon la parité,
des différents objectifs de la visite

	PRIMIPARES	MULTIPARES	COMMENTAIRES
Support au niveau des habiletés parentales (soins au nouveau-né)	+	-	Les multipares ont déjà acquis de l'expérience au niveau des soins à donner au nouveau-né. Selon nos résultats et ceux de De Simone et Gottlieb (1987), elles ont un niveau de compétence relativement adéquat. En effet, les multipares ont obtenu un score global moyen de 181 (notre étude) et de 179,8 (De Simone et Gottlieb) sur une possibilité de 216 à l'Échelle d'aptitudes à l'exécution des tâches parentales (EAETP). Par ailleurs, les primipares se sentent beaucoup moins sûres d'elles car elles obtiennent un score moyen de 158 dans notre étude.
Aide à la résolution de problèmes	++	+	Dans l'ensemble, il y a plus de primipares que de multipares qui ont indiqué avoir vécu des difficultés ou problèmes. Cependant, il y a autant de multipares que de primipares qui vivent des difficultés au niveau de l'organisation du travail à la maison et des relations familiales.
Dépistage	+	+	Il y a eu autant de familles vulnérables dépistées chez les primipares que chez les multipares.
Information	+	-	Dans l'ensemble, les besoins d'information sont peu élevés. Cependant, les primipares ainsi que les mères qui allaitent, sont celles qui bénéficient davantage de la visite à ce niveau.
Évaluation de l'état de santé	+	++	Les multipares se perçoivent moins en santé que les primipares. Cependant, si on compare les données de la population de notre étude avec celle de Santé Québec (figure 2), nous remarquerons que l'état de santé de notre population semble moins bonne.
Si on ajoutait un objectif lié au réseau de support	+	++	La taille du réseau de support de la population de notre étude nous apparaît plus petite que les données disponibles dans la littérature. Par ailleurs, les multipares perçoivent moins de personnes dans leur réseau de support que les primipares.

RECOMMANDATIONS

Il est important de signaler que les recommandations ont été formulées à la suite de la présentation aux intervenants des résultats de l'étude. Ainsi en juin 1990, une tournée dans les différents CLSC avait permis de rencontrer les infirmières faisant les visites postnatales, ainsi que leur coordonnateur. Les résultats y avaient été présentés en détail et une discussion avait été amorcée. Cette étape avait permis une réflexion "commune" face à la visite et un échange très stimulant.

En octobre 1990, le comité aviseur s'est réuni afin d'élaborer des recommandations. Les recommandations retenues furent regroupées sous trois grands thèmes: population-cible, objectifs et contenu de la visite, approche famille.

POPULATION-CIBLE

Au niveau des primipares, il est recommandé:

A- Une visite systématique, si possible, dans les deux premières semaines suivant la naissance de l'enfant.

(Note: les primipares représentent environ 45% des naissances dans la région 05)

Au niveau des multipares, il est recommandé de:

A- Contacter (lettre, téléphone...) toutes les multipares dans le premier mois suivant la naissance de l'enfant pour les informer des services et ressources disponibles.

B- Visiter les familles déjà connues à risque selon certains indicateurs pré-établis et jugés prioritaires dans le contexte du postnatal.

C- Explorer des alternatives d'intervention visant à développer davantage le réseau du support.

Note: les recommandations qui précèdent au niveau des multipares, ne tiennent pas compte de l'élément "dépistage". Ainsi, si les CLSC reconnaissaient comme **prioritaire** l'objectif de dépistage et qu'ils considéraient que la visite postnatale est le seul moyen d'y répondre efficacement, une visite systématique s'imposerait alors. À cet égard, nous pensons qu'à **moyen terme**, un dépistage efficace auprès des primipares, accompagné d'un **suivi rigoureux** pourraient, donner un résultat satisfaisant.

OBJECTIFS ET CONTENU DE LA VISITE

Il est recommandé de:

A- Réduire le nombre d'objectifs liés à la visite et de les prioriser.

B- Avoir des attentes plus réalistes par rapport à la durée de l'intervention (≈ 1 hre).

C- Ajuster les objectifs de la visite selon que le nouveau-né représente ou non une première expérience pour le(s) parent(s).

-
- D- Établir un mécanisme assurant un suivi adéquat au niveau du dépistage (si l'objectif concernant le dépistage est maintenu).
 - E- Explorer la possibilité d'ajouter un objectif spécifique lié à l'évaluation du réseau de support.
 - F- Orienter les objectifs de façon à favoriser la prise en charge des parents en renforçant leur sentiment de compétence.
 - G- Requestionner les interventions de façon à y privilégier un rôle de partenaire plutôt qu'un rôle d'expert de la part de l'intervenant.

APPROCHE - FAMILLE

Il est recommandé de:

- A- Favoriser une approche famille lors de la visite plutôt qu'une approche mère-enfant.
- B- Explorer une approche qui favoriserait l'implication du père lors de la visite et qui répondrait à ses besoins (se souvenir que le père ou conjoint est la principale source de support en postnatal immédiat et qu'en ce sens, il joue un rôle important dans le processus d'adaptation de la famille à l'arrivée du nouveau-né).

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de porter un “jugement” sur certains aspects de la visite postnatale, mais elle est loin de représenter, en soi, une évaluation complète. Ainsi certains éléments du programme, qui ont un impact important sur son efficacité, n’ont pas été traités, ex.: l’aspect financier, les ressources professionnelles disponibles (leur formation, motivation, expérience...), la place de la visite dans le programme de périnatalité, les autres interventions (s’il y a lieu) en postnatal immédiat... etc. Une réflexion devrait aussi se faire à ce niveau.

Quant à nous et selon les éléments que nous avons considérés, l’étude a indiqué que, pour la **population non identifiée comme vulnérable**, la visite postnatale est efficace, mais particulièrement pour les primipares et les mères qui allaitent. Quant aux multipares, non déjà identifiées à risque, leurs besoins étant différents, nous suggérons d’inventorier d’autres moyens pour y répondre.

BIBLIOGRAPHIE

- BARKAUKAS, V.H. (May, 1983). Effectiveness of public health nurse home visits to primarous mothers and their infants, American Journal of Public Health, 73 (5), 573-580.
- BROWN, Louise S. (Février, 1967). Les visites postnatales sont-elles utiles? L'infirmière canadienne, 44-47.
- COMBS-ORME, T., REIS J. and DANTES WARD L. (Sept-Oct, 1985). Effectiveness of home visits by public health nurses in maternal and child health: an empirical review, Public Health Reports, 100 (5), 490-499.
- CRONENWETT, Linda R. (March-April, 1985). Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy, Nursing Research, 34 (2), 93-99.
- CRONENWETT, Linda R. (Nov-déc, 1985). Parental network structure and perceived support after birth of first child, Nursing Research, 34 (6), 347-352.
- DEL GRECO, L., W. WALOP and L. EASTRIDGE (April 1987). Questionnaire development: 3, Translation, Journal of Canadian Medical Association, 136, 817-818.
- DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE LAVAL (1983). Une nouvelle approche en santé des enfants 0-18 ans: la promotion du support et du développement des habiletés parentales, Cité de la Santé de Laval.
- DE ROSNAY, J. (1975), Le macroscope, Paris, Éditions du Seuil.
- DE SIMONE, L. and GOTTLIEB, L.N. (1987). Construct validation of the Perceived maternal task performance scale, Nursing Papers, 19 (4), 20-35.
- DUBÉ, S. (1987). Évaluation des besoins des jeunes parents et de leur satisfaction en regard des services offerts en période postnatale, CLSC de l'Estuaire.
- FOXMAN, R., MOSS, P., BOLLAND, G. and OWEN, C. (June 1982). Consumer view of the health visitor at six weeks postpartum, Health Visitor, 55, 302-308.
- FRANK-STROMBORG, M. (1988). Instruments for clinical nursing research. Chapter 6: Social support, Norwalk, Connecticut, Appleton and Lange.
- FRIEDMAN, M. (1981). Family Nursing, Theory and assessment, Norwalk, Appleton-Century Crofts.
- HALL, Lynne Anderson (sept-oct, 1980). Effect of teaching on primiparas' perception of their newborn, Nursing Reaserch, 29 (5), 317-322.

-
- HISER, P.L. (May-June, 1987). Concerns of multiparas during the second postpartum week, JOGNN, 195-203.
- LECOMTE, R. et RUTMAN, L. (1982). Introduction aux méthodes de recherche évaluative, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- LEMMER, C. (July-August, 1987). Early discharge: outcomes of primiparas and their infants, JOGNN, 230-236.
- LEPAGE, L., L. VÉZINA et M. DESROSIERS (1990). L'évolution du réseau de support social des parents au cours de la période entourant la naissance d'un enfant, Rapport de recherche, Université Laval.
- MARCOS, M. (Avril 1985). L'évaluation des visites postnatales à domicile: revue critique de la littérature, DSC du Haut-Richelieu.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1988). Et la santé, ça va?, Rapport de l'Enquête Santé Québec 1987, Québec, Les Publications du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). La périnatalité au Québec, Vol. 5, Vivre avec un nourrisson, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). La périnatalité au Québec, Vol. 4, La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles, Gouvernement du Québec.
- OREM, Dorothea E. (1987). Soins infirmiers: les concepts et la pratique, Montréal, Décarie Editeur Inc.
- OSTIGUY, L. (Mai 1982). Pertinence de la visite postnatale à domicile à toutes les mères, Rapport de stage de maîtrise, Département des Sciences infirmières, Université de Montréal.
- PERRY, A. (1985). The relationship of social support to role performance and self-esteem in first time mothers, Rapport de recherche, Université Mc Gill, Montréal.
- PINEAULT, R., and C. DAVELUY (1986). La planification de la santé, Ottawa, Agence d'Arc Inc.
- SÉGUIN, L. (octobre 1980). Problématique de l'identification des enfants à risque élevé ou vulnérables, L'Union médicale du Canada, tome 109, 1409-1414.

STANWICK, R.S., MOFFAT, M.E.K., ROBITAILLE, Y., EDMOND, A. and DOK, C. (May-June, 1982). Evaluation of the routine postnatal public health nurse home visit, Canadian Journal of Public Health, 200-205.

SUMMER, G. and FRITSCH, J. (May-June, 1977). Postnatal parental concerns: the first six weeks of life, JOGN Nursing, 27-32.

TRIBOTI, S., LYONS, N., BLACKBURN, S., STEIN, M. and WITHERS, J. (Nov-dec, 1988). Nursing diagnosis for the postpartum woman, JOGNN, 410-416.

VALLERAND, R.J., M.R. BLAIS, Y. LACOUTURE et E.L. DECI (1987). L'échelle des orientations générales à la causalité: Validation canadienne française du General Causality Orientation Scale, Revue canadienne des Sciences comportementales, 19 (1), 1-15.

ANNEXE - A -

SITUATION DES VISITES POSTNATALES DANS LA REGION 05

Grille de cueillette de données

Nom du CLSC : _____

Information obtenue par 1⁰ téléphone — Date: _____

2⁰ rencontre — Date: _____

3⁰ autres: _____

Personnes ayant fourni l'information: _____

1⁰- Les visites postnatales sont-elles faites de façon systématique ?

Oui — Non —

Si non:a) Depuis quand a-t-on cessé les visites systématiques?

b) A qui fait-on les visites? Quels sont les critères de sélection? _____

c) Ces critères de sélection sont-ils écrits - - ou verbaux — ?

d) Actuellement, y a-t-il d'autres alternatives aux visites postnatales qui ont été développées? _____

2⁰- Qui fait les visites postnatales? _____

3⁰- En général, les visites sont faites combien de temps après la naissance de l'enfant? _____

4⁰- Combien de personnes font des visites postnatales dans votre CLSC?

5⁰- a) Combien de visites postnatales (1ère visite) ont été effectuées du 1er avril 88 au 31 mars 89? _____

. Les familles à risque référées par l'infirmière de liaison du DSC sont-elles incluses dans ce chiffre? _____

b) Combien de visites de relance ont été effectuées pour la même année? _____

c) Combien de téléphones (s'il y a lieu) de 1er contact ont été effectués à la place des visites postnatales? _____

6⁰- Visites

a) Quels sont les objectifs actuels des visites postnatales? (qui est visé: l'enfant, la mère, ...)? _____

Sont-ils écrits _____ ou verbaux _____ ?

b) Utilisez-vous un instrument de cueillette de données? _____

Quel est-il? _____

Modèle Nursing? _____

c) Quel est le contenu actuel de la visite? _____

. Thèmes abordés de façon systématique? _____

. Thèmes abordés à l'occasion (ou selon les besoins des mères)? _____

. Autres? _____

d) Distribuez-vous des feuillets d'information de façon systématique lors de la visite? Oui _____ Non _____

Lesquels? _____

e) Quelle est la durée moyenne de la visite (présence à la maison excluant le transport)? _____

Minimum _____ Maximum _____

f) Les références à d'autres professionnels sont-elles fréquentes ou occasionnelles à la suite de la visite postnatale? _____

. Dans quelle proportion? (nombre de référence versus le nombre de visites) _____

. Quels sont les professionnels les plus souvent concernés?

=====

Attentes particulières des intervenants au sujet du projet de recherche.

ANNEXE B

Sherbrooke, le 31 octobre 1989

Mémo

Aux infirmières de périnatalité
des CLSC de la région 05

Sujet: Visites postnatales

De : Pierrette Lebel inf., chargé de recherche, DSC.

Bonjour,

Vous n'êtes pas sans savoir qu'une étude est actuellement en cours concernant les visites postnatales et plus particulièrement les besoins des jeunes parents en postnatal immédiat.

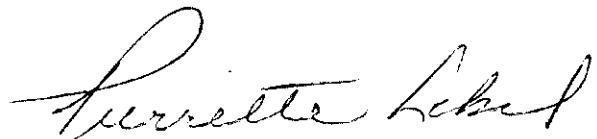
Vous recevrez bientôt des avis de naissances où vous pourrez lire, dans le coin supérieur droit, l'une ou l'autre des inscriptions suivantes: 1^o- Visite, 2^o- Pas de visite avant 6 semaines post-partum. Les "naissances" concernées ont été choisies selon des caractéristiques spécifiques reliées soient aux parents, au nouveau-né ou à leur environnement. Nous vous demandons de visiter les familles identifiées comme telles c'est-à-dire, les familles où il est indiqué Visite sur l'avis de naissance. Faites la visite habituelle selon le modèle d'intervention que vous utilisez habituellement. Ne parlez surtout pas à la mère ou aux parents de l'étude en cours.

Quant aux avis de naissances identifiés par "Pas de visite avant 6 semaines post-partum" nous vous demandons de téléphoner aux parents concernés pour prendre des nouvelles (sans toutefois faire une entrevue par téléphone) en leur indiquant que vous prévoyez les visiter dans les semaines qui suivent mais que vous les recontacterez pour prendre rendez-vous (ne parlez surtout pas de l'étude en cours). Laissez-leurs vos coordonnées pour qu'ils puissent vous rejoindre si d'ici là des problèmes se posaient et qu'ils avaient besoin d'aide. Si lors de l'entretien téléphonique vous jugez que la famille a un besoin urgent d'une visite nous vous demandons de faire la visite sans tenir compte que l'avis de naissance porte l'inscription "pas de visite avant 6 semaines post-partum". Nous aimerais cependant en être informé par téléphone en indiquant le nom des parents et la date de naissance de l'enfant. Pour tous les autres cas, nous vous demandons de faire ou d'offrir une visite (selon votre jugement et/ou votre procédure habituelle) à partir de la 6^e semaine de post-partum et pas avant. Encore là, il est très important qu'en aucun moment les parents soient informés de l'étude en cours.

Des familles seront choisies au hasard parmi les familles visitées en temps habituel et celles visitées à partir de la 6^e semaine de post-partum, pour participer à l'étude. Les avis de naissances seront sélectionnés pour environ 3 mois (nov., déc. 1989 et janv. 1990). Dès que les avis de naissances ne porteront plus d'inscription 1^o- Visite, 2^o- Pas de visite avant 6 semaines post-partum, vous pourrez reprendre votre procédure habituelle.

La réussite de l'étude en cours repose en grande partie sur le respect "méticuleux" de la procédure ci-haut décrite. Nous vous signalons que cette procédure a été établie en collaboration et avec l'accord unanime du comité aviseur choisi pour la présente étude et qui est formé entre autres de deux coordonnatrices en périnatalité des CLSC de la région. Soyez assurées que nous avons choisi cette procédure en ayant soin de respecter toutes les considérations éthiques.

Nous vous remercions à l'avance de votre précieuse collaboration et n'hésitez pas à communiquer avec moi pour des informations supplémentaires.



PL/gl

Pierrette Lebel, inf. bsc. M.Sc.
D.S.C. - C.H.U.S.
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec)
J1H 5N4
Tél.: (819) 563-5555 poste 4794

Note: N'oubliez pas d'informer de cette procédure toutes les infirmières qui viendront s'intégrer à votre équipe de périnatalité (de façon occasionnelle ou autre ...) d'ici la mi-février 1990.

c.c.: Coordonnateurs(trices) en périnatalité.

ANNEXE C



School of Nursing
McGill University
3506 University Street
Montreal, Quebec H3A 2A7

Ecole des sciences infirmières
Université McGill
3506, rue University
Montréal, Québec H3A 2A7

November 2, 1989

Pierrette Lebel
Département de Santé Communautaire
Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke
3001, 12e avenue Nord
Sherbrooke, Québec
J1H 5N4

Dear Mme Lebel:

I was very pleased to hear that you are considering using the Perceived Maternal Task Performance Scale (PMTPS). If you decide to use it, I give you permission to translate it into French, using the Back-Forth approach.

I am sending you a list of the items in the six à priori scales (see paper titled Appendix B). Beside each item is the letter A or P; A refers to assessment, P denotes performance.

If I can be of further help, please contact me. I look forward to hearing the results of your study.

Bonne chance.

Sincerely yours,

Laurie Gottlieb
Laurie Gottlieb,
Associate Professor
Graduate Program

LG:dt
Encl.

ANNEXE D

Première partie

You et votre bébé

Comme le nouveau bébé est arrivé depuis peu de temps et qu'il n'est pas toujours facile d'apprendre à s'en occuper, nous aimerions savoir, tout d'abord, comment vous vous sentez par rapport aux soins du bébé.

Cette première partie contient **24** phrases qui décrivent des situations que vous pouvez vivre dans les semaines qui suivent la naissance d'un enfant. Lisez chaque situation et tracez une barre (/) sur la ligne entre les extrémités identifiées par "peu sûre de moi" et "très sûre de moi", à l'endroit qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie dans chaque situation, au cours de la dernière semaine.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses, votre réponse est la bonne.

Voici des exemples de la façon de répondre:

Exemple 1.

Vous vous êtes sentie très sûre de vous dans la situation décrite:

→ Vous tracez une barre près de l'extrémité identifiée par "très sûre de moi".

Peu sûre de moi ————— / ————— Très sûre de moi

Exemple 2.

Vous n'avez pas su quoi faire dans la situation décrite:

→ Vous tracez une barre près de l'extrémité identifiée par "peu sûre de moi".

Peu sûre de moi ————— / ————— Très sûre de moi

Exemple 3.

Etc... etc... et toutes les autres possibilités entre les deux.

Peu sûre de moi ————— / ————— Très sûre de moi

Peu sûre de moi ————— / ————— Très sûre de moi

Peu sûre de moi ————— / ————— Très sûre de moi

Voici les situations:

S.1 Choisir les sortes de jouets qui correspondent à l'âge de mon bébé.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.2 Savoir reconnaître quand mon bébé a été suffisamment nourri.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.3 Savoir comment calmer mon bébé lorsqu'il pleure.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.4 Savoir comment organiser ma journée en tenant compte des habitudes de sommeil de mon bébé.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.5 Fournir à mon bébé des activités adaptées à son âge.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.6 Reconnaître le temps de sommeil dont mon bébé a besoin.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.7 Reconnaître la quantité de stimulation dont mon bébé a besoin.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.8 Savoir ce que veut mon bébé lorsqu'il pleure.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

Les situations... (suite)

S.9 Savoir quoi faire si mon bébé a les fesses irritées.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.10 Savoir quels détergents sont les plus sûrs (sans dangers) pour l'entretien du linge de mon bébé.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.11 Savoir quoi faire quand mon bébé régurgite.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.12 Savoir comment tenir mon bébé lorsque je lui donne son bain.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.13 Savoir comment protéger des irritations la peau de mon bébé.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.14 Décider de la façon d'habiller adéquatement mon bébé selon la température.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.15 Savoir reconnaître quand mon bébé a fait suffisamment de rapports (rots).

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

S.16 Savoir quoi faire lorsque mon bébé tombe endormi au milieu de son boire.

Peu sûre de moi _____ **Très sûre de moi**

Les situations... (suite)

S.17 Savoir reconnaître si les selles de mon bébé sont normales ou pas (couleur, consistance, quantité).

Peu sûre de moi _____ Très sûre de moi

S.18 Savoir quoi faire si mon bébé est constipé ou a la diarrhée.

Peu sûre de moi _____ Très sûre de moi

S.19 Connaitre les sortes de jouets qui sont adaptés à l'âge de mon bébé.

Peu sûre de moi _____ Très sûre de moi

S.20 Savoir reconnaître les sortes de tissus qui n'irritent pas la peau de mon bébé.

Peu sûre de moi _____ Très sûre de moi

S.21 Savoir quand l'état de santé de mon bébé demande que j'appelle un médecin.

Peu sûre de moi _____ Très sûre de moi

S.22 Savoir reconnaître les signes qui indiquent que mon bébé est malade.

Peu sûre de moi _____ Très sûre de moi

S.23 Assurer la meilleure protection possible à mon bébé lorsqu'il est en auto.

Peu sûre de moi _____ Très sûre de moi

S.24 Savoir comment protéger mon bébé des chutes.

Peu sûre de moi _____ Très sûre de moi

• •

Ceci termine la première partie.

ANNEXE E

Deuxième partie

Cette partie est un peu différente. Vous répondez aux questions en cochant ✓ la bonne réponse.

Votre santé

Q.1 Comment trouvez-vous votre santé ces jours-ci?

Excellente

Très bonne

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Q.2 Depuis votre retour à la maison, avez-vous éprouvé des difficultés concernant:

- Le choix des aliments pour avoir une alimentation équilibrée
- Votre digestion
- Votre appétit (diminution ou perte)
- Une diète particulière

Si vous avez répondu "Non" à tous les items → Passez à Q.5

Q.3 Si vous avez éprouvé une ou plusieurs difficultés (Q.2), y a-t-il des personnes qui vous ont aidée à les résoudre? (cochez une ou deux cases maximum)

Aucune personne

Conjoint

Mère, belle-mère

Parent, ami(e)

L'infirmière lors de la visite à domicile

Médecin

Autre, (spécifiez): _____

Q.4 Diriez-vous qu'aujourd'hui, ces difficultés sont résolues?

Qui, totalement résolues

Qui, en partie résolues

Non, aucunement résolues

Q.5 Depuis votre retour à la maison, avez-vous présenté le(s) problème(s) suivant(s):

- Perte vaginale anormale
- Hémorroïdes
- Constipation
- Points douloureux (épissiotomie)

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu non à tous les items → **Passez à Q.8**

Q.6 Si vous avez présenté un ou plusieurs problèmes (Q. 5), y a-t-il des personnes qui vous ont aidé à les résoudre? (cochez une ou deux cases maximum)

<input type="checkbox"/>

- Aucune personne
- Conjoint
- Mère, belle-mère
- Parent, ami(e)
- L'infirmière lors de la visite à domicile
- Médecin
- Autre, (spécifiez): _____

Q.7 Diriez-vous qu'aujourd'hui ces problèmes sont résolus?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- Qui, totalement résolus
- Oui, en partie résolus
- Non, aucunement résolus

Votre bébé, son alimentation, sa santé...

Q.8 Nous savons que les bébés ont des tempéraments différents, lequel parmi les types de bébé suivants ressemble le plus à votre bébé?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- Bébé très facile
- Bébé facile
- Bébé plutôt difficile
- Bébé très difficile

Q.9 Présentement, est-ce que vous allaitez votre bébé?

Oui
 Non _____

(Si oui)

Q.10 a) Pendant combien de temps (à partir d'aujourd'hui) prévoyez-vous continuer?

- 1 à 2 mois
 3 à 4 mois
 5 à 6 mois
 7 mois et plus

(Si non)

Q.10 b) Est-ce que vous l'avez allaité?

Oui
 Non → **Passez à Q.11**

Q.10 c) Indiquez le nombre de semaines que vous l'avez allaité:
J'ai allaité _____ semaines

Q.11 Quelle sorte d'alimentation, donnez-vous principalement à votre bébé?

- Allaitement maternel → **Passez à Q.12**
 Lait maternisé (enfalac, similac, pro-Sobee...) → **Passez à Q.13**
 Lait homo

Q.12 a) Lorsque l'infirmière vous a rencontrée à votre domicile, avez-vous appris des choses concernant l'allaitement:

- Comment assurer une bonne production de lait
- Position et ambiance à créer lors de l'allaitement
- Horaire et/ou durée des tétées
- Soins des seins
- Extraction du lait et conservation
- Allaitement mixte (c'est-à-dire tétées et biberons)
- Ressources concernant l'allaitement, ex.: La Lèche

Oui	Non	Nem rappelle pas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

b) Si vous avez répondu "Oui" à un ou plusieurs items, indiquez si les conseils ou informations donnés par l'infirmière vous ont été:

- Très utiles
 Assez utiles
 Peu utiles
 Inutiles

Passez à Q.14

Q.13 a) Lorsque l'infirmière vous a rencontrée à domicile, avez-vous appris des choses concernant l'alimentation de votre bébé:

Oui Non Ne me rappelle pas

- Préparation des biberons
- Conservation des biberons
- Horaire des biberons et/ou durée des boires.....
- Quantité de lait nécessaire pour votre bébé
- Position et ambiance à créer lors du boire.....
- Eau bouillie entre les boires
- Sortes de lait maternisé

b) Si vous avez répondu "Oui" à un ou plusieurs items, indiquez si les conseils ou informations donnés par l'infirmière vous ont été:

Très utiles

Assez utiles

Peu utiles

Inutiles

Q.14 a) Avez-vous commencé à donner des céréales à votre bébé?

Oui
Non

→ Passez à Q.15

b) Si non, à quel âge prévoyez-vous commencer les céréales?

Quand mon bébé aura _____ semaines ou _____ mois.

Q. 15 a) Pensez-vous faire vacciner votre bébé?

Oui
Non
Ne sais pas encore

→ Passez à Q.16

b) Si oui, à quel âge prévoyez-vous lui faire donner son premier vaccin?

Quand mon bébé aura _____ semaines ou _____ mois.

Q.16 Depuis son retour à la maison, votre bébé a-t-il présenté le(s) problème(s) suivant(s):

	Oui	Non
— Coliques		
— Régurgitations		
— Selles irrégulières		
— Constipation		
— Diarrhée		

Si vous avez répondu "Non" à tous les items → **Passez à Q.19**

Q.17 Si votre bébé a présenté un ou plusieurs problèmes (Q.16), y a-t-il des personnes qui vous ont aidée à les résoudre? (cochez une ou deux cases maximum)

- | | |
|--|---|
| | Aucune personne |
| | Conjoint |
| | Mère, belle-mère |
| | Parent, ami(e) |
| | Infirmière lors de la visite à domicile |
| | Médecin |
| | Autre, (spécifiez): _____ |

Q.18 Diriez-vous qu'aujourd'hui ces problèmes sont résolus

- | | |
|--|--------------------------------|
| | <u>Oui, totalement</u> résolus |
| | <u>Oui, en partie</u> résolus |
| | <u>Non, aucunement</u> résolus |

Q.19 a) Lorsque l'infirmière vous a rencontrée à votre domicile, avez-vous apris des choses concernant les soins de votre bébé?

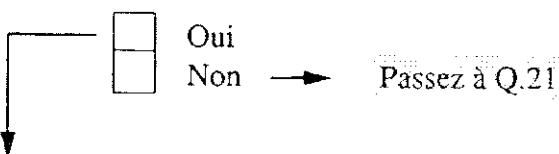
	Oui	Non	Ne me rappelle pas
— Comment prendre la température de votre bébé			
— Température idéale pour la chambre du bébé			
— Comment stimuler votre bébé (vue, ouïe)			
— Les positions à donner à votre bébé dans la journée			
— La signification des pleurs du bébé			
— Les poussées de croissance.....			
— La prévention des accidents (berceau, siège d'auto)			
— Horaire et endroits des cliniques de vaccination			

b) Si vous avez répondu "Oui" à un ou plusieurs items, indiquez si les conseils ou informations donnés par l'infirmière vous ont été:

- Très utiles
 Assez utiles
 Peu utiles
 Inutiles

L'organisation de votre temps depuis l'arrivée du bébé

Q.20 a) À votre sortie d'hôpital, avez-vous eu de l'aide à la maison?



b) Pendant combien de temps?

- Moins de 1 semaine
 1 à 2 semaines
 3 semaines et plus

c) De qui avez-vous reçu de l'aide? (cochez autant de cases que nécessaire)

- Conjoint
 Mère, belle-mère
 Parent, ami(e)
 Auxiliaire ou aide familiale
 Autre, (spécifiez): _____

Q.21 Depuis votre retour à la maison, avez-vous éprouvé des difficultés concernant:

- L'organisation du travail à la maison.....
- L'organisation de vos loisirs ou de vos périodes de détente
- L'organisation de vos périodes de sommeil.....
- L'organisation des sorties extérieures avec le bébé
- L'organisation des sorties extérieures sans le bébé

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu "Non" à tous les items → Passez à Q.24

Q.22 Si vous avez éprouvé une ou plusieurs difficultés (Q.21), y a-t-il des personnes qui vous ont aidée à les résoudre? (cochez une ou deux cases maximum)

Aucune personne

Conjoint

Mère, belle-mère

Parent, ami(e)

L'infirmière lors de la visite à domicile

Médecin

Autre, (spécifiez): _____

Q.23 Diriez-vous qu'aujourd'hui ces difficultés sont résolues?

Oui, totalement résolues

Oui, en partie résolues

Non, aucunement résolues

Q.24 a) Lorsque l'infirmière vous a rencontrée à votre domicile, avez-vous appris des choses concernant:

Oui Non Ne me rappelle pas

- Les ressources disponibles en gardiennage
- Les ressources disponibles pour l'aide à la maison
- Les services offerts par votre CLSC

b) Si vous avez répondu "Oui" à un ou plusieurs items, indiquez si les conseils ou informations donnés par l'infirmière vous ont été:

Très utiles

Assez utiles

Peu utiles

Inutiles

Les relations avec votre entourage depuis l'arrivée de bébé

Q.25 Quelles sont les personnes sur lesquelles vous pouvez compter si vous avez besoin d'aide, d'encouragements ou de conseils. Indiquez les initiales des personnes (ex.: P. L.) et le type de lien qu'elles ont avec vous (ex.: conjoint, mère, frère, ami(e), voisin(e))

Initiales des personnes

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Type de lien (ex.: conjoint, mère, frère, ami...)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Q.26 Est-ce que vous avez une personne à qui vous pouvez vous confier et parler de choses très intimes et personnelles?

Oui

Non

Q.27 Depuis votre retour à la maison, avez-vous éprouvé des difficultés concernant:

- Votre relation de couple
- La réaction des autres enfants de la famille à l'arrivée du bébé
- La relation de votre conjoint avec le bébé

Si vous avez répondu "Non" à tous les items → Passez à Q.30

Q.28 Si vous avez éprouvé une ou plusieurs difficultés (Q.27), y a-t-il des personnes qui vous ont aidée à les résoudre? (cochez une ou deux cases maximum)

Aucune personne

Conjoint

Mère, belle-mère

Parent, ami(e)

L'infirmière lors de la visite à domicile

Médecin

Autre, (spécifiez): _____

Q.29 Diriez-vous qu'aujourd'hui ces difficultés sont résolues?

- Oui, totalement résolues
- Oui, en partie résolues
- Non, aucunement résolues

Les ressources communautaires et professionnelles

Q.30 Indiquez parmi les ressources énumérées, celles auxquelles vous avez déjà eu recours depuis votre sortie d'hôpital:

Types de ressources

Nombre de fois

aucune 2 fois et moins 3 fois et plus

- Pouponnière (téléphone à l'infirmière)
- CLSC (téléphone à l'infirmière)
- Hôpital (urgence, clinique externe)
- CLSC (médecin)
- Clinique médicale: médecin de famille, pédiatre
- Rencontre postnatale
- Réseau marrainage
- Ligue "La Lèche"
- Gardienne

La visite à domicile de l'infirmière

Q.31 Quel âge avait votre bébé lorsque l'infirmière vous a rencontrée à votre domicile?

Mon bébé avait _____ jours ou _____ semaines.

Q.32 Si c'était à refaire, à quel moment après votre retour à la maison auriez-vous profité le plus d'une première visite de l'infirmière?

- En aucun moment
- Durant la première semaine
- Durant la deuxième semaine
- Durant la troisième semaine
- À partir de la quatrième semaine

La visite à domicile de l'infirmière

Q.33 Lorsque l'infirmière vous a rencontrée à votre domicile, votre conjoint était-il présent?

Oui
 Non
Je n'ai pas de conjoint → Passez à Q.35

(si oui)

a) D'après vous, a-t-il apprécié la rencontre?

Pas beaucoup
 Moyennement
 Beaucoup
 Ne sais pas

(si non)

b) Auriez-vous aimé qu'il soit présent?

Oui
 Non

Q.35 a) Lors de sa visite, l'infirmière vous a-t-elle remis de la documentation écrite? (feuillets, dépliants...)

Oui
 Non
Ne me rappelle pas → Passez à Q.36

b) Si oui, la documentation écrite fournie par l'infirmière vous a été jusqu'à maintenant:

Très utile
 Assez utile
 Peu utile
 Inutile

Q.36 Lors de la rencontre avec l'infirmière, vous sentiez-vous à l'aise d'exprimer vos besoins ou de parler de vos difficultés?

Très à l'aise
 Moyennement à l'aise
 Peu à l'aise
 Pas du tout à l'aise

Q.37 De façon générale, trouvez-vous que la visite de l'infirmière vous a été:

- | | |
|--|-------------|
| | Très utile |
| | Assez utile |
| | Peu utile |
| | Inutile |

Commentaires: _____

Q.38 Pensez-vous que l'infirmière devrait visiter:

- ou Tous les nouveaux parents?
 Seulement ceux qui en font la demande?

Commentaires: _____

Données générales

Q.39 Quel âge avez-vous?

J'ai _____ ans.

Q.40 Quel est votre degré de scolarité?

- | | |
|--|--|
| | Première à sixième année (1 ^{ère} année à 6 ^e année) |
| | Septième à douzième année (sec. I à sec V) |
| | Cours spécialisé (niveau secondaire) |
| | Cours niveau collégial (CEGEP) |
| | Études universitaires |

Q.41 Avez-vous fréquenté le marché du travail durant l'année précédant la naissance du bébé?

- | | |
|--|-----|
| | Oui |
| | Non |

Q.42 Prévoyez-vous aller ou retourner sur le marché du travail?

- Oui, avant que mon bébé ait un an
 Oui, après que mon bébé ait au moins un an
 Non
 Ne sais pas encore

Q.43 Demeurez-vous présentement avec un conjoint?

- Oui
non → Passez à Q.47

Q.44 Quel âge a votre conjoint?

Mon conjoint a _____ ans.

Q.45 Quel est son degré de scolarité?

- Première à sixième année (1^{ère} année)
 Septième à douzième année (sec I à sec V)
 Cours spécialisé (niveau secondaire)
 Cours niveau collégial (CÉGEP)
 Études universitaires

Q.46 Depuis combien de temps demeurez-vous avec cette personne?

- Moins d'un an
 De un à trois ans
 Quatre ans et plus

Q.47 Quel a été votre revenu familial (avec conjoint s'il y a lieu) pour l'année 1989, avant déduction d'impôt?

- Moins de 25 000,00\$
 25 000,00\$ à 49 999,00\$
 50 000,00\$ et plus

Merci beaucoup et félicitations pour le nouveau bébé!

Si vous avez des commentaires, nous serions heureux de les connaître:



ANNEXE F

DEPISTAGE LORS DE LA PREMIERE VISITE
POSTNATALE

Numéro de la famille visitée: _____

Q.1 Date de la première visite à domicile: _____

Q.2 Lors de la première visite, avez-vous décelé un "risque" ou un "problème" nécessitant un suivi (visite, relance téléphonique ...) ou une référence verbale ou écrite (à un professionnel, organisme ...) ?

() OUI
() NON

Q.3 Quelle était la nature de ce risque et/ou de ce problème? (Cochez la ou les cases appropriées).

Indicateurs de risques et/ou problèmes liés au nouveau-né:

1. () anomalie congénitale
2. () maladie néonatale
3. () prématurité
4. () poids inférieur à 2500g
5. () jumeaux
6. () tempérament difficile
7. () décès néonatal
8. () prise de poids insuffisante
9. () alimentation difficile
10. () colique
11. () handicap
12. () autre (spécifiez) _____

Indicateurs de risque et/ou problèmes liés à l'environnement :

13. () âge de la mère:
- moins de 18 ans
- plus de 34 ans
14. () alcool et autres drogues
15. () déficience mentale
16. () difficulté majeure avec allaitement
17. () difficulté d'adaptation au nouveau-né
18. () environnement non sécuritaire
19. () épuisement physique de la mère
20. () famille isolée
21. () famille monoparentale
22. () grossesses rapprochées
23. () immaturité parentale

(suite page suivante)....

Indicateurs de risques et/ou problèmes liés au nouveau-né:

Indicateurs de risque et/ou problèmes liés à l'environnement :

- 24. () maladie aigue, dépression P.P.
 - 25. () maladie chronique, handicap
 - 26. () maladie mentale, problème psychologique
 - 27. () manque de support
 - 28. () naissance non planifiée
 - 29. () pauvreté, logement inapproprié, chômage
 - 30. () tabagisme
 - 31. () tensions conjugales
 - 32. () violence
 - 33. () implication D.P.J. dans la famille
 - 34. () immigré
 - 35. () difficulté avec autres enfants
 - 36. () difficulté au niveau des rôles parentaux
 - 37. () deuil d'un proche
 - 38. () autre (spécifiez)
-

Q.4 A l'aide du tableau suivant, indiquez pour chacun des indicateurs de risque et/ou problèmes dépistés, la nature de votre intervention. (Voir la liste des interventions pour choisir la lettre correspondante).

Liste des interventions possibles:

- A. 2^e visite à domicile
- B. relance téléphonique
- C. référence à un professionnel ou organisme (spécifiez): _____
- D. Aide à la résolution du problème
- E. relance lors de la clinique de vaccination
- F. aucune intervention pour l'instant (cueillette de la donnée seulement)
- G. autre (spécifiez): _____

<u>Indicateur de risque et/ou problème (indiquez le chiffre correspondant). (1 à 38)</u>	<u>Nature de l'intervention (indiquez la lettre correspondante et spécifiez s'il y a lieu (A à G))</u>	<u>Indiquez si l'intervention a été faite, est en cours ou est prévue.</u>
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.

Commentaires:

Merci beaucoup !

ANNEXE G

Recherche sur l'évaluation des visites postnatales systématiques

PRE-TEST

Questionnaire: "Un nouveau bébé est arrivé, comment ça va ?

Objectifs:

- 1 - Vérifier le pourcentage de répondant (sans relance).
- 2 - Vérifier le temps entre l'envoi du questionnaire et le retour par la poste: afin de déterminer le temps propice pour la relance.
- 3 - Vérifier la compréhension des consignes pour la 1ère partie du questionnaire.
- 4 - Vérifier la compréhension des questions pour la 2è partie du questionnaire.
- 5 - Vérifier la pertinence des difficultés et/ou problèmes cités.
- 6 - Vérifier le temps requis pour compléter l'ensemble du questionnaire.
- 7 - Vérifier si le questionnaire suscite de l'intérêt au paraît plutôt ennuyant.
- 8 - Vérifier le niveau de difficulté vécu selon les questions ou parties du questionnaire.

ANNEXE H

Département de santé communautaireCENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
DE SHERBROOKE

Bonjour Madame,

La venue d'un enfant est un évènement qui apporte beaucoup de changement dans la vie des gens qui l'entourent. Face à ce changement, des difficultés ou problèmes peuvent survenir qui demandent parfois le support ou l'aide de ressources extérieures à la famille. Les CLSC font partie des ressources disponibles: ils offrent des services ayant comme objectif d'accompagner ou d'aider les parents à être parent.

Dans le but d'améliorer la qualité de ces services, le Département de santé communautaire (DSC) en collaboration avec les 8 CLSC de la région, aimerait être mieux informé de ce que vivent les nouveaux parents dans les premières semaines qui suivent l'arrivée du bébé à la maison. Il aimerait également savoir si les services offerts actuellement, répondent à leurs besoins.

Trois cent (300) nouveaux parents ont donc été choisis au hasard, dans toute la région 05, pour répondre à un questionnaire préparé à cet effet. Vous êtes parmi les mères qui ont été choisies et c'est pourquoi vous recevez annexé à cette lettre, un livret intitulé "**Un nouveau bébé est arrivé, comment ça va?**". Ce livret contient différentes questions auxquelles nous aimerions que vous répondez car votre expérience "personnelle" nous est très précieuse. Ceci ne vous prendra pas plus de 30 minutes de votre temps.

Vous pouvez être assurée de la confidentialité de vos réponses: vous pouvez d'ailleurs remarquer qu'aucun nom ou numéro d'identification n'apparaît sur le livret. Il est important que ce soit vous qui répondez aux questions et non pas un autre membre de la famille (ex.: conjoint). Il est également important que vous répondez le plus tôt possible c'est-à-dire dans les jours qui suivent, et que vous retourniez le livret complété dans l'enveloppe de retour pré-affranchie.

Si vous avez des questions nous serions heureux d'y répondre. Vous pouvez nous téléphoner ou nous écrire au Département de santé communautaire, CHUS.

Soyez assurée que nous apprécions grandement votre collaboration.

PL/g1

Pierrette Lebel, inf. MSc.
Responsable du projet

NOTE: Vous recevrez un téléphone du DSC d'ici deux semaines afin de nous assurer que vous avez bien reçu cette lettre et le livret. Par la même occasion, on vous offrira de vous envoyer un deuxième exemplaire du livret dans l'éventualité où vous auriez égaré le premier envoi.

p.j.: livret.

H 7310

E-1737

Ex.2 Lebel, Pierrette

DSC CHUS

Evaluation de la visite postnatale
systématique

DATE

NOM

H 7310

Ex.2

