

Écologie humaine et sociale

Naître égaux - Grandir en santé

Évaluation de la mise en œuvre initiale
du volet prénatal dans
quatre CLSC de Montréal



*Michel Perreault
Ginette Boyer
Christine Colin
Jean-François Labadie*

*En collaboration avec
Jean-Louis Denis*

2000

WQ
210
N159
2000



**DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

*Garder notre
monde en santé*

Naître égaux - Grandir en santé

Évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal dans quatre CLSC de Montréal

Michel Perreault

Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Ginette Boyer

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Christine Colin

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Jean-François Labadie

Agent de recherche

En collaboration avec

Jean-Louis Denis

Département d'administration de la santé
Université de Montréal

Une réalisation de l'unité Écologie humaine et sociale
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire

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

© Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2000)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2000
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-207-9

Mot du directeur de la santé publique

L'amélioration de la santé et du bien-être des tout-petits de milieu défavorisé est au cœur des efforts de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre depuis plusieurs années maintenant. La mise au point d'interventions susceptibles de rencontrer cet objectif suppose une démarche rigoureuse de réflexion sur nos pratiques. C'est dans cet esprit que nous publions ce rapport d'évaluation de la mise en œuvre du volet prénatal en CLSC du programme Naître égaux - Grandir en santé, un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité.

Tant les intervenants que les chercheurs sont interpellés par ce travail continu d'analyse et de révision de nos modes d'intervention. Il reste tant à faire pour réduire les inégalités sociales de la santé.




Richard Lessard M.D.

Mise en garde

En dépit de tous nos efforts pour respecter la confidentialité des données recueillies au cours de cette recherche, il se peut que certains croient reconnaître des collègues ou des établissements à la lecture des résultats. S'il est vrai que l'univers des CLSC est relativement restreint, il ne faudrait pas oublier que, d'une part, les situations à l'étude en 1991-1992 ont substantiellement changé et que, d'autre part, nous avons vraiment mis tout en œuvre pour supprimer des énoncés les éléments qui ne serviraient qu'à identifier les répondants, sans ajouter à la compréhension des analyses. C'est aussi en vue de protéger au mieux l'anonymat des participantes et des participants à cette recherche que l'ensemble de ce document a été rédigé au féminin (l'intervenante, la directrice, la médecin, etc.) puisque la très grande majorité des entrevues ont été accordées par des femmes.

C'est pourquoi nous recommandons aux lecteurs la plus grande prudence à cet égard. Nous espérons sincèrement que la publication de ce rapport ne portera préjudice à qui que ce soit. Si, malgré toutes ces précautions, tel était le cas, n'hésitez surtout pas à nous en informer.



Michel Perreault
Chercheur principal
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
2375, chemin Côte-Ste-Catherine
Montréal Québec H3T 1A8
tél. : (514) 343-7723

Remerciements

Nous saluons l'audace des trente-six femmes enceintes qui ont osé faire confiance aux intervenantes et (surtout !) aux chercheurs associés à l'expérimentation de la toute première version du programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX (comme on l'appelait à l'époque). À chacune d'entre elles, un gros merci d'avoir pris le temps de répondre à nos questions, en dépit des urgences qui étaient les leurs.

Nous n'aurions pu nous passer de la collaboration soutenue des intervenantes et des gestionnaires des CLSC participants pour mener à terme ce projet de recherche. Les entrevues auprès des intervenantes des organismes communautaires ont été l'occasion d'un premier contact que nous sommes heureux d'avoir pu développer par la suite. À chacune et à chacun, nous réitérons nos remerciements les plus sincères autant pour votre accueil que pour votre sens critique qui nous stimulent à trouver les moyens d'améliorer sans cesse nos pratiques de recherche en partenariat.

Pour recueillir, transcrire, analyser, discuter la montagne de données et de résultats qui en ont émergé, nous avons pu compter sur le soutien indéfectible de plusieurs collègues.

Un merci particulier à Jeanne Tétreault et Daniel Beauregard d'avoir constamment fait le pont avec les CLSC. Nos échanges avec Angèle Bilodeau, Francine Ouellet et Danielle Durand nous ont été d'un grand secours pour identifier les enjeux éthiques en cours de projet et définir une ligne de conduite à cet égard. Merci également à Danielle Léveillé, de la Direction de la santé publique de l'Outaouais et à Sylvie Routhier, de la Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue, d'avoir contribué à la conception des instruments et d'avoir partagé la recherche de solutions appropriées pour faire face aux mille et un imprévus qui ont jalonné le déroulement de ce projet. Le traitement des données a été assuré avec beaucoup de rigueur et une infinie patience par Pierre Racine.

Enfin, nous avons eu droit à plusieurs coups de main providentiels pour l'édition de ce rapport. Les commentaires stimulants de Marie-Claire Laurendeau ont orienté la version finale. Grâce à l'œil exercé de Monique Messier et de Suzanne Parenteau, le texte a perdu de toujours trop nombreuses coquilles et a gagné en clarté. Hélène Gagnon a utilisé sa baguette - ou plutôt son clavier - magique pour réaliser la mise en pages et Chantal Langevin a soutenu le moral des troupes tout au long du processus.

Merci infiniment à chacune et à chacun.

NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ

Évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal dans quatre CLSC de Montréal

Résumé

C ONTEXTE

La grande pauvreté, que connaissent certaines familles québécoises de génération en génération, impose aux femmes enceintes de pénibles conditions de vie qui ont un impact important sur leur santé et sur celle de leur nouveau-né. Pour rejoindre ces femmes, dans une perspective de prévention, le DSC Maisonneuve-Rosemont¹ a initié en 1990 un programme intégré de services prénatals globaux, mis en œuvre dans quatre CLSC de l'est de Montréal, dans l'Outaouais et en Abitibi-Témiscamingue, en collaboration avec les DSC et les CLSC concernés. Ce programme désormais pré et postnatal, et aujourd'hui connu sous le nom de NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ, vise à réduire les inégalités sociales et de santé ainsi qu'à améliorer la santé et la qualité de vie des nouveau-nés et de leurs parents. Une intervenante privilégiée développe une relation de confiance avec la future mère pour lui permettre d'identifier et de développer ses propres compétences. Elle lui offre un soutien global (de santé, nutritionnel et éducatif) et personnalisé (comportemental, psychosocial, matériel et communautaire) en s'appuyant sur une démarche systématique d'identification continue de ses besoins et sur un travail en équipe multidisciplinaire.

O BJECTIFS

Cette recherche, qui s'insère dans un programme plus vaste d'évaluation, vise à décrire la mise en œuvre des éléments du programme dans l'est de Montréal, à identifier les facteurs en jeu, à expliquer les écarts possibles et à proposer des correctifs pour améliorer les services offerts, à choisir les variables pour évaluer les effets du programme et à faciliter son implantation.

M ÉTHODE

Le devis de recherche est une étude de cas multiples avec unités d'analyse imbriquées. L'ensemble des acteurs des quatre territoires de CLSC et du DSC ont fait l'objet de 108 entrevues en trois temps, et une entrevue a été réalisée auprès de chacune des 36 femmes enceintes participantes. L'analyse de ces données a été complétée par celle de six autres sources de données. Le modèle politique et contingent (Denis et Champagne, 1990) a été retenu pour la collecte et l'analyse des données.

1. Le Département de santé communautaire (DSC) Maisonneuve-Rosemont a été intégré en 1994 à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

RÉSULTATS

À la suite de nombreux efforts, le programme a recruté 36 des 40 femmes ciblées (enceintes de 16 à 20 semaines, francophones nées au Québec, n'ayant pas complété le secondaire V, vivant sous le seuil de pauvreté et provenant d'un milieu de pauvreté), et aucune n'a abandonné. La distribution des suppléments alimentaires a été réalisée assez facilement, et ce, à la satisfaction de toutes. La relation de confiance s'est développée avec succès entre les intervenantes et les femmes enceintes, ce qui a contribué à modifier les perceptions des femmes à l'égard des services sociaux et de santé, les aidant du coup à surmonter leurs craintes face au contrôle social qu'exercent ces institutions.

Les collaborations avec les ressources communautaires et les services médicaux et hospitaliers ont été limitées. L'implantation de la démarche systématique d'intervention a été rendue difficile par la confusion entourant le choix d'un modèle conceptuel et son opérationnalisation. La mise en œuvre du travail multidisciplinaire n'a pas été facile : il s'agit d'un processus à très long terme. Le recours à des soutiens spécifiques (tabagisme, toxicomanie, etc.) a été variable selon les cas.

C'est la forte adhésion au programme des différents acteurs (femmes enceintes, intervenantes des CLSC, directions des CLSC et du DSC), forte parce que le programme répondait bien à leurs diverses stratégies fondamentales, qui a permis sa mise en œuvre, malgré des stratégies de réaction fort différentes.

PORTEÉE DES RÉSULTATS

Tout compte fait, la mise en œuvre du programme intégré est réussie. Le programme rejoint les femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté et elles sont satisfaites de l'intervention. Les directions des CLSC et les intervenantes ont poursuivi la mise en œuvre du programme malgré ses contraintes. Au-delà de certaines insatisfactions, les intervenantes y trouvent une nouvelle façon d'intervenir qui leur permet de se sentir moins impuissantes face aux lourds besoins des femmes.

Cette étude montre la nécessité d'implanter le programme par traduction plutôt que par simple diffusion (Callon, 1986), d'obtenir l'adhésion des acteurs et de planifier soigneusement la formation des intervenantes et les outils d'intervention.

De façon plus générale, il reste difficile, mais essentiel, de cibler les personnes les plus démunies. Cette recherche montre qu'il est possible de les rejoindre et de créer avec elles une relation de confiance durable : les femmes ne quittent pas le programme.

Michel Perreault*

Ginette Boyer**

Christine Colin**

Jean-François Labadie***

Mars 2000

* Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

** Direction de la santé publique de Montréal-Centre

*** Agent de recherche

Table des matières

Préambule	1
Chapitre 1 Problématique	7
1.1 Définition et ampleur de la pauvreté.....	8
1.2 La grossesse en milieu défavorisé	8
1.3 La santé des futures mères et des nouveau-nés	10
1.4 L'utilisation des services prénatals.....	11
1.5 Des interventions plus réussies que les autres.....	12
Chapitre 2 Objectifs et méthode de recherche	15
2.1 Objectifs de la recherche.....	15
2.2 Méthode de recherche.....	16
2.2.1 Choix d'un modèle et proposition de recherche	17
2.2.2 Stratégie de recherche retenue.....	24
2.2.3 Population à l'étude.....	25
2.2.4 Définition des variables et collecte des données	26
2.2.5 Collecte des données	27
2.2.6 Analyse des données	30
2.2.7 Critères de validité.....	31
2.2.8 Considérations éthiques	32
Chapitre 3 NAÎTRE ET GRANDIR EN ÉGAUX : un programme intégré de services prénatals	33
3.1 La provenance du projet	34
3.2 Les principaux axes de planification	35
3.3 L'émergence d'un partenariat	36
3.4 La production des outils d'intervention.....	38
3.5 Un programme de formation	40
3.6 Les grandes lignes du programme NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX tel que défini en 1991.....	42
3.6.1 Les objectifs.....	42
3.6.2 Les implications des CLSC participants.....	42
Conclusion.....	46
Chapitre 4 Résultats de la mise en œuvre des diverses composantes du programme	47
4.1 Le recrutement de la cliente.....	47
4.1.1 Profil des participantes	47
4.1.2 Les modalités de recrutement.....	51

4.1.3	Les difficultés liées aux critères de recrutement.....	57
4.2	La distribution des suppléments alimentaires	60
4.2.1	Le point de vue des actrices des CLSC sur les suppléments alimentaires.....	61
4.2.2	Le point de vue des femmes sur les suppléments alimentaires.....	62
4.3	Le recours à l'intervenante privilégiée et l'établissement de la relation de confiance	64
4.3.1	Créer une relation de confiance.....	64
4.3.2	Surmonter les craintes de contrôle social.....	65
4.3.3	Établir des priorités d'intervention	67
4.4	Le recours aux ressources du milieu	69
4.4.1	La configuration des ressources communautaires sur chaque territoire de CLSC.....	70
4.4.2	Les collaborations dans le cadre de NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX	72
4.4.3	Les collaborations entre le DSC et les ressources communautaires	74
4.4.4	Les services médicaux et hospitaliers du territoire	75
4.5	L'implantation de la démarche systématique d'intervention	78
4.5.1	Le contexte du choix d'un modèle conceptuel, le modèle McGill.....	78
4.5.2	Confusion dans la compréhension de la démarche systématique d'intervention	79
4.5.3	La mise en œuvre des trois volets de la démarche	82
4.6	Les activités multidisciplinaires	88
4.6.1	La multidisciplinarité dans le cadre de NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX.....	88
4.6.2	Portrait des équipes multidisciplinaire	89
4.6.3	L'adhésion des actrices au concept de la multidisciplinarité.....	91
4.6.4	Les rapports entre les différentes professions au sein de l'équipe multidisciplinaire	93
4.6.5	La crainte d'être jugée et les discussions de cas.....	96
4.7	Le recours aux soutiens spécifiques.....	100
4.7.1	Les soutiens comportementaux	100
4.7.2	Les autres soutiens	101
4.8	Robustesse des résultats de la mise en œuvre.....	102
Chapitre 5 Analyse des résultats.....		119
5.1	Les femmes comme actrices dans la mise en œuvre du programme	120
5.1.1	L'adhésion des femmes au programme intégré	121
5.1.2	Stratégies fondamentales des femmes par rapport au programme	122
5.1.3	Stratégies de réaction des femmes au programme.....	124
5.1.4	Les femmes, en bref.....	125
5.2	Les organismes communautaires comme acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme.....	126
5.2.1	Le CLSC A	127
5.2.2	Le CLSC B	128
5.2.3	Le CLSC C	129
5.2.4	Le CLSC D	129
5.2.5	Les intervenantes des organismes communautaires, en bref	130

5.3 Les intervenantes des CLSC comme actrices dans la mise en œuvre du programme.....	130
5.3.1 Le CLSC A.....	131
5.3.2 Le CLSC B.....	138
5.3.3 Le CLSC C.....	143
5.3.4 Le CLSC D.....	145
5.3.5 Les intervenantes de CLSC, en bref.....	149
5.4 Les directions d'équipes comme actrices dans la mise en œuvre du programme.....	152
5.4.1 Le CLSC A.....	152
5.4.2 Le CLSC B.....	154
5.4.3 Le CLSC C.....	156
5.4.4 Le CLSC D.....	157
5.4.5 Les directions des équipes, en bref.....	158
5.5 Les directions générales comme actrices dans la mise en œuvre du programme.....	159
5.5.1 Le CLSC A.....	160
5.5.2 Le CLSC B.....	161
5.5.3 Le CLSC C.....	163
5.5.4 Le CLSC D.....	164
5.5.5 Les directions générales, en bref.....	165
5.6 Synthèse et validation des analyses pour chaque CLSC.....	166
5.7 Le Département de santé communautaires comme acteur dans la mise en œuvre du programme.....	170
5.7.1 Le DSC, en bref.....	174
5.8 Conclusion.....	175
Chapitre 6 Discussion.....	181
6.1 Les changements importants et constants.....	183
6.1.1 L'implantation des suppléments alimentaires.....	183
6.1.2 La relation de confiance de la cliente envers l'intervenante.....	183
6.2 Un changement important mais inconstant : le recrutement des clientes.....	186
6.3 Les changements limités mais constants.....	187
6.3.1 Les activités multidisciplinaires.....	188
6.3.2 Le recours aux ressources du milieu.....	191
6.3.3 L'implantation de soutiens spécifiques, dont le marrainage.....	193
6.4 Un changement limité mais inconstant : la démarche systématique d'intervention.....	194
6.5 Compréhension globale à partir du modèle politique et contingent d'analyse.....	196
6.6 Les avantages et les difficultés de l'utilisation du modèle théorique.....	198
6.7 Les avantages et les désavantages de la méthode de recherche.....	200
Conclusion.....	201
Bibliographie.....	209

Liste des annexes

Annexe 2.1 : Variables à l'étude.....	223
Annexe 2.2 : Guides d'entrevue auprès des CLSC et du DSC.....	233
Annexe 2.3 : Guides d'entrevue auprès des organismes communautaires	261
Annexe 2.4 : Questionnaires auto-administrés auprès des intervenantes	273
Annexe 2.5 : Grille d'observation directe du travail d'équipe multidisciplinaire	287
Annexe 2.6 : Grille d'analyse continue des besoins.....	293
Annexe 2.7 : Fiche d'intervention clinique cumulative.....	313
Annexe 2.8 : Guide d'entrevue auprès des femmes enceintes participant aux programme.....	317
Annexe 2.9 : Lettre de consentement des femmes enceintes participantes.....	323
Annexe 2.10 : Lettre de consentement des intervenantes professionnelles et communautaires.....	327
Annexe 4.1 : Profil des participantes.....	331
Annexe 4.2 : Le modèle de soins infirmiers McGill.....	353

Liste des figures

Figure 2.1 : Modèle politique et contingent d'analyse de l'implantation et de la mise en œuvre d'un programme intégré de services prénatals globaux – Version de départ (1991).....	22
Figure 2.2 : Modèle politique et contingent d'analyse de l'implantation et de la mise en œuvre d'un programme intégré de services prénatals globaux – Version finale (1992)	23
Figure 3.1 : Structure de la planification opérationnelle initiale – 1990-1993	35
Figure 3.2 : Le territoire du DSC Maisonneuve-Rosemont	37
Figure 4.1 : Composition des équipes multidisciplinaires	90

Liste des tableaux

Tableau 4.1 : Caractéristiques des femmes participant à l'étude	48
Tableau 4.2 : Perception de la distribution de suppléments alimentaires par les intervenantes	105
Tableau 4.3 : Perceptions de la conclusion d'ententes avec des organismes communautaires par les intervenantes.....	106
Tableau 4.4 : Perceptions du suivi de santé en complémentarité avec le médecin par les intervenantes.....	107
Tableau 4.5 : Perceptions de l'identification continue des besoins par les intervenantes.....	108
Tableau 4.6 : Perceptions de l'intensité du suivi par les intervenantes	109
Tableau 4.7 : Intensité des services offerts par les intervenantes privilégiées	110

Tableau 4.8 : Perceptions de l'élaboration d'un plan de services par les intervenantes.....	111
Tableau 4.9 : Perceptions du soutien comportemental face au tabagisme par les intervenantes.....	112
Tableau 4.10 : Perceptions du soutien comportemental face à l'alcool par les intervenantes.....	113
Tableau 4.11 : Perceptions du soutien comportemental face à la drogue par les intervenantes.....	114
Tableau 4.12 : Perceptions du soutien relationnel par les intervenantes.....	115
Tableau 4.13 : Perceptions de l'aide ménagère à offrir par les intervenantes.....	116
Tableau 4.14 : Perceptions du soutien matériel à offrir par les intervenantes.....	117
Tableau 4.15 : Perceptions des groupes d'entraide par les intervenantes.....	118
Tableau 4.16 : Robustesse des résultats de la mise en œuvre du programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX.....	103
Tableau 5.1a : Les femmes.....	120
Tableau 5.1b : Les intervenantes des organismes communautaires.....	126
Tableau 5.1c : Les intervenantes des CLSC.....	130
Tableau 5.1d : Les directions d'équipes.....	152
Tableau 5.1e : Les directions générales.....	159
Tableau 5.1f : Le département de santé communautaire.....	170
Tableau 5.2 : Stratégies fondamentales, adhésion et stratégies des principaux acteurs impliqués dans l'implantation du programme.....	177

Préambule

Lire le présent rapport c'est comme regarder une photo de famille qui a pris de l'âge. Sur la photo, tout le monde est jeune ; chacun présente le regard sûr de celui qui a l'avenir devant lui. Puis on pense à ce que sont devenus les personnages qui y apparaissent. Après quelques années, ils ne sont plus tout à fait les mêmes. Ils ont changé, ont grandi, ont vieilli même, mais si peu, on dirait plutôt qu'ils ont pris de la maturité ! On constate aussi que la famille s'est agrandie : il y a les petits derniers que l'on ne retrouve pas sur la photo mais dont la venue a modifié l'image même de la famille ! Bref, regarder cette photo nous permet de faire le point sur ce qu'était la famille, sur son évolution, sur ce qu'elle devient.

Pour aider le lecteur à bien saisir cette « photo » des résultats de l'évaluation de la mise en œuvre qui s'est déroulée de 1991 à 1993, il nous a semblé important de « donner des nouvelles » de ce qu'est devenue la famille en nous référant, entre autres, aux rapports d'activités 1998-1999 produits par les partenaires actuels de NAITRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ.

1. LE PROGRAMME A CHANGÉ

D'une approche individuelle en période prénatale en CLSC à des plans d'action développés par des regroupements intersectoriels

De 1991 à 1993, les CLSC partenaires ont principalement concentré leurs efforts à la mise en œuvre du suivi individuel prénatal de ce que l'on appelait alors le programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX, tout en souhaitant collaborer avec le milieu communautaire. Cette stratégie d'implantation reflétait l'état de développement du programme à ce moment. À partir de 1995, le programme renommé NAITRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ a connu une deuxième mise en œuvre auprès de quatre autres territoires de CLSC de Montréal et le programme s'est développé autour des éléments suivants :

- un programme qui s'adresse aux familles les plus pauvres tout en évitant de les stigmatiser ;
- une approche qui mise d'abord et avant tout sur les ressources et les capacités de l'individu et de son milieu ;
- l'utilisation de multiples stratégies : le renforcement du potentiel individuel, le renforcement du milieu, l'influence médiatique auprès de la communauté et

politique auprès des décideurs, le tout en combinaison avec une approche écologique qui implique d'agir sur les diverses sphères de l'environnement ;

- une démarche intersectorielle (incluant l'accompagnement communautaire et l'action d'influence) mobilisant la gamme la plus large possible d'acteurs, en vue de maximiser l'impact sur les principaux éléments responsables de la santé des familles visées. On veut ainsi agir sur un ensemble de déterminants tant au niveau de l'individu, de son milieu de vie immédiat, de son quartier que de l'environnement global (politique, économique, culturel) ;
- en CLSC, un suivi individuel intense et prolongé prè et postnatal, par une intervenante privilégiée qui mise sur l'établissement d'un lien de confiance, le soutien d'une équipe interdisciplinaire et une approche globale¹.

À l'automne 1999, nous sommes en mesure de constater l'établissement de collaborations systématiques entre les partenaires du programme, collaborations qui s'articulent au sein des regroupements intersectoriels auxquels participent les principaux intervenants auprès des familles dans la communauté (CLSC, organismes communautaires, Centre jeunesse, Centres de la petite enfance (CPE), municipalités, etc.). En fait, depuis 1995, 10 territoires de CLSC de la région de Montréal et de l'Abitibi-Témiscamingue tentent de développer un programme NAITRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ où l'ensemble du programme, y compris le suivi individuel en CLSC, s'inscrit dans une démarche d'action intersectorielle.

Plusieurs projets émergent des plans d'action des regroupements

L'analyse des plans d'action intersectorielle de chacun des regroupements nous amène à constater leurs efforts pour répondre collectivement aux besoins des familles.

C'est ainsi que la majorité des territoires ont consolidé ou développé des projets de soutien aux conditions de vie tels les cuisines collectives, les groupes d'achat, les services de prêt d'équipements et de jouets pour enfants, et l'information sur le logement. Des projets de soutien parental ont également été réalisés : halte-répit, répit de fin de semaine, échanges de gardiennage, etc. La plupart des activités de soutien parental s'adressent aux deux parents en général, alors qu'un territoire de CLSC a développé en plus un projet s'adressant spécifiquement aux pères. Tous les territoires ont également réalisé des activités visant le développement de l'enfant tels des ateliers de stimulation précoce, la mise sur pied d'un local de psychomotricité et des ateliers parents-enfants. Enfin, ils ont aussi organisé des fêtes de nouveau-nés où l'on remet un « diplôme » à chaque famille et où les organismes présentent les ressources disponibles dans le quartier.

¹ Pour une présentation plus détaillée de ces éléments, voir Goulet, J. et coll., (1999), *Naître égaux - Grandir en santé : suggestions pour la mise en œuvre à partir des projets pilotes de Montréal-Centre et de l'Abitibi-Témiscamingue*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Par ailleurs, faisant suite aux recommandations du rapport de l'évaluation participative des priorités régionales de Montréal-Centre (Boyer, Parisien et al., 1998), une réflexion et des efforts ont été faits afin d'associer les parents au sein de chaque volet du programme et à l'ensemble des processus (consultation, conception, mise en œuvre des projets). Par exemple, un regroupement a organisé un souper de familles afin de connaître leur point de vue sur les activités développées ou à développer dans le quartier. Dans un autre territoire, des familles contribuent à faire connaître les organismes de leur quartier et les activités qu'ils offrent.

Enfin, toujours dans la lignée des recommandations de l'évaluation participative, des actions ont été entreprises afin que les partenaires jouent un rôle actif dans l'atteinte de l'objectif « appauvrissement zéro ». Ainsi, plusieurs se sont impliqués dans la mobilisation en cours pour faire adopter un *Projet de loi pour l'élimination de la pauvreté* (Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté, 1999). Des regroupements et des établissements ont pris position et ont appuyé formellement cette démarche ; des membres d'organismes ont animé des discussions avec des familles sur le projet de loi et ont fait circuler une pétition d'appui.

En outre, on a pu remarquer qu'il reste beaucoup de travail à faire pour améliorer les références et l'accompagnement des familles des CLSC vers les organismes communautaires, et inversement. Ainsi, des partenaires ont échangé à plusieurs reprises en vue de mettre au point des modalités de collaboration facilitant les références entre eux, favorisant ainsi une meilleure intégration des familles au milieu communautaire.

2. DES INTERROGATIONS IMPORTANTES PERSISTENT

En dépit de tous ces changements réalisés au cours des dernières années, les constats issus du présent rapport soulèvent plusieurs questions toujours aussi pertinentes aujourd'hui alors que la consolidation ou l'implantation de programmes de type NAITRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ sur tout le territoire québécois fait partie des priorités nationales de santé publique.

Rejoindre des familles : oui, mais lesquelles ?

L'étude de mise en œuvre met aussi en lumière les difficultés de rejoindre les familles les plus vulnérables, celles avec lesquelles on croyait pourtant être déjà en relation.

Dans leurs récents rapports d'activités, les CLSC mentionnent atteindre plus facilement les familles sous-scolarisées. Le soutien des regroupements intersectoriels, une meilleure connaissance par les familles des services et activités disponibles et le bouche-à-oreille peuvent expliquer cette situation. Un de ces CLSC constate aussi une augmentation des références de la part des médecins pratiquant dans les cliniques. En fait, la préoccupation de rejoindre les familles vivant en situation de grande pauvreté et sous-scolarisées concerne maintenant davantage l'ensemble des partenaires. Aussi, plusieurs regroupements intersectoriels se sont interrogés sur

l'accessibilité des services. Certains ont décidé d'offrir des activités à différents secteurs de leur territoire, d'autres ont procédé à la mise sur pied d'un système de transport pour les familles ou d'un fonds de dépannage pour des besoins urgents.

Pour les intervenants désireux de développer le programme, cette question des critères d'admission, particulièrement la sous-scolarisation, fait l'objet du même type de questionnement que lors de la mise en œuvre en 1991-1993. Il semble qu'à la fois on ait l'impression de desservir déjà ces familles mais que, désirant offrir des services à tous, on hésite à les prioriser. L'expérience des dernières années nous a appris à réfléchir avec nos partenaires sur l'universalité des services et sur l'importance d'évaluer réellement combien de femmes n'ayant pas complété leur secondaire V sont rejointes. Nous avons pu ainsi faire le constat que les services ne sont pas universels puisque, trop souvent, les familles vivant l'exclusion sociale n'y ont pas accès !

Les collaborations entre les CLSC et les autres partenaires : possibles, mais complexes

Le présent rapport souligne les difficultés de collaboration entre les CLSC à l'étude et les autres partenaires. Même si, aujourd'hui, ces difficultés ne sont plus du même ordre pour ces CLSC, ce constat demeure toujours pertinent puisque les rapports entre les CLSC et les autres institutions et organismes du milieu constituent une question fort complexe.

Pour des CLSC désirant mettre en œuvre des programmes de type NAITRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ, la tentation est forte de commencer par consolider le suivi individuel prénatal en CLSC et de retarder l'établissement des liens avec d'autres partenaires. Cependant, l'expérience nous démontre la nécessité d'impliquer dès le départ tous les partenaires susceptibles d'intervenir auprès des familles vivant en situation de grande pauvreté.

Quant aux CLSC qui ont déjà développé certaines collaborations avec des ressources de leur milieu, il demeure important de s'interroger sur le type de collaborations en cours. En effet, le milieu institutionnel a parfois tendance à considérer les organismes communautaires comme des compléments à leurs actions. Ces organismes cherchent pourtant à être reconnus comme des partenaires qui possèdent leurs compétences et expertises propres : ils ont leur mot à dire sur ce qui doit être consolidé ou développé dans le quartier pour soutenir l'ensemble des familles et plus particulièrement celles qui sont les plus appauvries.

Des équipes interdisciplinaires : oui, mais...

L'évaluation de la mise en œuvre fait état des difficultés rencontrées dans le fonctionnement des équipes interdisciplinaires. Encore aujourd'hui, les rapports d'activités 1998-1999 indiquent la persistance de l'idée de l'équipe interdisciplinaire mais son application est plutôt variable.

En effet, un modèle se dégage : ce sont principalement des infirmières qui composent les équipes, elles sont assez souvent soutenues par des intervenantes sociales et peuvent à l'occasion obtenir la collaboration d'une nutritionniste, d'un organisateur communautaire ainsi que d'éducatrices, d'auxiliaires familiales ou de médecins. La fréquence des rencontres de ces équipes varie de bimensuelle à mensuelle.

Quelques CLSC semblent démontrer un fonctionnement d'équipe relativement adéquat même si les rencontres sont moins fréquentes et plusieurs comptent prendre des moyens pour améliorer la qualité de leurs rencontres. Cependant, plusieurs autres questions demeurent. Qui devrait participer aux rencontres d'équipe ? Par exemple, l'organisateur communautaire devrait-il s'y impliquer régulièrement ? Dans certains cas, les intervenantes privilégiées semblent soutenues de façon minimale par leurs collègues, mais ce soutien est-il suffisant ? Profite-t-on au maximum de ces rencontres pour se donner une vision commune des besoins de la communauté et des pistes d'action pour y répondre ?

Ces variations dans l'actualisation du travail d'équipe seraient le résultat des difficultés qui entourent la pratique des intervenantes : alourdissement de la tâche affectant la disponibilité pour se rencontrer, modification des mandats des CLSC, difficultés rattachées au financement du suivi prénatal et aux conséquences sur les ressources humaines disponibles, etc. Par ailleurs, les interventions exigent de plus en plus de temps et d'énergie lorsqu'elles sont offertes à un nombre important de familles parmi les plus vulnérables. Dans ces conditions, on risque de considérer les rencontres d'équipe comme un luxe qui prend trop de temps et de faire le choix de les limiter considérablement. Mais avec quelles conséquences ?

Interventions individuelles pré et postnatales : continuité et changements

À l'époque de l'évaluation de la mise en œuvre, le programme ne comportait que le volet prénatal. Aujourd'hui, les rapports d'activités indiquent qu'une moyenne de 8,7 interventions par famille ont été réalisées dans le cadre du suivi prénatal débuté avant la 22^e semaine de grossesse. Pour le suivi postnatal, on fait état d'une moyenne de 9 rencontres pour les familles qui avaient déjà bénéficié d'un suivi prénatal et de 7,3 rencontres pour les familles dont le suivi n'a débuté qu'en période postnatale. De plus, les intervenantes relèvent qu'il est plus facile de poursuivre un suivi postnatal lorsque le suivi a débuté en prénatal.

Des CLSC mentionnent qu'ils utilisent aussi des interventions de groupe avec les femmes dès la période prénatale. Pour les intervenantes de ces CLSC qui accordent clairement la priorité à une approche individuelle pour les premières rencontres, il semble important de favoriser l'implication des femmes qui sont prêtes à le faire dans une démarche de groupe. Ces rencontres permettent à la fois de briser l'isolement dans lequel vivent les familles, de faire connaître les organismes de la communauté et, enfin, d'intervenir avec le plus grand nombre de femmes possible.

Si ces modifications ne sont que le résultat pur et simple de considérations administratives sans égard à une philosophie d'intervention centrée sur ces familles,

le risque est grand pour que, à moyen terme, l'on justifie la mise à l'écart des familles les plus difficiles à rejoindre parce qu'elles se montrent moins collaboratrices, particulièrement lorsque leur sont offertes des rencontres de groupe. Par contre, ces modifications de l'intervention peuvent aussi s'effectuer dans le sens d'une meilleure intégration des ressources du milieu, regroupées au sein d'une instance d'action intersectorielle, et dans une perspective favorisant chez les familles une meilleure intégration sociale. Cette mutation de l'intervention porte donc un double défi, celui de toujours être centré sur les préoccupations des familles les plus exclues et sur le bon moment pour leur suggérer de participer à des activités de groupe : il ne faudrait surtout pas que ces familles s'éloignent par crainte de devoir absolument participer à des groupes.

*

* * *

Un regard attentif à la « photo » de 1993 permettra sans aucun doute de mettre en relief les changements introduits dans les pratiques des partenaires associés au programme NAITRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ, principalement le développement de l'action intersectorielle et ses conséquences tant sur les activités et services offerts aux familles que sur les collaborations entre CLSC et organismes communautaires.

La recherche d'une intervention adaptée aux familles vivant en extrême pauvreté est une entreprise de longue haleine. Le présent rapport de recherche peut certes éclairer tous ceux et celles désireux d'y participer. Cela prend toute son importance dans la démarche de consolidation de programmes de type NAITRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ en cours dans le cadre des priorités nationales de santé publique.

Daniel Beauregard
Coordonnateur du programme NAITRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Chapitre 1

Problématique

Le Québec a connu une chute spectaculaire de ses taux de mortalité maternelle et périnatale qui a dépassé les objectifs fixés par la politique de périnatalité de 1973, et qui situe le Québec parmi les meilleurs endroits au monde. Cependant, cette situation ne doit pas masquer la dimension beaucoup plus modeste des progrès réalisés dans le domaine de la morbidité. En effet, les taux québécois de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance (moins de 2 500 g) stagnent et se maintiennent autour de 6 % (1998), loin de l'objectif de 4 % fixé par la politique québécoise de périnatalité de 1973 pour 1980 et repris par celle de 1993 (MSSS, 1993 ; Lepage, Levasseur et Colin, 1989). Dans ce domaine, le Québec est beaucoup moins bien placé à l'échelle mondiale que dans le domaine des taux de mortalité. La baisse de mortalité périnatale et infantile au Québec ne s'est donc pas accompagnée d'une véritable diminution du taux de naissances de poids insuffisant et c'est à l'augmentation du taux de survie des nouveau-nés de faible poids, plutôt qu'à la diminution des taux de nouveau-nés de faible poids (Paneth, 1995 ; Lewitt, Bucker, Corman, Shiono, 1995 ; McCormick, 1985), qu'il faut attribuer la réduction de la mortalité. Cependant, l'insuffisance de poids à la naissance est extrêmement préoccupante par ses effets néfastes sur la santé et la qualité de vie de l'enfant (Sameroff et Chandler, 1975). Elle est responsable à elle seule des deux tiers des décès au cours du premier mois de vie (McCormick, 1985). De plus, l'impact économique qui en découle est important : on estime qu'au Québec les 6 % de nouveau-nés de poids insuffisant à la naissance consomment 30 % des sommes consacrées à l'ensemble des soins néonataux. C'est donc une pathologie qu'il faut réduire pour que la baisse de la morbidité et de la mortalité périnatales se poursuivre.

Une des causes de l'insuffisance de poids à la naissance est sans aucun doute le taux très élevé de morbidité périnatale observé en milieu socio-économiquement défavorisé. C'est du moins ce qu'ont mis en évidence les avis déposés au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le domaine de la périnatalité (Lepage et al., 1989 ; Colin et Desrosiers, 1989). C'est donc à ce niveau qu'il est urgent d'agir selon un consensus largement établi chez les experts de la santé publique, les intervenants et leurs établissements, les gouvernements (*Politique de périnatalité du Québec*, 1993) et la communauté scientifique (Paneth, 1995 ; Lewitt et al., 1995 ; Lewitt, Watters, Chance, Walker et Avard, 1993).¹

¹ La problématique initiale du projet, réalisée par Christine Colin, a bénéficié de mises à jour effectuées par mesdames Louise Séguin et Louise Denhey lors de la présentation de demandes de subvention au Programme national de développement et de recherche en santé (PNRDS) en 1995 et 1992.

1.1 DÉFINITION ET AMPLEUR DE LA PAUVRETÉ

En 1996, 16 % des familles biparentales (époux-épouses ainsi que partenaires en union libre) ayant des enfants de moins de 18 ans vivaient sous le seuil de pauvreté au Québec comparativement à 12 % en 1991. L'appauvrissement des familles a été encore plus marqué pour les familles monoparentales ayant des enfants de moins de 18 ans au Québec : 55 % en 1996 contre 40 % en 1991 (Statistique Canada, 1996, 1991).

Le Conseil canadien de développement social (1984) recommande de tenir compte également de l'intensité et de la durée de la pauvreté. La pauvreté est en effet un phénomène très complexe qui, en plus de la dimension économique, se caractérise par des dimensions culturelle et sociale. L'ampleur et le cumul des problèmes sont alors utilisés pour caractériser la grande pauvreté. Dans de nombreux pays, on parle maintenant de Quart Monde pour désigner cette minorité très défavorisée prise dans le véritable cercle vicieux de la misère et de l'exclusion sociale. Selon diverses estimations quantitatives, le Quart Monde, « ce noyau dur » de la pauvreté, regrouperait entre 5 et 10 % de la population. Les jeunes et les femmes sont particulièrement touchés par la pauvreté.

Même s'il n'existe pas de corrélation absolue entre sous-scolarisation et faible revenu, il y a un lien significatif entre une faible scolarité et un faible revenu. On peut supposer qu'une faible scolarisation est révélatrice de difficultés particulières dans l'utilisation des ressources sociales et communautaires, venant ainsi amplifier les effets de la pauvreté sur la santé. Ainsi, les taux de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance sont nettement supérieurs chez les mères sous-scolarisées (MSSS, 1993).

Dans l'est de Montréal, le territoire du Département de santé communautaire (DSC) Maisonnette-Rosemont (intégré à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre en 1994) regroupe plus de 400 000 personnes et le taux moyen d'insuffisance de revenu était de 20,6 % en 1986.

1.2 LA GROSSESSE EN MILIEU DÉFAVORISÉ

Pour bien comprendre ce que vivent les femmes enceintes défavorisées, il faut s'attacher à identifier les causes de leur situation et recadrer la grossesse dans son contexte (Belle, 1982). Dans un milieu où l'insuffisance de revenus crée une insécurité constante, et où les perspectives de réussite professionnelle ou sociale sont quasi inexistantes, la grossesse prend tout son sens en devenant le seul projet à concevoir et à mener à terme. C'est une réponse aux besoins fondamentaux d'amour, de respect et de reconnaissance sociale (Deschamps, 1976). C'est un défi à l'avenir incertain et une source d'espoir profond (Ribeaud, 1979 ; Debionne et al., 1981). C'est aussi un moyen privilégié d'accéder à la maturité et à la reconnaissance en tant qu'adulte (Gabriel et McAnarney, 1983). Les études réalisées en Europe montrent d'ailleurs qu'en dépit des problèmes financiers et matériels qu'elles vivent, la majorité des mères de milieu défavorisé éprouvent des sentiments positifs à l'égard de leur grossesse et attendent avec impatience la venue de l'enfant (Wolkind et Zajicek, 1981). Une recherche menée par Colin, Ouellet, Boyer et Martin (1992) confirme tous ces éléments.

En effet, les femmes en situation d'extrême pauvreté évoluent dans un contexte de survie (économique, mais également affective) qui laisse peu de place au développement personnel et social en dehors de la maternité. Parce qu'elles y trouvent un sens à leur vie, la maternité est le projet dans lequel elles s'investissent totalement, bien que dans leur situation d'extrême pauvreté, mettre des enfants au monde soit généralement considéré comme socialement illégitime (notamment aux yeux des professionnels qu'elles côtoient, mais souvent même par leur entourage immédiat). Malgré tous les risques associés à ce projet (particulièrement celui de reproduire le cycle de la pauvreté et de la violence dont elles sont issues), ces femmes, qui ont déjà surmonté tant de difficultés, puisent principalement en elles-mêmes les ressources nécessaires pour le mener à terme.

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

Plus largement, c'est le fait même d'*avoir recours* qui pose problème. Faire appel à des groupes communautaires, au voisinage, ou même à des membres de la famille, suppose que l'on vainque de grandes résistances. Se sentant constamment obligées de défendre leur projet d'avoir des enfants malgré les conditions de vie qui sont les leurs, elles veulent ardemment (et doivent, dans une certaine mesure), prouver à leur entourage qu'elles sont capables de *se débrouiller* toutes seules.

En dehors de quelques petits services courants ou d'une relation privilégiée avec une personne en particulier, demander de l'aide est ressenti par ces femmes comme une expérience humiliante et lorsqu'elles s'y résignent, c'est d'abord *pour les enfants*.

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

Ces femmes en situation d'extrême pauvreté sont durement confrontées aux contradictions des institutions qui, tout en offrant des services, sont génératrices de contrôle social. Il est donc difficile, pour elles, de concevoir que l'on puisse changer la finalité des services de santé, même si on peut en améliorer l'organisation. Dans ces conditions, leur insistance pour avoir la liberté de choisir les institutions et les intervenantes auxquelles elles s'adressent est non seulement une façon de surmonter certaines barrières culturelles, mais aussi une préoccupation politique (Colin et al. 1992, p.202-203).

1.3 LA SANTÉ DES FUTURES MÈRES ET DES NOUVEAU-NÉS

De très nombreuses études, tant américaines qu'européennes, font état de l'excès de morbidité et de mortalité périnatales en milieu défavorisé. Une recension des écrits à ce sujet a été produite par Colin et Desrosiers en 1989. En voici l'essentiel. Un impact sur la santé des nouveau-nés a été retrouvé quel que soit l'indicateur de niveau socio-économique : la scolarité (Institute of Medicine, 1985), l'état matrimonial (Semenciw, 1986), la race (Sappenfield, 1987), le revenu (Binsacca, 1987), la profession (Mamelle, 1982) et le niveau socio-économique global (OMS, 1980 et 1984).

L'effet a été mesuré sur les principales composantes de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales. Les données sur la morbidité maternelle montrent que les femmes enceintes défavorisées présentent plus de problèmes de santé au cours de leur grossesse que des femmes plus favorisées. Non seulement elles ont plus de problèmes de santé physique, comme des pathologies hypertensives, des anémies ferriprives, des infections, des saignements et des menaces d'avortement spontané (Lepage et al. 1989 ; Wolkind et Zajicek, 1981 ; Colin et al. 1992), mais elles ont aussi plus de problèmes de santé mentale (Wolkind et Zajicek, 1981 ; Séguin et al. 1995). On note chez elles des taux très élevés d'anxiété (Norbeck et Anderson, 1989) et de réactions dépressives (Wolkind et Zajicek, 1981 ; Séguin et al., 1995). D'autre part, des habitudes de vie peu propices à la santé durant la grossesse sont plus fréquentes chez les femmes vivant en situation de pauvreté et s'ajoutent aux difficultés mentionnées. Un manque de connaissances mais surtout un revenu insuffisant entraînent souvent une alimentation inadéquate en regard des besoins nutritionnels d'une femme enceinte (Hughes et Simpson, 1995 ; Pickard, 1986). Le tabagisme, facteur fortement associé aux naissances de poids insuffisant, est aussi beaucoup plus fréquent chez les femmes enceintes défavorisées (Paneth, 1995 ; Hughes et Simpson, 1995 ; Séguin, 1992). Considéré comme une soupape à un niveau de stress trop élevé, le tabagisme est très élevé durant la grossesse : 58 % des mères défavorisées ont fumé plus de 10 cigarettes par jour tout au long de leur première grossesse comparativement à 10,8 % des mères plus favorisées (Séguin, 1992). On trouve aussi de plus en plus chez ces futures mères une fréquence élevée de toxicomanies variées qui sont également associées à un risque plus élevé de naissances de poids insuffisant (Hughes et Simpson, 1995 ; Séguin, 1992).

Par ailleurs, plusieurs études démontrent une association entre le suivi médical adéquat et un moindre taux de naissances de poids insuffisant. Cette association découle en partie de la sélection des femmes qui vont voir un médecin durant leur grossesse. Néanmoins, plusieurs études trouvent que les femmes défavorisées ont plus souvent un suivi prénatal inadéquat. Le problème est certes moins important dans un contexte d'accessibilité universelle aux services de santé, mais il demeure présent pour une proportion appréciable des futures mères défavorisées. Ainsi, à Vancouver, 10,6 % des femmes enceintes recevant de l'aide financière gouvernementale avaient eu un suivi prénatal inadéquat (Katz, Armstrong et LoGerfo, 1994) alors qu'à Winnipeg 14,8 % des femmes enceintes du quintile socio-économique le plus pauvre avaient eu moins de cinq visites prénatales par rapport à 5 % des femmes du quintile supérieur (les données pour le Québec ne sont pas disponibles). Cette difficulté à rejoindre les femmes très défavorisées concerne de fait

l'ensemble des services sociaux et de santé (Colin et al. 1992 ; Affonso, Nayberry, Graham, Shibuya et Kunimoto, 1992 ; Rosembaum, Hughes et Johnson, 1988).

La mortalité périnatale, tout comme la mortalité infantile, est plus importante (environ le double) en milieu défavorisé (Chen, Fair, Wilkins, Cyr, 1997 ; Chamberlain, 1975). Enfin, l'ensemble des recherches tend à retrouver un excès manifeste de morbidité périnatale dans ces différentes composantes : prématurité (une fois et demie plus élevée), taux de naissances de petit poids (double) et taux de retard de croissance intra-utérine (triple). Le taux de naissances de bébés de poids insuffisant des Québécoises pauvres se situe autour de 10 % alors même que les Québécoises les plus favorisées obtiennent des taux très faibles, aux alentours de 4 %, comparables à ceux des femmes des pays les plus en avance comme la Finlande ou la Suède (Pelchat et Wilkins, 1986).

Il semble bien que cette situation soit due au cumul des risques que ces femmes présentent sur les plans biologiques (grossesse plus précoce, taille et poids moins favorables, antécédents de mort-nés ou de nouveau-nés de moins de 2 500 g plus fréquents, etc.), des habitudes de vie (alimentation déficiente en quantité et en qualité, tabagisme plus fréquent), de l'environnement social (faible scolarité, statut matrimonial, revenu insuffisant, stress, etc.), des services de santé (recours tardif ou irrégulier ; organisation inadéquate des services).

1.4 L'UTILISATION DES SERVICES PRÉNATALS

L'efficacité constatée des soins prénatals (Institute of Medicine, 1985) est plus marquée pour les femmes de milieu défavorisé (Gortmaker, 1979), même si elle ne réussit pas à contrebalancer l'effet des autres facteurs (Showstack, 1984). Elle est cependant limitée par une utilisation moindre et moins appropriée qu'en font ces femmes : consultations plus tardives et moins fréquentes, changements fréquents de médecin, examens de laboratoire moins fréquents, ou au contraire, consommation abusive et surmédicalisation (Blondel et al., 1980 ; Cooney, 1985 ; Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1987). Quant aux cours prénatals, on a bien démontré, notamment au Québec, qu'ils ne rejoignent pas les femmes les plus à risque (Cogan, 1980 ; Marcos et Dallaire, 1986). Cette utilisation inadéquate des services de santé dans un contexte d'accessibilité financière quasi totale a été attribuée principalement à une certaine inaccessibilité culturelle (Dutton, 1978). Les services seraient mal adaptés aux valeurs et aux besoins des personnes défavorisées (Boltanski, 1971 ; McKinlay, 1975 ; Kosa et Zola, 1975 ; Colin et al., 1986). Cependant, la recherche conduite par Colin et al. (1992) suggère qu'il s'agit davantage d'une question politique, les femmes de ces milieux redoutant par-dessus tout le pouvoir dont disposent les professionnels de la santé et des services sociaux d'enlever les enfants à leur famille d'origine. Cette peur du contrôle social, dans son aboutissement juridique ultime, constituerait, tel que mentionné plus haut, le principal obstacle à l'utilisation des services sociaux et de santé, dont les services prénatals en particulier.

Par ailleurs, les professionnels de la santé sont mal préparés à travailler dans ce milieu (Ampleman et Duhaime, 1986). Au Québec, les difficultés principales mises de l'avant par les professionnels des CLSC dans leur intervention auprès des femmes enceintes

défavorisées sont les difficultés de rejoindre ces femmes, la confrontation avec un milieu difficile, la charge de travail trop lourde, le manque de collaboration entre intervenants et le sentiment d'isolement de l'intervenant (Colin et Desrosiers, 1989).

1.5 DES INTERVENTIONS PLUS RÉUSSIES QUE LES AUTRES

Même si l'élimination de la pauvreté est essentielle pour la prévention de la morbidité périnatale, les services de santé ont un rôle important à jouer dans l'atteinte de cet objectif. Les deux défis qui s'imposent alors sont de rejoindre les femmes enceintes défavorisées et de leur proposer une intervention efficace. Plusieurs programmes ont tenté avec un certain succès d'atteindre ces objectifs en Europe et en Amérique du Nord.

Les suppléments alimentaires ne semblent pas donner des résultats absolument probants. Une méta-analyse rigoureuse d'études randomisées conclut en effet que des suppléments alimentaires équilibrés en calories et en protéines offerts à la femme enceinte défavorisée résultent en une modeste augmentation de la durée gestationnelle (Kramer, 1994). Les autres types de suppléments alimentaires n'apporteraient pas de bénéfices pour la croissance foetale. Il faut souligner cependant que la plupart de ces études ont eu lieu dans des pays en voie de développement.

Les évaluations d'interventions centrées uniquement sur l'éducation nutritionnelle présentent, pour leur part, plusieurs lacunes méthodologiques et ne permettent pas de conclure quant à leur efficacité en regard de l'insuffisance de poids à la naissance. Par ailleurs, de nombreuses évaluations du programme américain d'éducation nutritionnelle et de coupons alimentaires pour les femmes enceintes défavorisées et leurs jeunes enfants (WIC), programme qui s'inscrit dans un contexte plus proche de celui du Québec, ont rapporté des résultats intéressants, des analyses récentes semblant montrer des résultats positifs quant au poids de naissance (Buescher et al., 1993). Cependant, tout comme l'étude menée au Dispensaire diététique de Montréal (Duquette et al., 1991), ces études n'ont utilisé qu'une approche quasi expérimentale et les chercheurs ne peuvent éviter complètement les biais de sélection inhérents à ces devis.

Une revue des effets des programmes qui offrent du soutien social aux femmes durant leur grossesse souligne que les études randomisées n'ont pas constaté d'impact sur la santé physique de la mère ou du nouveau-né, bien qu'on note en général des bénéfices psychologiques pour les mères qui apprécient davantage leur grossesse et ont un meilleur état mental après la naissance (Bryce, 1991). Une autre méta-analyse d'essais randomisés qui totalisent 2 643 participantes (Elbourne, Oakley et Chalmers, 1989) n'a pas démontré non plus d'effets sur le poids de naissance de ces approches fondées uniquement sur le soutien social. Ces programmes n'ont abordé qu'un seul des facteurs associés aux naissances de poids insuffisant et ont en général une faible intensité d'intervention, ce qui pourrait expliquer l'absence de résultats probants en regard du poids de naissance.

Compte tenu de l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer la croissance foetale et de la complexité des relations entre ces facteurs, il semble que seules des approches qui abordent à la fois les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de cette

problématique peuvent entraîner des changements quant au poids de naissance des nouveau-nés. Plusieurs études indiquent que de telles approches globales semblent prometteuses (Elbourne, Oakley et Chalmers, 1989 ; Villar, Farnet, Barres et al., 1992 ; Buescher, Roth, Williams et Gofarth, 1991 ; Norwood, 1994 ; Olds, Henderson, Tatelbaum et Chamberlin, 1986 ; McLaughlin, Altermeier, Christensen et al., 1992 ; Barrera, 1981 ; Harris, Huckle, Thomas, Johns et Fung, 1989 ; Montreuil et Colin, 1987 ; Leduc et Beauregard, 1991 ; Rosner, 1986 ; O'Laughlin, Lampro et Sacks-Silver, 1989 ; Windsor et al., 1985 ; Mayer, Hawkins et Todd, 1990 ; Epp, 1986 ; OMS, 1985) et ce, même si les études randomisées de ce type de programmes présentent des résultats variables. Ainsi, Olds et al. (1986) n'ont constaté aucun effet sur les poids de naissance pour l'ensemble des 354 primipares randomisées en quatre groupes, mais les mères adolescentes qui ont reçu les visites ont eu des bébés de poids à la naissance nettement plus élevé que les mères comparables du groupe contrôle. Quant à McLaughlin et al. (1992), ils ont observé un meilleur poids de naissance chez les nouveau-nés des mères primipares, mais sans différence significative pour le taux de naissances de poids insuffisant (le nombre de participantes ne semble pas suffisant de toute manière pour démontrer une telle différence).

En somme, les approches unifactorielles ne semblent que peu ou pas efficaces pour améliorer la croissance foetale. Les approches globales, multidimensionnelles, ne sont pas toutes comparables quant à leur contenu mais apparaissent davantage prometteuses. C'est ce type d'approche qui a été retenu par le programme intégré de prévention en périnatalité NAITRE ET GRANDIR EN SANTÉ.

Cependant, ces approches globales et multidimensionnelles sont très complexes et leur mise en oeuvre ne semble pas aller de soi. Il est donc important de bien évaluer comment de tels programmes peuvent être mis en oeuvre dans leurs principales dimensions avant d'en évaluer les effets.

Chapitre 2

Objectifs et méthode de recherche

2.1 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Comme on a pu le constater, le programme **NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX** a été développé à partir d'une recension des difficultés de santé chez les femmes enceintes vivant en situation de pauvreté et de leur nouveau-né, de programmes et de services développés pour faire face à ces difficultés de santé ainsi que des facteurs de réussite des interventions professionnelles.

Conçu dès le départ comme un programme novateur pouvant se déployer à la grandeur du Québec, à l'intérieur d'une approche spécifique auprès des clientèles à risque élevé dans le sillage du rapport Brunet, le programme nécessitait des efforts planifiés d'évaluation. Une première évaluation a porté sur l'outil principal devant favoriser l'intervention, soit la démarche initiale d'identification des besoins (Perreault et al., 1994 ; Perreault et al., 1996 ; Perreault et al., 1997) et sur la fiche d'intervention clinique cumulative nécessaire au suivi de la dispensation du programme (Routhier et Perreault, 1993).

Avant de passer à l'évaluation des effets de ce programme sur la santé des mères et de leurs nouveau-nés (Brodeur et al., 1993 et 1995), la présente recherche visait à :

- a) décrire la mise en œuvre des éléments du programme ainsi que l'écart possible entre la programmation souhaitée et son actualisation dans quatre CLSC de l'est de Montréal ;
- b) identifier les facteurs en jeu dans la mise en œuvre des éléments du programme et expliquer les écarts possibles entre le programme planifié et actualisé, puis proposer des correctifs afin d'améliorer la dispensation des services avant l'évaluation de leurs effets.

De plus, en fonction de la recherche ultérieure sur les effets du programme, la présente recherche devait permettre de :

- c) choisir les variables qui pourraient être utilisées ultérieurement pour évaluer l'effet des diverses composantes du programme sur la santé des mères et de leurs nouveau-nés ;
- d) faciliter l'implantation de tels programmes dans l'ensemble du Québec, le cas échéant.

Les résultats préliminaires de cette recherche ont déjà permis de répondre à l'objectif c) et partiellement à l'objectif d) lors de l'implantation du programme dans quatre autres CLSC de la région de Montréal-Centre et dans un autre CLSC de l'Abitibi-Témiscamingue.

De plus, la méthode de recherche a été utilisée intégralement pour l'évaluation de la mise en œuvre des éléments du même programme au CLSC Le partage des eaux, à Rouyn-Noranda et, avec des modifications mineures, aux CLSC de Hull et de Grande-Rivière, en collaboration avec les Directions de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Outaouais.

2.2 MÉTHODE DE RECHERCHE

Dans le cadre d'une évaluation de mise en œuvre des éléments d'un programme aussi complexe, il ne saurait être question d'utiliser un devis de recherche fondé sur la mesure et les capacités de généralisation par procédés de puissance statistique. Comme les objectifs sont de décrire des résultats et de comprendre les processus qui y conduisent, une approche qualitative est indiquée, quitte à ce que certaines données quantitatives viennent appuyer certaines descriptions.

Cette approche qualitative se situe cependant à l'intérieur d'un paradigme positiviste puisque les chercheurs regardent les faits comme étant des objets qu'il faut tenir le plus possible indépendants de leur influence. Deux préoccupations majeures dominaient les réflexions : a) dépasser la simple description pour comprendre et même risquer des explications des phénomènes observés ; b) tenir compte au maximum de l'influence des milieux où s'implanterait le programme dans une perspective de traduction plutôt que de diffusion, puisqu'un programme n'est jamais diffusé exactement comme il a été conçu, mais plutôt approprié (donc « traduit ») par le milieu où il est implanté (Callon, 1986).

Dans cette perspective, l'utilisation d'un modèle théorique, ou à tout le moins conceptuel, s'imposait pour diriger les analyses. En effet, l'évaluation de la mise en œuvre d'un tel programme dans quatre CLSC différents, sous le leadership et la coordination d'un département de santé communautaire et en partenariat avec les ressources de la communauté, nécessite un modèle théorique ou à tout le moins un cadre conceptuel qui puisse permettre à la fois de documenter (« monitoring ») un processus très complexe et de proposer des interprétations qui dépassent l'explication d'un changement social par l'introduction **raisonnée** d'une innovation. La charge de travail trop lourde, le manque de collaboration entre intervenantes et l'isolement de l'intervenante, qui constituent des difficultés majeures pour rejoindre les femmes enceintes de milieu défavorisé (Colin et Desrosiers, 1989), mettent en cause l'organisation des services de santé et des services sociaux dans ses capacités de répartir les ressources en fonction de clientèles privilégiées, de favoriser l'exercice fructueux d'une multidisciplinarité et d'appuyer par son fonctionnement administratif les efforts des professionnels. Plusieurs modèles furent donc étudiés.

2.2.1 CHOIX D'UN MODÈLE ET PROPOSITION DE RECHERCHE

Pour analyser l'implantation d'interventions nouvelles dans un contexte organisationnel, plusieurs modèles sont suggérés dont les modèles rationnels et de développement organisationnel ainsi que les modèles psychologiques, structurels et politiques (Denis, 1988).

La *perspective rationnelle* ou « modèle de la planification et du contrôle » (Majone et Wildavsky, 1978) représente la conception traditionnelle du changement planifié dans les organisations. Les tenants de cette approche mettent l'emphase sur une planification rationnelle et technocratique du changement (Kunkel, 1975). Selon ce modèle, l'implantation d'un changement dépend uniquement des étapes précédentes du processus de planification, c'est-à-dire l'identification du problème, la détermination des alternatives et le choix rationnel de la meilleure solution. Le modèle rationnel reconnaît comme indispensable l'exercice d'un contrôle hiérarchique sur les individus responsables d'implanter l'innovation (Kirkpatrick, 1986). Dans un tel modèle, l'analyse consiste à évaluer l'écart entre les comportements attendus des agents d'implantation et les comportements prescrits par les leaders de l'organisation, et le succès de la mise en œuvre est déterminé par le degré de cohérence entre les attentes des gestionnaires et les comportements souhaités par l'introduction de l'innovation dans une organisation. Un tel modèle ne fut pas retenu principalement parce qu'il néglige de reconnaître la complexité essentiellement sociale des organisations. Sa conception linéaire colle peu à la réalité fortement hétérogène et complexe des processus de changement dans les organisations, particulièrement les bureaucraties actuelles. Sa perspective masque les tensions et les contradictions qui s'articulent nécessairement dès qu'il y a processus d'innovation. Les explications amenées face aux inévitables écarts entre ce qui est planifié et réellement actualisé utilisent le concept de « résistance au changement », qui n'est finalement qu'une affirmation péremptoire d'autorité des responsables de l'innovation « rationnels » face aux acteurs sociaux « irrationnels » qui résistent au changement souhaité. Il s'agit donc d'un modèle davantage normatif qu'analytique.

Le concept de *développement organisationnel* réfère aux nombreuses approches appliquées par des consultants en gestion qui affirment qu'un style participatif de gestion, la décentralisation des processus de décision, des programmes d'enrichissement des tâches et des mécanismes favorisant la communication dans les organisations, sont garants du succès de l'implantation de changements dans ces organisations (Fullan, 1972 ; Berman, 1980 ; Gels, 1985 ; Herman-Taylor, 1985 ; Goodman et Kurke, 1982). Cette perspective, qui s'appuie largement sur les conceptions avancées par l'École des relations humaines en théorie des organisations, met l'accent sur différents aspects des comportements des individus en situation de travail. Elle se préoccupe de l'organisation informelle des groupes, des phénomènes de motivation et de solidarité au travail en fonction des niveaux de productivité dans l'organisation (Mouzelis, 1983). Elle présuppose l'élaboration de mécanismes qui favorisent des rapports positifs et non conflictuels entre les membres d'une organisation, ce qui permettrait en principe de dépasser les tensions. Comme dans le cas de l'approche rationnelle, il s'agit davantage d'un modèle normatif, plutôt

qu'analytique, qui néglige de considérer l'influence probable de la présence d'intérêts conflictuels dans l'organisation sur l'efficacité des stratégies proposées.

La *perspective psychologique* sur le changement dans les organisations s'est développée à partir des écrits sur les attitudes, le changement des attitudes et la relation attitudes et comportements (Fishbein et Ajzen, 1975). Elle postule une relation séquentielle entre les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements. Elle suppose que les attitudes et les croyances vont influencer la propension des individus à accepter le changement planifié. La théorie de l'action, élaborée par Argyris (1982, 1985a, 1985b) et Argyris, Putnam et McLain-Smith (1985), propose un cadre pour identifier les postulats qui régissent les comportements des individus ou des groupes dans l'organisation et pour formuler des stratégies dans l'optique de modifier les actions qu'ils posent. Selon cette théorie, qui établit une distinction fondamentale entre les théories ou les positions que défendent explicitement les acteurs, et les « théories en usage », qui orientent dans les faits leurs conduites dans l'organisation, les individus vont avoir tendance à résister aux changements malgré leur adhésion de principe à une innovation (Staw, 1982). C'est qu'ils ont en général des modes conservateurs d'action et une capacité limitée de s'adapter aux nouvelles situations (Norman, 1985). Les changements à long terme supposent donc une modification des fondements cognitifs et émotifs des actions des individus. Cette approche repose essentiellement sur une relation hypothétique entre les attitudes et les comportements qui est, de plus en plus, fortement contestée. De plus, il y a peu d'évidences empiriques sur l'impact des résistances individuelles par rapport à l'implantation d'un changement lorsque l'ensemble de l'organisation soutient l'innovation (Gross, Giacquinta et Bernstein, 1972 ; Scheirer, 1981). Le modèle psychologique demeure donc largement un modèle normatif.

L'*approche structurelle* regroupe une partie importante des études réalisées dans le domaine de l'innovation depuis plus d'une vingtaine d'années. Selon cette perspective, les organisations qui réussissent à implanter avec succès un changement se distinguent des autres par toute une série de caractéristiques :

- liées à des attributs organisationnels : taille, centralisation, formalisation, niveau d'expertise, etc. (Burns et Stalker, 1961 ; Hage et Aiken, 1970 ; Pierce et Delbecq, 1977 ; Moos, 1983 ; Hage, 1986 ; Bennis, 1966 ; Thompson, 1965 ; Harvey et Mills, 1970 ; Zaltman, Duncan et Holbeck, 1973) ;
- liées au contexte organisationnel : incertitude environnementale, degré de compétition, aisance organisationnelle, degré d'urbanisation, etc. (Harvey et Mills, 1970 ; Pierce et Delbecq, 1977 ; Shortell, 1983) ;
- liées aux attributs des gestionnaires : *locus of control*, attention portée à l'innovation, orientation cosmopolitaine ou locale (Thompson, 1965 ; Rotter, 1966 ; Miller, 1983 ; Shortell, 1983 ; Pierce et Delbecq, 1977).

Le recours à la perspective structurelle a permis d'élargir considérablement les connaissances empiriques des déterminants de l'innovation. Les études y sont essentiellement analytiques et prennent leurs distances de l'aspect normatif des appro-

ches rationnelles, de développement organisationnel et psychologique. Cependant, les résultats sont plutôt instables, ce qui rend difficile tout jugement sur les relations entre certaines caractéristiques structurelles et l'innovation (Downs et Mohr, 1976). Les études doivent donc s'appuyer sur une autre approche ou être complétées par le recours à d'autres perspectives théoriques.

Les approches politiques (Burns et Stalker, 1961 ; Wilson, 1966 ; Becker et Whistler, 1967 ; Harvey et Mills, 1970 ; Zmud, McLaughlin et Might, 1984) se sont développées en grande partie en réaction aux résultats empiriques obtenus par l'application des études structurelles. Elles se situent généralement dans une perspective critique d'analyse des organisations. L'adoption et l'implantation d'innovations y sont considérées comme des jeux de pouvoir organisationnel dont le résultat constitue un ajustement aux pressions externes et internes. L'accent est mis sur l'analyse des stratégies des divers acteurs et sur leurs interactions (Wilson, 1966 ; Pettigrew, 1975, 1977, 1985 ; Elmore, 1978 ; Majone et Wildavsky, 1978 ; Hasenfeld, 1980 ; Moos, 1983 ; Robey, 1984 ; Carnall, 1986 ; Gray et Ariss, 1985 ; Barley, 1986 ; Deber et Leatt, 1986 ; Dyer et Page, 1987). Les difficultés ou les écarts liés à l'implantation d'une innovation ne dépendent pas d'une inefficacité du processus de planification ou du système de contrôle mais plutôt de la poursuite d'intérêts particuliers par des acteurs influents dans l'organisation. Malheureusement, les recherches empiriques conduites à partir de cette approche sont peu nombreuses et les liens entre une approche politique et la multiplicité des approches théoriques liées à des perspectives critiques n'ont pas été suffisamment précisés.

Par ailleurs, certaines études (Daft et Becker, 1978 ; Kaluzny, Veney et Gentry, 1974 ; Elkim, 1983 ; Miller et Friesen, 1982 ; Fennell, 1984 ; Damanpour, 1987a, 1987b ; Damanpour et Evan, 1984 ; Kimberly et Evanisko, 1981 ; Meyer et Goes, 1987) ont montré que l'implantation d'une innovation est très liée au type d'innovation et au type d'organisation, donc au contexte, d'où des essais pour développer une *théorie contextuelle*.

À partir des approches politiques et contextuelles, Denis (1988) a développé un modèle politique et contingent d'analyse, repris par Denis et Champagne (1990), qu'utilisera cette étude. Ce modèle postule que le processus d'implantation d'une intervention doit être avant tout abordé selon une perspective politique, mais qu'il subit aussi les pressions d'une contingence structurelle, i.e. que les caractéristiques structurelles d'une organisation agissent en synergie ou en antagonisme dans l'actualisation des stratégies des acteurs, avec la dynamique politique entourant l'implantation de l'innovation.

Selon ce modèle, l'organisation est une arène politique à l'intérieur de laquelle les acteurs poursuivent des stratégies fondamentales différentes. Par ailleurs, des objectifs particuliers sont associés à l'intervention que l'on cherche à implanter. Les différents acteurs organisationnels peuvent supporter l'implantation d'une intervention s'ils y voient un moyen d'actualisation de leurs stratégies fondamentales. L'adhésion des acteurs aux caractéristiques et aux objectifs associés à l'intervention se traduit en un ensemble de stratégies de réaction à l'intervention qui interagissent dans une distribution particulière du pouvoir dans l'organisation. Le niveau

d'actualisation des stratégies des acteurs dépend de leur degré de contrôle des bases de pouvoir dans l'organisation. Le niveau d'atteinte des objectifs associés à l'intervention dépend de l'adhésion des acteurs dominants à ces objectifs. Enfin, les acteurs doivent tenir compte dans la poursuite de leurs stratégies respectives des caractéristiques structurelles de l'organisation au cours du processus d'implantation d'une intervention.

Ce modèle apparaissait tout à fait pertinent pour documenter et expliquer le niveau d'implantation des éléments du programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX tels que la mise en place d'une équipe multidisciplinaire, la dispensation d'un soutien alimentaire, du soutien relationnel, etc., mais insuffisant pour documenter et expliquer pleinement la mise en œuvre effective du programme, auprès des femmes enceintes défavorisées. Au moment de la rédaction du protocole, les femmes n'étaient pas considérées comme des actrices directes dans l'implantation des éléments du programme : on supposait que comme elles n'avaient pas de rôle spécifique dans les organisations pour décider des éléments du programme, elles ne pouvaient pas être considérées comme des actrices au même titre que la direction générale. Par ailleurs, les intervenantes professionnelles impliquées dans la mise en œuvre du programme avec les femmes étaient plus que des actrices comme les autres : leurs caractéristiques personnelles pouvaient colorer la mise en œuvre.

Le protocole initial de la recherche distinguait en fait deux variables dépendantes :

- *l'implantation des éléments du programme*, soit les modifications des activités multidisciplinaires, les modifications dans le recours aux références à d'autres intervenantes du CLSC, les modifications dans le recours aux ressources communautaires du milieu, la qualité d'implantation du soutien alimentaire et la qualité d'implantation des soutiens spécifiques (soutiens relationnel, matériel, antitabagique, etc.) ;
- *la mise en œuvre du programme auprès des femmes*, soit le niveau de recrutement de la clientèle visée, la répartition des sous-groupes, les modifications aux évaluations de besoins, les modifications aux plans de services, le degré d'actualisation des plans de services, le degré de confiance de la femme envers l'intervenante et la satisfaction du programme par la femme. Dans l'esprit des chercheurs, il s'agissait d'éléments différents, les femmes ne pouvant influencer le processus d'implantation des éléments du programme, mais influençant forcément sa mise en œuvre. C'est pourquoi les chercheurs avaient modifié le modèle de Denis et Champagne pour y inclure les caractéristiques des femmes (figure 2.1).

À la lumière des premières analyses, il est vite apparu que les femmes constituaient des actrices importantes tant dans l'implantation que dans la mise en œuvre des éléments du programme. Ainsi, il s'est avéré que l'implantation de soutiens spécifiques sous la forme initialement planifiée était difficile à mettre en œuvre compte tenu de l'interaction des femmes avec les intervenantes. C'est pourquoi la recherche revint au modèle initial de Denis et Champagne (1990) (figure 2.2) en considérant les femmes comme des actrices au même titre que les intervenantes et les membres

de la direction des CLSC. Il s'agit donc là d'un processus réitératif où les analyses contribuent à des changements à la fois théoriques et méthodologiques.

Le modèle de Denis (1988), repris par Denis et Champagne (1990), s'appuie sur trois propositions. Afin de guider l'analyse des données en vue de l'atteinte des objectifs de la recherche, la première proposition a été retenue. Une telle proposition jouerait le rôle d'une hypothèse s'il s'agissait de données mesurables.

La proposition de recherche initiale était donc la suivante :

- L'implantation des éléments du Programme intégré de soins périnataux globaux (PISPG) est un processus essentiellement politique dont la probabilité de succès est accrue si elle reçoit l'adhésion des acteurs qui exercent des contrôles importants **dans l'organisation**. Cette adhésion est fonction de la centralité des caractéristiques du PISPG par rapport aux stratégies des acteurs et du degré de conformité des objectifs associés au PISPG avec les stratégies fondamentales des acteurs, la centralité référant à la cohérence entre le PISPG et les intérêts particuliers d'un acteur.

Ainsi, un CLSC où les caractéristiques du PISPG seraient centrales et les objectifs conformes pour l'équipe/programme formée des intervenantes professionnelles exerçant peu de contrôle dans l'organisation de ce CLSC aurait peu de chance de développer fortement les éléments du PISPG si les caractéristiques du PISPG s'avéraient non centrales pour l'équipe de direction qui exerce des contrôles importants et cela même si les objectifs du PISPG étaient conformes aux stratégies fondamentales de cette équipe de direction. Plusieurs propositions spécifiques sont donc possibles pour expliquer les niveaux d'implantation selon les quatre CLSC impliqués. Quant aux deux autres propositions, elles n'ont pas été retenues car la première proposition apparaissait suffisante pour expliquer la mise en œuvre des éléments du programme.

La proposition de recherche modifiée qui servira à l'analyse des données est donc la suivante:

- La mise en œuvre des éléments du programme est un processus essentiellement politique dont la probabilité de succès est accrue si elle reçoit l'adhésion des acteurs qui exercent des contrôles importants **dans la mise en œuvre du programme**. Cette adhésion est fonction de la centralité des caractéristiques du programme par rapport aux stratégies des acteurs et du degré de conformité des objectifs associés au programme avec les stratégies fondamentales des acteurs, la centralité référant à la cohérence entre le programme et les intérêts particuliers d'un acteur.

Figure 2.1
Modèle politique et contingent d'analyse de l'implantation et de la
mise en œuvre d'un programme intégré de services prénatals globaux
Version de départ (1991)

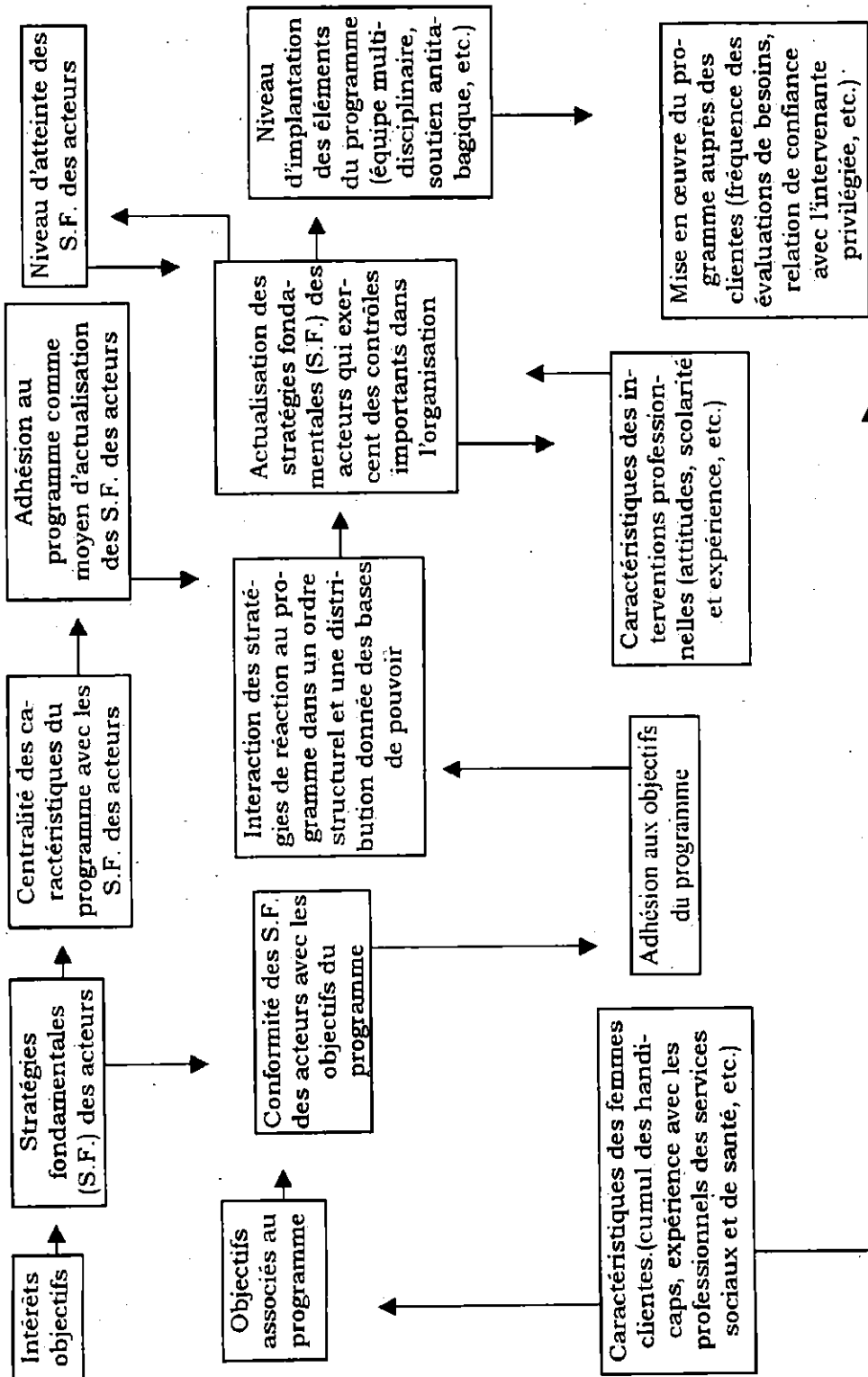
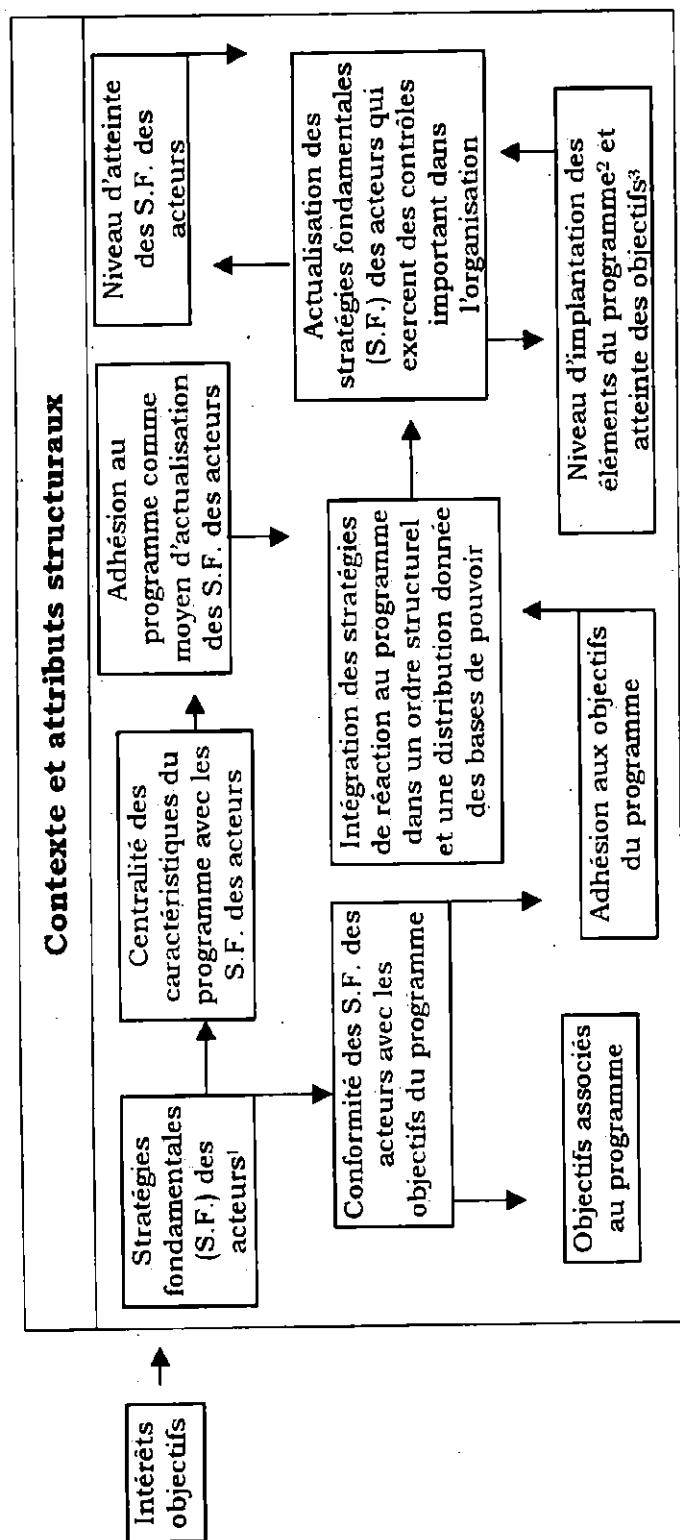


Figure 2.2

Modèle politique et contingent d'analyse de l'implantation et de la mise en œuvre d'un programme intégré de services prénatals globaux
Version finale (1992)



1. Y compris les femmes.
2. Cf. l'annexe I du protocole où l'on a réaménagé la répartition des variables dépendantes. Les éléments du programme sont :
 - modifications des activités multidisciplinaires
 - modifications dans le recours aux références hors équipe dans le cas
 - modifications dans le recours aux ressources communautaires du territoire
 - degré et qualité d'implantation du soutien alimentaire
 - qualité d'implantation des soutiens spécifiques
 - modifications à l'évaluation des besoins
 - modifications au plan de services
 - degré d'actualisation des plans de services
 - degré de suivi par l'intervenante privilégiée.
3. Les objectifs sont :
 - niveau de recrutement de la clientèle visée (et abandons)
 - répartition des sous-groupes
 - degré de confiance en l'intervenante
 - satisfaction des besoins de la femme.

Denis, H., Perreault, M., Colin, C., 1992.

2.2.2 STRATÉGIE DE RECHERCHE RETENUE

L'étude de cas a été utilisée parce qu'elle est appropriée quand l'évaluation de l'implantation d'un programme ne peut être isolée ou dissociée du contexte (Yin, 1989) et qu'il ne peut y avoir de contrôle sur les organisations, en l'occurrence les quatre CLSC qui ont implanté le programme. De plus, l'étude de cas, qui se définit comme l'investigation empirique d'un phénomène contemporain dans son contexte de réalisation (Yin, 1989), correspond tout à fait aux objectifs de recherche poursuivis puisqu'elle permet de saisir l'ensemble des variations dans le processus d'implantation et de mise en œuvre au niveau des quatre CLSC.

Plus spécifiquement, le devis de recherche choisi est une étude de cas multiple avec unités d'analyse imbriquées (Yin, 1989).

Comme un des objectifs majeurs à long terme est de faciliter l'implantation de programmes intégrés en périnatalité dans l'ensemble du Québec si ses effets se révèlent significatifs, l'étude de quatre cas plutôt que d'un seul peut permettre de tirer des généralisations importantes. Il s'agit de quatre CLSC ayant une histoire bien particulière (Hochelaga-Maisonneuve est l'un des tout premiers CLSC du Québec, J.-Octave Roussin a été implanté à la fin des années 1970 avec une vocation d'enseignement médical universitaire, alors qu'Olivier-Guimond et Mercier-Est-Anjou sont de « jeunes » CLSC souffrant du syndrome des mal-équipés à la suite des réorientations budgétaires du MSSS). Les modes de gestion varient entre ces quatre CLSC et les populations visées ne présentent pas les mêmes caractéristiques, puisque Hochelaga-Maisonneuve constitue un quartier globalement défavorisé alors que les autres territoires se retrouvent avec des zones de pauvreté qui ont cependant tendance à s'étendre depuis la récession de 1981. Comme prévu lors de l'élaboration du protocole, les zones de pauvreté se sont étendues et montrent tous les signes de l'appauvrissement graduel de la région montréalaise.

Comme prévu, trois unités d'analyse ont été utilisées : une analyse interne de chacun des quatre cas a d'abord été effectuée pour étudier les comportements stratégiques des différents groupes d'acteurs (première unité d'analyse) et l'évolution de leurs interactions au cours du processus de mise en œuvre des éléments du programme. Puis l'interaction entre les intervenantes professionnelles et les femmes a été étudiée spécifiquement dans chacun des quatre cas (deuxième unité d'analyse). Finalement, une analyse transversale des quatre cas a été effectuée avec chaque CLSC comme unité d'analyse (troisième unité d'analyse), afin de comparer entre eux les quatre CLSC pour déterminer les contributions les plus significatives à la mise en œuvre des éléments du programme. Cependant, le rapport de recherche ne présentera pas les analyses cas par cas (première unité d'analyse) et l'évolution cas par cas des interactions entre les femmes et les intervenantes (deuxième unité d'analyse), car il s'est avéré impossible de protéger la confidentialité de plusieurs acteurs étudiés, conformément aux engagements éthiques conclus par l'équipe de recherche. **C'est pourquoi les deux premières unités d'analyse ne peuvent être publiées même si elles ont été entièrement réalisées et qu'elles constituent la base des résultats de l'analyse transversale présentée dans le présent rapport de recherche.**

2.2.3 POPULATION À L'ÉTUDE

Pour les fins d'évaluation de la mise en œuvre des éléments du programme intégré en périnatalité, l'ensemble des acteurs et groupes d'acteurs dans les quatre CLSC et le Département de santé communautaire étaient interpellés. Il s'agit de la direction générale du DSC, de la coordonnatrice de l'équipe de planification et de soutien du DSC, de l'équipe de direction des quatre CLSC (directeur général, coordonnatrice du module dont relève l'équipe/programme, chef d'équipe), des intervenantes professionnelles faisant partie des équipes/programme mises en place dans les quatre CLSC, des autres professionnels des CLSC ne faisant pas partie de l'équipe/programme, des responsables des ressources communautaires qui devaient s'impliquer dans le programme.

Il fut décidé que, pour chaque CLSC, dix femmes correspondant aux critères de sélection répondraient à une entrevue à la fin du huitième mois de leur grossesse (soit entre la 34^e et la 36^e semaine de leur grossesse). Il apparaissait que 40 cas constituaient un nombre suffisant pour une analyse en profondeur. De plus, pour des raisons opérationnelles, la mise en place d'un programme d'une telle complexité excluait qu'il soit offert sur une grande échelle dès ses premiers pas, les budgets étant d'ailleurs insuffisants pour financer les suppléments alimentaires estimés à 200 \$ par grossesse à ce moment-là (en 1999, les coûts sont d'environ 250 \$).

Les femmes furent sélectionnées selon des critères retenus afin de contrôler le plus possible des variables potentiellement confondantes : être née au Québec et parler français à la maison, afin d'éliminer l'effet des facteurs ethniques et culturels très confondants dans cette problématique ; avoir moins de 11 ans de scolarité et disposer d'un revenu familial, selon la taille de la famille, inférieur au seuil de pauvreté établi annuellement par Statistique Canada. Enfin, pour les sujets de moins de 18 ans, le revenu de la famille d'origine devait être inférieur au seuil de pauvreté afin d'éviter des sujets temporairement en difficulté financière mais appartenant à des groupes sociaux plus favorisés. Enfin, les candidates potentielles ne devaient pas avoir complété plus de 20 semaines de grossesse au moment de la sélection.

Comme le programme s'adresse surtout au noyau des femmes vivant en extrême pauvreté, le protocole prévoyait une proportion égale de femmes vivant en situation de pauvreté par rapport à d'autres vivant en situation d'extrême pauvreté, c'est-à-dire disposant d'un revenu inférieur à 60 % du seuil de pauvreté établi par Statistique Canada, et cumulant plusieurs handicaps (faible scolarité, monoparentalité, etc.), car il s'agit des femmes les plus difficiles à rejoindre et à conserver dans une relation de confiance réciproque. Selon une logique d'échantillonnage de cas extrêmes (Patton, 1990), une réussite de la mise en œuvre de ce programme auprès des femmes vivant en situation d'extrême pauvreté serait déjà en soi un résultat des plus importants quels que soient les effets immédiats du programme sur la santé de la mère et/ou du nouveau-né. Par ailleurs, les chercheurs ne croyaient pas réaliste de n'admettre que cette catégorie de femmes étant donné la nouveauté de ce programme pour les équipes des CLSC. Dans les faits, la plupart des femmes rejointes

vivaient en situation d'extrême pauvreté (voir chapitre 4) car le principal facteur de clivage s'est avéré être la sous-scolarisation.

2.2.4 DÉFINITION DES VARIABLES ET COLLECTE DES DONNÉES

Nous ne ferons ici que donner une définition générale de chacune des variables ou groupes de variables, l'annexe 2.1 indiquant précisément, pour chaque variable, les catégories, les indicateurs retenus ainsi que la source de collecte.

Variables indépendantes

Les variables retenues comme indépendantes furent les trois contenues dans la proposition de recherche.

- **Stratégie fondamentale**

Elle représente les objectifs que poursuit un acteur dans l'organisation. Elle est définie par l'identification de patterns, à la manière de Mintzberg (1978), à travers les discours et les actions produits par l'acteur dans l'organisation. Elle réfère logiquement à un ensemble d'intérêts objectifs qui reflètent l'appartenance de l'acteur à un groupe social plus large (Denis, 1988).

- **Stratégie de réaction au programme**

Elle réfère à la façon dont l'acteur réagit et s'approprie l'innovation que constitue le programme. Cette réaction s'inscrit logiquement en cohérence avec l'orientation stratégique fondamentale de l'acteur. Elle reflète pour plusieurs acteurs la présence d'une tension entre les objectifs qu'ils poursuivent au cours du processus d'implantation et leur capacité à influencer véritablement cette dynamique (Denis, 1988).

- **Adhésion au programme**

Elle représente un rapport théorique entre la stratégie fondamentale d'un acteur et le changement de l'innovation. Elle découle du degré de centralité des caractéristiques de l'innovation et de conformité de ses objectifs par rapport à la stratégie fondamentale de l'acteur. Elle contribue à définir les facteurs explicatifs de la stratégie de réaction à l'innovation développée par un acteur (Denis, 1988).

D'autres variables indépendantes, prévues au protocole, se sont révélées peu éclairantes, les variables du modèle politique et contingent d'analyse s'avérant suffisantes. Ce sont la planification de l'implantation par le DSC, la planification de l'implantation et de la mise en œuvre par les CLSC et les caractéristiques des femmes qui regroupent :

- la stabilité générale des conditions de vie ;
- l'absence d'événements majeurs venant perturber le fonctionnement de la femme enceinte, tels les multiples déménagements, la maladie grave d'un enfant, etc. ;

- le cumul des handicaps ;
- la présence de certaines caractéristiques de vie qui, en plus de l'insuffisance de revenus, rendent la vie encore plus difficile et précaire, tels la faible scolarité, l'isolement social, etc. ;
- l'expérience avec les services sociaux et de santé, soit les attitudes développées et les expériences vécues au contact des professionnels et des organismes de services au coeur de la dynamique du milieu défavorisé, telle que la crainte de se faire enlever son enfant ;
- l'estime de soi, c'est-à-dire le niveau d'estime que la femme a d'elle-même en tant que personne en interaction avec son environnement physique et social ;
- la motivation, soit le degré de volonté de vouloir changer et améliorer une situation ;
- les caractéristiques des intervenantes professionnelles (les attitudes face à la pauvreté et à la femme enceinte, la formation, soit le diplôme obtenu et la profession exercée, l'expérience antérieure de travail dans la profession et dans le champ de la périnatalité, l'implication communautaire hors travail et le leadership).

Ces variables ont été documentées et feront l'objet de descriptions détaillées, mais elles n'ont pas le statut prévu de variables indépendantes.

La variable dépendante que constitue la mise en œuvre des éléments du programme contient les sept éléments suivants : le recrutement de la clientèle visée, la relation de confiance de la femme envers l'intervenante, le recours aux ressources communautaires du milieu, une démarche systématique d'intervention, les activités de l'équipe multidisciplinaire, le soutien alimentaire, la disponibilité de soutiens spécifiques (soutiens relationnel, matériel, antitabagique, etc.).

2.2.5 COLLECTE DES DONNÉES

Les données ont été recueillies de façon systématique pour documenter étroitement le déroulement des processus et le développement, s'il y avait lieu, d'une chaîne d'évidences (Yin, 1989). Huit mécanismes de collecte des données ont été utilisés.

• **Entrevues auprès des acteurs ou groupes d'acteurs**

Des entrevues en profondeur (d'une durée moyenne d'une heure trente) ont été effectuées avec les acteurs au tout début de la mise en œuvre (temps 1), en octobre et novembre 1991, puis en avril et mai 1992, donc de neuf à dix mois après le début de la mise en œuvre (temps 2), et en octobre 1992, à la fin de la période finalement allouée pour l'évaluation de l'implantation (temps 3). Signalons que cette période a été prolongée pour permettre à trois des quatre CLSC de rejoindre le nombre prévu de dix femmes. Trois guides d'entrevue, que l'on retrouvera à

l'annexe 2.2, ont été élaborés en fonction du modèle politique et contingent d'analyse. Ces entrevues visaient à dégager les stratégies fondamentales des acteurs, leurs stratégies de réaction, la centralité et l'adhésion aux objectifs.

Au niveau des intervenantes professionnelles, étant donné leur nombre élevé par CLSC (17 à Hochelaga-Maisonneuve, 12 à Mercier-Est/Anjou, 7 à Olivier-Guimond et 6 à J.-Octave Roussin), nous avons dû procéder à une sélection de trois intervenantes par établissement. Les critères de sélection étaient fondés sur la profession des intervenantes à l'intérieur de chaque équipe tout en tenant compte des autres équipes des CLSC participants. Dans le premier CLSC, la médecin fut sélectionnée puisqu'il s'agissait de la seule représentante de cette profession effectuant des suivis. Une nutritionniste, rattachée à un module d'organisation communautaire, et une infirmière, nouvelle au sein de l'équipe qui existait d'assez longue date et donc susceptible d'amener un regard neuf, furent aussi sélectionnées. Dans le deuxième CLSC, la seule intervenante sociale de l'équipe, une auxiliaire familiale récemment transférée du Centre de services sociaux et une infirmière furent sélectionnées. L'infirmière choisie n'effectuant que peu de suivis, l'infirmière effectuant le plus de suivis fut ajoutée pour les temps 2 et 3, l'entrevue du temps 2 ayant repris les éléments essentiels du temps 1. Dans le troisième CLSC, la seule intervenante sociale de l'équipe, une auxiliaire familiale et une infirmière nouvellement arrivée dans l'équipe et diplômée récemment en nursing communautaire furent sélectionnées. Dans le dernier CLSC, la seule intervenante sociale de l'équipe, une auxiliaire familiale et une infirmière active dans les services à la petite enfance depuis longtemps et impliquée dans la communauté furent sélectionnées.

Pour sélectionner les représentantes **des intervenantes hors programme des CLSC**, on a attendu à la fin des entrevues du temps 1 pour choisir des personnes en lien avec les enjeux qui nous apparaissaient les plus importants suite à une première analyse des données recueillies. Dans le premier CLSC, une représentante des services médicaux courants fut choisie étant donné l'importance de ces services au sein de l'établissement. Dans le deuxième, une professionnelle oeuvrant à la fois dans les services courants et en organisation communautaire fut sélectionnée. Dans le troisième CLSC, un intervenant fut choisi parce qu'il était un des rares hommes à être en contact direct avec ces familles sans faire partie de l'équipe. Enfin, dans le quatrième CLSC, la coordonnatrice des services psychosociaux, réputée être fortement intéressée par cette problématique, fut choisie.

Pour les organismes communautaires, les personnes furent choisies à partir d'une liste des organismes, dans chacun des territoires, les plus susceptibles d'être en contact avec des femmes enceintes vivant en situation de pauvreté. Seules les responsables de tels organismes furent interviewées, à l'exception d'un membre d'une table de concertation locale. Les entrevues eurent lieu aux temps 2 et 3, étant donné qu'au temps 1 aucun organisme communautaire n'avait été informé de l'existence du programme et que les CLSC avaient demandé expressément de leur laisser le temps de contacter eux-mêmes ces organismes. Cependant, au temps 2, l'agente de recherche a dû présenter les principaux éléments

du programme à tous les organismes, sauf un qui en était bien informé. On retrouvera copie des guides d'entrevue à l'annexe 2.3.

Par contre, des entrevues pour les trois temps furent réalisées auprès de **chaque directeur général, chaque coordonnatrice responsable de l'équipe/programme et chaque chef d'équipe**. Dans un CLSC, un changement de chef d'équipe ayant eu lieu après le temps 1, la nouvelle chef d'équipe accorda au temps 2 une entrevue intégrant les questions essentielles du guide du temps 1.

La direction générale du DSC ainsi que la coordonnatrice de l'équipe de planification ont été rencontrées à la fin de chaque temps. En outre, l'équipe de recherche leur a communiqué des résultats partiels préliminaires après chaque étape de collecte de données.

Au total, 108 entrevues furent réalisées, 30 au temps 1, 39 au temps 2 et 39 au temps 3.

- **Questionnaires auto-administrés auprès des intervenantes**

Étant donné le nombre élevé d'intervenantes et afin de s'assurer d'une collecte uniforme de certaines données, un questionnaire auto-administré, dont on trouvera copie à l'annexe 2.4, a été complété par chaque intervenante au temps 1 (collecte spéciale sur formation, scolarité et expérience antérieure), ainsi qu'aux temps 2 et 3, pour connaître les opinions sur l'efficacité perçue de chaque élément du programme, son degré de faisabilité et le sentiment d'adéquation de l'intervenante par rapport à son actualisation. Ces questionnaires ont été traités sur logiciel SPSS.

- **Sources documentaires**

Divers documents ont été consultés, particulièrement les procès-verbaux des comités de régie ayant discuté de la mise en place et du fonctionnement des équipes/programme et les comptes rendus des réunions des équipes/programme.

- **Observations directes**

Certaines réunions des équipes/programme, particulièrement celles où il y avait discussion de cas, ont fait l'objet d'une observation directe afin de voir à l'œuvre les efforts de multidisciplinarité. Ces observations ont d'ailleurs constitué une source supplémentaire pour évaluer les stratégies fondamentales et les stratégies de réaction des intervenantes. La grille utilisée pour noter les observations peut être consultée à l'annexe 2.5. Au total, 20 observations directes ont été effectuées, dont trois par le chercheur principal.

- **Journal de bord**

Un journal de bord a été tenu au fur et à mesure par l'agente de recherche et le chercheur principal, permettant de noter toute information qui pouvait s'avérer pertinente pour les analyses.

- **Grille d'analyse continue des besoins**

Cette grille, remplie au début du contact entre l'intervenante et la femme, qui devait être mise à jour au moins toutes les deux semaines, a servi à recueillir les informations sur l'estime de soi et la motivation, de même qu'à documenter les écarts entre services prévus, offerts et actualisés. Les sections pertinentes pour la collecte des données ont été codées et saisies informatiquement. Cette grille, dont la version de travail définitive se retrouve à l'annexe 2.6, a fait l'objet d'une validation durant la même période que l'évaluation de mise en œuvre par les CLSC de Hull et de Grande-Rivière, avec la participation du DSC de l'Outaouais (Perreault et al. 1994).

- **Fiche d'intervention clinique cumulative**

Cette fiche, qui a fait l'objet d'une validation durant la même période que l'évaluation de mise en œuvre (Routhier et Perreault, 1993), a servi à recueillir les informations concernant les interventions réalisées par les intervenantes ayant effectué des suivis. On trouvera copie de la fiche à l'annexe 2.7.

- **Entrevues auprès des femmes**

Une entrevue a été effectuée auprès de chacune des 36 femmes recrutées qui ont participé au programme. Nous avons analysé en profondeur 34 entrevues, écartant celle réalisée auprès d'une femme ayant refusé l'enregistrement et une réalisée auprès d'une femme ayant perdu son enfant mais qui avait demandé, à son retour de l'hôpital, à compléter l'entrevue. Les entrevues ont duré en moyenne 40 minutes. On peut trouver à l'annexe 2.8 copie du guide d'entrevue.

2.2.6 ANALYSE DES DONNÉES

Comme nous avons procédé à une collecte des données faisant appel à huit mécanismes différents, dans un premier temps, les méthodes d'analyse propres à chaque type de données ont été utilisées : particulièrement l'analyse de contenu qui convient au matériel de type qualitatif recueilli par les entrevues auprès des acteurs et groupes d'acteurs, les sources documentaires, l'observation participante et les entrevues auprès des femmes. Le logiciel SATO a été utilisé pour effectuer cette analyse de contenu. Le questionnaire auto-administré a été saisi par informatique (SPSS). Quant à la grille d'analyse continue des besoins et à la fiche d'intervention clinique, les données pertinentes ont été saisies par des moyens informatiques après codage pour servir à des analyses de type nominal, sans tests statistiques. Notons enfin que le journal de bord a servi à étayer, développer ou appuyer l'ensemble des analyses.

À partir d'un premier traitement des données selon les méthodes appropriées à son mode de collecte, nous avons procédé par appariement de modèle, ce qui constitue la stratégie d'analyse la plus appropriée lors d'une étude de cas (Yin, 1989). L'analyse a été effectuée en trois étapes: une analyse interne dans chaque CLSC a permis de décrire l'évolution des rapports entre les différents groupes d'acteurs et son in-

fluence sur le niveau d'implantation des éléments du programme intégré en périnatalité.

Dans un deuxième temps, nous avons analysé l'interaction intervenantes et femmes dans chacun des quatre CLSC afin de repérer les facteurs qui peuvent expliquer le niveau et la qualité de la mise en œuvre concrète du programme auprès des femmes de chaque CLSC.

Finalement, dans un troisième temps, nous avons effectué une analyse transversale pour déterminer les facteurs associés à une plus forte probabilité de succès dans la mise en œuvre des éléments du programme (variable dépendante). Cette analyse transversale a tenu compte des deux étapes précédentes.

2.2.7 CRITÈRES DE VALIDITÉ

Validité interne du devis choisi

Le recours à des propositions théoriques formelles constitue selon plusieurs auteurs (Campbell, 1975 ; Yin, 1981a, 1981b, 1989) une façon de minimiser les biais qui pourraient compromettre la validité interne de ce type de devis. En effet, le recours à un modèle théorique minimise le risque de réaliser une observation biaisée d'un phénomène en se laissant influencer par des pré-notions ou encore en étant peu prudent à l'égard des interprétations suggérées par les acteurs présents sur les lieux d'une recherche. Nous disposions d'une proposition théorique qui a guidé tant la collecte que l'analyse des données. Pour l'analyse, nous avons donc utilisé l'appariement de modèle pour assurer la meilleure adéquation possible entre les modes d'analyse et le modèle théorique.

Validité de construit

Le recours à huit mécanismes différents de collecte des données assure la validité de construit qui est souvent vue comme un point faible des études de cas (Yin, 1989). La convergence des différentes sources d'information a été remarquable. En aucun moment, il n'y eut nécessité de procéder à un arbitrage. En effet, les observations directes, le journal de bord et les sources documentaires permettaient de confirmer et parfois de compléter les données principalement recueillies lors des entrevues en profondeur. Ainsi, pour ce qui est des stratégies fondamentales des acteurs, nous sommes partis d'une analyse des discours de chaque acteur, ou d'un représentant d'un groupe d'acteurs, que nous avons croisés avec des discours d'autres acteurs pour produire une forme de corroboration parmi plusieurs entrevues réalisées de façon indépendante. Ces comparaisons ont permis de valider la description des stratégies des acteurs à travers des sources différentes. De plus, les documents écrits ou enregistrés (comptes rendus des rencontres d'équipe, procès-verbaux des comités de régie interne) ainsi que l'observation directe de certaines rencontres des équipes/programme) ont permis de mieux définir ces stratégies. Les analyses ont toutes été effectuées par deux chercheurs, travaillant le plus souvent de manière indépendante.

Validité externe

Ce type de validation repose principalement, dans le cadre de cette étude, sur le fait qu'il y ait plusieurs cas à l'étude, tant au niveau des sites qu'au niveau des femmes. Les 34 cas de femmes ont constitué une masse critique suffisante pour assurer les analyses. On peut vraiment affirmer que la saturation des données a été atteinte de manière plus que satisfaisante. Ainsi, les informations spécifiques ne touchaient qu'à des aspects secondaires des analyses, aspects le plus souvent vérifiables à travers les autres sources de données. La congruence théorique est apparue ici aussi comme la meilleure garantie de contrôle des biais.

2.2.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont a approuvé les implications éthiques de ce projet de recherche. Toutes les femmes ont signé une lettre de consentement, dont on trouvera copie à l'annexe 2.9, soulignant entre autres qu'elles pouvaient quitter la recherche en tout temps sans préjudice et continuer de recevoir le programme. Les professionnels des CLSC ont aussi signé une lettre de consentement, dont on trouvera copie à l'annexe 2.10, lettre qui assurait des mécanismes pour protéger leur anonymat et la confidentialité. Il s'est cependant révélé impossible de garantir en tout temps l'anonymat et la confidentialité des acteurs des CLSC. Ceci a constitué un problème majeur qui a indûment retardé la publication du rapport de cette recherche. Nous reviendrons sur ce point au chapitre 6.

Chapitre 3

NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX

Un programme intégré de services prénatals

La mise en œuvre de NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX, un programme intégré de services prénatals, comme on l'appelait en 1991, a présupposé plusieurs démarches de différents ordres. Le présent chapitre a pour objectif de rendre compte de ces grandes étapes : provenance du projet, planification, émergence d'un partenariat, conception formelle, développement d'un programme de formation et production des outils. Cette description servira de toile de fond à la présentation des résultats de la présente étude (voir le chapitre 4).

C'est dire que ce chapitre présente strictement le programme tel qu'expérimenté au cours de la période de mise en œuvre, sans tenir compte des changements ultérieurs. En effet, comme on l'explique en détail dans le préambule du présent rapport, un certain nombre de documents ont clarifié l'un ou l'autre aspect de ce programme, de nouvelles formations ont été développées, de nouveaux outils ont été produits, de nouveaux partenaires, notamment du secteur communautaire, se sont ajoutés. Le tout a d'ailleurs été repris et mis à jour afin de rendre disponible une description exhaustive des volets pré et postnatal du programme présentement en vigueur (Martin, Boyer et al., 1995).

3.1 LA PROVENANCE DU PROJET

NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX s'est développé à la faveur d'un contexte québécois nettement favorable et dans le prolongement des visions de son initiatrice et de son équipe. En effet, les discussions se multiplient sur l'humanisation des naissances, l'efficacité des cours prénatals auprès des femmes de milieu défavorisé, tout comme celles sur l'intervention des CLSC en milieu défavorisé (rapport Brunet). C'est dans ce contexte que les avis sur la périnatalité au Québec présentés au ministère de la Santé et des Services sociaux, en 1989, marquent un point tournant dans l'émergence du projet. Le comité provincial ayant produit l'avis *Naître égaux et en santé* recommande en effet que :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux supporte la mise en place d'un programme intégré de soins prénatals globaux pour les femmes enceintes défavorisées, via le réseau de soins primaires. Dans un premier temps, cette intervention devrait faire l'objet de plusieurs projets pilotes. (Colin et Desrosiers, 1989, p. 98)

Dans le même esprit, le comité recommande de réaliser des évaluations de processus et d'impact de ces projets et de mener à terme l'évaluation de deux projets pilotes inspirés du Dispensaire diététique de Montréal. Par la suite, un bilan provincial sur les programmes intégrant les suppléments alimentaires (Leduc et Rozefort, 1991) est devenu un outil de référence majeur pour les CLSC offrant ou désirant offrir ce type de programme. Un colloque organisé à l'automne 1991 par le comité provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire du Québec a de plus permis à quelques centaines d'intervenantes de partager leurs expériences et leurs projets dans le domaine (Comité provincial FEJ, 1992).

Le projet développé sur le territoire du DSC Maisonneuve-Rosemont s'inscrit évidemment au cœur de ces travaux, et ce, d'autant plus que Christine Colin, médecin spécialiste en santé communautaire, était alors à la fois la co-auteure de l'avis présenté au MSSS, la présidente du comité provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire du Québec, la directrice de ce DSC et l'initiatrice du projet. Christine Colin avait également mené au préalable un certain nombre de travaux touchant la maternité en milieu défavorisé avec des collaborateurs (Colin, 1980 ; Colin, 1984; Colin, Join-Lambert et Deschamps, 1986; Montreuil et Colin, 1988). La philosophie d'intervention et la vision initiale des concepteurs du programme NAÎTRE ÉGAUX ET EN SANTÉ ont d'abord été communiquées dans le bulletin d'information du DSC Maisonneuve-Rosemont. On y précisait que l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des nouveau-nés et de leurs parents constituaient le but de ce programme. De plus, les conclusions de l'étude *Extrême pauvreté, maternité et santé* mentionnaient que :

Le cumul prolongé des difficultés de différents ordres est, justement, difficilement réductible à l'une ou l'autre dimension isolée. Seule une intervention globale, faisant appel au potentiel de développement et de mobilisation des personnes, et comportant des actions multisectorielles, a quelque chance de permettre l'accès à une meilleure santé. Mais le contrôle social qui est associé à ces interventions oblige à repenser constamment la finalité des moyens

dont les établissements se dotent pour offrir des services adaptés à cette population, même s'ils sont établis sur la base de facteurs de succès reconnus (extrait du résumé).

C'est sur cette toile de fond que la planification du programme a été amorcée par les professionnels du DSC Maisonneuve-Rosemont et qu'un partenariat s'est constitué, tous s'entendant sur la pertinence de le mettre en œuvre le plus rapidement possible.

3.2 LES PRINCIPAUX AXES DE PLANIFICATION

Sans entrer ici dans le détail de la planification opérationnelle du programme, trois axes majeurs méritent d'être signalés : la définition de programme, le financement et la recherche.

Tout d'abord, les premières ébauches de planification du programme ont été réalisées dans le cadre des exercices réguliers de planification du DSC. La professionnelle du DSC désignée pour coordonner ce projet ayant pris sa retraite en septembre 1991, l'opérationnalisation de cette planification a coïncidé avec l'arrivée d'une nouvelle ressource. Dès mai 1989, un plan triennal d'action (1990-1993), très schématique (voir la figure 3.1), prévoyait notamment la rédaction d'un document plus élaboré. La première version de cet outil a été effectivement rédigée par la coordonnatrice initiale dans les semaines précédant son départ, mais le document n'a jamais été finalisé. Les objectifs et les composantes du programme ont plutôt été présentés à l'aide d'acétates dans le cadre de la première journée de formation offerte à toutes les intervenantes impliquées dans le programme.

Figure 3.1
Structure de la planification opérationnelle initiale
1990-1993

Objectif général	Objectifs spécifiques	Actions	Ressources humaines et matérielles	Échéancier	Évaluation

Le deuxième axe majeur de planification est le financement des suppléments alimentaires et de l'augmentation de l'intensité de l'intervention. Aux yeux de tous les partenaires, cet enjeu était crucial, comme le confirmera le *Bilan provincial OLO* (Leduc et Rozefort, 1991). Au départ, les CLSC et le DSC conviennent que les CLSC assumeront à même leur budget courant les frais reliés au suivi de dix femmes, dans le cadre de l'évaluation de mise en

œuvre, pendant que la directrice du DSC multipliera les démarches pour obtenir le soutien financier nécessaire à la poursuite du projet. En décembre 1992, soit deux mois après la fin de la collecte de données de la présente étude, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Marc-Yvan Côté, accordera une subvention substantielle permettant de poursuivre l'expérimentation.

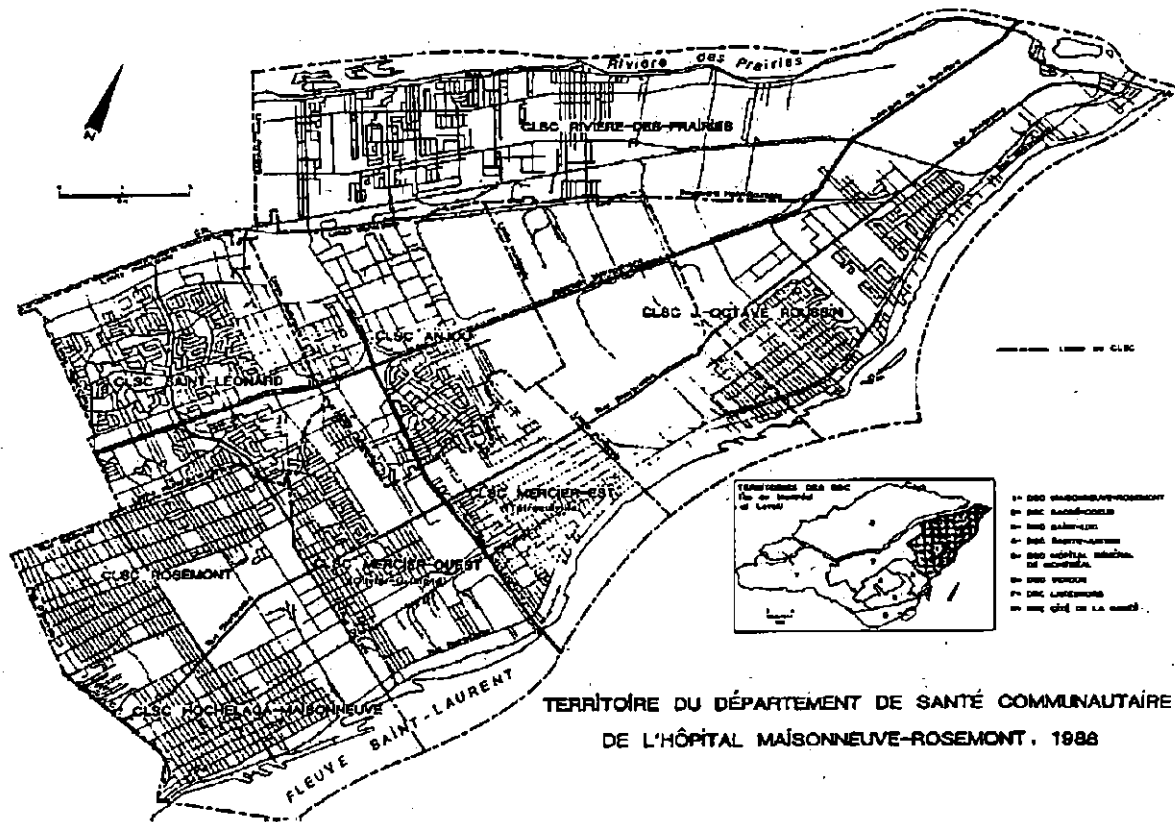
Enfin, le programme NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX a été conçu d'emblée comme un projet pilote ayant une composante « intervention » et une composante « recherche ». Une recension des écrits et une analyse des principaux programmes du même type à travers le monde (Giami, 1989) ont d'abord été réalisées afin d'éclairer et de valider la conception du programme. Concurrément, les résultats de l'étude *Extrême pauvreté, maternité et santé* (Colin et al., 1992), amorcée en 1988, ont rapidement été réinvestis dans le programme (formation, outils). Dans la même veine, une première demande de subvention a été adressée au PNRDS (Programme national de recherche et de développement en matière de santé), dès 1989, pour réaliser une évaluation de la mise en oeuvre et des effets du programme. Cette demande sera d'abord refusée. La présente évaluation de la mise en oeuvre a alors été soumise au CRSSSM qui l'a acceptée. L'étude des effets de la phase prénatale sera finalement amorcée à l'automne 1993, grâce à une subvention du PNRDS (Brodeur, Perreault, Séguin, Boyer, Colin, 1992, renouvelée en 1995).

En somme, à ce moment-là, la planification et l'opérationnalisation du programme reposaient essentiellement entre les mains de la directrice du DSC, secondée par une professionnelle qui, ayant atteint le moment de la retraite, a été remplacée au tout début de la présente étude. Les chercheurs et agents de recherche impliqués dans la préparation de demandes de subvention ou la réalisation d'études complémentaires ont été consultés et, réciproquement, ont associé, au besoin, les professionnels du DSC dans leurs travaux. Par la suite, une équipe projet a été constituée au DSC pour soutenir la consolidation et le développement des différents volets du programme.

3.3 L'ÉMERGENCE D'UN PARTENARIAT

Le DSC Maisonneuve-Rosemont comptant sept territoires de CLSC (voir la figure 3.2), il fallait déterminer quels seraient les partenaires. Diverses hypothèses ont été explorées mais, en bout de piste, le choix sera fait en fonction de la stratégie de recherche retenue dans la demande de subvention adressée au PNRDS en 1989 afin de réaliser une étude d'implantation suivie d'une étude des effets du programme. Un devis quasi expérimental avait été retenu puisqu'on avait écarté, à ce moment, la possibilité de recourir à la randomisation. Ce devis impliquait plutôt de scinder le territoire du DSC en deux sous-territoires équivalents, de façon à comparer un groupe expérimental comptant 500 femmes ayant bénéficié du programme dans les quatre CLSC contigus où il serait implanté (ceux couvrant *grosso modo* la région au sud de la rue Sherbrooke) et un groupe témoin composé de 500 femmes ne recevant que les suppléments alimentaires dans les trois autres CLSC.

Figure 3.2
Le territoire du DSC Maisonneuve-Rosemont



Source : DSC Maisonneuve-Rosemont

En 1990, le DSC de l'Abitibi-Témiscamingue, puis celui de l'Outaouais ont demandé au DSC Maisonneuve-Rosemont de s'associer à leur projet régional. De fil en aiguille, il a été convenu que les CLSC Le partage des eaux (Rouyn-Noranda), Grande-Rivière (Aylmer) et de Hull implanteraient également le programme NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX sur leur territoire.

La direction du DSC a multiplié les rencontres pour présenter le projet aux directions et parfois aux conseils d'administration des CLSC. Très tôt, les coordonnatrices des modules Famille-enfance des CLSC participants et les chefs d'équipes multidisciplinaires ont été impliquées dans la gestion courante des problèmes d'opérationnalisation. Dès 1990, elles se sont réunies régulièrement avec l'agente de planification du DSC afin de planifier les sessions de formation, la gestion des suppléments alimentaires, le recrutement, bref, la mise en œuvre de chacune des composantes du programme. Au cours de la période couvrant la présente étude, elles se sont réunies à sept reprises. Les coordonnatrices avaient de plus délégué certaines intervenantes pour participer à un groupe de travail qui a choisi ou produit les premiers outils d'intervention. Les partenaires se sont entendus formellement à propos de leurs engagements réciproques dans une entente inter-établissements présentée à la section 3.6 du présent chapitre.

3.4 LA PRODUCTION DES OUTILS D'INTERVENTION

La mise en œuvre du programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX présupposait le choix ou la production d'un certain nombre d'outils destinés aux intervenantes et aux femmes enceintes. Tel que mentionné précédemment, ce mandat a été confié à un groupe de travail coordonné par l'agente de planification du DSC et réunissant des intervenantes des sept CLSC participants. Ce groupe s'est rencontré à plusieurs reprises, dès le début de 1990. Tous les outils projetés n'ont cependant pu être réalisés avant le début de l'évaluation de la mise en œuvre ni même, dans certains cas, avant la fin de cette étude.

- **Outils en lien avec l'application d'une démarche systématique d'intervention selon le modèle McGill**

Dans NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX, on a tout d'abord prévu l'utilisation d'une grille qui a pour fonction de permettre aux intervenantes, de façon continue, d'identifier les besoins des femmes enceintes, de les prioriser, d'identifier les ressources personnelles, communautaires et professionnelles susceptibles de les combler le mieux possible et de définir un plan d'action. Assez rapidement, l'utilisation d'une grille prédictive lors d'une première rencontre avec la femme a été rejetée, principalement parce que le programme s'adresse non pas à des personnes à risques, mais bien à une population, à des milieux où les risques reconnus sont très présents. De plus, les intervenantes ont remis en question la valeur des données recueillies dès le premier contact avec une femme via l'administration d'un questionnaire standard.

Plusieurs versions de travail de la *Grille d'analyse continue des besoins des femmes enceintes vivant en situation d'extrême pauvreté* et du guide d'utilisation qui l'accompagne se sont succédées. Les dernières corrections, apportées au printemps et à l'été 1991, l'ont été suite au choix du modèle McGill comme modèle d'intervention. En effet, l'agente de planification du DSC a constamment rappelé la nécessité de réaliser cette intervention auprès des femmes enceintes en situation de pauvreté dans le cadre d'une « démarche systématique » d'intervention. Le choix d'un modèle conceptuel posait un certain nombre de difficultés, la principale étant qu'il n'existait pas (...et n'existe toujours pas à notre connaissance) de modèle d'intervention multi ou interdisciplinaire. Comme la majorité des intervenantes des CLSC étaient des infirmières, c'est un modèle provenant des sciences infirmières, le modèle McGill, qui a été retenu puisqu'il a été conçu spécifiquement dans une perspective d'intervention communautaire.

Un *Guide pour faciliter l'application de la démarche systématique selon le modèle McGill et la participation à la réunion d'équipe multidisciplinaire* a donc été publié par le DSC Maisonneuve-Rosemont. Outre la dernière version de la « grille d'identification des besoins », on retrouve dans ce document des formulaires d'analyse, de planification et d'évaluation continues ainsi que des formulaires de préparation et de structuration des réunions d'équipe multidisciplinaire. La production de tous ces outils a été complétée quelques semaines avant le début de l'évaluation de la mise en œuvre du programme, soit en septembre 1991.

Enfin, le formulaire d'identification des besoins (sans les autres formulaires) a fait l'objet d'une évaluation formelle dans le cadre d'un autre projet de recherche (Perreault, Bou-

chard, Léveillé, Boyer, Colin, 1994). Comme la collecte de données de cette autre étude a été réalisée de juin 1991 à septembre 1992, les résultats ne pouvaient pas être disponibles avant la fin de l'évaluation de la mise en œuvre du programme.

- **Les courbes de gain de poids durant la grossesse**

Après une revue des outils disponibles, le groupe de travail coordonné par l'agente de planification du DSC, qui comptait une nutritionniste, a choisi d'utiliser une série de courbes de gain de poids pendant la grossesse permettant de suivre plus spécifiquement le gain de poids des femmes d'un poids santé normal, minces ou obèses, de même que des femmes ayant une grossesse gémellaire et des adolescentes. Développées par le Idaho WIC Program, elles ont été rééditées par le DSC à l'automne 1991.

- **Document d'information adapté aux femmes enceintes de milieu défavorisé**

Au cours de la période d'analyse des résultats de l'étude *Extrême pauvreté, maternité et santé* (Colin et al., 1992), l'idée de produire *Mon album de grossesse*, « un outil de promotion de la santé pendant la grossesse pour les femmes en situation d'extrême pauvreté et analphabètes » a fait son chemin. Une subvention pour la production et la publication de cet outil a été obtenue en septembre 1991 et une première édition a été rendue disponible à l'été 1992.

- **Formulaire de référence médecin/CLSC et de suivi de la référence**

Ce formulaire, destiné à encourager les médecins qui rencontrent des femmes ciblées par le programme à adresser celles-ci au CLSC, puis à les informer des démarches réalisées auprès des femmes, ne sera élaboré que vers la fin de la période de mise en œuvre. De nombreuses autres activités, notamment de formation, ont été jugées prioritaires. Cet outil sera donc publié en mars 1993.

- **Répertoire de ressources communautaires et
tablette de prescription communautaire pour les médecins**

Afin de faciliter les références entre institutions et ressources communautaires et de permettre à chaque intervenante, professionnelle ou communautaire, de trouver rapidement ce qui compléterait sa propre action, un projet de répertoire de ressources communautaires a été mis en route au cours de l'automne 1991. *Le répertoire des ressources en périnatalité de l'est de Montréal* a été publié en mars 1993.

Seule une version de travail d'une tablette de prescription pour les médecins a été développée. Il aurait été proposé aux médecins de « prescrire » le recours à des ressources communautaires ou en CLSC selon les besoins de la femme : soutien comportemental, matériel, de répit, etc. En sortant du bureau du médecin, la femme aurait présenté la prescription à la secrétaire qui, à l'aide du répertoire de ressources, aurait indiqué les coordonnées des organismes susceptibles de l'aider. La difficulté d'impliquer les médecins dans le recrutement et les nombreux obstacles rencontrés par les femmes pour avoir recours à ces ressources ont réorienté les discussions vers d'autres pistes d'action, de sorte que cet outil n'a finalement jamais été publié.

- **Le dépliant informatif sur le programme**

Le premier objectif des CLSC étant de recruter rapidement des participantes, l'affiche publicitaire qui avait été développée dans le cadre de l'étude *Extrême pauvreté, maternité*

et santé a été mise à leur disposition. Les CLSC l'ont adaptée ou s'en sont inspirés pour produire une affiche qui sera largement distribuée sur leur territoire. Le 7 avril 1992, le DSC fera paraître une annonce dans les journaux de quartier des trois territoires qui n'ont pas complété leur recrutement. À l'été 1993, un dépliant présentant les grandes lignes du programme et les coordonnées des CLSC participants a été mis à la disposition des CLSC pour faire connaître le programme aux médecins, pharmaciens, dépanneurs et autres relayeurs d'information.

- **Formulaire de référence aux groupes communautaires et suivi de la référence**
Destiné à un usage similaire à celui du formulaire pour les médecins, cet outil est demeuré à l'état de projet. Aucune version de travail n'a été produite. Dans le flot d'activités reliées à la mise en œuvre du programme, il n'a tout simplement jamais vu le jour.

3.5 UN PROGRAMME DE FORMATION

La planification des différents volets d'un programme de formation destiné à soutenir les équipes d'intervenantes appelées à mettre en œuvre le programme a été réalisée en étroite collaboration par l'agente de planification du DSC et les coordonnatrices de CLSC. Dès l'automne 1990, les objectifs et le programme de chaque journée de formation ont été systématiquement discutés lors de leurs rencontres. La plupart des sessions de formation ont été offertes à deux reprises et regroupaient, lors de chaque session, les intervenantes de deux CLSC. Voici, par ordre chronologique, les formations offertes.

- **Initiation au travail d'équipe**
Les objectifs de cette formation étaient d'habiliter les participantes à « recourir à des techniques d'intervention efficaces lors de toute situation de travail d'équipe, de participer activement et avec efficacité lors de la présentation et de la discussion d'histoires cliniques et de reconnaître les avantages du travail d'équipe » (document remis aux participantes). Cette session de 15 heures a été animée par une ressource du Collège de Maisonneuve, en octobre et en novembre 1990.
- **Nutrition**
Au cours du mois de janvier 1991, une demi-journée de formation a été préparée et offerte à deux reprises aux CLSC participants. La personne-ressource, la nutritionniste d'un de ces CLSC, a abordé trois séries de questions se rattachant à l'alimentation des femmes enceintes en situation de pauvreté, à savoir : la prise de poids pendant la grossesse (incluant des exercices avec les courbes de poids), les besoins de ces femmes et leurs habitudes alimentaires tels que répertoriés dans la « Grille d'identification des besoins » et certaines dimensions plus particulières (végétarisme, suppléments vitaminiques, etc.). À la fin de cette session de formation, la nutritionniste a fait connaître son intérêt et sa disponibilité pour répondre aux questions que les intervenantes pourraient se poser lorsqu'elles auraient commencé à effectuer des suivis.

- **Intervention en milieu de pauvreté**

Cette session de formation, offerte à deux reprises en février 1991, comportait deux grands objectifs : présenter les fondements et les composantes de ce programme intégré en périnatalité et, en partant des expériences des intervenantes et des résultats de l'étude *Extrême pauvreté, maternité et santé*, amorcer un processus d'identification des enjeux et de recherche de solutions, en regard de l'intervention auprès des femmes en situation d'extrême pauvreté. Tandis que la directrice et l'agente de planification du DSC amorçaient cette journée de formation en présentant les grandes lignes du programme, deux chercheuses présentaient les résultats de l'étude et animaient les discussions.

- **Démarche systématique d'intervention**

Dès l'automne 1990, une consultante en soins infirmiers spécialisée dans le modèle McGill a été associée au développement de cette session de formation dont les objectifs étaient essentiellement de mettre en place une démarche professionnelle la plus rigoureuse possible. Une première session de deux jours a été offerte au printemps 1991 afin de présenter les concepts clés de ce modèle de soins infirmiers. La consultante devenant gravement malade, c'est une autre formatrice qui a supervisé la démarche de tutorat prévue. Cette deuxième consultante n'avait pas exactement la même compréhension du modèle McGill, ce qui a engendré une certaine confusion chez les intervenantes. La démarche de tutorat s'est néanmoins poursuivie, de mai à novembre 1991. La formatrice est intervenue auprès de chaque CLSC dans le cadre de une à quatre rencontres individuelles ou de groupe, selon les besoins des équipes en place.

- **Toxicomanies**

La planification de cette session de formation a été réalisée d'une façon sensiblement différente des autres sessions. L'agente de planification du DSC a réuni des représentants de ressources spécialisées en toxicomanie, soit Domrémy, l'unité de méthadone du CLSC Centre-Sud et le projet Pic-Atouts, un projet d'intervention de rue auprès des toxicomanes du territoire du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, en août 1991. Il a été convenu que ce CLSC expérimenterait le premier une formation en deux volets, un premier volet introduisant de façon générale au phénomène de la toxicomanie (quatre jours) et un deuxième volet (deux jours) portant plus spécifiquement sur la toxicomanie au cours de la grossesse. La coordonnatrice a fait part de son expérience en septembre 1992. Un autre CLSC s'est alors engagé dans une démarche similaire.

- **Rencontres d'échanges entre les intervenantes**

À la suggestion d'un CLSC lors d'une rencontre des coordonnatrices et chefs d'équipe, l'agente de planification du DSC a invité, en février 1992, l'ensemble des intervenantes à échanger sur le programme. Au cours de cette demi-journée, chaque CLSC a présenté un bref compte rendu de la situation et, partant de là, les intervenantes ont partagé leur bons coups, leurs difficultés et certaines pistes d'action et de développement. Quelques mois plus tard, en octobre, les mêmes intervenantes se sont retrouvées au cours d'une journée afin de faire de nouveau le point sur la situation et d'explorer plus à fond certaines questions.

- **Travail en équipe interdisciplinaire et discussions de cas**

Au fil des rencontres des coordonnatrices et chefs d'équipe et de ces deux journées d'échanges, de nombreuses questions autour du travail d'équipe interdisciplinaire ont

surgi et la proposition d'un programme de formation continue a peu à peu été formulée. À l'automne 1992, le DSC soumettra à la discussion une démarche de soutien au travail d'équipe interdisciplinaire. Au terme de la période de mise en oeuvre, soit de décembre 1992 à juin 1993, cette formation sera offerte sous forme de tutorat adapté à la réalité de chaque équipe interdisciplinaire.

3.6 LES GRANDES LIGNES DU PROGRAMME NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX TEL QUE DÉFINI EN 1991

Voici maintenant le programme tel que formulé dans les ententes inter-établissements et les documents de planification du DSC Maisonneuve-Rosemont à l'automne 1991.

3.6.1 LES OBJECTIFS

- Diminuer le taux de naissances prématurées.
- Diminuer le taux de naissances où le poids du bébé est inférieur à 2500 grammes.
- Diminuer la proportion d'enfants qui présentent des retards de croissance intra-utérine.
- Réduire l'incidence des abus et de la négligence à l'égard des enfants.

3.6.2 LES IMPLICATIONS DES CLSC PARTICIPANTS

- **Les implications reliées à l'organisation externe**
 - Participer au comité « ad hoc » permettant l'implantation du programme regroupant la directrice du DSC Maisonneuve-Rosemont, les directions générales des CLSC et les coordonnatrices respectivement du DSC et des CLSC afin de discuter du développement de l'application du programme, de son évaluation et des solutions aux éventuels problèmes.
 - Nommer des intervenantes pour participer au groupe de travail.
- **Les implications reliées à l'organisation interne**
 - Désigner les membres de l'équipe multidisciplinaire composée d'une ou plusieurs intervenantes des professions suivantes : médecin, infirmière, nutritionniste, travailleuse sociale, auxiliaire familiale, à laquelle pourraient se joindre, selon les besoins et les ressources disponibles, une organisatrice communautaire, une hygiéniste dentaire, une psychologue, etc.
 - Déterminer la fréquence des rencontres de l'équipe multidisciplinaire (au moins aux deux semaines) et assurer la disponibilité des membres pour ces rencontres.

- Nommer au moins deux intervenantes privilégiées, pour la mise en oeuvre du projet, qui assureront un soutien personnalisé et global auprès des femmes enceintes.
 - Assurer la disponibilité de ces intervenantes privilégiées en termes de temps/semaine pour assurer le suivi d'au moins 10 femmes enceintes, entre le 1^{er} octobre 1991 et le 1^{er} juin 1992, pour la préparation, la réalisation et le suivi des visites d'environ une heure aux deux semaines ou plus ou moins fréquemment, selon les besoins.
- **Les implications reliées à l'atteinte de la population cible**
 - Donner une priorité aux femmes enceintes les plus défavorisées et à leurs familles.
 - Choisir les femmes en fonction des critères de sélection tels que définis dans la fiche de sélection des participantes.
 - Faire une publicité du programme, tout en informant la femme qu'elle participe à l'évaluation de la mise en oeuvre d'un projet pilote dont les retombées peuvent être importantes pour l'amélioration des services.
- **Les implications reliées à la formation**
 - S'assurer que chaque intervenante a participé aux formations suivantes :
 - travail en équipe multidisciplinaire ;
 - nutrition ;
 - approche des milieux défavorisés ;
 - démarche systématique d'intervention :
 - modèle d'intervention
 - application du modèle à la démarche
 - tutorat
 - suivi après trois et six mois ;
 - toxicomanies, si nécessaire.
 - Pour les nouvelles intervenantes, un plan d'orientation sera développé.
- **Les implications reliées à l'application du programme**
 - a) **Une démarche systématique qui comprend**
 - le développement d'une relation de confiance entre l'intervenante privilégiée et la femme ;
 - l'identification continue des besoins au moyen d'échanges lors des rencontres afin que la femme puisse identifier et analyser ses besoins ;
 - l'évaluation en équipe multidisciplinaire des besoins identifiés ;
 - une discussion en équipe multidisciplinaire d'un plan d'aide à proposer à la femme ;
 - une discussion entre l'intervenante privilégiée et la femme enceinte, sur le plan proposé ;
 - une décision prise par la femme et une évaluation du plan d'action aux

deux semaines, ou plus souvent si nécessaire, par des visites à domicile, au CLSC ou en petits groupes.

b) Un soutien à chacune

- un suivi de santé en complémentarité avec le médecin traitant et les autres intervenants comprenant un soutien :
 - pour une consultation médicale précoce et un suivi régulier ;
 - pour une réponse aux besoins d'information ;
 - des rapports périodiques au médecin traitant ou aux autres intervenants qui ont fait la référence ;

- un soutien alimentaire comprenant :
 - une information et des conseils sur l'alimentation ;
 - une surveillance des courbes de poids ;
 - des suppléments alimentaires ou vitamines et minéraux selon les besoins ;

- un soutien et de l'information sur :
 - le déroulement de la grossesse ;
 - l'accouchement ;
 - le nouveau-né ;
 - le rôle des parents :
 - l'alimentation du bébé (sein, biberon) ;
 - les soins de l'enfant ;
 - la relation parent-enfant ;
 - le développement de l'enfant.

c) Un soutien personnalisé selon les besoins particuliers

- un soutien comportemental et la référence au besoin pour :
 - les changements d'habitudes de vie (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, abus de médicaments) ;
 - si référence, le suivi régulier en plus par l'intervenante privilégiée et l'évaluation des services ;

- un soutien psychosocial :
 - un suivi en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire ;
 - ou la référence à un spécialiste ;
 - si référence, le suivi régulier en plus par l'intervenante privilégiée et l'évaluation des services ;

- un soutien et un renforcement du réseau naturel :
 - les rencontres avec la femme enceinte, des membres de la famille, amis, voisins ou autres personnes significatives pour elle ;

- un soutien matériel :
 - la référence à des organismes offrant :
 - dépannage monétaire ;
 - aliments, meubles, vêtements et autres ;
 - l'évaluation de la référence ;

 - un soutien communautaire par les pairs dans les cas d'isolement ou autres :
 - la référence à des organismes communautaires ;
 - l'évaluation des services ;

 - un soutien des auxiliaires familiales dans les cas suivants :
 - lourdes tâches ;
 - incapacité temporaire ;

 - la planification de la mise sur pied de groupes de marraines.
- **Les implications reliées aux actions préalables**
- Assurer une disponibilité monétaire pour offrir les suppléments alimentaires (un œuf, un litre de lait, une orange par jour) à au moins 10 femmes enceintes durant 20 à 24 semaines ($224,16 \$ \times 10 = 2\,241,60 \$$).
 - Développer un moyen de remettre les suppléments alimentaires.
 - Informer les médecins et autres professionnels des services reliés au programme intégré :
 - les stimuler à référer au programme les femmes enceintes défavorisées ;
 - les assurer de rapports périodiques ;
 - s'assurer de la collaboration des secrétaires des médecins ou autres professionnels.
 - Établir des liens fonctionnels avec les établissements ou organismes offrant des services :
 - de changements d'habitudes de vie (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, abus de médicaments) ;
 - psychosociaux ;
 - de soutien matériel (dépannage monétaire, aliments, meubles, vêtements, autres) ;
 - de groupes d'entraide communautaires ;
 - de loisirs et de garderies.
- **Les implications reliées aux ressources matérielles**
- Utiliser le matériel conçu pour l'application du programme :
 - dépliant informatif sur le programme ;
 - formulaire « Identification des besoins, analyse, planification et évaluation continues » ;
 - guide d'utilisation du formulaire « Identification des besoins » ;
 - guide pour faciliter l'application de la démarche systématique ;

- formulaire de référence des médecins aux CLSC ;
- formulaire de suivi de la référence du CLSC aux médecins ;
- formulaire de référence aux organismes communautaires ;
- formulaire de suivi de la référence ;
- guide de suivi alimentaire ;
- courbes de poids ;
- document d'information adapté aux femmes enceintes de milieu défavorisé ;
- répertoire des ressources communautaires et tablette de prescriptions « ad hoc » pour les médecins de l'est de Montréal.

- Prévoir l'utilisation de pese-personnes portatifs.

CONCLUSION

Enraciné dans l'expérience québécoise d'intervention auprès de femmes enceintes en situation de pauvreté, le projet pilote NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX se développe sous le leadership du DSC Maisonneuve-Rosemont. Réalisées avec la collaboration des CLSC partenaires, la planification de cet important programme de formation et la création ou l'adaptation de plusieurs outils d'intervention exigeront quelques années de travail. Même si les démarches de planification ont été entreprises au delà d'un an avant la mise en oeuvre du programme auprès des femmes, certains outils prévus n'étaient pas prêts au moment d'amorcer la mise en oeuvre du programme et une formation, celle portant sur une démarche systématique d'intervention, n'était pas complétée. Ces délais n'ont cependant pas compromis le démarrage du projet, tel que défini dans l'entente inter-établissements dont se sont dotés les partenaires.

Chapitre 4

Résultats de la mise en œuvre des diverses composantes du programme

Dans les pages qui suivent, nous introduirons des données extraites d'une série de tableaux que nous avons regroupés à la fin du présent chapitre pour vous en faciliter la lecture.

Dans le cadre de ce chapitre, on examinera la mise en œuvre des diverses composantes du programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX au sein des CLSC participants. On retrouvera donc les résultats concernant la mise en œuvre du recrutement de la clientèle visée, de la distribution des suppléments alimentaires, de l'établissement d'une relation de confiance avec une intervenante privilégiée, d'une démarche systématique d'intervention, du travail d'équipe multidisciplinaire, du recours aux ressources du milieu et de la disponibilité de soutiens spécifiques.

4.1 LE RECRUTEMENT DE LA CLIENTÈLE VISÉE

4.1.1 PROFIL DES PARTICIPANTES

Il était convenu que chaque CLSC devait recruter dix femmes enceintes parmi les plus défavorisées de son territoire. Concrètement, les participantes devaient répondre aux critères suivants :

- être francophones (langue maternelle : français) ;
- être nées au Québec ;
- ne pas avoir complété le secondaire V ;
- vivre sous le seuil de la pauvreté ;
- provenir d'un milieu de pauvreté (dans le cas des adolescentes, que les parents vivent sous le seuil de la pauvreté) ;
- avoir complété de 16 à 20 semaines de grossesse.

On trouvera au tableau 4.1 les principales caractéristiques des 34 femmes participant à l'étude. Elles correspondent en tous points aux critères de recrutement fixés.

Tableau 4.1

Caractéristiques des femmes participant à l'étude

Caractéristiques	Nombre de femmes dans cette situation (n=34)
Âge	
Moins de 18 ans	6
19-34 ans	27
35 ans et +	1
Rang de l'enfant attendu.	
1	17
2	10
3	5
4 et +	2
Dernière année de scolarité complétée	
Sec. IV	7
Sec. III	10
Sec. II	5
Sec. I	7
5 ^e et 6 ^e année	5
Principale source de revenu familial	
Sécurité du revenu	29
Travail du conjoint	1
Assurance-emploi	1
Autre	3
Cohabitation	
Seule	8
Avec un conjoint	17
Avec des parents	3
Famille d'accueil	1
Autre	5

On trouvera de plus à l'annexe 4.1 un profil de chacune des 34 participantes. À titre indicatif, en voici trois qui représentent assez bien la situation dans laquelle vivent ces femmes.

Madame Céline

Madame est une primipare de 17 ans qui vit avec sa mère, son frère et sa cousine (en famille d'accueil). Elle a une bonne relation avec sa mère mais vit des tensions avec son frère et sa cousine. Elle a complété le Secondaire II et n'a jamais travaillé à l'extérieur de la maison. Madame planifie demeurer avec sa mère pour au moins 3 ans, le temps qu'elle se ramasse assez d'argent pour partir en appartement. Elle prévoit un retour aux études peut-être vers l'âge de 30 ou 40 ans, comme sa mère.

Son père a quitté la famille lorsqu'elle avait 2 mois. Il était plongeur dans un restaurant. Sa mère s'est toujours occupée de la maison. La sécurité du revenu constitue sa principale source de revenu et celle de sa mère.

Madame voit le père du bébé mais elle n'est pas prête à demeurer avec lui. Ce dernier travaille comme boucher. Il est plus ou moins présent dans ses projets d'avenir. Madame veut elle-même éduquer son enfant et ne planifie pas un retour à l'école pour cette raison. Son conjoint est heureux qu'elle soit enceinte. Sa mère aussi est contente.

Madame rêve d'ouvrir une garderie en copropriété avec sa mère ou de devenir famille d'accueil.

Madame utilise les outils offerts mais surtout à titre d'information. Elle a amélioré ses habitudes alimentaires. Elle équilibre mieux ses repas et ses collations. Elle a diminué sa consommation de cigarettes de 2 paquets à un demi-paquet par jour.

Madame Rachel

Madame est une primipare de 31 ans. Elle a une grossesse gémellaire et aimerait avoir des garçons, car la vie est très difficile pour des filles. Elle a peur d'établir une mauvaise relation si ce sont des filles. Madame aura probablement une césarienne. Elle a eu 4 avortements spontanés et un provoqué.

Madame a complété le Secondaire III et a déjà travaillé à temps partiel pendant un an sur des enquêtes et comme barmaid. Elle a des préoccupations financières : elle se réveille la nuit et se demande comment elle va arriver à acheter les accessoires du bébé.

Madame habite avec son conjoint depuis un an. Les 2 enfants du conjoint habitent avec leur mère mais visitent le couple une fin de semaine sur deux. La relation est difficile avec eux. Elle dit que son conjoint est heureux de cette grossesse. Il s'implique et l'a accompagnée pour l'échographie. Âgé de 32 ans,

il est normalement travailleur autonome, mais il ne travaille pas depuis 6 mois et ne reçoit pas d'assurance-emploi, ni de sécurité du revenu.

Son père est présentement au chômage. Il a été commis voyageur pendant 40 ans. Sa mère est toujours demeurée à la maison.

Madame a connu une enfance malheureuse. Elle ne voit plus ni sa sœur ni sa mère et décrit sa famille avec beaucoup de colère et de déception. Sa mère l'a mise à la porte à l'âge de 14 ans. Elle voit son père à l'occasion, mais ne peut compter sur lui.

Sa santé est vacillante. Elle a des allergies, fait des bronchites et a des problèmes de constipation. Elle a été hospitalisée fréquemment pour de l'asthme. Madame dort peu. Elle a bon appétit, mais ne boit pas de lait et mange peu de fruits et légumes. Elle n'a pas un gain de poids suffisant. Elle consomme un paquet de cigarettes par jour.

Madame Sophie

Madame a 25 ans et vit avec son conjoint et ses 3 enfants dans un logement mal isolé. Elle habite un troisième étage doté d'un escalier étroit et dangereux, ce qui fait que, certains jours, elle ne sort pas du tout. Avec le soutien de l'intervenante, elle a fait une demande à l'Office municipal d'habitation pour obtenir un HLM.

Madame a complété le Secondaire III et n'a jamais travaillé à l'extérieur de la maison. Elle a déjà eu deux fausses couches. Les autres enfants sont contents de la venue du bébé.

Madame a été placée à l'âge de 13 ans en famille d'accueil, après avoir été battue par sa mère. Elle n'a à peu près pas connu son père. Elle trouve qu'elle a réussi à s'en sortir malgré tous les problèmes de son enfance.

Son conjoint, âgé de 23 ans, s'implique parfois dans la vie familiale, mais il oublie régulièrement ses responsabilités parentales car il consomme de la cocaïne et de l'alcool. Il a accepté d'aller dans un centre de désintoxication sous son insistance. Il y est demeuré une semaine et, dès son retour, a recommencé à consommer et à nier les problèmes reliés à sa consommation. Il reçoit de la sécurité du revenu, mais conserve son argent pour payer ses dettes. Madame assume seule les responsabilités familiales

La famille vit de graves problèmes financiers et risque de se faire couper bientôt le chauffage et l'eau chaude. Madame accorde une grande importance à l'alimentation, mais elle se prive pour en donner davantage à ses enfants. Elle consommait 20 cigarettes par jour mais a cessé de fumer au début de sa grossesse. Elle a également arrêté de boire du cola.

4.1.2 LES MODALITÉS DE RECRUTEMENT

Le recrutement a été effectué de façon fort différente dans les quatre CLSC. Au CLSC A, les dix femmes ont été recrutées très facilement au cours de la période prévue, soit d'octobre 1991 à mars 1992. Pour le CLSC C, l'objectif de rejoindre dix femmes a nécessité que la période de recrutement soit prolongée de deux mois. Et pour les deux autres CLSC, même après un recrutement prolongé, il a été impossible de trouver dix femmes enceintes répondant aux critères et intéressées à être suivies dans le cadre du programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX, le CLSC B réussissant à recruter neuf femmes et le CLSC D cinq.

Pour le CLSC A, les caractéristiques socio-économiques de la population du quartier et la visibilité du CLSC ont sûrement facilité le recrutement des femmes pour le programme. Dès les premières publicités, la demande a été très forte : « Tu as vu, juste à l'annonce qu'on affiche ici, je pense qu'il y en a une quarantaine qui ont appelé. » (CLSC, T1) En fait, les intervenantes ont été débordées par les demandes, ce qui les a même amenées à refuser des participantes à la recherche. Ces choix n'ont pas été nécessairement faciles : « Qui sélectionnes-tu quand tout le monde est dans la misère ? » (CLSC, T3) Pour répondre le mieux possible à l'ensemble des demandes que le CLSC avait reçues, les intervenantes ont développé des services spécifiques pour les femmes refusées dans l'étude :

Donc, en décembre et en janvier, on a dû faire un groupe de jour pour ces femmes-là qu'on refusait dans le programme pour leur indiquer minimalement les ressources du quartier [...] Elles ont demandé aussi de l'information au sujet des drogues. [...] On a dû se faire des groupes plus particuliers comme ça parce que la demande était grande. Quand j'ai des demandes que nous, on ne peut pas assumer dans le cadre du programme, je les donne à la chef d'équipe et elle les répartit dans l'équipe, parce que maintenant il y a des infirmières qui font du postnatal qui vont avoir à faire des suivis prénatals. (CLSC, T2)

Selon les intervenantes, ce sont les suppléments alimentaires qui sont en grande partie responsables de la facilité avec laquelle les dix femmes ont été recrutées. Sans ces suppléments, le recrutement aurait été beaucoup plus ardu. Elles tirent cette conclusion du fait que, par le passé, le CLSC avait beaucoup de difficultés à rejoindre les femmes enceintes du territoire. Dans plusieurs cas, les femmes recrutées ne seraient jamais venues chercher des services prénatals au CLSC : « Je pense que sur les dix, il y en a qui n'auraient pas nécessairement fait de demande au CLSC. » (CLSC, T2) Le programme aurait ainsi permis au CLSC de rejoindre une clientèle qu'il ne réussissait pas à recruter par sa programmation normale :

Il faut avoir un appât, pour ainsi dire, pour les rejoindre. [...] Sans programme spécifique, on n'est pas capable de les rejoindre, pas du tout. On a essayé autant comme autant. On a mis des annonces. Je me souviens qu'on avait mis des annonces dans les Caisses populaires pour des rencontres prénatales. [...] T'avais beau annoncer, elles ne venaient pas. C'était celles qui étaient intéressées qui venaient, les personnes qui, en fait, n'en auraient peut-être pas eu vraiment besoin. (CLSC, T1)

Cette facilité de recrutement cache toutefois deux réalités bien importantes pour les intervenantes : tout d'abord, elles ont eu de la difficulté à impliquer certaines femmes dans la démarche d'intervention ; elles n'ont par ailleurs pas vraiment réussi à recruter les femmes qu'elles jugent les plus en difficulté sur le territoire, particulièrement les toxicomanes.

En effet, les craintes des femmes à l'égard des services sociaux font en sorte qu'elles évitent généralement les programmes proposés par le CLSC. Le suivi associé à la distribution des suppléments alimentaires inclus dans le programme intégré a fait fuir certaines femmes : « J'ai l'impression qu'il y en a qui ne veulent pas être *achalées*. » (CLSC, T3) Dans certains cas, les intervenantes ont dû faire des efforts importants pour que certaines femmes ne refusent pas le programme : « Ça, c'est une personne qui n'aurait jamais consulté sans ce programme-là [et], les deux autres, on a eu toutes les misères du monde à les avoir, même après en postnatal... » (CLSC, T1)

Les intervenantes estiment par ailleurs que les femmes aux prises avec les problématiques les plus lourdes n'ont pas été rejointes. C'est le cas précisément des femmes toxicomanes, puisque aucune femme impliquée dans NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX n'a déclaré avoir de problème important de toxicomanie. C'est encore la méfiance, ici plus grande encore, qui expliquerait, selon les intervenantes, le fait que ces femmes n'aient pas participé :

Il [le programme] rejoint des femmes qui étaient en très grande difficulté, mais rejoint-il celles qui ont le plus de difficultés ? Je ne le sais pas. Plus tu es en difficulté, plus tu es difficile à rejoindre, plus tu es renfermée. Tu sais, une annonce dans le journal ou des feuilles exposées... Quand ce n'est pas du bouche-à-oreille, c'est bien difficile d'aller les chercher. C'est comme [si elles se disaient], bien oui, ça paraît beau mais qu'est-ce qu'il y a de caché en dessous ? Je me dis, oui, il est allé en chercher des femmes qui étaient très démunies, mais peut-être pas les plus démunies. (CLSC, T3)

Pour rejoindre cette clientèle fort méfiante, les intervenantes sont d'avis que la solution réside probablement dans un rapprochement entre les ressources du milieu et le CLSC. Les ressources communautaires seraient moins menaçantes pour les femmes et certaines interventions communautaires visent directement des clientèles à haut risque, les toxicomanes par exemple.

Moi, je pense qu'il faut passer par des groupes. Tu n'as pas le choix parce que tu ne les rejoins pas par les moyens normaux, je ne pense pas. C'est plus comme un projet de travail de rue ou peut-être les Narcotiques Anonymes. Tu sais, je pense qu'il va falloir passer par des agents effectivement comme ça. Je pense qu'il n'y a pas juste les drogués, il y a ceux qui sont dans la grande misère, qui ne consultent plus mais qui pourraient peut-être connaître une ressource ou quelqu'un d'une ressource. (CLSC, T3)

Le CLSC B a recruté neuf femmes. Pour les intervenantes, le fait de ne pas avoir réussi à atteindre l'objectif de recrutement du programme intégré a été une très grande surprise car le recrutement de la clientèle visée ne devait poser

aucune difficulté. Avec le projet OLO « maison » préalablement implanté¹, on estimait déjà rejoindre les femmes du territoire qui correspondaient aux critères de la recherche. Les intervenantes du CLSC ont donc décidé de ne pas faire de publicité pour le programme intégré dans le journal local, car elles avaient peur d'être débordées par la demande : « On n'avait pas fait le tour des organismes et le tour des pharmacies, on l'avait déjà fait dans le projet OLO ; avec la recherche, on n'avait pas réinvesti là-dessus. » (CLSC, T2) La procédure normale de recrutement pour le projet OLO aurait dû, selon les intervenantes, suffire à la tâche :

Je ne pense pas qu'il y ait eu de publicité qui ait été faite par notre journal local, parce qu'on s'était dit, là on risque de se ramasser avec une trop grande demande. [...] Et la façon que ça s'est fait, c'est du bouche-à-oreille. C'est le dépistage des intervenantes et puis la publicité qu'elles ont faite quand elles s'apercevaient que des clientèles semblaient à risque ou le questionnaire de dépistage à risque téléphonique, quand on avait des dépistages téléphoniques. (CLSC, T2)

Dès le temps II, les intervenantes ont réalisé que cette stratégie n'était pas efficace. Les femmes recrutées par le projet OLO ne correspondaient pas aux critères du programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX. Les critères de recrutement différaient sensiblement de ceux de leur propre projet. Cette différence a généré une confusion relativement importante pour les intervenantes qui ont vu, du début de l'implantation jusqu'à la fin du projet pilote, les critères de recrutement changer à deux reprises : « Ça nous a bien mélangées. [...] On avait nos critères, après ça, on a ajusté nos critères aux vôtres, c'était moins compliqué. Quand vous n'avez plus été là, c'est comme si on revenait à nos critères dans le fond. » (CLSC, T3) La différence principale dans les critères de recrutement des deux programmes ne tient pas uniquement à des caractéristiques spécifiques des femmes visées (scolarité, ethnicité), mais à l'optique retenue pour cibler cette clientèle. En effet, le programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX vise à rejoindre des femmes très défavorisées alors que le CLSC utilisait une approche basée sur des facteurs de risque :

Nos critères n'auraient pas été les mêmes non plus. Parce qu'on mettait beaucoup plus l'accent sur les facteurs de risque que sur la pauvreté. Ce n'était pas le facteur prédominant, la pauvreté, on s'adressait beaucoup plus à des gens avec des facteurs de risque, monoparentalité et tout ça, sans nécessairement le critère pauvreté en premier. (CLSC, T3)

De plus, l'absence d'une publicité spécifique au programme intégré a généré une confusion auprès des femmes. Une des distinctions importantes entre les deux programmes concernait le suivi systématique toutes les deux semaines. Les dépliants publicitaires du projet OLO ne spécifiaient pas cet aspect. Les femmes qui ont été référées au programme intégré parce qu'elles répondaient aux critères ont souvent été surprises de constater cette différence entre les deux programmes. Dans un cas en particulier, la réaction a été assez vive et les

¹ Comme plusieurs autres CLSC du Québec, ce CLSC venait de développer un projet OLO « maison » comportant, outre la distribution de suppléments alimentaires, ses propres critères de sélection et ses propres balises pour un suivi infirmier.

intervenantes ont dû modifier la publicité pour spécifier davantage les caractéristiques du programme intégré :

Il a fallu changer ça parce qu'il y avait une femme qui s'était présentée ici, toute en colère parce qu'il fallait qu'elle voie une infirmière et d'après le petit dépliant qu'on avait ici, ce n'était pas bien évident qu'une condition était d'avoir un suivi d'infirmière. Elle voulait juste le lait. Elle était vraiment en crise quand elle est arrivée, c'était vraiment une femme qui avait un problème de santé mentale, toute seule, enceinte de 5 mois. [...On] a fait un dépliant pour mettre l'emphase sur le suivi : *Vous avez des difficultés, vous désirez un suivi pour parler avec quelqu'un de tout ça et la possibilité de recevoir...* (CLSC, T3)

Devant les difficultés de recruter des femmes et la confusion liée à l'utilisation de la publicité du projet OLO pour référer des femmes vers NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX, les intervenantes ont modifié leur stratégie. À partir de la fin du temps II, elles ont décidé d'axer leur stratégie de recrutement autour d'une publicité spécifique à NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX, ce qui a de plus permis aux intervenantes de réaliser que les femmes recrutées pour NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX sont fort différentes de celles qu'elles rejoignent normalement dans le cadre du programme OLO : « Ah ! moi, je suis certaine qu'on a rejoint des clientèles qu'on n'aurait pas rejointes si on n'avait pas eu à faire cet effort de recruter des clientèles plus spécifiques telles que le demandait la recherche. » (CLSC, T3) Malgré ce changement de stratégie, le recrutement est demeuré très difficile et sans l'aide d'une intervenante extérieure à l'équipe (intervenante qui travaillait auprès des adolescentes enceintes et qu'on a insérée administrativement dans l'équipe, mais qui n'en fera pas réellement partie puisqu'elle quitte à la fin de l'étude), l'équipe n'aurait sûrement pas réussi à recruter neuf femmes. La direction du CLSC confirme le point de vue des intervenantes et reconnaît que le programme intégré a permis à son organisation de rejoindre une clientèle qu'elle ne réussissait pas à recruter, et ce, même si le CLSC avait priorisé les services vers ce type de clientèle :

Moi, je pense que ça nous a permis de franchir une frontière qu'on avait avant, au niveau de l'efficacité des programmes en périnatalité, en prénatal plus spécifiquement. On rejoignait bien du monde, on rejoignait, disons, 50 % de la clientèle qui accouche, par nos cours prénataux. Mais on savait pertinemment qu'on rejoignait très peu la clientèle qu'au fond, il fallait prioriser. Puis c'est elle qui est le plus problématique en périnatalité, en prénatal. Je pense que là-dessus ça nous a permis d'ouvrir une barrière dans notre mur. (CLSC, T1)

Pour le CLSC C, qui a recruté les dix femmes que prévoyait le protocole, la situation a été beaucoup moins facile. Sans le report de la date limite pour recruter les dix femmes, les intervenantes n'auraient pas réussi à atteindre l'objectif. En quelques occasions, comme les intervenantes des autres CLSC, elles auraient bien voulu changer les règles de sélection, estimant que les critères (scolarité et origine ethnique) étaient trop sévères.

Pour le CLSC D, le recrutement a été très difficile. Cinq femmes sur les dix prévues ont été suivies dans le cadre du programme. Les intervenantes ne se sont

pas montrées surprises car dès le premier temps de la collecte des données, elles estimaient que le recrutement serait problématique : « Ça, c'est le gros défi ! » (CLSC, T1) Pour certaines, c'était presque le découragement : « Pas facile hein... je ne sais pas où on va les pêcher nos dix femmes, on n'est pas sorties du bois ». (CLSC, T1) Malgré tout, les attentes quant au recrutement sont importantes. Le CLSC est jeune et vient de mettre en place une organisation des services pour amener les équipes à rejoindre précisément les clientèles les plus démunies. Les suppléments alimentaires permettront peut-être aux intervenantes de l'équipe de pénétrer les milieux de grande pauvreté du territoire, milieux qu'elles n'ont encore jamais vraiment réussi à approcher : « [Les suppléments alimentaires] nous permettent aussi d'aller chercher des femmes qu'on n'aurait peut-être pas pu aller chercher, et peut-être de voir comment on peut aller les chercher. [...] Mais ces dix femmes-là vont peut-être nous permettre, éventuellement, d'aller en chercher dix autres. » (CLSC, T1)

Comme pour les autres CLSC, on compte donc particulièrement sur les suppléments alimentaires pour attirer les femmes vers le programme : « Là, je pense qu'on va avoir quelque chose. Parce que moi, je crois beaucoup au bon. [...] Moi je pense que le supplément alimentaire, ça va nous ouvrir des portes. » (CLSC, T1) Au temps II toutefois, les suppléments alimentaires n'avaient pas eu l'impact souhaité et les appréhensions des intervenantes ont été confirmées : « Ça m'a fait vraiment me rendre compte que la clientèle que le programme veut rejoindre est très difficile à rejoindre. » (CLSC, T2)

L'arrivée de la fin de la période de recrutement a consacré l'impossibilité d'atteindre l'objectif fixé dans le cadre de la recherche. Selon les intervenantes, les raisons en sont nombreuses : la position géographique du CLSC, l'absence de motivation des femmes, les critères de recrutement ainsi que l'absence d'une collaboration entre le CLSC, les cliniques médicales et les organismes du milieu.

Il y a premièrement le problème de la position géographique excentrique du CLSC par rapport à l'ensemble de son territoire. Le CLSC n'étant pas situé près des secteurs où vivent les femmes les plus démunies de son territoire, venir au CLSC est compliqué et peut en décourager quelques-unes.

Les intervenantes estiment que le problème de recrutement est aussi lié à la motivation de ces dernières à faire partie de ce genre de programme : « Nous, on en a vu des madames qui ont accouché et qui auraient répondu à tous les critères. Il y en a même qui ont dit avoir vu les affiches, et elles n'ont pas téléphoné. [...] Ah ! elle avait regardé, ça l'intéressait, elle y a pensé puis ça lui a sorti de l'idée. » (CLSC, T2) Les intervenantes rencontrent très souvent des femmes correspondant aux critères seulement lors des interventions postnatales : « Souvent, on va en postnatal puis là, tu sais, tu rencontres la petite madame type qui *fittait* dans le programme. » (CLSC, T2) Les intervenantes expliquent cette situation par le fait que le CLSC est trop associé aux services gouvernementaux, et à la possibilité d'avoir des difficultés avec la sécurité du revenu ou la Direction de la protection de la jeunesse :

Moi, j'ai l'impression qu'elles associent bien-être social, gouvernement, argent. CLSC, gouvernement, travailleuse sociale, pas d'argent, mauvaise mère... Après ça, elles ont peur de venir ici : on est un organisme gouvernemental, elles ont peur de se faire enlever les enfants... [...] Puis il y a même des clientes qui ne demandent même pas le supplément de grossesse de 40 \$ à l'aide sociale pour ne pas se faire écœurer, comme elles nous le disent. (CLSC, T2)

Les actrices de ce CLSC considèrent de plus que les critères de recrutement sont trop restrictifs. La critique la plus fréquente concerne le critère ethnique (pour comprendre les raisons de cette exclusion, voir les chapitres 1 et 2). La forte proportion de personnes non francophones vivant en situation de pauvreté dans le quartier aurait pu, toujours selon les intervenantes, faciliter le travail de recrutement du CLSC. Les intervenantes ont donc fortement réagi à cette exclusion associée à la recherche : « Bien, moi, ce que je sens, c'est que la recherche, à quelque part, nous a limitées dans notre intervention. [...] Ici, ça nous a fait vivre de la frustration, de la déception... » (CLSC, T2) Elles estiment que sans celle-ci, leur objectif aurait été facilement atteint : « Parce que si on avait pris des minorités ethniques, ça fait longtemps qu'on aurait dépassé notre quota. » (CLSC, T2)

Finalement, le dernier facteur explicatif des problèmes de recrutement du CLSC concerne le système de référence des femmes que les intervenantes ont tenté d'instaurer dans le cadre du programme intégré. Ce CLSC ne peut pas compter sur une structure communautaire riche et diversifiée, qui pourrait donner aux intervenantes une entrée privilégiée auprès des femmes démunies du territoire. Les intervenantes ont contacté le bureau de la sécurité du revenu mais, là aussi, les efforts ont été vains. Il semble que les informations données aux responsables de ce bureau ne se soient pas rendues au personnel réellement en contact avec la clientèle.

Les intervenantes auraient souhaité créer un système de référence avec les médecins des cliniques médicales privées et ceux d'un important hôpital dans la région pour faciliter le recrutement. Toutefois, au temps I, elles sont plutôt pessimistes et ne croient pas que cette source puisse leur être réellement utile pour atteindre l'objectif prévu : « Mais je ne crois pas que les médecins vont faire des références à tour de bras. » (CLSC, T1) Ce contact avec les médecins du territoire était une première expérience pour le CLSC qui n'avait jamais réussi à implanter un système de référence clair avec eux : « Bon, dans les cliniques médicales, *telle infirmière* a été reçue et ça, c'est déjà beaucoup. Je pense que jusqu'à maintenant, c'est la première intervenante du CLSC qui réussit à aller parler aux médecins en pratique privée. » (CLSC, T2) Encore une fois, ces démarches n'ont pas donné les fruits escomptés : « Il y a des médecins du territoire aussi qui ont été approchés mais... ça ne perce pas. » (CLSC, T1) Les intervenantes sont particulièrement déçues de cette situation : elles questionnent et critiquent l'attitude des médecins à l'égard du programme.

Elles remettent en cause aussi les perceptions et attitudes des médecins du territoire à l'égard des femmes enceintes qu'ils suivent : « C'est le manque de sen-

sibilité au problème. C'est regarder une femme enceinte avec son ventre puis son bébé mais ne pas penser à l'ensemble. » (CLSC, T2) Selon les intervenantes, les relations entre elles et les médecins sont tendues depuis déjà quelques années. L'expérience des cours prénatals aurait, selon les intervenantes, été une première occasion de confronter les médecins au sujet de leur philosophie d'intervention :

Les médecins s'évertuaient à démolir ce que les infirmières faisaient au cours prénatal. Les infirmières avaient comme philosophie de rendre la clientèle autonome, donc ça stimulait les clientes des rencontres prénatales à poser des questions aux médecins, à *requestionner* certaines interventions ; c'était ça le trait positif et les médecins interprétaient ça comme de l'ingérence dans leur travail. (CLSC, T2)

Les intervenantes du CLSC estiment que les problèmes de référence des cas entre les différents organismes du milieu sont attribuables aussi à une mentalité répandue dans le territoire qui consiste à cacher la pauvreté, à la nier : « On dirait qu'il y a un phénomène dans ce secteur de vouloir oublier qu'il y a des familles défavorisées, à problèmes, etc. Il y a une mentalité où on les cache. » (CLSC, T2) Quand vient le moment de travailler auprès des gens vivant en situation de pauvreté, les intervenantes du territoire, y compris certaines intervenantes du CLSC, ne se sentent pas mobilisées. Le programme intégré, et les efforts de recrutement qu'il oblige, vont faire tomber ce préjugé auprès des intervenantes : « Ici, la clientèle a une mentalité, une tendance à cacher sa pauvreté, à ne pas la dire... Alors le personnel aussi, quand il est dans le quartier depuis 10 ans, 15 ans... Les filles en Enfance-famille, elles vivent ça. » (CLSC, T2)

4.1.3 LES DIFFICULTÉS LIÉES AUX CRITÈRES DE RECRUTEMENT

La recension des écrits a bien démontré les difficultés du réseau public de santé à recruter les femmes enceintes vivant en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté. Afin que le programme intégré profite à cette clientèle spécifique, ses promoteurs ont donc établi des critères de recrutement.

Ces critères ont été la cible de vives critiques venant presque exclusivement d'intervenantes des trois CLSC qui ont connu des difficultés de recrutement. Pour certaines intervenantes, le recrutement a été une préoccupation centrale dans l'ensemble de l'implantation de NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX : « Le seul problème que ça pose, c'est les critères d'admission ! » (CLSC, T2) D'une façon générale, les intervenantes de ces trois CLSC jugeaient les critères trop restrictifs. Le journal de bord colligé par l'agente de recherche est rempli de notes concernant cet élément. Les promoteurs du programme et les responsables de la recherche ont donc été souvent interpellés par les intervenantes pour faire des mises au point au sujet du recrutement.

Même si ces mises au point ont permis aux intervenantes de mieux comprendre la nécessité de ces critères, elles n'ont pas éliminé les frustrations qui y étaient liées. Seul le fait que la recherche ait une durée limitée les a incitées à accepter temporairement ces critères, avec l'intention toutefois de les oublier dès l'étude

qui perturbent le déroulement de l'entrevue, et celle du conjoint, d'amis ou de membres de la famille peuvent empêcher l'établissement d'une relation de confiance libre de toutes influences externes. Par exemple, les chercheurs ont noté dans leur journal de bord que, dans deux cas, les craintes des conjoints sont devenues des éléments compliquant sérieusement l'établissement de la relation de confiance. À la demande des femmes, les intervenantes impliquées ont alors dû prendre des arrangements avec chacun des laitiers afin qu'ils effectuent temporairement leur livraison en l'absence du conjoint, dans un cas, et chez la mère de la femme, dans l'autre cas.

Si ces craintes du contrôle social sont bien présentes, l'établissement d'une relation de confiance contribue à la modification des perceptions des femmes à l'égard des services sociaux. En effet, plusieurs femmes estiment avoir transformé leur manière de percevoir les services publics et avoir modifié leurs rapports avec ces derniers : « C'est la première fois que je tiens mes rendez-vous aux deux semaines; que j'y vais tout le temps... avant ça, c'était rare ! Je suis pas forte sur les rendez-vous, moi. » Ce changement de perceptions des services semble même se répercuter sur l'intention des femmes de recourir aux services postnatals proposés par les CLSC et de maintenir leur relation avec l'intervenante privilégiée, et ce, même si les suppléments alimentaires ne sont plus distribués : « Même après l'accouchement, elle fait de la clinique de vaccination en haut, l'intervenante, bien, je vais continuer, je vais aller la voir avec le bébé parce que je l'ai vraiment aimée. » Les intervenantes n'ont d'ailleurs pas hésité à suivre les femmes après leur accouchement, même si le programme ne comportait à ce moment que les services courants pour l'intervention postnatale :

Si on fait juste du prénatal, là, on peut pas faire la coupure, c'est impossible parce que la personne a tellement confiance en nous qu'elle veut continuer à nous voir. Puis, quand elle a un problème avec le bébé, avec ses autres enfants, tout de suite, elle fait appel à nous parce que c'est la ressource principale. Puis la laisser tomber, moi, je trouverais ça épouvantable. Ça ne se fait pas. (CLSC, T3)

Les intervenantes expliquent cet intérêt des femmes à maintenir des relations avec le CLSC par le fait qu'elles ont maintenant une personne de confiance avec laquelle transiger. Dans certains cas même, les craintes de la travailleuse sociale avaient disparu à cause de la relation avec l'intervenante privilégiée :

Peut-être que les gens ont plus confiance au CLSC. Les gens avaient tendance à se tenir loin des CLSC parce que c'était menaçant. J'ai l'impression que ça l'est moins depuis ce temps-là, du moins pour les gens qu'on a vus. [...] [Les clientes disent] : « Là, vu qu'on peut avoir confiance en vous autres, vous êtes moins menaçantes, on sait que si tu nous mets en contact avec une travailleuse sociale, c'est pas pour nous enlever nos enfants, c'est pour nous aider. » (CLSC, T3)

Dans quelques cas, l'impact de la relation a dépassé la femme enceinte pour atteindre le conjoint de cette dernière, permettant ainsi aux proches de la femme de se familiariser avec les services sociaux et de transformer leur rapport à la grossesse en cours. Encore ici, plusieurs barrières sont tombées :

Elle a demandé à mon chum : "Prends-tu de la drogue ?" Il a dit : "Bien, moi, je prends pas de drogue forte; je fume une fois de temps en temps." Pis l'intervenante a dit : "T'as pas d'affaire à être gêné, regarde, moi, je m'en vais peut-être chez nous le soir puis je prends peut-être de la coke, tu le sais pas !" Tu sais, je le savais bien que c'était pas ça, elle connaissait pas ça, tu sais, je le savais bien que c'était pas vrai, mais c'était seulement pour lui montrer qu'il pouvait être ouvert avec elle. Elle le mettait en confiance avec elle. Je l'ai trouvée ben correcte là-dessus...

Il [le conjoint] est content parce qu'il est en admiration devant l'intervenante. C'est très rare. Lui, il est pas du tout style "services publics" ; les travailleuses sociales pis tout ça, il aime pas ça. Pis même, les premiers temps, il était un peu craintif... Des fois, il a des affaires à demander, il dit : "Ah je vais attendre, l'intervenante va venir, je vais lui demander." Il se renseigne. Avant, il aurait peut-être pas parlé, il aurait peut-être même pas suivi la grossesse autant que ça, il serait allé seulement une fois par mois avec moi chez le médecin. Mais là, l'intervenante vient à tous les 15 jours, fait que ça nous donne deux ou trois rendez-vous par mois. Tu sais, il est plus là ; il a des questions à poser lui-même que moi je penserais même pas de poser.

4.3.3 ÉTABLIR DES PRIORITÉS D'INTERVENTION

La relation de confiance établie a donc servi à briser la tendance des personnes en situation de pauvreté à éviter les services donnés par la collectivité et, dans certains cas, a pu compenser pour le suivi médical que les femmes estimaient insatisfaisant ou intimidant : « Oui, parce que si elle ne m'aidait pas pis elle ne me disait pas bien des choses qu'elle m'a dit, là, peut-être que je le saurais jamais, parce que je n'oserais pas le demander à mon médecin, tu sais ! »

C'est également à travers l'établissement de cette relation de confiance entre l'intervenante et la cliente que des priorités d'intervention ont été établies. Cette dynamique n'est toutefois pas toujours facile à instaurer. La question des changements d'habitudes de vie durant la grossesse est particulièrement révélatrice à cet égard. Plusieurs femmes reconnaissent avoir modifié certaines de leurs habitudes alimentaires :

Depuis que je connais l'intervenante, je me nourris mieux. Avant c'était tout le temps des *fast foods*, des restaurants pis... Depuis que je suis enceinte, tu sais, je me dis, peut-être pas pour moi mais pour le bébé, ça serait peut-être meilleur de mieux me nourrir. L'intervenante a commencé à m'emmener des feuilles de régime, des affaires de même. Ça m'a fait du bien, ça m'a fait réfléchir parce que je me dis [...] moi, ça m'aurait pas dérangée de continuer à manger du restaurant, mais je me dis peut-être pour le bébé, c'est peut-être mieux ! Tu sais, des fruits j'en mangeais pas... Ben, j'en mangeais, une fois de temps en temps, quand ça me tentait d'avoir une pomme. Mais à c'te heure je me forçais pour manger au moins une pomme, une orange par jour, boire mes verres de lait, mes verres d'eau, du jus d'orange, tu sais, je me forçais. Si ç'avait été rien que

pour moi, tu sais, c'est pas grave mais... ça prend une bonne alimentation pour avoir un bon bébé.

Dans l'ensemble, les femmes estiment avoir eu toute liberté de dire ce qu'elles avaient à dire sans avoir de craintes d'être jugées. Elles n'ont donc pas senti de pressions trop fortes pour modifier des comportements ou des habitudes de vie qu'elles savaient ne pas toujours être propices à une grossesse :

Oui, j'aimais ça, parce qu'elle me remontait le moral... parce qu'elle m'encourageait à faire des choses que je voulais faire depuis longtemps... elle m'a aidée, pis elle m'a poussée un peu dans les fesses, là... Ça m'aidait, oui ! Parce que je ne le voulais plus ce bébé-là en premier... Puis là, bien, je le garde. Je suis contente.

Du côté des intervenantes, apprendre à intervenir à partir des besoins exprimés par les femmes a soulevé plusieurs difficultés. Une fois la relation de confiance bien établie, les femmes pouvaient faire des confidences qui faisaient naître certaines craintes chez les intervenantes. « C'est pas facile de travailler avec les femmes quand il y a de la drogue, quand il y a de la fraude, quand il y a la sécurité du revenu, le conjoint... Tu sais, travailler avec ces secrets-là, c'est pas facile. » (CLSC, T3) En fait, elles auraient voulu intervenir plus activement sur des éléments qu'elles croyaient plus urgents ou plus importants : « C'est bien beau d'avoir une relation privilégiée, j'ai eu énormément de misère à l'avoir, mais j'étais toujours en conflit avec le fait que je voyais qu'il y avait un enfant en souffrance. » (CLSC, T3)

Ainsi, elles notent que les contenus plus spécifiques qui auraient pu être abordés lors de l'intervention (cigarette et alimentation en particulier) ont été beaucoup moins traités parce qu'elles respectaient les priorités des femmes :

Le travail avec mon unique cliente s'est fait vraiment sur le plan des relations humaines ou sociales parce que quand j'ai fini mon dossier, j'ai constaté que c'était l'une de celles qui avaient le moins parlé d'alimentation ; il y avait des questions auxquelles je ne pouvais même pas répondre parce que, bon, il y avait bien d'autres choses à parler avec elle. Mais je ne m'en culpabilise absolument pas parce qu'on s'était dit : on va aller selon les besoins de la cliente et au rythme où elle peut aller. (CLSC, T3)

Ceci dit, les intervenantes soulignent également quelques réalisations réussies grâce à l'approche globale préconisée par le programme :

Pour moi, c'est important, vu son âge, qu'elle allaite ; si elle allaite, c'est parce qu'on a jasé ensemble. Elle, elle voulait, mais tout son environnement ne voulait pas. Son seul bâton de référence, c'est moi... le bébé a engraisé de deux livres en un mois, même s'il a fait du muguet, même s'il a eu un peu de coliques, même si elle fume - pas beaucoup, elle a diminué ça. Si tu l'as en privilégiée avant, tu la gardes en privilégiée après. C'est des cas qui demandent du temps, ça. Du temps, puis de la disponibilité parce qu'elle, elle vient quand elle est prête. (CLSC, T2)

Au total, même si quelques intervenantes ont montré des réticences à l'égard d'une approche non directive, qui mise plutôt sur les besoins exprimés par les

femmes, on a pu constater une évolution, particulièrement lors des réunions d'équipe multidisciplinaire. Plus d'une aura souligné que le temps investi à créer la relation de confiance permet par la suite de travailler au cœur des pré-occupations des femmes qui deviennent alors les artisanes de leur propre démarche. Les intervenantes disent alors ressentir un réel soulagement parce qu'elles sentent bien qu'elles ne portent plus, seules, la responsabilité de changer la situation.

4.4 LE RECOURS AUX RESSOURCES DU MILIEU

Dans le cadre de NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX, l'implication des ressources du milieu était vue comme un élément essentiel afin de permettre, entre autres, de sortir d'une relation professionnelle individuelle et de donner à l'intervention une perspective communautaire, donc davantage globale : « Tu ne peux pas en rester seulement à un modèle santé [...], à des objectifs santé. Il faut que tu ailles vers le social. [...] Tu ne peux pas en rester à la résolution de problèmes individuels ou à la vision individuelle d'une problématique, il faut que tu élargisses. » (DSC, T2)

Deux types de ressources du milieu sont ainsi visées : les ressources communautaires et les établissements de santé (cliniques médicales et hôpitaux) du territoire. Les liens avec les cliniques médicales et les hôpitaux devaient d'abord faciliter le recrutement des femmes enceintes ciblées par le programme, puis permettre à l'intervenante privilégiée d'offrir un suivi de santé en complémentarité avec le médecin traitant. Quant aux ressources communautaires, elles devaient être sollicitées pour participer au recrutement et pour intégrer dans leurs activités certaines femmes suivies dans le cadre du programme. Afin de stimuler la complémentarité des services et soutenir le développement de liens fonctionnels avec les médecins et les organismes communautaires, le DSC s'était engagé à produire, en collaboration avec les CLSC, un répertoire des ressources communautaires du territoire, un dépliant informatif sur le programme et des formulaires de référence et de suivi entre les CLSC et les médecins, de même qu'entre les CLSC et les ressources communautaires.

Dans l'entente inter-établissements qui a guidé la mise en œuvre du programme, les seuls signataires sont le DSC et les CLSC, quoiqu'il était prévu que chaque CLSC établisse des liens fonctionnels avec les organismes et établissements de son territoire offrant des services de changement d'habitudes de vie (alcoolisme, par exemple), des services psychosociaux, du soutien matériel, du répit et de l'entraide. Il faut donc remarquer que même si NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX a été défini comme un programme intégré et que, conceptuellement du moins, cela implique que ces ressources soient directement impliquées dans l'intervention auprès des familles, ces organismes n'occupent aucune place formelle dans le processus de définition du programme.

Nous examinerons maintenant tour à tour les liens établis avec les ressources communautaires, puis avec les établissements de santé.

4.4.2 LES COLLABORATIONS DANS LE CADRE DE NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX

Rappelons tout d'abord (voir le chapitre 2) que lors du temps I de la collecte de données, toutes les entrevues prévues avec des ressources communautaires ont été reportées, à la demande des CLSC. En effet, les intervenantes de CLSC ont alors invoqué le manque de disponibilité pour informer systématiquement les ressources communautaires de la mise en œuvre de NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX dans le quartier et solliciter leur collaboration. Des entrevues ont donc été réalisées aux temps II et III, malgré que les ressources communautaires ne connaissent le programme que très vaguement, ou même pas du tout dans certains cas. L'intervieweuse a d'ailleurs dû présenter brièvement le programme intégré à la plupart des intervenantes communautaires au début de l'entrevue du temps II.

Même si, au temps I, les trois quarts (25/32) des intervenantes étaient d'avis que des ententes avec les groupes communautaires auraient été efficaces pour améliorer l'intervention du CLSC auprès des femmes enceintes visées par NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX (Tableau 4.3), aucun lien formel entre les organisations communautaires et les CLSC n'a été établi.

La collaboration entre les ressources communautaires et les CLSC s'est manifestée de deux façons différentes. Premièrement, et ce pour les deux CLSC où les relations avec les ressources communautaires étaient bien développées, les intervenantes s'attendaient à ce que les ressources réfèrent des femmes enceintes. Selon les intervenantes de ces deux CLSC, les ressources communautaires ont souvent une meilleure pénétration des milieux d'extrême pauvreté que les CLSC, les craintes des femmes à l'égard des ressources communautaires étant moins grandes que celles qu'elles vivent face aux institutions du réseau public : « Il faut passer par des groupes. Tu n'as pas le choix parce que tu ne les rejoins pas par les moyens normaux. » (CLSC, T3) Selon certaines intervenantes, pour faciliter le recrutement, les CLSC devraient chercher à s'associer à des groupes du milieu davantage en contact avec les clientèles les plus démunies : « Il me semble que ce serait des organismes qui pourraient s'impliquer au même niveau, que le CLSC pourrait aller chercher. » (CLSC, T3) Dans le cadre de l'implantation du programme intégré toutefois, aucune des femmes recrutées dans ces deux CLSC n'a été référée par un organisme du milieu. Pour les intervenantes, cette absence de référence ne sert pas bien les femmes pauvres :

Au lieu de s'en occuper pis d'en rester là [...] si elles voyaient qu'elles sont enceintes, les diriger plus vers les personnes qui pourraient les aider [...]. Je suis sûre que [par] les actions communautaires dans le quartier, elles en voient plus que nous autres des fois des femmes enceintes; elles pensent pas des fois de nous les référer. Si tout le monde se donnait la main peut-être qu'on en rejoindrait plus. (CLSC, T1)

Le deuxième aspect de la collaboration entre les CLSC et les ressources du milieu concerne l'apport des groupes communautaires dans l'intervention auprès

des femmes. Les intervenantes des deux CLSC où des ressources communautaires étaient réellement disponibles ont référé plusieurs femmes à des groupes communautaires selon les besoins spécifiques de ces dernières. Selon les données colligées à partir des fiches d'intervention clinique cumulatives, le tiers des femmes (12/34) ont été référées à une ressource communautaire. Les intervenantes du CLSC qui comptait la plus forte structure communautaire ont utilisé les ressources communautaires pour 8 des 10 femmes recrutées. Les femmes référées à ces groupes semblent satisfaites du fait que le programme leur a permis de connaître différentes ressources dans leur quartier : « Je suis allée une couple de fois, aux principales. [...] C'est elle qui m'a référée ; tout ce que je peux connaître, à peu près, pour m'aider aujourd'hui, c'est grâce au projet. » Les femmes du programme viennent d'abord vers les organismes communautaires pour des besoins matériels, mais elles continuent de fréquenter leur organisme pour le soutien qu'elles peuvent y trouver :

[Les femmes] sont venues parce que les infirmières leur ont dit qu'ici elles pouvaient avoir du linge, emprunter une couchette ou des choses comme ça. Elles sont venues premièrement pour des besoins matériels. Il y en a, après, qui sont venues pour briser l'isolement, avoir une place pour jaser, avoir une place, tu sais. Elles ont besoin d'une place pour décanter. Ici, elles viennent et ça change les idées, même si elles ont le bébé... c'est pas la même chose. (Gr. comm., T3)

Pour certaines intervenantes des CLSC, la formalisation des relations dans une entente entre les organismes et le CLSC est un investissement de temps important et risqué, car ces ressources ne peuvent pas garantir une certaine permanence dans les collaborations. Les collaborations qui ont permis aux femmes du programme de recevoir du soutien des groupes communautaires, ont donc été rendues possibles par l'action des intervenantes des CLSC qui avaient déjà des relations avec ces groupes : « On a beaucoup fait affaire avec notre organisatrice communautaire qui, elle, a présenté le projet OLO. Puis on passait par son entremise pour amener les clientes à avoir les services, les aliments, tout ça. » (CLSC, T3)

Dans un de ces CLSC, les intervenantes affirment que le CLSC n'a jamais démontré clairement l'intérêt de s'impliquer auprès des organismes communautaires : « Ça fait 15 ans que le CLSC existe, et il ne s'est jamais impliqué, il n'a jamais pris position, il n'a jamais donné de renforcement aux groupes communautaires. » (CLSC, T3) Toujours selon les intervenantes, la direction n'aurait même jamais soutenu concrètement les intervenantes qui ont essayé de formaliser davantage les relations avec certains groupes communautaires du territoire. Investir du temps auprès des groupes communautaires devient une tâche supplémentaire pour les intervenantes qui affirment que la direction n'a pas une vision positive de ce type d'orientation :

Mais avant de m'embarquer de nouveau dans les garderies [communautaires], laisse-moi te dire que je me ferais donner bien plus de garanties que ce que j'ai eues. [...] Mais, tu sais, quand tu te fais regarder par l'administration, eux, on dirait qu'ils te voient juste avec des yeux de gestionnaire : "Est-ce que c'est si payant que ça pour le CLSC ?" Parce

que la santé communautaire, la prévention, laisse-moi te dire qu'il faut se vendre *en tabarnouche* pour prouver que c'est payant. (CLSC, T3)

4.4.3 LES COLLABORATIONS ENTRE LE DSC ET LES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES

Dans la planification opérationnelle de NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX, le DSC se reconnaît une responsabilité dans l'absence de partenariat formel avec les ressources communautaires. Le DSC admet d'emblée les différences de culture organisationnelle entre « le réseau » et « le communautaire » : « Je dirais qu'il y a plus de difficultés pour nous de nous arrimer avec les groupes communautaires. On a énormément de volonté, on veut, mais on fait des bêtises, souvent à notre insu, parce qu'on a une mentalité d'institution du réseau. » (DSC, T1) L'équipe du DSC constate également qu'étant très absorbée par le partenariat avec les CLSC, elle n'a pas tout mis en œuvre pour impliquer davantage les groupes communautaires : « Je trouve que c'est une des lacunes des deux dernières années : on n'a pas assez été chercher cette collaboration-là. On est trop réseau public. On a quand même plusieurs liens. Mais c'est sûr que c'est difficile, parce qu'il faut déjà consolider les liens avec les CLSC et après ça on va encore leur demander d'intégrer un autre partenaire. » (DSC, T1)

Par conséquent, l'équipe du DSC reconnaît ne pas avoir réussi à implanter une intervention aussi globale qu'elle le souhaitait :

On a bâti un projet d'intervention clinique, dans le fond, en CLSC. Mais je crois qu'à part quelques consultations, les organismes communautaires ont été peu présents en bâtissant le projet. Or justement, ça c'est important. [...] La définition même d'un programme intégré, c'est qu'il y a intégration de conception ou de planification entre différents partenaires. Alors, c'est un peu embêtant. (DSC, T2)

Au temps III, le DSC se donnera comme objectif d'introduire les ressources communautaires dans la planification et l'organisation de la phase postnatale du programme : « Le défi, pour moi, c'est vraiment d'introduire les services communautaires, les organisations communautaires, évidemment surtout via le postnatal, mais d'en faire un partenaire sur le même pied. C'est un gros défi qui commence. » (DSC, T3) L'équipe du DSC appréhende toutefois certaines difficultés, notamment celle de contrer une perception réductrice et utilitaire du rôle des ressources communautaires :

L'enjeu par contre, ça va être de *dealer* ça dans nos relations avec les CLSC et le communautaire. Comment faire en sorte que le communautaire ne devienne pas l'espèce de déversoir des interventions : « On n'est pas capable de faire ça, donc, ça va être les organismes communautaires ! ». Ça, je pense que c'est dangereux. (DSC, T3)

4.4.4 LES SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS DU TERRITOIRE

Les CLSC devaient informer les médecins et autres professionnels de la santé de ce programme, pour s'assurer de leur collaboration et stimuler ces derniers à référer des femmes enceintes. Ces services étaient pressentis, par les partenaires, pour devenir un maillon particulièrement important du système de référence. Au tout début de la mise en œuvre, aucune entente n'existe entre les partenaires et les cliniques de chacun des territoires ou l'hôpital qui dessert l'ensemble du territoire des quatre CLSC. Les intervenantes et le DSC ont des attentes à l'égard de ces cliniques qui, normalement, voient la grande majorité des femmes enceintes du territoire.

Les services médicaux n'ont toutefois favorisé le recrutement des clientes dans aucun territoire de CLSC. Une seule des 34 femmes recrutées dans le cadre du programme a été référée par un médecin de l'hôpital principal du territoire. C'est donc dire, que du point de vue de la collaboration entre les différents établissements du milieu de la santé sur le territoire, la collaboration est presque absente.

Pourtant, le DSC a tenu des rencontres avec les obstétriciens et les gynécologues de certains hôpitaux où accouchent les femmes du programme, mais les résultats ne se sont pas fait sentir. Compte tenu que la clientèle visée a généralement tendance à éviter de chercher de l'aide auprès des services publics, le DSC estime que cette absence de collaboration entre les différents partenaires du milieu est une lacune importante et espère construire ce réseau de collaborations :

C'est une urgence. Premièrement, une chose à laquelle on peut s'attendre, c'est qu'ils connaissent suffisamment le programme, qu'ils soient suffisamment informés des besoins des femmes, – ça ils le savent en général –, de ce qu'on peut offrir pour répondre à ces besoins-là, qu'ils réfèrent les femmes dans un esprit de collaboration. Ça, c'est tout à construire. (DSC, T2)

Le DSC estime que la cause de cet échec ne repose pas sur des attitudes conservatrices ou craintives de la part des médecins et des hôpitaux, mais il croit qu'ils attendent davantage de preuves d'efficacité du programme intégré, et une forme de permanence du programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX dans les CLSC pour y référer des femmes enceintes :

J'ai toujours un peu tendance à penser que quand un système fonctionne, c'est plus facile de référer que quand il est à créer. Donc, si on va voir les médecins au moment où on a déjà certains résultats et où on a vraiment quelque chose de concret à offrir, ce sera probablement plus facile. Mais il reste que cette étape-là n'est pas franchie encore. (DSC, T3)

Une des médecins interviewées dans le cadre de cette recherche confirme en partie le point de vue du DSC, à l'effet qu'elle aurait des craintes à référer des femmes enceintes pour un suivi qui ne peut pas garantir une permanence : « Un des éléments qui est difficile, c'est quand c'est un projet pilote. C'est que, [dans le cas d'un] projet-pilote, tu te dis : "Je vais la référer, est-ce qu'ils vont

encore être survivants ou non ? Quand est-ce qu'ils finissent ?" » (CLSC, T1) À la fin de la période de recrutement toutefois, un seul des quatre CLSC a perçu un changement d'attitude de la part des médecins. Les intervenantes de ce CLSC affirment que quelques médecins qui ne travaillent pas à l'intérieur du CLSC ont demandé que des femmes qu'ils suivaient aient accès au programme intégré : « Je pense qu'on commence à avoir maintenant certaines références de certains médecins. Donc, il y a des médecins qui sont un peu plus sensibilisés. » (CLSC, T2)

Quant aux actions des CLSC pour créer des relations avec les services médicaux du territoire, un seul a réellement tenté d'établir un lien fonctionnel avec les cliniques médicales de son quartier. En effet, la responsable de l'implantation du programme dans le CLSC qui a connu les plus grandes difficultés de recrutement a cherché, depuis quelques années, à mettre sur pied un réseau formel et bien structuré de références avec l'hôpital principal du territoire du DSC. Elle prévoyait même proposer au DSC d'assumer la construction d'un réseau de références impliquant tous les CLSC :

Moi, je suis rendue à un tel point que j'ai sensibilisé mon équipe au fait que j'ai le goût d'aller plus loin et de concrétiser une collaboration avec l'hôpital. [...] Moi, je veux rencontrer [le DSC] puis je veux lui faire une proposition. Je suis très près de le faire. [...] Tous les vendredis, j'aurais un système de garde là-bas; mes infirmières verraient les clientes, soit dans les salles d'attente ou dès qu'elles ont vu le médecin. Puis [rencontrer] toutes les clientes qui habitent dans notre territoire. Et si [le DSC] reçoit ma proposition, je la proposerais à tous les CLSC. (CLSC, T2)

Ses efforts semblent avoir été vains. Elle estime que l'hôpital ne démontre pas d'intérêt à implanter ce genre de réseau et l'accuse d'être trop conservateur à l'égard du genre d'intervention que les CLSC proposent pour les femmes enceintes vivant en situation d'extrême pauvreté. Elle croit de plus que les médecins se sentent fortement menacés par le programme intégré et ne réfèrent pas les femmes pour cette raison :

Certains ont évolué, je te dirais, mais malheureusement on est ici à l'hôpital, dans un milieu très conservateur. Cet hôpital est très conservateur par rapport à d'autres centres hospitaliers. [...] Il y a beaucoup de résistance, c'est très difficile mais, moi, je sais que [le DSC] fait des démarches pour développer des liens entre les médecins des CLSC par rapport au programme intégré spécifiquement, et ça fait des années qu'il le fait. Ça fait trois ans et ça ne marche pas ! Ils ne pensent pas que ça va marcher, je suis rendue au point de dire : « Non, ça ne marchera pas ! » Si on veut créer des liens avec l'hôpital, c'est par la clinique « grossesse à risques élevés » qu'on va le faire et pas en passant par les médecins mais en passant par l'infirmière clinicienne. Il va falloir passer par l'autre porte parce qu'ils se sentent trop menacés. Ils sentent trop qu'on peut leur poser des questions puis qu'on peut les remettre en question. Puis on a le droit de le faire ! (CLSC, T2)

Les intervenantes espéraient beaucoup de l'implantation d'un système de référence avec les services médicaux du territoire. Elles ont donc établi des contacts

avec les cliniques médicales du quartier, tout en étant toutefois pessimistes quant à l'impact que ce réseau pourrait avoir. Même si elles espéraient beaucoup de cette source de recrutement, elles ne croyaient pas qu'elle leur serait réellement utile pour atteindre l'objectif de recrutement prévu au protocole. Selon ces dernières, les médecins ne référerait pas beaucoup les femmes : « Je ne crois pas que les médecins vont faire des références à tour de bras. [...] Moi, je n'attendrai pas les bras croisés que les médecins m'envoient des petites femmes. » (CLSC, T1) Ce contact avec les médecins du territoire était une première expérience pour le CLSC qui n'avait jamais réussi à implanter un système de référence clair avec les médecins du territoire : « Aux cliniques médicales, [une infirmière] a été reçue et ça c'est déjà beaucoup. Parce que je pense que jusqu'à maintenant, c'est la première intervenante du CLSC qui réussit à aller parler aux médecins en pratique privée. » (CLSC, T2) Encore une fois, ces démarches n'ont pas donné les fruits escomptés : « Il y a des médecins du territoire aussi qui ont été approchés mais ça perce pas. » (CLSC, T2). Pourtant, les cliniques médicales avaient accepté d'afficher la publicité du CLSC pour le programme intégré : « J'ai fait le tour de quelques cliniques médicales cette semaine pour d'autres raisons, puis je voyais que dans certaines, il y avait toujours l'affiche du projet OLO qui était là. » (CLSC, T2) Les intervenantes sont particulièrement déçues de cette situation, elles questionnent l'attitude des médecins à l'égard du programme :

Au niveau du recrutement, ce n'est pas simple, puis ça interroge beaucoup, entre autres sur les liens qu'on a avec les médecins au niveau des cabinets privés. [...] On sait que le DSC a fait quand même des contacts avec eux, mais qu'est-ce qui fait qu'il n'y en a pas de références des médecins ? Est-ce qu'il y a quelque chose qu'ils ne croient pas là-dedans ? [...] Est-ce qu'ils ne croient pas dans le travail des CLSC ? Est-ce qu'ils ne croient pas dans cette recherche-là ? C'est quoi ? » (CLSC, T2)

Du point de vue des promoteurs du programme et des intervenantes, les tentatives de formaliser les relations se sont avérées vaines. Il est difficile d'affirmer que l'absence de cette structure inter-établissements a eu pour effet d'empêcher que le programme recrute les 40 femmes prévues au protocole. Il semble toutefois clair, du point de vue des intervenantes et du DSC, que cette structure pourrait sûrement être un outil efficace pour recruter les femmes enceintes du territoire qui vivent en situation d'extrême pauvreté.

Quant à l'opportunité que l'intervenante assure un suivi en complémentarité avec celui offert par le médecin traitant, l'occasion ne semble pas s'être présentée selon les données recueillies. Le tableau 4.4 montre qu'au temps I, plus des trois quarts des intervenantes (27/33) estimaient que cette pratique allait améliorer l'efficacité de l'intervention du CLSC auprès des femmes enceintes vivant en situation de très grande pauvreté. À la fin de la première année d'implantation, les intervenantes sont beaucoup moins nombreuses (15/33) à estimer que cet aspect de NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX peut être vraiment efficace pour améliorer l'intervention du CLSC auprès des femmes enceintes très pauvres.

La configuration des ressources du milieu varie considérablement d'un CLSC à l'autre. Une chose demeure constante toutefois : le DSC et les CLSC n'ont pas

réussi à établir des liens formels avec les actrices du milieu qui auraient pu faciliter le recrutement des femmes et proposer des soutiens spécifiques à certaines d'entre elles. Dans le meilleur des cas, des liens informels entre des CLSC et des organismes communautaires ont permis que des femmes soient référées pour des services.

4.5 L'IMPLANTATION DE LA DÉMARCHE SYSTÉMATIQUE D'INTERVENTION

Rappelons tout d'abord que dans l'entente de principe signée par le DSC et les CLSC participants (voir chapitre 3), le DSC devait assurer l'organisation de la formation des intervenantes (modèle d'intervention, application du modèle à la démarche, tutorat et suivi après 3 et 6 mois) et la production des outils rattachés à la démarche systématique d'intervention (grille « Identification des besoins, analyse, planification et évaluation continue » et un guide d'utilisation, document pour faciliter l'application de la démarche systématique et la participation à l'équipe multidisciplinaire). Les CLSC, pour leur part, devaient libérer les intervenantes pour qu'elles puissent participer à ces formations et les soutenir dans l'utilisation des outils correspondants. La démarche systématique d'intervention comporte trois volets complémentaires : une **philosophie** d'intervention sur laquelle viennent s'appuyer conceptuellement la **procédure** d'intervention et des **outils** de collecte de données.

De façon générale, l'introduction d'une telle démarche systématique d'intervention a généré de la confusion chez les intervenantes. Après avoir présenté le contexte du choix d'un modèle conceptuel et fait état de cette confusion, la mise en œuvre de chacun des trois volets de la démarche systématique d'intervention sera décrite.

4.5.1 LE CONTEXTE DU CHOIX D'UN MODÈLE CONCEPTUEL, LE MODÈLE MCGILL

Pour les promoteurs du programme, la démarche systématique d'intervention est un élément très important parce qu'elle permet de réaliser une intervention professionnelle de façon méthodique. D'une certaine manière, pour le DSC, la démarche systématique d'intervention « est un peu la caractéristique du programme ». (DSC, T1) C'est dans le cadre de cette démarche que l'on précise quelles données recueillir, comment les analyser, comment en dégager des objectifs et bâtir un plan d'intervention et, finalement, comment réaliser une évaluation continue de ce plan d'intervention.

La philosophie d'intervention qui émane du programme intégré situe les clientes au centre d'une intervention qui se veut globale, pour que ces dernières soient le moteur du changement : « Ce qui est sous-jacent, c'est que chaque personne est capable d'assurer sa santé et celle de sa famille. Les solutions sont dans la

personne et son environnement. Les professionnels sont là pour soutenir, conseiller. On fait confiance [à la cliente]. On lui donne le pouvoir. » (DSC, T1) Les promoteurs de NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX cherchent explicitement à instaurer une nouvelle approche d'intervention auprès des femmes vivant en situation d'extrême pauvreté, approche impliquant « le développement d'attitudes plus respectueuses de la part des professionnelles, en termes de respect des personnes de milieux défavorisés. » (DSC, T1)

À la lumière de cette philosophie d'intervention et compte tenu qu'aucun modèle d'intervention multidisciplinaire n'était disponible, le DSC a recommandé l'utilisation du modèle de soins infirmiers McGill (School of nursing of McGill University, 1987). Ce modèle repose sur une philosophie d'intervention très semblable à celle de NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX, et devait donc permettre l'actualisation de la philosophie du programme intégré :

Je pense que c'est un modèle qui a du potentiel dans le sens que c'est peut-être le modèle infirmier qui tient le plus compte de l'ensemble de l'environnement. Non seulement ça, mais il répond le plus au souci de travailler avec les capacités des gens. Tu vas [les] chercher, tu travailles sur leur capacité de répondre à leurs besoins. (DSC, T2)

Le DSC a donc proposé aux équipes multidisciplinaires d'utiliser le modèle McGill, dont les concepts clés sont la santé, la « personne-famille », le « coping », l'environnement, le développement et l'apprentissage. On trouvera à l'annexe 4.2, une brève description de ce modèle d'intervention.

À la même période, tous les CLSC du Québec devaient créer un conseil infirmier, nommer une infirmière cadre et choisir un modèle conceptuel infirmier qui serait appliqué par l'ensemble des infirmières de l'établissement. Dans ce contexte, le choix du DSC ne pouvait effectivement être qu'une proposition et chaque CLSC demeurerait entièrement libre de retenir le modèle qui ralliait l'équipe multidisciplinaire impliquée dans NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX et l'ensemble des infirmières de l'établissement. Finalement, les quatre CLSC participants ont démarré le projet avec le modèle McGill même si, dans un cas, le choix formel du modèle McGill pour l'ensemble du CLSC n'a été entériné que vers la fin de la période de mise en œuvre.

4.5.2 CONFUSION DANS LA COMPRÉHENSION DE LA DÉMARCHE SYSTÉMATIQUE D'INTERVENTION

La mise en œuvre de la démarche systématique d'intervention s'est déroulée dans une confusion plus ou moins grande selon les CLSC. Les difficultés des intervenantes se rattachaient principalement à deux aspects : premièrement, il régnait une certaine ambiguïté autour des aspects de la procédure relevant spécifiquement de l'intervention et ceux relevant du projet de recherche en cours ; deuxièmement, il y avait, chez plusieurs intervenantes, une confusion quant à l'appariement entre le modèle conceptuel et les instruments de collecte des données.

Confusion entre les exigences de la recherche et la procédure d'intervention

De façon générale, comme en font foi les observations directes des équipes multidisciplinaires, la plupart des intervenantes de tous les CLSC distinguaient plutôt difficilement les procédures, critères, exigences qui étaient directement rattachés à la définition même du programme de ceux qui relevaient, temporairement, du projet d'évaluation de la mise en œuvre. Le choix de la clientèle cible, le rythme des visites, le recours à des intervenantes privilégiées, voilà autant d'éléments constitutifs de NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX qui ont été régulièrement attribués à la recherche lors des rencontres d'équipe. Dans un CLSC en particulier, les intervenantes ont conservé l'impression, tout au long de la période de mise en œuvre, que l'implantation d'une démarche systématique d'intervention et le choix du modèle McGill n'étaient qu'une exigence de la recherche, et non une caractéristique de l'intervention du programme intégré : « Si on en parle avec les intervenantes, elles ont de la difficulté à faire le partage des deux. Quand tu vas parler de recherche, ça va être aussi McGill ! » (CLSC, T2) Modèle McGill, programme intégré et recherche n'étaient manifestement pas bien distingués : « Tu ne sais plus lequel est lequel. Qu'est-ce qui fait partie de la recherche du programme intégré et qu'est-ce qui fait partie du [modèle] McGill ? » (CLSC, T3)

Dès les premières entrevues, il était évident que les différents éléments de la démarche systématique d'intervention ont été confondus, de façon plus ou moins importante, par plusieurs actrices de tous les CLSC. Cet embrouillement s'est toutefois maintenu tout au long de la période de mise en œuvre. Chez certaines intervenantes, la confusion était tellement importante qu'il devenait difficile de bien distinguer, dans leurs propos, les contenus spécifiques à chacun des éléments. Sur cette question, la réalisation des entrevues et les analyses ont donc été particulièrement ardues.

L'appariement entre le modèle conceptuel et les instruments

Les intervenantes des quatre CLSC ont régulièrement demandé des précisions aux promoteurs du programme à propos de la démarche systématique. L'arrivée d'une nouvelle personne-ressource pour la deuxième phase de formation (tutorat qui suivait un volet théorique présenté par une autre formatrice) a intensifié cette confusion, créé beaucoup de mécontentement et démotivé certaines intervenantes parmi les plus intéressées :

Au début, j'étais très vendue au modèle McGill, mais je me suis rendu compte qu'il y a eu beaucoup de confusion au niveau des intervenantes sur leur compréhension du modèle, ou des outils plutôt. À un moment donné, ce qui avait été enseigné par la première consultante, c'était quasiment pas bon ! La deuxième [consultante] arrive avec quelque chose de complètement différent. Ça me questionne, ça. Tellement que moi, personnellement, tu vois, j'ai décroché. (CLSC, T3)

Selon plusieurs intervenantes provenant des quatre CLSC, l'appropriation du modèle McGill et des outils de la collecte de données s'est avérée difficile parce que ces deux éléments n'avaient pas de complémentarité conceptuelle : « Les outils qu'on a eus, ils n'étaient pas McGill plus que toi et moi. On nous a telle-

ment mélangées avec ça. [...] Il y avait rien de McGill, là-dedans, rien. » (CLSC, T3) Ceci aurait compliqué sérieusement le travail de la deuxième personne-ressource engagée par le DSC : « Par rapport au programme tel quel, notre document de cueillette de données et sa façon de nous présenter le modèle McGill, ça ne correspondait pas et la *personne-ressource* ne pouvait pas intégrer l'un dans l'autre. » (CLSC, T2) Plus précisément, les intervenantes estiment que les outils ne permettant pas de bien documenter les concepts spécifiques au modèle McGill, il devient alors difficile de bien définir des objectifs d'intervention auprès des femmes : « On ne peut pas faire un plan d'intervention si la collecte de données n'est pas faite dans le sens des quatre concepts. [...] C'est probablement pour ça qu'il y a difficulté à rédiger une formulation d'objectifs, après ça. » (CLSC, T2)

Aux yeux de plusieurs, le DSC est responsable de cette situation. Dans un premier temps, le DSC a été surpris par cette confusion dans l'application de la démarche systématique d'intervention : « Qu'il y ait confusion au niveau de McGill, ce n'était pas prévu... » (DSC, T2) Pour le DSC, ce problème résulte d'une conjoncture qui échappe à son contrôle. La première personne-ressource avait été associée au choix initial du modèle McGill, à l'adaptation des outils et à la conception du programme de formation, mais ce sont des raisons personnelles qui l'ont empêchée de poursuivre son travail. La première formatrice avait réussi, selon le DSC, à bien intégrer les instruments de collecte de données et le modèle McGill : « Je pense que l'ancienne formatrice avait intégré les outils face à McGill. » (DSC, T2) Le DSC a dû engager une deuxième formatrice qui a donné une interprétation fort différente du modèle McGill, ce qui a eu pour effet, selon le DSC, de confondre encore davantage les intervenantes : « Ça a été un obstacle. On a une nouvelle personne qui arrive dans le décor qui, elle, a une perception tout à fait différente de ces démarches-là, ce qui fait que tout est remis en question. » (DSC, T2) La coordonnatrice a même pu observer que l'application du modèle McGill a engendré des revendications des infirmières au sein des équipes multidisciplinaires : « Comme c'est un modèle nursing, c'est un modèle qui met beaucoup d'accent et qui renforce les infirmières. Ce qui fait en sorte que présentement ... - et la formatrice, la nouvelle formatrice, axe beaucoup là-dessus - ce qui fait en sorte que, présentement, il y a un vent corporatif très fort chez les infirmières. » (DSC, T2)

Au temps III, le DSC tire des leçons de cette mésaventure : « On parle d'équipe interdisciplinaire, et on met l'accent là-dessus: il y a différentes disciplines. Or on a une démarche systématique qui provient d'un modèle infirmier. [...] Si c'était à refaire, il y aurait modification. [Il faut] bien saisir cet aspect-là, bien distinguer les choses : démarche systématique versus interdisciplinarité. » (DSC, T3)

4.5.3 LA MISE EN ŒUVRE DES TROIS VOLETS DE LA DÉMARCHE

Pour le DSC, l'introduction de la démarche systématique d'intervention était un élément nécessaire à la mise en œuvre du programme. Cette démarche tire son importance du fait qu'elle situe la femme, avec ses forces et ses faiblesses, au centre du processus de changement en s'appuyant sur ses capacités et ses motivations. Au près de cette clientèle, cette attitude dans l'intervention est jugée essentielle :

On va faire une évaluation systématique des besoins qui s'appuie non seulement sur les besoins et les faiblesses qu'on voit, mais aussi sur la force des gens ; il faudrait essayer de répondre à ces besoins dans un plan systématisé d'intervention, discuté en équipe et qui va être évalué, suivi par l'intervenante. Ça c'est important. (DSC, T1)

La philosophie d'intervention

Le modèle infirmier McGill a été proposé par le DSC parce qu'il respectait les concepts à partir desquels l'intervention a été structurée. Mais l'utilisation d'un modèle infirmier par l'ensemble des intervenantes de l'équipe multidisciplinaire a tout d'abord posé le problème des limites corporatives, et ce, dans tous les CLSC. Ces questions ont surtout été soulevées par les infirmières et les travailleuses sociales.

Plusieurs intervenantes, dans la perspective d'une intervention globale, ont été confrontées à des problématiques qui dépassaient leur cadre habituel d'intervention : « Le plus difficile, et on le voit avec le modèle McGill, c'est de savoir où s'arrête le travail nursing pour l'infirmière et où commence le travail social. » (CLSC, T1) Certaines infirmières ont eu quelques difficultés avec le fait que leur rôle traditionnel d'enseignement au cours de la grossesse est fortement transformé par NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX :

Il y en a [des infirmières] qui sont moins motivées que d'autres, qui sont plus ou moins intéressées de travailler comme des travailleuses sociales. Moi, j'ai étudié comme infirmière, j'ai fait le choix d'aller là. Je ne voulais pas être travailleuse sociale. On me demande maintenant de faire du travail social. (CLSC, T1)

À l'inverse, le fait d'intégrer une dimension santé dans l'intervention sociale a fait l'objet de nombreuses discussions lors des rencontres d'équipe multidisciplinaire. La plupart des travailleuses sociales étaient bien disposées à aborder l'alimentation ou les malaises de grossesse au cours de leurs visites à domicile. Cependant, dans un CLSC plus particulièrement, la travailleuse sociale a refusé d'assumer dans son intervention certaines composantes du programme :

Mais c'est clair que je ne remplirais absolument rien de ce qui relève du nursing : je ne lui demanderais pas son poids, [à la cliente] absolument rien. Et ça je resterais catégorique là-dessus. C'est clair, on a assez de confusion dans les CLSC au niveau des rôles [...]. J'ai des réserves aussi face aux gens qui le font parce que c'est dangereux de glisser... Déjà, dans un CLSC, c'est pas évident comment tout le monde fait tout... Moi, en tout cas, c'est quelque chose qui est bien important pour moi, présentement, d'essayer de départager les choses. (CLSC, T2)

À ces échanges autour des limites corporatives se sont rapidement ajoutées des questions sur l'application du concept d'intervenante privilégiée en fonction des caractéristiques personnelles des intervenantes : « La compétence de base pour faire un peu de social, je pense que toutes les infirmières l'ont. Tu peux aller un peu plus loin ou un peu moins loin. Tu as des limites personnelles [...] qui ne sont pas les mêmes pour tout le monde. » (CLSC, T2)

Enfin, la redéfinition des rôles respectifs de la professionnelle et de la cliente dans le processus d'intervention a fait l'objet de discussions substantielles au sein des équipes. La plupart des intervenantes ont pris très au sérieux l'orientation proposée, à savoir encourager la femme suivie à définir les changements qu'elle souhaite et à en devenir responsable. À l'usage, les intervenantes ont manifesté deux types de réactions.

Certaines estiment que l'intervenante se retrouve dans un rôle relativement nouveau mais plutôt stimulant. Lors d'une rencontre, une intervenante communiquera explicitement à l'équipe sa satisfaction d'avoir « essayé » l'approche suggérée, à savoir de laisser davantage d'autonomie à la femme enceinte dans la définition de ses besoins et du plan d'intervention. Non seulement l'intervenante a-t-elle pu constater que cette femme était plus motivée qu'elle ne l'avait perçu au départ, mais surtout, comme professionnelle, cela lui permet de resituer sa propre responsabilité dans l'évolution de la situation de sa cliente. Finalement, ce qu'elle partageait avec les autres intervenantes, c'est la diminution de son sentiment d'impuissance à l'égard de la situation pourtant difficile de sa cliente. Dans le même sens, les infirmières d'un CLSC considèrent que NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX leur aura permis de formaliser une approche qu'elles avaient déjà commencé à explorer.

Par contre, d'autres intervenantes trouvent très difficile, voire impossible, de modifier des habitudes de travail fortement ancrées, où comme professionnelles elles sont supposées savoir ce qu'il faut faire. Elles déplorent ne plus savoir sur quelle base intervenir, la leur ou celle de la cliente. Elles affirment connaître des difficultés à respecter le rythme de la femme, particulièrement lorsqu'elles estiment qu'il est urgent d'agir : « [Si] tu es en situation de crise : la démarche McGill, là, tu la mets de côté. En ce sens que... il faut que tu règles quelque chose d'ici 24 heures. Tu as une intervention [à faire], et là il faut que tu sois directif ! Alors, ça c'est une [cause de] confusion. » (CLSC, T1)

Pour les quatre CLSC, l'application de cette philosophie d'intervention a donc exigé une adaptation de la plupart des intervenantes privilégiées. Le modèle n'était pas suffisamment opérationnel et la formation a été jugée insuffisante par les intervenantes pour pouvoir optimiser son application. Les rapports professionnels ont parfois été corporatistes et ont compliqué la mise en œuvre du programme dans certains établissements. Après une période d'adaptation, les infirmières se sont relativement bien approprié le modèle McGill, notamment dans le contexte du choix d'un modèle infirmier pour l'ensemble de l'établissement. On ne peut en dire autant des autres professionnelles. Nous y reviendrons toutefois un peu plus loin, lorsque nous aborderons les activités multidisciplinaires (section 4.6).

La procédure d'intervention

De façon générale, les intervenantes des CLSC estiment que la procédure d'intervention est un outil très intéressant et elles y adhèrent. Les réponses données au questionnaire auto-administré, pour le temps I, montrent en effet que la très grande majorité des intervenantes estiment que le processus d'identification continue des besoins (32/33, tableau 4.5) et le plan de services toutes les deux semaines (27/33, tableau 4.6), sont efficaces pour améliorer l'intervention du CLSC auprès des femmes enceintes vivant en situation d'extrême pauvreté.

À l'aide du tableau 4.7 sur l'intensité des services offerts dans le cadre de NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX, on constate que près de la moitié des interventions répertoriées (47,2 %) étaient fortement teintées par la démarche d'identification continue des besoins. Quant au plan d'action et d'évaluation (le plan de services), il était fortement utilisé dans deux interventions sur trois (66,7 %). Du point de vue des services systématiques, les informations et les conseils concernant le soutien alimentaire (39,8 %) et la préparation à l'accouchement (37,8 %) sont les soutiens les plus intensément apportés aux femmes. Les relations interpersonnelles (33,3 %), le vécu de la grossesse (33,1 %) et le soutien psychosocial concernant l'estime de soi (26,4 %) sont aussi des services souvent dispensés d'une façon très intense. Quelques éléments sont abordés « un peu » dans la majorité des cas. Il s'agit des suppléments alimentaires (73,4 %), de la surveillance de la courbe de poids (68,7 %) et de la conscientisation (68,1 %).

Toujours selon les intervenantes, la procédure proposée permet entre autres une systématisation de l'intervention et peut apporter satisfaction aux intervenantes dans le cadre de leurs interventions : « C'est une pièce bien importante pour nous autres, pour que nous soyons satisfaites de notre travail, pour que nous fassions quelque chose de professionnel. » (CLSC, T2) Elle améliore grandement la qualité de leurs interventions par une meilleure planification et un meilleur suivi :

Ça m'a apporté beaucoup de travailler de cette façon-là, parce que ça m'a permis de voir où je m'en vais et de voir où je suis rendue. [...] Non seulement où je suis rendue présentement, mais peut-être d'aller chercher une référence plus rapidement. Le fait que ça soit écrit, que ça soit identifié... [...] Le fait d'être obligée de m'arrêter, de regarder ce que j'ai en main pour cette patiente-là, quels sont les besoins... Quand je retourne voir la patiente, de voir ce que je vais apporter, là. Ça m'a beaucoup aidé à vraiment planifier, à avoir une gestion de temps. (CLSC, T2)

La procédure d'intervention permet aussi aux femmes de se responsabiliser face aux changements qu'elles estiment nécessaires : « Ça a toujours été très important de laisser le pouvoir à l'autre, que l'autre décide ce qu'elle voulait faire. Oui, elle a tel ou tel problème, mais c'est elle tout probablement qui décide en fin de compte. » (CLSC, T2) La procédure d'intervention donne ainsi la chance aux intervenantes de se libérer d'une responsabilité très lourde en regard des changements opérés chez les femmes : « Bien, moi, je trouve que ce n'est plus juste l'infirmière qui a tout sur les épaules. À quelque part, la cliente a son bout à faire là-dedans. Ça, je trouve ça intéressant. » (CLSC, T2)

Finalement, les intervenantes estiment que cette procédure propose une intervention qui respecte les attentes et les besoins de la cliente, et a ainsi pour effet de ne pas placer les attentes de l'intervenante en priorité par rapport à celles de la femme : « Il ne faut pas se fixer des objectifs qui sont trop grands. Il faut répondre vraiment aux besoins de la cliente. Il faut suivre ses besoins. Il ne faut pas que tu veuilles plus qu'elle. » (CLSC, T3)

Il est donc assez évident que la grande majorité des intervenantes adhère au principe d'une procédure d'intervention telle qu'elle a été définie par le DSC. Toutefois, un groupe restreint d'intervenantes n'adhèrent pas à la démarche systématique d'intervention. Cette absence d'adhésion à cet élément spécifique du programme est étroitement reliée à l'adhésion des intervenantes au programme dans son ensemble, et plus spécifiquement à la philosophie de NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX. L'élément de la philosophie du programme intégré qui cause le plus de problèmes quant à la procédure d'intervention est la responsabilisation de la femme dans le processus de changement.

Ces quelques intervenantes estiment en fait que cet élément de la philosophie de NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX n'est pas pertinent dans la mesure où les femmes ne seraient réellement pas motivées à changer. Comme on l'a vu à la section 4.1.2, selon ces intervenantes, la motivation des femmes à participer au programme est uniquement reliée aux suppléments alimentaires et, dans ce contexte, la démarche systématique (identification des besoins, définition d'un plan de services, etc.) ne leur apparaît pas pertinente. Certaines perçoivent d'ailleurs qu'à ce titre la procédure d'intervention est en contradiction avec les objectifs du programme :

Les clientes, tu te rends compte qu'elles veulent juste du lait. [...] Il y a deux discours : [D'un côté], on ne force pas, c'est pas toi qui formule les objectifs, c'est la cliente qui décide de travailler sur telle chose, mais [elle] ne veut travailler sur rien, et [d'un autre côté] tu es liée par une recherche parce que tu veux que ça serve à quelque chose au bout. Le fait est que tu te rends au bout, à son accouchement, [et on touche] la limite de l'intervenante, l'impuissance de l'intervenante. C'est ce qui est exprimé. (CLSC, T2)

Pour ces intervenantes, il s'agit d'une procédure inutile, une simple exigence de la recherche qui n'est pas vraiment pertinente à l'intervention. Elles n'ont donc jamais voulu l'intégrer réellement à leur intervention. Elles estiment en fait que l'intensité des visites (toutes les deux semaines) et toutes les exigences de la procédure vont à l'encontre de l'intérêt des femmes :

Il y a la cliente qui ne sait pas trop quoi travailler, la cliente qui ne voudrait pas te voir trop souvent parce que dans le fond, elle veut plus le lait que toi... Et ça, ça vient toujours et ça va toujours revenir. Si c'était à la discrétion de chaque intervenante, chacune est d'accord pour dire que ça ne serait pas nécessairement à cette fréquence-là que ça se ferait. (CLSC, T2)

Malgré un niveau d'adhésion élevé, la procédure d'intervention a donc posé plusieurs difficultés lors de la mise en œuvre. D'ailleurs, au temps III, la perception

d'efficacité du plan d'intervention toutes les deux semaines avait sensiblement diminué (14/33, tableau 4.6), tandis que celle de la procédure d'identification continue des besoins se maintenait davantage (27/33, tableau 4.5).

Une des principales difficultés serait que cette démarche impose une modification profonde de l'intervention et requiert un temps considérable : « C'est parce que c'est un revirement, un revirement complet de toute la démarche nursing qu'on a intégrée depuis des années. Ça implique à plus long terme. » (CLSC, T1) Par contre, ceci a permis à une des quatre équipes de formaliser une approche de l'intervention qu'elle mettait déjà en application depuis quelque temps : « Le programme intégré, en l'appliquant, j'ai l'impression qu'on l'a toujours fait même s'il n'existait pas. » (CLSC, T1) La proposition d'utiliser une procédure est donc venue répondre à un objectif important de l'intervention : « Et avec le programme intégré, avec le modèle McGill, on a mis des mots, on a mis des concepts sur ce qu'on pensait et la façon de l'appliquer. » (CLSC, T2).

Malgré les problèmes de confusion quant au modèle McGill et aux outils, la démarche systématique d'intervention a été généralement appréciée par les intervenantes, même si la formation a été nettement insuffisante et incomplète. Par exemple, les intervenantes auraient souhaité une formation plus pratique avec le suivi d'une femme :

Je pense qu'il n'y a pas eu assez d'exemples pratiques. [Il aurait fallu présenter le cas] d'un homme, d'une femme avec toute une histoire. Puis [travailler] comment on va la faire la démarche ? Comment ?... C'a été un survol. Il aurait fallu, dès que les filles ont eu chacune un cas, qu'elles soient supportées tout de suite en partant sur la façon de passer à travers tous les outils, avec leur propre cas. Moi, je pense que cela aurait permis finalement d'avoir un exemple auquel on peut se référer après. (CLSC, T2)

Les instruments de collecte de données

Comme on l'a vu en détail au chapitre 3, la production des différents outils d'intervention n'était pas entièrement terminée au début de la période de mise en œuvre. D'une part, il avait été convenu que la grille d'identification des besoins ferait l'objet d'une étude formelle de validation au cours de cette même période, de sorte que tous s'attendaient à ce que la version produite par un groupe de travail subisse certaines modifications. D'autre part, la Fiche d'intervention clinique cumulative, un des outils de collecte de données de la présente étude, était également en cours de validation en prévision d'une étude des effets de ce programme. Les intervenantes verront d'ailleurs passer deux versions différentes de ce dernier outil.

Pour le DSC, cette situation est vraiment problématique, et il en assume en bonne partie la responsabilité :

Ça n'a pas d'allure, on a mis deux, trois ans pour faire quelque chose qu'on devait faire en six, dix mois. On a une grille qui n'est toujours pas validée, qui n'est toujours pas bonne. La première grille, c'était un non-sens, la recherche nous dit ça, d'accord, mais maintenant qu'est-ce qu'on va faire ? D'ailleurs, ce point-là est très faible, puis ça n'a pas de bon

sens le temps qu'on a mis là-dessus, puis la façon dont ça s'est passé.
(DSC, T3)

Les instruments utilisés ont été critiqués dans tous les CLSC. Les intervenantes en avaient surtout contre la lourdeur de la tâche et contre le fait que ces instruments n'étaient pas vraiment au point. Dans le contexte où ces intervenantes doivent modifier leurs pratiques professionnelles de façon significative, cet élément avait son importance : « Ce que je trouve plus difficile, c'est de remplir les formulaires, compte tenu du temps. Tu es toujours dérangée : tu perds ta concentration. Je trouve ça très long à remplir comme ça, parce que c'est échelonné sur trop longtemps. Tu sais, tu ne peux pas dire que tu fais le vide, que tu t'en vas remplir ça. » (CLSC, T2) En plus de la confusion dont on a fait état précédemment, ces délais dans la production des instruments ont entraîné une certaine démobilisation face au programme, puisque les intervenantes ont eu alors le sentiment de perdre de vue l'essentiel : « C'est un peu *plate* parce qu'on perd le positif de la démarche quand on s'arrête sur des points techniques comme ça. » (CLSC, T2) Chez certaines, cette situation engendre même de l'exaspération : « C'est frustrant de voir que le contact avec la clientèle prend moins de temps que la rédaction. Tout ça, c'est beaucoup d'investissement. » (CLSC, T3)

Pour deux équipes de CLSC, ces difficultés ont meublé presque entièrement le déroulement des rencontres multidisciplinaires tout au long de la période à l'étude, tellement le problème avait pris de l'importance pour certaines intervenantes : « Ça ne clique pas, cet outil-là : on n'a jamais réussi à s'y faire. » (CLSC, T3) Dans un de ces CLSC, l'équipe convoque d'ailleurs des réunions spécifiquement pour régler ce problème : « On va se redonner un temps ensemble, et probablement que la coordonnatrice va être là aussi, pour vraiment saisir quelles feuilles [il faut remplir] et tout ça... Je pense qu'on va prendre un cas. [...] On va avoir [le cas] d'une cliente, puis on va [le voir à fond] : on n'en aura pas 23 [à la fois], là. » (CLSC, T1)

Les intervenantes des deux autres CLSC décident, à un certain moment, de concentrer leurs énergies sur l'intervention. Elles estiment que les problèmes liés aux instruments sont accessoires, et que l'essentiel doit être l'intervention auprès des femmes : « Tout le temps qu'on prend pour valider la grille, on se dit : c'est pas le temps qu'on devrait prendre avec nos femmes ? [...] La priorité, ce devait être les femmes enceintes, les discussions de cas. » (CLSC, T2) Le DSC encourage d'ailleurs cette attitude : « Elles ont passé un bon bout de temps à mettre l'accent sur l'outil et à ne regarder que l'outil ; c'est secondaire par rapport à la démarche. » (DSC, T2)

L'ensemble de la démarche systématique d'intervention a donc généré une quantité importante de difficultés tout au long de la mise en œuvre. Très souvent, ces problèmes ont meublé les rencontres multidisciplinaires et ont mobilisé une bonne partie des énergies du DSC. La validation des outils, les formations et les discussions pour clarifier la démarche systématique et le modèle d'intervention infirmier, tous ces éléments ont soulevé des questionnements et des critiques de la part des intervenantes et du DSC. Paradoxalement, l'ensem-

ble de ces problèmes sont apparus dans un contexte où, d'une façon générale, la majorité des actrices impliquées adhéraient conceptuellement à l'idée d'une telle démarche.

Les intervenantes estiment que le DSC n'avait pas tout à fait terminé son travail quant à la démarche systématique d'intervention. Les problèmes de formation et le fait que les outils n'aient pas été validés sont les deux éléments pour lesquels le DSC est considéré responsable. L'équipe du DSC assume en bonne partie cette responsabilité même si elle estime avoir été prise au dépourvu.

Une autre explication émane aussi du discours des intervenantes : l'ensemble de cette démarche exige une transformation importante de leurs pratiques. Dans plusieurs cas, les intervenantes identifient très clairement le manque d'adhésion de certaines de leurs collègues pour expliquer les problèmes rencontrés lors de l'implantation de cet élément de NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX. Tout au long de la période à l'étude, le DSC est demeuré conscient du fait que la proposition de modèle d'intervention qu'il faisait pouvait signifier des changements importants. Dans cette perspective, il faut comprendre l'implantation de cet élément comme un processus d'adaptation pour plusieurs intervenantes et, qu'à ce titre, l'appropriation d'une démarche systématique d'intervention exige beaucoup plus de temps que ce qui avait été prévu.

4.6 LES ACTIVITÉS MULTIDISCIPLINAIRES

L'objet de cette section consiste à décrire l'évolution des activités multidisciplinaires dans les quatre CLSC ayant participé à la mise en œuvre. Dans une première étape, on précisera le mandat qui avait été confié à ces équipes, le type de multidisciplinarité privilégié par le programme intégré et les responsabilités des deux partenaires. Le niveau de multidisciplinarité des quatre CLSC avant le début de la mise en œuvre et la composition des équipes seront ensuite présentés. La dernière étape de cette section consistera à décrire le niveau de multidisciplinarité atteint dans chacun des CLSC, en décrivant le fonctionnement des équipes et les problèmes qu'elles ont rencontrés.

4.6.1 LA MULTIDISCIPLINARITÉ DANS LE CADRE DE NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX

Les promoteurs du programme intégré estimaient que la multidisciplinarité devait s'articuler principalement autour du concept d'intervenante privilégiée. En fait, l'équipe devait soutenir cette intervenante dans la perspective d'un suivi le plus global possible auprès d'une femme.

Ce type de multidisciplinarité est mis de l'avant afin d'éviter qu'une cliente soit confrontée successivement ou simultanément à plusieurs professionnels différents. La recension des écrits a bien montré les limites d'une approche où plu-

sieurs professionnelles interviennent auprès des femmes enceintes vivant en situation d'extrême pauvreté. L'objectif du programme est donc qu'une intervenante assure un suivi global avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire :

Ce qui me semble vraiment très important, c'est qu'on veut éviter avec le programme le phénomène que j'appelle *ping-pong* : on voit quelqu'un et on dit : "Toi, tu vas avoir besoin d'un psychologue ; toi, tu vas avoir besoin d'un travailleur social, du médecin..." On renvoie les gens de l'un à l'autre... Ça devrait s'arrêter avec le projet. (DSC, T1)

Chaque CLSC assurait la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire formée, selon les disponibilités, d'infirmières, d'intervenantes sociales, de nutritionnistes, de médecins, d'organisatrices communautaires, etc. Cette équipe se réunit normalement toutes les deux semaines afin de soutenir l'intervenante dans son intervention. Elle doit aussi permettre à l'intervention d'être plus globale. Le mandat de l'équipe comporte trois volets : par des discussions de cas régulières, l'équipe multidisciplinaire doit appliquer la démarche systématique d'intervention (identification des besoins, plan d'intervention et évaluation) ; elle doit aussi faciliter la démarche de réflexion et d'action par rapport à la pauvreté chronique par le partage des expériences de chacune des intervenantes ; et finalement, elle doit soutenir les intervenantes privilégiées confrontées à des situations où le poids des difficultés peut devenir accablant et où l'apport de chaque profession est souvent fort utile compte tenu de la complexité des difficultés rencontrées auprès de cette clientèle.

Le DSC avait comme mandat de soutenir les équipes multidisciplinaires en préparant la formation et la documentation relatives à la multidisciplinarité.

4.6.2 PORTRAIT DES ÉQUIPES MULTIDISCIPLINAIRES

La situation de la multidisciplinarité avant la mise en œuvre variait considérablement de l'un à l'autre des quatre CLSC. Toutefois, il est possible d'affirmer que, de façon générale, la multidisciplinarité dans l'intervention était très peu présente ou, dans le meilleur des cas, dans un état embryonnaire.

Figure 4.1
Composition des équipes multidisciplinaires

	CLSC A	CLSC B	CLSC C	CLSC D
Infirmières	2*	De 3* à 11	3*	4*
Intervenantes sociales	1*	1	1	1
Nutritionnistes	1*	-	-	-
Médecins	1*	-	1	-
Auxiliaires familiales	-	Parfois	-	-
Organisatrices communautaires	-	-	1	-
Hygiénistes dentaires	-	-	-	1
Coordonnatrice	-	Parfois	1	-

* = intervenantes privilégiées

Le CLSC A avait déjà formé un comité *ad hoc* multidisciplinaire pour réfléchir à l'intervention prénatale auprès des femmes vivant en situation de pauvreté. Ce comité était formé d'une médecin, d'une infirmière, d'une nutritionniste et d'une intervenante sociale. De façon générale, la multidisciplinarité n'était pas une pratique fréquente dans le CLSC. Pour la mise en œuvre du programme intégré, une médecin, deux infirmières, une intervenante sociale et une nutritionniste seront les membres de l'équipe multidisciplinaire.

Le CLSC B pouvait compter sur une équipe multidisciplinaire au sein du module petite-enfance-famille. Cette équipe multidisciplinaire n'était pas une équipe d'intervention, mais plutôt une équipe d'admission ayant comme mandat de répartir les cas aux intervenantes. Pour l'intervention, les intervenantes peuvent compter sur un système de référence géré par un membre de la direction du module qui trouve, à l'intérieur des différentes équipes du CLSC, les ressources requises. Pour la mise en œuvre du programme intégré, la composition de l'équipe sera continuellement modifiée. L'ensemble des infirmières de l'équipe petite-enfance-famille, une intervenante sociale et les auxiliaires familiales feront partie de l'équipe au début de la mise en œuvre. Progressivement, seules les infirmières impliquées comme intervenantes privilégiées et l'intervenante sociale seront invitées à participer aux réunions d'équipe.

Au CLSC C, l'équipe de périnatalité n'avait jamais travaillé dans un cadre multidisciplinaire. Trois infirmières formaient l'équipe de périnatalité depuis près de dix ans. Ces trois infirmières se rencontraient régulièrement d'une façon informelle pour discuter des familles et des enfants auprès desquels elles intervenaient. Elles sont professionnellement très proches quant à leurs valeurs vis-à-vis des interventions et des priorités. En fait, cette équipe est autosuffisante en partie à cause des intérêts des trois infirmières, et en partie par stratégie de

survie face à certaines orientations du CLSC, qu'elles estiment trop axées sur les services médicaux : « La famille est loin d'être la priorité. La vraie priorité c'est le médical... C'est ce qui gruge toutes les ressources. » (CLSC, T1) Dans le cadre du programme intégré, une médecin, une intervenante sociale et une organisatrice communautaire se joindront aux infirmières pour former l'équipe multidisciplinaire.

Au CLSC D, une redéfinition récente de la mission et de l'organisation des équipes a permis la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire pour l'intervention auprès des familles à risque. L'équipe multidisciplinaire est donc déjà formée avant la mise en œuvre de NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX. Ce programme deviendra en fait une des premières occasions de mettre à l'épreuve le fonctionnement de l'équipe. L'équipe qui plantera le programme intégré sera constituée d'infirmières, d'une intervenante sociale, d'une nutritionniste et d'une hygiéniste dentaire.

Même si cette réorganisation est récente et que l'équipe multidisciplinaire n'en est qu'à ses débuts, les intervenantes questionnent déjà le chevauchement des professions à l'intérieur de l'équipe. Elles cherchent en fait à « démêler finalement, comme le début et la fin [du champ] d'une profession. » (CLSC, T1) Ce questionnement s'inscrit en fait dans la continuité de la réorganisation des services, réorganisation axée principalement autour du rapport Brunet, où les mandats ne sont pas encore clairs aux yeux de certaines actrices : « Dans le moment, on essaie de déterminer les zones grises, parce que ça crée de temps en temps des problèmes. Avant [les intervenantes] faisaient tout. Ensuite on leur dit: "Vous ne faites pas tout, vous faites juste le spécifique". Là, on vient de leur dire : "Vous pourriez, en même temps que vous faites du spécifique, faire du normal." Ben, branchez-vous ! » (CLSC, T1)

L'implantation de l'équipe multidisciplinaire dans chacun des CLSC a été caractérisée par divers éléments problématiques : les rapports entre les professions au sein de l'équipe multidisciplinaire, les craintes d'être jugées et les discussions de cas. Mais avant de décrire ces difficultés, il apparaît essentiel de décrire le niveau d'adhésion des intervenantes au concept de la multidisciplinarité.

4.6.3 L'ADHÉSION DES ACTRICES AU CONCEPT DE LA MULTIDISCIPLINARITÉ

L'ensemble des intervenantes ont adhéré au concept d'équipe multidisciplinaire. On reconnaît d'une façon générale la multidisciplinarité comme un élément qui peut bonifier l'intervention, principalement par la globalité qu'elle sous-tend. Les avantages de cette pratique sont nombreux selon les intervenantes.

La première qualité de la multidisciplinarité, toujours selon les intervenantes, est qu'elle permet d'élargir le champ de leur compétence : « Pour moi, ça devient des outils en plus et ça me fait développer d'autres visions qu'on n'a pas néces-

sairement. Ça, pour moi, c'est bien important. » (CLSC, T2) La multidisciplinarité peut donc permettre d'acquérir une plus grande expertise et ainsi améliorer les interventions. Ce sont les femmes qui en profiteront : « C'est un peu aller chercher l'expertise de chacun, puis la partager. Ça te permet d'aller plus loin avec toi-même ; puis évidemment avec les patients, ça en découle. » (CLSC, T1)

Un autre élément retenu comme essentiel par les intervenantes en regard de la multidisciplinarité, c'est que cette forme de pratique peut faciliter l'approche auprès de la femme. Les besoins de cette dernière étant analysés par plusieurs intervenantes de différentes professions, la confrontation des points de vue peut permettre de faire jaillir des consensus quant aux priorités d'intervention. L'intervenante se voit donc plus facilement orientée dans son intervention : « Pour être capable de rencontrer des objectifs, des besoins de la personne. C'est qu'à un moment donné, tu ne sais plus quel bout [aborder]. Je pense que c'est important que tu sois capable d'échanger avec les autres intervenantes. » (CLSC, T2)

Les intervenantes estiment de plus que la multidisciplinarité est essentielle dans la mesure où elle peut jouer un rôle de soutien et de répit, face principalement à la complexité et à la gravité des situations auxquelles elles sont confrontées dans le cadre du programme intégré. La multidisciplinarité permet principalement aux intervenantes de ventiler leurs émotions face à l'intervention : « C'est essentiel. [...] C'est pas nécessairement des cas faciles [...] Je pense qu'on a besoin d'énormément de support pour travailler avec cette clientèle-là ; puis t'as aussi besoin d'un endroit pour ventiler. » (CLSC, T2) Les échanges en équipe multidisciplinaire permettent aussi aux intervenantes de ne pas assumer seules l'ensemble des décisions relatives à l'intervention : « C'est important qu'il y ait un travail d'équipe qui soit fait, qu'il y ait de la place pour les échanges, pour qu'elles ne se mettent pas tout sur le dos, qu'elles ne se sentent pas débordées. » (CLSC, T1)

On reconnaît aussi à la multidisciplinarité des avantages quant aux questionnements et à la confrontation d'idées qu'elle oblige. Pour plusieurs intervenantes, la multidisciplinarité permettra aux membres des équipes de confronter leur point de vue et d'améliorer ainsi la compréhension des problématiques et la qualité des interventions :

Ça va apporter une ouverture sur beaucoup de dimensions de la problématique [...] En situant aussi l'intervention, dans le sens où il y a un début, un milieu puis une fin. [...] Ça nous permet de nous positionner, de nous poser des questions sur ce qui est pertinent. Ça peut nous situer, nous comme intervenantes. Qu'est-ce qui est important de regarder quand on va dans une famille ? Qu'est-ce qu'on va observer davantage ? Ça peut nous amener des éléments de compréhension. (CLSC, T1)

Le tableau 4.8 illustre cette adhésion importante des intervenantes au concept de multidisciplinarité. Malgré une question quelque peu confondante – elle concerne autant l'implication de la femme que celle de l'équipe multidisciplinaire pour élaborer un plan de services –, on peut observer qu'une forte majorité

d'intervenantes (27/33) estiment au temps I que la multidisciplinarité sera efficace pour améliorer la qualité de l'intervention auprès des femmes.

Une seule intervenante, parmi toutes celles interviewées, n'adhère pas au concept de multidisciplinarité. Selon cette intervenante sociale, la multidisciplinarité aurait dû être définie à partir des compétences spécifiques de chacune des professionnelles de l'équipe, ce qui implique qu'une femme soit suivie par plusieurs intervenantes à la fois. De fait, elle ne voit pas la pertinence du concept de multidisciplinarité tel que défini dans le cadre du programme : « Moi je ne pense pas que ce soit important. » (CLSC, T2) Elle n'adhère pas davantage à l'intervention globale telle que véhiculée par le programme intégré. Elle propose plutôt un suivi conjoint effectué par plusieurs intervenantes : « Je trouve que c'est excessivement pertinent qu'il y ait un suivi conjoint mais je suis tout à fait en désaccord qu'on me fasse assumer un suivi nursing ou remplir même des [fonctions] qui relèvent du nursing. » (CLSC, T2) Pour elle, l'équipe n'est pas réellement multidisciplinaire et elle ne voit pas comment les membres qui ne sont pas des infirmières peuvent être utiles aux intervenantes privilégiées (en pratique, les infirmières). Elle aurait un intérêt à s'impliquer davantage dans NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX si elle pouvait suivre les femmes avec les infirmières à la condition que chacune des intervenantes respecte les champs de compétence de l'autre : « J'aurais de l'intérêt, ne serait-ce que pour aider à situer nos rôles, qu'on travaille comme ceci : une travaille à tel niveau, l'autre travaille à tel autre niveau, puis qu'on soit sûres que nos interventions aillent dans le même sens, tu sais ! Oui, ça, ça m'interpellerait. » (CLSC, T2)

4.6.4 LES RAPPORTS ENTRE LES DIFFÉRENTES PROFESSIONS AU SEIN DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Le premier problème auquel la majorité des équipes multidisciplinaires ont été confrontées, a été la définition du rôle de chacune des intervenantes en regard de leur profession respective. Les rôles des auxiliaires familiales et des intervenantes sociales en particulier n'ont jamais été très clairement cernés comparativement à celui des infirmières.

Selon le DSC, cette lacune est en partie attribuable au fait que le programme est défini en bonne partie autour d'objectifs davantage axés sur la santé, donc traditionnellement plus proches de la pratique infirmière : « Qu'on le prenne sous l'angle de la santé, puis le meilleur exemple c'est que notre objectif est de réduire l'insuffisance de poids à la naissance. » (DSC, T2) L'objectif central du programme concernant le poids du bébé a donc eu pour effet de mieux cerner le rôle des infirmières et d'en faire des actrices privilégiées face aux autres membres de l'équipe. Par exemple, seules des infirmières ont été intervenantes privilégiées pour trois des quatre CLSC. Au début de la mise en œuvre, le DSC était conscient du fait que cette situation n'était pas idéale, mais avait quand même décidé de l'accepter : « Je sais qu'en général, ce sont les infirmières qui vont être les intervenantes privilégiées et que les autres membres de l'équipe multidisciplinaire vont surtout interagir au niveau des réunions d'équipe. Pour

moi, ce n'est pas l'idéal, ça. Mais on est obligé de travailler avec [la réalité]. » (DSC, T1)

Ceci a amené des difficultés particulières pour définir le rôle des intervenantes sociales au sein de l'équipe multidisciplinaire, et ce, pour trois des quatre CLSC. Les intervenantes sociales ont généralement eu un rôle utilitaire au sein de l'équipe.

Par exemple, au CLSC B, l'intervenante sociale ne s'est pas sentie complètement impliquée dans l'équipe. Après un certain temps, elle a décidé de se retirer de l'équipe. Elle estimait que NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX était un programme infirmier et qu'elle n'avait donc pas sa place au sein d'une équipe d'infirmières :

Je ne sens pas de demande. [...] Qu'est-ce que tu veux que je fasse ? [...] Je ne voyais pas mon implication plus que ce que je pouvais faire là, parce que de toutes façons on ne me demande pas plus [...] Le problème, c'est [que ce sont] toutes des infirmières, puis moi, je suis toute seule de t.s. [travailleuse sociale]. Tu sais, avec 9, 11 infirmières. C'est pas simple, cette affaire-là. Puis j'ai pris comme attitude que quand tu es toute seule avec 10, bien, tu te tais puis tu ne cherches rien à poursuivre là-dedans. (CLSC, T2)

Au CLSC C, l'implication de l'intervenante sociale a davantage été concentrée sur le déroulement des réunions d'équipe (ordre du jour et procès-verbaux) que sur une implication clinique :

Quand je suis arrivée... ça manquait d'organisation, de structure ; puis on s'est ajustées. On a commencé par se faire des ordres du jour. On a des procès-verbaux maintenant. Je me suis portée volontaire, j'ai hérité de ça, mais c'était ma collaboration à moi. J'ai dit aux filles : "Vous êtes déjà assez occupées ; ça, je le prends sur mon dos, puis ça me fait plaisir, c'est ma collaboration." (CLSC, T2)

Pour les infirmières de ce CLSC, cette situation était acceptable dans la mesure où elles considéraient l'intervenante sociale comme une consultante plutôt qu'une membre à part entière de l'équipe : « Disons, à propos de la t.s., je la perçois davantage comme consultante, parce que le reste du temps, elle n'est plus là; elle donne juste son opinion sur le coup, mais je ne la considère pas dans l'équipe, tu ne peux pas l'utiliser quand tu en as besoin. » (CLSC, T2)

Par contre, au CLSC D, la position de l'intervenante sociale était très claire : elle ne voulait s'impliquer dans le programme intégré que comme consultante pour les infirmières qui seraient confrontées avec une problématique psychosociale importante. Selon cette dernière, les infirmières ont davantage intérêt à faire des réunions d'équipe entre elles, alors qu'elle-même aurait avantage à faire des réunions avec d'autres intervenantes sociales :

Comme travailleuse sociale, je te dirais que si on me donnait le choix, je n'irais pas aux réunions de discussion de cas. [...] Vu qu'elles sont quatre infirmières, c'est souvent du nursing, donc moi, ça ne m'intéresse pas vraiment, là, mais je comprends que ça les intéresse. Moi, j'ai plus besoin

de me retrouver en psychosocial parce qu'on parle le même langage, puis moi, ça me permet aussi d'aller plus loin. (CLSC, T2)

Le rôle des auxiliaires familiales a lui aussi été un élément particulier pour les trois équipes qui pouvaient compter sur au moins une auxiliaire familiale. Ces auxiliaires n'ont jamais été impliquées d'une façon active au sein des équipes. Elles étaient invitées à des réunions seulement si elles intervenaient auprès des femmes pour lesquelles une discussion de cas était prévue, et si leur présence apparaissait pertinente aux yeux des autres membres de l'équipe.

Dans un de ces trois CLSC, les auxiliaires familiales avaient été invitées à participer aux premières réunions de l'équipe multidisciplinaire. Après un certain temps toutefois, elles ont arrêté d'y participer, la direction de l'équipe ayant décidé d'impliquer les auxiliaires familiales uniquement lors des discussions de cas où leur présence était jugée pertinente. Les auxiliaires familiales, quant à elles, ne se sentaient pas impliquées dans l'équipe : « On n'y assiste plus parce qu'on se sent moins participant, aussi vu qu'on n'en fait pas des [interventions] comme ça ! » (CLSC, T2)

Généralement, les auxiliaires familiales sont déçues de ne pas avoir été impliquées davantage au sein des équipes. Elles estiment, avec quelques autres intervenantes des équipes, avoir des connaissances et une expérience qui pourraient jouer un rôle positif au sein des équipes :

Moi, je trouve qu'on devrait faire partie intégrante [de l'équipe], nous autres, les auxiliaires familiales, mais on n'en fait pas partie parce qu'on est auxiliaire familiale. On devrait avoir notre opinion dans le processus de décision des cas. Je dis ça, parce que c'est nous qui sommes le plus en contact avec la famille. On voit les problèmes parce qu'on est là un après-midi par semaine et tout ça. [...] Ce n'est pas juste une question de diplôme et de hiérarchie... C'est ça que je te dis, on se mettait des barrières parce qu'on a un diplôme de plus que l'autre; [il faudrait] qu'on écoute autant un qui a un bac que l'autre qui n'en a pas, ou même celle qui n'a pas du tout de D.E.C. ou de bac. Qu'on tienne compte de l'expérience personnelle de l'individu. Pour moi, des fois, l'expérience personnelle, ça vaut autant qu'un diplôme, ça peut être tellement valable. (CLSC, T1)

Malgré une adhésion conceptuelle très forte à la multidisciplinarité, les intervenantes n'ont donc pas réussi à impliquer d'une façon équivalente les compétences et les forces des différentes professions. Le rapport à l'intervention demeure fortement déterminé par la profession des intervenantes, et non par les besoins des femmes visées par le programme intégré. Le DSC perçoit aussi ce problème vécu par les intervenantes sociales. Selon lui, les équipes n'ont pas réussi à atteindre une multidisciplinarité détachée des rapports interprofessionnels où les discussions de cas pourraient laisser les informations circuler librement, et ce, peu importe la profession des intervenantes. En fait, la multidisciplinarité a existé d'une façon formelle, c'est-à-dire que les équipes ont été formées et des réunions ont eu lieu, mais elle n'a pas réussi à imprégner les rapports entre les différentes intervenantes : « C'est pas des vraies tables de discussion où tu as une circularité de l'information puis où on partage des visions différentes. »

(DSC, T2) En fait, les réunions d'équipe et l'intervention du programme intégré dans son ensemble ont davantage été teintées par l'aspect santé du suivi, laissant ainsi une place prédominante aux infirmières par rapport aux intervenantes sociales :

Il pouvait ressortir des problèmes de santé, mais il pouvait aussi ressortir des problèmes sociaux et j'ai l'impression qu'effectivement [pour] tout l'aspect social, on ne sait pas encore comment s'y prendre. Puis c'est toute l'articulation aussi de la place des intervenantes sociales dans les équipes [qui est en cause]. Quel rôle elles y jouent ? Quel rôle on veut leur faire jouer ? (DSC, T2)

Une seule équipe, celle du CLSC A, n'a pas été confrontée à ce problème. Elle avait la particularité que chaque professionnelle de l'équipe jouait le rôle d'intervenante privilégiée auprès d'une femme. Selon le DSC, le fait que chaque membre de l'équipe assume ce rôle a favorisé une meilleure circulation de l'information et éliminé en partie des rapports à l'intervention définis selon la profession de l'intervenante : « Je pense que les personnes se situent plus dans une approche globale dans cette équipe-là. » (DSC, T2)

4.6.5 LA CRAINTE D'ÊTRE JUGÉE ET LES DISCUSSIONS DE CAS

C'est en grande partie par des discussions de cas régulières que les intervenantes devaient arriver à définir des objectifs les plus globaux possibles afin de guider leurs interventions auprès des femmes. Toutefois, aucune des équipes n'a tenu, tout au long de l'implantation, des discussions de cas de façon régulière. Les résultats du tableau 4.7 montrent que les éléments de la démarche systématique liés à l'équipe multidisciplinaire sont très peu fréquents, d'une façon intense (5, 9 %), dans les interventions. La majorité des interventions (73,3 %) se sont légèrement appuyées sur les éléments de la démarche systématique tributaires du travail d'équipe. Les réunions multidisciplinaires semblent avoir joué un rôle limité dans l'ensemble de la démarche systématique d'intervention et sur l'intervention elle-même.

Au temps I, les quatre équipes ont été confrontées aux problèmes liés à la démarche systématique d'intervention. Ces problèmes ont eu un impact négatif sur les rencontres multidisciplinaires. Ces rencontres ont été l'occasion, principalement au temps I, de discuter des problèmes liés à la démarche systématique d'intervention, au lieu de servir aux discussions de cas : « Je trouve qu'on a mis beaucoup de temps [sur les outils] au niveau de nos réunions d'équipe, puis que ç'a enlevé de la place aux discussions. » (CLSC, T2) Aux temps II et III, ces problèmes vont gruger de moins en moins de temps des réunions de l'équipe multidisciplinaire de deux CLSC. Mais, dans les deux autres CLSC, ces problèmes ont été assez importants pour occuper la grande majorité des rencontres multidisciplinaires tout au long de la mise en œuvre, ce qui a eu pour effet de réduire la possibilité de faire des discussions de cas. Ces discussions devaient être, du point de vue de certaines intervenantes, l'élément essentiel des réunions d'équipe : « Ce qu'on n'a pas réussi à faire, c'est de travailler en-

semble, de décider d'un plan de travail en équipe, puis avec les dames. » (CLSC, T2)

Dans ces deux CLSC, le temps consacré à la démarche systématique d'intervention durant les rencontres multidisciplinaires a été une source de frustration pour certaines intervenantes. Certaines d'entre elles ont même déserté les réunions, fatiguées de discuter de ce genre de problème : « Quand je suis allée aux réunions, ça paraissait très compliqué. On passait beaucoup de temps avec la quincaillerie. À la limite, c'est peut-être une des raisons qui des fois a fait que je suis pas allée. » (CLSC, T2)

Finalement, trois des quatre CLSC ont connu des difficultés d'organisation multidisciplinaire qui n'ont pas facilité la tenue de discussions de cas régulières. Par exemple, trois des CLSC ont eu des problèmes avec le fait que les présences aux réunions étaient plutôt fluctuantes : « Mais ce qui est difficile, c'est qu'on devrait être une équipe de cinq, mais on n'est pas nécessairement là les cinq à toutes les deux semaines. La plupart du temps, il en manque une, des fois deux. Des fois, on se retrouve à travailler à trois, des fois à quatre, puis des fois à cinq. » (CLSC, T2)

Parallèlement à l'absence de discussions de cas en équipe, on a pu observer des liens informels entre les intervenantes, et pas seulement les infirmières, pour discuter des cas. Les intervenantes des quatre CLSC ont donc tenu « des discussions de corridor » pour régler certains problèmes et obtenir de la rétroaction de la part de leurs collègues : « Mais si j'avais [besoin de] quelque chose des fois [...] j'avais besoin d'information, je contactais la travailleuse sociale, je contactais la nutritionniste dans un autre temps pour avoir mes réponses. » (CLSC, T3) Ces rencontres informelles se sont avérées assez efficaces, et ont démontré par le fait même, selon certaines intervenantes, l'inutilité des rencontres multidisciplinaires formelles : « Des discussions de cas, je trouve qu'on en fait informellement... on y va à mesure qu'on en a besoin. La discussion de cas, en tout cas, aux 15 jours, ça je trouve que vraiment, c'est trop. Une fois par mois, ça serait peut-être pas mal... » (CLSC, T2)

Il est donc clair que les intervenantes, malgré une adhésion importante à l'idée de travailler en équipe multidisciplinaire, ont vécu beaucoup de difficultés. Au delà des réunions d'équipe formelles, la vision d'une intervention multidisciplinaire n'a pas imprégné le travail des équipes : « On n'est pas bien avancées dans le sens du travail formel en équipe multi [comparativement à] la vision qu'on a de ce que c'est de travailler en équipe. » (CLSC, T2)

Il semble de plus que les problèmes reliés à l'implantation de l'équipe multidisciplinaire soient concomitants à une diminution importante de la proportion d'intervenantes qui estiment que la multidisciplinarité constitue un élément efficace pour améliorer l'intervention auprès des femmes enceintes vivant en situation d'extrême pauvreté (de 27/33 au temps I à 15/33 au temps III, voir tableau 4.8).

4.7 LE RECOURS AUX SOUTIENS SPÉCIFIQUES

Le protocole d'entente prévoyait que des soutiens spécifiques devaient être développés et dispensés par les intervenantes, selon les besoins particuliers des femmes suivies dans le cadre du programme intégré. Ces besoins spécifiques comprenaient : un soutien comportemental lié à certaines habitudes de vie (tabagisme, alcoolisme), un soutien psychosocial, un soutien et un renforcement du réseau naturel de la femme enceinte, un soutien matériel, un soutien communautaire, un soutien des auxiliaires familiales et la mise sur pied d'un groupe de marraines.

4.7.1 LES SOUTIENS COMPORTEMENTAUX

Les soutiens comportementaux sont ceux qui ont été les moins dispensés : dans plus de 50 % des interventions, ils en ont été totalement absents. Ces résultats confirment la position des intervenantes, en début de programme, face aux soutiens comportementaux. En effet, les tableaux 4.9, 4.10 et 4.11 montrent très nettement que moins de la moitié des intervenantes estimaient que ces soutiens pouvaient être efficaces pour améliorer l'intervention du CLSC auprès des femmes enceintes vivant en situation d'extrême pauvreté : 14/32 pour le tabagisme, 15/32 pour l'alcoolisme et 16/32 pour les toxicomanies. À la fin du projet pilote, ces pourcentages seront encore moins élevés : 6/32 pour le tabagisme, 8/32 pour l'alcoolisme et 6/32 pour les problèmes de consommation de drogues. Il est donc clair que les intervenantes ne croyaient pas vraiment à l'efficacité de ces soutiens pour améliorer l'intervention du CLSC auprès des femmes visées par NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX.

Comme on peut le voir aux tableaux 4.9 à 4.11, une faible proportion d'intervenantes se disaient à l'aise pour réaliser ces éléments du programme. Le fait qu'elles en aient parlé « un peu » dans leurs interventions auprès des femmes (tableau 4.7) est une autre indication de ce malaise (46,7 % pour le tabac, mais seulement 28,3 % pour l'alcoolisme et 25,5 % pour la consommation de drogues). En fait, dans la crainte de briser le lien de confiance, les intervenantes n'ont pas voulu forcer ce genre d'intervention auprès des femmes : « Si on parle trop, on les écoëure. [...] On va être barrées. » (CLSC, T3)

4.7.2 LES AUTRES SOUTIENS

Comparativement aux soutiens comportementaux, la plupart des autres soutiens spécifiques proposés dans le cadre du programme intégré ont été davantage utilisés intensément lors des interventions. Comme on le voit au tableau 4.7, une intervention sur cinq (20,4 %) s'est traduite par un soutien relationnel intensif de la part de l'intervenante. Quant aux autres soutiens, ils ont été dispensés d'une façon intensive dans plus ou moins 10 % des cas. Ces soutiens étaient généralement jugés efficaces pour améliorer l'intervention du CLSC auprès des femmes enceintes vivant en situation d'extrême pauvreté (voir les tableaux 4.12 pour le soutien relationnel, 4.13 pour les soutiens aux tâches ménagères et 4.14 pour le soutien matériel). À chacun des trois temps, deux tiers

ou plus des intervenantes estimaient chacun de ces soutiens efficace pour améliorer l'intervention du CLSC.

Les CLSC devaient aussi tenter de développer des groupes d'entraide (marraines par exemple) avec les femmes suivies dans le cadre de NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX. Aucun des CLSC n'a effectivement été impliqué dans la mise en place d'un projet de groupe de marraines. Au début de la mise en œuvre, la très grande majorité des intervenantes (30/33, tableau 4.15) estimaient que cet élément serait efficace pour améliorer l'intervention du CLSC auprès de ces femmes. Toutefois, seulement la moitié d'entre elles (17/33) se déclaraient à l'aise pour réaliser cet élément de NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX et cette proportion ira en diminuant sensiblement au temps III.

Les entrevues auprès de ces dernières ont permis de confirmer le fait qu'elles estimaient que cet élément pourrait être efficace, mais qu'il y avait un malaise à implanter ce genre de groupe. Ainsi, les intervenantes interviewées affirment que la constitution de groupes de marraines à partir des femmes suivies dans le cadre du programme, serait une démarche très intéressante pour les femmes : « C'est sûr qu'il y aurait des choses fort intéressantes à envisager de ce point de vue là. » (CLSC, T3) Dans cette perspective, l'expérience acquise par les femmes tout au long de leur grossesse pourrait sûrement être d'une grande aide pour de futures femmes enceintes : « Leur expérience de jeune fille enceinte ne serait sûrement pas nuisible à d'autres jeunes filles. » (CLSC, T3) Pour certaines intervenantes, l'absence d'écarts socio-économiques importants ferait en sorte que les femmes seraient de meilleures aidantes qu'elles peuvent l'être elles-mêmes. De plus, les intervenantes estiment que des femmes enceintes vivant en situation d'extrême pauvreté auraient moins de craintes à s'impliquer dans une relation d'aide avec des femmes de leur milieu qu'avec des intervenantes de CLSC : « Ça pourrait être moins menaçant aussi pour les femmes. » (CLSC, T3) Finalement, toujours selon les intervenantes, les groupes d'entraide auraient l'avantage, comparativement aux CLSC, d'offrir des services sur une base plus souple : « Si on est capable de le faire, de mobiliser les femmes, c'est sûr que c'est une ressource qui est intéressante parce qu'elles, elles sont là 24 heures par jour. Nous autres, on est limitées. » (CLSC, T3)

Mais les intervenantes ressentent un malaise certain à réaliser cet élément de NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX. Ce malaise s'exprime premièrement par un questionnement quant au type d'investissement qu'elles devraient faire pour soutenir des groupes d'entraide compte tenu des caractéristiques des femmes suivies dans le programme : « Je présume que ça demanderait un certain support compte tenu des personnes dont on parle. Dans un premier temps, je ne pense pas qu'on puisse imaginer que la transition va se faire comme ça, là. » (CLSC, T3) On s'inquiète aussi de la faisabilité de ce genre de projet étant donné les responsabilités que les intervenantes doivent déjà assumer dans leur organisation : « Oui, je pense que ce serait intéressant, mais possible ? Je sais pas comment ça peut se faire de le mettre sur pied... Qui va prendre l'initiative d'organiser ça ? Parce que c'est le coup de le partir ! » (CLSC, T3) L'investissement de temps qu'exige le soutien à ces groupes apparaît important, mais pourrait aussi permettre aux intervenantes de se dégager du temps, d'une façon signifi-

cative : « Je pense qu'au début, ça prendrait un peu de temps, un peu plus de temps mais à un moment donné, tu peux espérer que [les groupes] se prennent en main, puis qu'ils deviennent autonomes. » (CLSC, T3)

4.8. ROBUSTESSE DES RÉSULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE

Devant l'ampleur et la complexité des résultats présentés sur la mise en œuvre effective des sept éléments visés par le programme dans les quatre CLSC, il est plutôt difficile de porter un jugement d'ensemble sur le degré de mise en œuvre atteint. Certains éléments ont été bien implantés alors que d'autres ont atteint une portée limitée. Sur quels critères appuyer un jugement global d'évaluation ? Tornatzky & Johnson (1982) proposent de considérer l'implantation d'un programme comme la résultante d'un changement social. Plusieurs caractéristiques peuvent être utilisées pour en évaluer la portée pour l'avenir : la complexité, le coût, les chances de succès, la compatibilité avec les valeurs existantes, et l'avantage relatif. On peut mesurer ces caractéristiques pour établir la robustesse ultime du programme. Mais on peut aussi considérer un programme comme une « boîte noire », c'est-à-dire un mélange inconnu de modèle conceptuel, de politiques institutionnelles, de pratiques locales, etc. À ce moment, il est important de considérer l'importance du changement social et la portée du changement.

Champagne, Denis, Pineault & Contandriopoulos (1991) ont repris cette conceptualisation et l'ont adaptée à l'évaluation de la mise en œuvre d'un programme dans plusieurs sites. Ils proposent un tableau à deux variables croisées, selon l'importance du changement (importance ou actualisation limitée du changement) en abscisse et sa variabilité (changement constant ou inconstant, selon les sites) en ordonnée. Ce modèle, appliqué à la présente recherche, est présenté au tableau 4.16.

Tableau 4:16
Robustesse des résultats de la mise en œuvre du programme
NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX
 (d'après Champagne *et al.*, 1991)

CHANGEMENT	CONSTANT	INCONSTANT
	IMPORTANT	Implantation du soutien alimentaire Relation de confiance de la cliente envers l'intervenante
LIMITÉ	Activités multidisciplinaires Recours aux ressources du milieu Implantation de soutiens spécifiques	Démarche systématique d'intervention

On peut constater que le changement réalisé est à la fois important et constant pour ce qui est de l'implantation du soutien alimentaire et, changement social le plus désiré, l'établissement d'une relation de confiance envers l'intervenante. Le niveau de recrutement de la clientèle visée constitue aussi un changement important, si on tient compte des difficultés énormes rencontrées jusque-là pour rejoindre ce type de femmes, mais il est variable puisque deux CLSC n'ont pu, malgré tous leurs efforts, atteindre l'objectif proposé.

Par contre, la mise en œuvre démontre un changement limité et constant dans les moyens qui étaient proposés pour atteindre à long terme les objectifs du programme en regard des issues de grossesse: les activités multidisciplinaires, le recours aux ressources du milieu et l'implantation de soutiens spécifiques. Il en est de même de l'utilisation d'une démarche systématique qui a constitué un changement limité mais inconstant d'un CLSC à l'autre.

Si on considère que l'analyse secondaire des entretiens avec les 34 femmes participantes au programme (Perreault *et al.*, 1998) indique que la relation de confiance et la satisfaction des besoins des participantes a eu un impact important au cours de leur grossesse, on peut en conclure que la mise en œuvre a amené un changement social important et constant, ce qui appuie un jugement d'une mise en œuvre réussie. Il faut cependant s'interroger sur les moyens choisis pour atteindre les objectifs du pro-

gramme, en vue éventuellement de remplacer les moyens choisis ou de les modifier en fonction des difficultés rencontrées.

On a décrit, dans le présent chapitre, l'implantation des différentes composantes du programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX. Le chapitre suivant permettra maintenant de franchir une étape de plus dans la compréhension de cette mise en œuvre puisqu'on y développera une analyse des facteurs explicatifs de ces résultats.

Tableau 4.2
PERCEPTIONS DE LA DISTRIBUTION DE SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES
PAR LES INTERVENANTES
 (questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

« Des suppléments alimentaires sont fournis à la femme. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-H (n = 32)	-	-	2 6.1 %	7 21.2 %	23 69.7 %
Temps II # 4-H (n = 31)	-	-	1 3.0 %	5 15.2 %	25 75.8 %
Temps III # 4-H (n = 32)	1 3.1 %	-	1 3.1 %	6 18.1 %	24 75.2 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-H (n = 31)	2 6.1 %	3 9.1 %	1 3.0 %	6 18.2 %	19 57.6 %
Temps II # 6-H (n = 30)	1 3.0 %	2 6.1 %	-	5 15.2 %	22 66.7 %
Temps III # 6-H (n = 31)	-	2 6.1 %	1 3.0 %	4 12.1 %	24 72.7 %

Tableau 4.3

**PERCEPTIONS DE LA CONCLUSION D'ENTENTES AVEC
DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
PAR LES INTERVENANTES**
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

**« Des ententes sont établies
avec certains organismes communautaires. »**

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-J (n = 32)	-	1 3.0 %	6 18.2 %	11 33.3 %	14 42.4 %
Temps II # 4-J (n = 31)	-	4 12.1 %	9 27.3 %	6 18.2 %	12 36.4 %
Temps III # 4-J (n = 30)	1 12.1 %	-	13 39.4 %	12 36.4 %	4 12.1 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-J (n = 30)	-	7 21.2 %	5 15.2 %	8 24.2 %	10 30.3 %
Temps II # 6-J (n = 30)	2 6.1 %	3 9.1 %	4 12.1 %	12 36.4 %	27.3 %
Temps III # 6-J (n = 30)	1 3.0 %	1 3.0 %	7 21.2 %	12 36.4 %	9 27.3 %

Tableau 4.4

**PERCEPTIONS DU SUIVI DE SANTÉ EN COMPLÉMENTARITÉ AVEC LE MÉDECIN
PAR LES INTERVENANTES**
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

« L'intervenante assure un suivi en complémentarité avec celui offert par le médecin traitant. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-D (n = 33)	-	2 6.1 %	4 12.1 %	14 42.4 %	13 39.4 %
Temps II # 4-D (n = 31)	-	1 3.0 %	7 21.2 %	13 39.4 %	10 30.3 %
Temps III # 4-D (n = 33)	1 3.0 %	1 3.0 %	16 48.5 %	9 27.3 %	6 18.2 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-D (n = 31)	1 3.0 %	3 9.1 %	6 18.2 %	10 30.3 %	11 33.3 %
Temps II # 6-D (n = 30)	-	1 3.0 %	3 9.1 %	14 42.4 %	12 36.4 %
Temps III # 6-D (n = 31)	-	2 6.1 %	7 21.2 %	11 33.3 %	11 33.3 %

Tableau 4.5

**PERCEPTIONS DE L'IDENTIFICATION CONTINUE DES BESOINS
PAR LES INTERVENANTES**
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

**« L'intervenante, en lien avec la femme,
procède à l'identification continue de ses besoins. »**

**Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes
enceintes défavorisées ?**

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-B (n = 33)	-	-	1 3.0 %	17 51.5 %	15 45.5 %
Temps II # 4-B (n = 31)	-	-	5 15.2 %	14 42.4 %	12 36.4 %
Temps III # 4-B (n = 33)	1 3.0 %	-	5 15.2 %	14 42.4 %	13 39.4 %

**Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément
du programme ?**

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-B (n = 31)	1 3.0 %	1 3.0 %	3 9.1 %	10 30.3 %	16 48.5 %
Temps II # 6-B (n = 30)	-	1 3.0 %	1 3.0 %	11 33.3 %	17 51.5 %
Temps III # 6-B (n = 31)	-	1 3.0 %	5 15.2 %	16 48.5 %	9 27.3 %

Tableau 4.6

**PERCEPTIONS DE L'INTENSITÉ DU SUIVI
PAR LES INTERVENANTES**
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

« L'intervenante rencontre la femme pour assurer un suivi et une évaluation du plan de services au moins à toutes les deux semaines. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-E (n = 33)	-	2 6.1 %	4 12.1 %	14 42.4 %	13 39.4 %
Temps II # 4-E (n = 31)	3 9.1 %	5 15.2 %	6 18.2 %	11 33.3 %	6 18.2 %
Temps III # 4-E (n = 33)	4 12.1 %	9 27.3 %	6 18.2 %	9 27.3 %	5 15.2 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-E (n = 31)	2 6.1 %	5 15.2 %	6 18.2 %	9 27.3 %	9 27.3 %
Temps II # 6-E (n = 30)	3 9.1 %	4 12.1 %	5 15.2 %	10 30.3 %	8 24.7 %
Temps III # 6-E (n = 30)	2 6.1 %	10 30.3 %	7 21.2 %	8 24.2 %	3 9.1 %

Tableau 4.7
INTENSITÉ DES SERVICES OFFERTS
PAR LES INTERVENANTES PRIVILÉGIÉES
(fiche d'intervention clinique cumulative, n = 153)

DÉMARCHE SYSTÉMATIQUE	Beaucoup %	Un peu %	Pas du tout %
➤ Avec la cliente	48,6	48,6	2,9
➤ Avec l'équipe	5,9	73,3	14,7
➤ Identification continue des besoins	47,2	41,5	11,3
➤ Plan d'action et d'évaluation	66,7	22,2	11,1
SERVICES SYSTÉMATIQUES	Beaucoup %	Un peu %	Pas du tout %
Suivi de santé	20,8	56,4	22,8
Soutien alimentaire	24,4	31,3	43,3
➤ Informations et conseils	39,8	46,3	13,8
➤ Surveillance (courbe de poids)	16,4	68,7	14,9
➤ Suppléments alimentaires	18,0	73,4	8,6
Soutien information	24,4	37,8	37,8
➤ Préparation à l'accouchement	37,8	31,5	30,6
➤ Facteurs de risque	21,0	48,6	30,5
➤ Vécu de la grossesse	33,1	52,1	14,9
➤ Préparation à la venue du bébé	25,2	50,4	24,3
➤ Planification financière	6,3	45,8	47,9
➤ Soutien socio-économique et juridique	30,8	53,8	15,4
➤ Logement	9,1	47,7	43,2
➤ Situation financière problématique	14,5	65,5	20,0
➤ Démarche d'ordre légal	2,7	18,9	78,4
Soutien psychosocial	16,7	41,7	41,7
➤ Estime de soi	26,4	66,0	7,5
➤ Compétence parentale	31,4	61,4	7,1
➤ Conscientisation	19,1	68,1	12,8
➤ Relations inter-personnelles	33,3	55,6	11,1
SERVICES SELON LES BESOINS	Beaucoup %	Un peu %	Pas du tout %
Soutien comportemental	10,8	30,1	59,0
➤ Tabac	-	46,7	53,3
➤ Alcool	-	28,3	71,7
➤ Drogue	-	25,5	74,5
➤ Médicament	-	24,4	75,6
➤ Activité physique et repos	4,3	41,3	54,3
➤ Alimentation	8,7	41,3	50,0
Soutien relationnel	20,4	36,7	42,9
Soutien matériel/dépannage	11,9	44,0	44,0
Soutien par le réseau naturel	9,6	60,6	29,8
Soutien au réseau naturel	10,8	39,8	49,4
Soutien communautaire	9,5	38,1	52,4
Soutien aux tâches ménagères	6,6	11,8	81,6

Tableau 4.8

**PERCEPTIONS DE L'ÉLABORATION D'UN PLAN DE SERVICES
PAR LES INTERVENANTES**
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

« L'intervenante, en lien avec la femme et une équipe multidisciplinaire, élabore un plan de service. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-C (n = 33)	-	2 6.1 %	4 12.1 %	14 42.4 %	13 39.4 %
Temps II # 4-C (n = 31)	-	1 3.0 %	7 21.2 %	13 39.4 %	10 30.3 %
Temps III # 4-C (n = 33)	1 3.0 %	1 3.0 %	16 48.5 %	9 27.3 %	6 18.2 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-C (n = 31)	1 3.0 %	3 9.1 %	6 18.2 %	10 30.3 %	11 33.3 %
Temps II # 6-C (n = 30)	-	1 3.0 %	3 9.1 %	14 42.4 %	12 36.4 %
Temps III # 6-C (n = 31)	-	2 6.1 %	7 21.2 %	11 33.3 %	11 33.3 %

Tableau 4.9

**PERCEPTIONS DU SOUTIEN COMPORTEMENTAL
FACE AU TABAGISME PAR LES INTERVENANTES**
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

« Au besoin, un plan personnalisé de soutien comportemental face au tabagisme est développé. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-L (n = 32)	1 3.0 %	4 12.1 %	13 39.4 %	6 18.2 %	8 24.2 %
Temps II # 4-L (n = 30)	1 3.0 %	5 15.2 %	12 36.4 %	9 27.3 %	3 9.1 %
Temps III # 4-L (n = 32)	9 27.3 %	6 18.2 %	11 33.3 %	5 15.2 %	1 3.0 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-L (n = 31)	4 12.1 %	8 24.2 %	11 33.3 %	6 18.2 %	2 6.1 %
Temps II # 6-L (n = 29)	7 21.2 %	7 21.2 %	8 24.2 %	4 12.1 %	3 9.1 %
Temps III # 6-L (n = 29)	4 12.1 %	13 39.4 %	8 24.2 %	2 6.1 %	2 6.1 %

Tableau 4.10

**PERCEPTIONS DU SOUTIEN COMPORTEMENTAL FACE À L'ALCOOL
PAR LES INTERVENANTES**
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

« Au besoin, un plan personnalisé de soutien comportemental face à l'alcool est développé. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-M (n = 32)	1 3.0 %	2 6.1 %	14 42.4 %	6 18.2 %	9 27.3 %
Temps II # 4-M (n = 30)	2 6.1 %	1 3.0 %	15 45.5 %	9 27.3 %	3 9.1 %
Temps III # 4-M (n = 32)	9 27.3 %	6 18.2 %	9 27.3 %	6 18.2 %	2 6.1 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-M (n = 31)	5 15.2 %	9 27.3 %	9 27.3 %	6 18.2 %	2 6.1 %
Temps II # 6-M (n = 29)	7 21.2 %	6 18.2 %	10 30.3 %	4 12.1 %	2 6.1 %
Temps III # 6-M (n = 29)	3 9.1 %	13 39.4 %	10 30.3 %	2 6.1 %	1 3.0 %

Tableau 4.11

**PERCEPTIONS DU SOUTIEN COMPORTEMENTAL FACE À LA DROGUE
PAR LES INTERVENANTES**
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

« Au besoin, un plan personnalisé de soutien comportemental face à la consommation de drogue est développé. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?					
	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-N (n = 32)	1 3.0 %	2 6.1 %	13 39.4 %	6 18.2 %	10 30.3 %
Temps II # 4-N (n = 30)	2 6.1 %	3 9.1 %	13 39.4 %	8 24.2 %	4 12.1 %
Temps III # 4-N (n = 32)	9 27.3 %	6 18.2 %	11 33.3 %	3 9.1 %	3 9.1 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?					
	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-N (n = 31)	6 18.2 %	9 27.3 %	9 27.3 %	5 15.2 %	2 6.1 %
Temps II # 6-N (n = 29)	7 21.2 %	8 24.2 %	7 21.2 %	5 15.2 %	2 6.1 %
Temps III # 6-N (n = 30)	3 9.1 %	15 45.5 %	8 24.2 %	2 6.1 %	2 6.1 %

Tableau 4.12

**PERCEPTIONS DU SOUTIEN RELATIONNEL
PAR LES INTERVENANTES**
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

« Au besoin, un plan personnalisé de soutien relationnel est développé. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-O (n = 33)	-	1 3.0 %	3 9.1 %	19 57.6 %	10 30.3 %
Temps II # 4-O (n = 31)	1 3.0 %	1 3.0 %	6 18.2 %	18 54.5 %	5 15.2 %
Temps III # 4-O (n = 31)	2 6.1 %	2 6.1 %	6 18.2 %	17 51.5 %	4 12.1 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-O (n = 31)	1 3.0 %	5 15.2 %	5 15.2 %	14 42.4 %	6 18.2 %
Temps II # 6-O (n = 29)	3 9.1 %	2 6.1 %	7 21.2 %	9 27.3 %	8 24.2 %
Temps III # 6-O (n = 30)	2 6.1 %	4 12.1 %	5 15.2 %	13 39.4 %	6 18.2 %

Tableau 4.13

**PERCEPTIONS DE L'AIDE MÉNAGÈRE À OFFRIR
PAR LES INTERVENANTES**
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

« Au besoin, l'aide aux tâches ménagères est assurée. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-R (n = 33)	-	2 6.1 %	5 15.2 %	14 42.4 %	12 36.4 %
Temps II # 4-R (n = 31)	1 3.0 %	-	5 15.2 %	16 48.5 %	9 27.3 %
Temps III # 4-R (n = 33)	2 6.1 %	-	6 18.2 %	15 45.5 %	10 30.3 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-R (n = 31)	3 9.1 %	2 6.1 %	4 12.1 %	11 33.3 %	11 33.3 %
Temps II # 6-R (n = 29)	2 6.1 %	1 3.0 %	6 18.2 %	10 30.3 %	10 30.3 %
Temps III # 6-R (n = 30)	-	1 3.0 %	5 15.2 %	11 33.3 %	13 39.4 %

Tableau 4.14

**PERCEPTIONS DU SOUTIEN MATÉRIEL À OFFRIR
PAR LES INTERVENANTES
(questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)**

« Au besoin, un soutien matériel est offert. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-P (n = 33)	-	-	3 9.1 %	19 57.6 %	11 33.3 %
Temps II # 4-P (n = 31)	-	-	5 15.2 %	15 45.5 %	11 33.3 %
Temps III # 4-P (n = 33)	2 6.1 %	4 12.1 %	4 12.1 %	14 42.4 %	9 27.3 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-P (n = 31)	-	2 6.1 %	3 9.1 %	9 27.3 %	17 51.5 %
Temps II # 6-P (n = 30)	-	-	2 6.1 %	10 30.3 %	18 54.5 %
Temps III # 6-P (n = 32)	-	1 3.0 %	6 18.2 %	12 36.4 %	13 39.4 %

Tableau 4.15

PERCEPTIONS DES GROUPES D'ENTRAIDE PAR LES INTERVENANTES
 (questionnaire auto-administré, libellé intégral annexe 2.4)

« Des groupes d'entraide sont mis sur pied. »

Le P.I. contribue-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes défavorisées ?

	1 Peu efficace	2	3	4	5 Très efficace
Temps I # 24-P (n = 33)	-	1 3,0 %	2 6,1 %	17 51,5 %	13 39,4 %
Temps II # 4-P (n = 30)	2 6,1 %	8 24,2 %	8 24,2 %	6 18,2 %	6 18,2 %
Temps III # 4-P (n = 26)	7 21,2 %	4 12,1 %	5 15,2 %	5 15,2 %	5 15,2 %

Personnellement, dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise de réaliser cet élément du programme ?

	1 Très mal à l'aise	2	3	4	5 Très à l'aise
Temps I # 26-P (n = 31)	2 6,1 %	7 21,2 %	5 15,2 %	10 30,3 %	7 21,2 %
Temps II # 6-P (n = 28)	5 15,2 %	2 6,1 %	7 21,2 %	4 12,1 %	10 30,3 %
Temps III # 6-P (n = 27)	3 9,1 %	6 18,2 %	5 15,2 %	5 15,2 %	8 24,2 %

Chapitre 5

Analyse des résultats

Ce chapitre a pour objectifs d'identifier les conditions en jeu dans la mise en oeuvre des éléments du programme et d'expliquer les écarts possibles entre le programme planifié et celui qui a été actualisé dans chacun des quatre CLSC. Pour ce faire, la proposition théorique énoncée au chapitre 2 sera utilisée. On se rappellera que cette proposition stipulait que:

La mise en oeuvre des éléments du programme est un processus essentiellement politique dont la probabilité de succès est accrue si elle reçoit l'adhésion des acteurs qui exercent des contrôles importants dans la mise en oeuvre du programme. Cette adhésion est fonction de la centralité des caractéristiques du programme par rapport aux stratégies des acteurs et du degré de conformité des objectifs associés au programme avec les stratégies fondamentales des acteurs, la centralité référant à la cohérence entre le programme et les intérêts particuliers d'un acteur.

Cette proposition théorique sera utilisée pour examiner les jeux des acteurs en les regroupant selon les contrôles qu'ils exercent dans la **mise en oeuvre du programme**. On examinera d'abord les femmes, puis les organismes communautaires, les CLSC (intervenantes, directions d'équipe, directions générales) et finalement la direction du Département de santé communautaire. Un tableau récapitulatif est présenté à la toute fin du chapitre (tableau 5.2). Toutefois, pour faciliter la lecture, un extrait correspondant à chaque groupe d'acteurs sera introduit au début de chacune des sections de ce chapitre.

5.1 LES FEMMES COMME ACTRICES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Tableau 5.1.a
Les femmes

Stratégies fondamentales	Adhésion au programme	Stratégies de réaction
Répondre à un besoin fondamental de manger sans risquer d'être jugées et de se faire enlever leur(s) enfant(s).	Très forte, parce que le programme est central par rapport à ce besoin fondamental et conforme aux attentes de ne pas être contrôlées.	Exprimer d'autres besoins que celui de manger dès l'établissement d'une relation de confiance et utiliser les principaux éléments du programme pour y répondre.

Les données recueillies montrent la pertinence de la proposition théorique quand on considère les femmes comme des actrices importantes dans la mise en oeuvre du programme. En effet, le programme a pu être mis en oeuvre avec des femmes répondant aux critères de sélection en grande partie parce que ses objectifs se sont avérés conformes à la stratégie fondamentale des femmes. Mais le pari était énorme car ces femmes, à cause de leurs stratégies fondamentales, n'auraient pas toléré le moindre écart des interventions par rapport aux objectifs initiaux du programme. On peut le voir en examinant dans un premier temps les stratégies des femmes telles que définies par l'identification de *pattern* à l'aide principalement des entrevues en profondeur réalisées avec les 34 femmes à la fin du programme. On aura également recours aux entrevues réalisées avec des intervenantes ainsi qu'à l'analyse des observations directes des rencontres d'équipe.

La définition de ces stratégies par l'identification de *pattern* ne va malheureusement pas aussi loin qu'il aurait été possible étant donné que le modèle initial, on se le rappellera (voir le chapitre 2), ne situait pas les femmes comme actrices dans la mise en oeuvre. Le guide d'entrevue des femmes n'était donc pas construit en fonction de cette dimension primordiale des stratégies fondamentales et n'a pu être transformé en cours de route car trop d'entrevues avaient été réalisées. Cependant, même si les stratégies n'ont pu être identifiées en tenant compte de l'ensemble du projet de vie de ces femmes, ce qui est regrettable, elles étaient facilement identifiables à travers les discours des femmes, et même de leur entourage, concernant le programme.

5.1.1 L'ADHÉSION DES FEMMES AU PROGRAMME INTÉGRÉ

Le chapitre précédent (section 4.1) a bien montré que les suppléments alimentaires ont été l'élément le plus important pour décider les femmes à faire appel au CLSC. En fait, l'attrait de ces suppléments a fait en sorte que les femmes ont pu prendre le risque d'accepter un suivi par une professionnelle d'un service public. Les femmes qui sont venues vers le programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX conservent toutes leurs craintes, craintes qui sont d'ailleurs largement partagées par leur conjoint ou encore par les membres de leur famille:

Ils ne voulaient pas que j'embarque là-dedans. Pour l'infirmière, pour m'aider... oui peut-être, mais pour le reste, non. Parce que, comme je te disais, ils pensaient eux aussi que c'était des *pognes*... Comme quelqu'un qui va venir *checker* ma maison pour voir si c'est sale, puis me faire enlever mon *flo*... Si c'est comme une travailleuse sociale, je ne veux pas... Ils avaient peur. Je leur ai dit : "C'est pas ça... ça n'a pas l'air être ça en tout cas !"

Une seule caractéristique du programme, au point de départ, est donc centrale par rapport aux stratégies des femmes : la possibilité d'obtenir des suppléments alimentaires. Et cette caractéristique est on ne peut plus conforme à leur stratégie : elles ont besoin des suppléments alimentaires car elles n'arrivent pas à nourrir suffisamment leur famille, en général, et durant la grossesse en particulier.

Cependant, elles se méfient du suivi par une professionnelle. Ceci ne veut pas dire qu'elles ne sentent pas un besoin de suivi et que ce suivi n'est pas central par rapport à leurs stratégies : au contraire, quand on constate le niveau extrêmement élevé de satisfaction exprimé par ces femmes face au suivi reçu, on ne peut que constater l'importance, donc la centralité, du suivi par rapport à leurs stratégies de vie. Cependant, ce suivi fait tellement peur qu'elles ne l'accepteront que sous forme de test, d'une vérification qui implique la prise d'un risque évalué comme énorme : si jamais ce suivi s'avérait un piège, les conséquences pourraient en être graves.

Il faut d'entrée de jeu constater que les femmes qui ont accepté d'essayer le programme ont été audacieuses et présentent probablement des caractéristiques différentes par rapport à toutes celles qui n'ont pas osé s'informer du programme même si elles en connaissaient l'existence. On ne sait rien évidemment de ces femmes. Ainsi, le journal de bord rend compte des difficultés rencontrées pour livrer les suppléments alimentaires à une heure où le conjoint est absent de la maison. La femme veut absolument ces suppléments, alors que le conjoint s'y objecte complètement en disant : « Le CLSC commence par nous donner à manger, puis il va venir *scèner* et nous enlever notre enfant comme moi j'ai été enlevé à mes parents. Je ne veux pas que ça arrive. » Cette femme adoptera une stratégie de contournement du conjoint qui finira par porter fruit. Une telle situation donne une fois de plus la mesure à la fois du besoin des suppléments alimentaires et de la méfiance face aux services publics. Ce ne sont cependant pas toutes les femmes qui adoptent de telles stratégies de contournement. Et plusieurs doivent estimer qu'elles ne peuvent prendre un tel risque.

5.1.2 STRATÉGIES FONDAMENTALES DES FEMMES PAR RAPPORT AU PROGRAMME

Pendant la réalisation de la présente étude, les analyses préliminaires du projet de recherche *Extrême pauvreté, maternité et santé* (Colin et al., 1992) introduisaient le concept de contrôle social, ce qui a été développé dans le rapport final où les auteures affirment que « la peur d'être jugées comme de mauvaises mères et, par la suite, de se faire enlever leurs enfants par les services sociaux interfère constamment dans leurs rapports avec les professionnels de la santé. » (p. 191) L'équipe de recherche décida donc d'ajouter une question au guide d'entrevue des femmes initialement prévu : *Beaucoup de femmes ont peur que si une intervenante vient chez elles à toutes les deux semaines, elle ne se mêle de leur vie privée. Aviez-vous cette crainte-là ?* (annexe 2.8).

Toutes les femmes ont spontanément signalé qu'elles étaient conscientes de cette crainte : aucune ne la jugeait déplacée. Cependant, 24 femmes ont fait part de leurs craintes alors que 10, tout en affirmant comprendre ces craintes, affirmaient ne pas les partager. Deux de ces 10 femmes étaient des adolescentes qui étaient déjà en contact avec l'infirmière scolaire impliquée dans l'équipe du programme de son CLSC, alors qu'une autre connaissait depuis longtemps l'intervenante privilégiée : dans ces trois cas, on peut voir que la relation de confiance déjà établie éloigne les sentiments de crainte. Une autre femme était déjà suivie en psychiatrie et se disait une habituée des services de santé en général et du CLSC en particulier. Trois femmes disaient n'avoir éprouvé aucune crainte mais rapportaient des craintes énormes chez leur conjoint, alors que seulement trois femmes affirmaient n'avoir éprouvé aucune crainte parce qu'elles se sentaient totalement en confiance quant à leur manière d'intervenir auprès de leurs enfants.

Dans le cas précis des femmes enceintes suivies par NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX, les craintes prennent autant la forme normative d'un jugement de valeur (les femmes ont peur d'être jugées), que la forme légale et concrète d'un contrôle social (la peur de se voir retirer ses enfants). Du point de vue des femmes, ces deux éléments sont de même nature ou, du moins, d'une grande proximité.

En effet, les entrevues auprès des femmes ont permis de bien documenter ces différents aspects des craintes des femmes. La première de ces craintes concerne l'intrusion d'une tierce personne, représentante des pouvoirs publics, dans leur propre vie. Aux yeux de certaines femmes interviewées, cette intervenante (celle du programme intégré ou n'importe quelle autre intervenante des services publics) pourrait être envoyée chez elle pour évaluer les conditions dans lesquelles elles vivent : « Moi, j'avais peur. Je pensais que c'était comme une assistante sociale qui venait scèner, voir si c'était propre... Moi, j'avais peur ! ».

Les professionnelles des services publics sont en fait perçues comme des êtres de pouvoir qui peuvent, par leur situation, être des agentes de contrôle social : « L'infirmière qui vient, elle a quand même une force dans ses mains, qu'elle peut prendre contre toi aussi. » Plusieurs femmes considèrent que leur relation

avec les services publics entraînera presque à tout coup sa part de problèmes : « J'ai pas fait ci, j'ai pas fait ça, à un moment donné elle va me *donner de la marde*... Tu as peur d'y aller parce que tu as peur *d'avoir de la marde*. » Dans le discours de plusieurs femmes, les services publics sont perçus comme des adversaires puissants, qui cherchent avant tout à les coincer. Ils ne sont réellement pas perçus comme des aidants potentiels. Elles s'interrogent sur les motivations réelles des organismes publics à vouloir les aider : « J'avais un peu peur d'aller là. Je me disais : qu'est-ce qu'il peut bien y avoir là ? Pourquoi ils t'aident ? D'habitude, le monde, ça s'écrase, ça s'aide pas. Pourquoi, eux, ils t'aident ? Ça fait peur, un peu ! »

Dans la mesure où les femmes perçoivent les services publics comme des ennemis potentiels, leur intérêt consiste donc à s'en protéger en évitant de faire appel à ces services, et ce même si elles estiment n'avoir rien à se reprocher :

Il y en a qui se droguent, il y en a qui boivent, qui font tout, mais moi, je ne fais rien de ça. Je me dis qu'il y en a qui méritent pas d'en avoir [des enfants]. Moi, c'est à moi [mes enfants], je ne veux pas me les faire enlever, je protège mon territoire. C'est pour ça que je ne voulais pas avoir affaire avec ce genre de monde-là, tu sais.

Les femmes expriment des craintes face à de multiples aspects de leur vie quotidienne. La peur d'être jugées aussi à partir de l'état du logement est une manifestation fréquente : « Je suis bien installée maintenant. Mais au début, quand elle est venue, l'infirmière, je n'avais pas de chaises dans le salon, j'avais quasiment rien... J'étais gênée... Je ne voulais pas me faire juger sur mes meubles. »

La crainte d'être jugées quant à leur choix d'avoir un enfant est aussi très présente, principalement pour les adolescentes :

Il y en a qui vont nous juger, qui vont dire : "Elles sont jeunes, elles ne travaillent même pas, elles sont *sur l'aide sociale*, bla, bla, bla..." Mais s'ils savaient tout ce qu'on vit, puis comme on peut *se casser la tête* pour essayer d'arriver. Il n'y en a pas beaucoup de jeunes qui se débrouillent comme moi et mon *chum*, on peut se débrouiller.

Les femmes veulent de plus éviter certains rapports empreints de pitié, qu'elles voient comme infantilisans : « Les premiers temps, comme je disais à *l'intervenante*, moi, je ne voulais rien savoir des "Pauvre p'tite fille"... C'est fatigant ! Je n'ai pas besoin de pitié, de personne. »

Une autre crainte concerne les jugements que pourraient porter les intervenantes des services publics quant à leurs capacités parentales :

On dirait qu'eux autres sont plus portées à venir chez vous que toi, à venir les voir... Quand elles viennent chez vous, on dirait que tu n'es pas à l'aise, tu n'oses pas faire ça parce qu'elle est là, tu attends qu'elle soit partie... Mon petit cousin, je sais bien qu'à 6 mois, il mangeait. Mais la fille du CLSC disait : "Vous n'avez pas le droit de le faire manger avant 7 mois." C'était les problèmes des parents, pas de la fille du CLSC.

La possibilité que leurs enfants leur soient enlevés est toutefois la crainte la plus importante : « C'est vrai que des fois, c'est sale, mais c'est normal... J'avais un peu peur, oui, de me faire enlever mes enfants, juste ça ! ». On peut constater l'absence totale d'écart entre le non-respect d'une norme sociale comme la propreté et la perception de la possibilité d'une sanction sociale aussi importante que la perte de son enfant. En fait, témoins privilégiées de ce genre de situation dans leur propre vie ou dans leur entourage, les femmes estiment que cette menace pèse sur elles d'une façon constante. À leurs yeux, la seule précarité de leurs conditions de vie apparaît suffisante pour justifier les services sociaux de leur enlever leurs enfants, et ce, malgré le fait qu'elles estiment être de bonnes mères :

Je me disais : "C'est mes enfants. Est-ce qu'ils vont m'enlever mes enfants ? Je suis toute seule, et tout..." C'est sûr que ça fait peur. Tu vois tellement d'enfants qui sont séparés de leur mère : ils en font pitié. Je ne voulais pas que ça m'arrive. Moi, je suis une bonne mère, mais ça ne fait rien... Tu ne sais pas, des fois... ils peuvent trouver des *bibittes*. Tu es toute seule, tu as de la misère à arriver... Est-ce qu'ils vont t'enlever tes enfants ?

5.1.3 STRATÉGIES DE RÉACTION DES FEMMES AU PROGRAMME

C'est en fait conscientes de toutes ces craintes et de la possibilité d'abandonner le suivi tout en conservant les suppléments alimentaires que certaines femmes sont venues vers le programme intégré. Les femmes qui ont osé s'informer sur le programme et ont accepté d'y participer l'ont fait selon une stratégie de vérification conforme à leur stratégie fondamentale : elles abordent le programme dans la perspective d'un test où leur méfiance est très importante. Si jamais elles ne s'y sentaient plus à l'aise (si elles se sentaient jugées ou contrôlées), elles quitteraient le programme. Les difficultés rencontrées par les intervenantes dans l'établissement de la relation de confiance avec chacune des femmes, s'expliquent en grande partie par cette méfiance des femmes au tout début de l'intervention.

Leurs attentes sont toutefois on ne peut plus claires quant au type de service qu'elles acceptaient de recevoir. Plusieurs n'auraient jamais accepté une intervenante trop indiscreète : « Au début, [...] j'ai eu peur. J'ai dit : "Ah non ! Elle va me poser des questions, puis gna gna gna... puis ça va être indiscret". » Les femmes ne désiraient pas non plus une intervenante trop envahissante quant à différents aspects de leur vie personnelle : « Je ne veux pas qu'elle fouille dans ma vie non plus. Qu'elle s'informe pas trop sur ma vie. Je vais lui dire ce qu'elle veut savoir, mais pas plus. »

Une intervenante qui n'aurait pas respecté leurs choix ou qui aurait tenté d'imposer certaines conduites, n'aurait pas non plus réussi à se faire accepter par les femmes. Les femmes étaient très conscientes de leur droit de refuser les services et d'abandonner le programme : « C'est pour ça que j'ai dit: "Je vais prendre le droit [de participer, puisque] j'ai le droit d'arrêter". »¹

¹ Dans un seul cas, une femme a quitté le programme, mais elle est revenue quelques jours plus tard.

Dans une telle situation où seule une des caractéristiques du programme, les suppléments alimentaires, est centrale par rapport aux stratégies des femmes, le degré de conformité des objectifs du programme par rapport aux stratégies fondamentales de ces femmes s'est avéré maximal. Le type de suivi préconisé s'inscrivait dans une approche de promotion de la santé : en partant des besoins des femmes et en soutenant la réponse à ces besoins, il correspondait tout à fait à ce que souhaitaient les femmes. Le très haut niveau de satisfaction exprimé, qui s'est avéré supérieur aux attentes des intervenantes (section 4.3 du chapitre précédent), montrent que les stratégies de réaction au programme ont été très positives. L'absence de perception de contrôle social ou de jugements normatifs a certainement été à la source de stratégies de réaction aussi positives. En fait, les femmes se sont appropriées les éléments du programme, comme le montre un grand nombre d'extraits d'entrevue. On peut d'ailleurs constater de manière très fine certaines stratégies.

Ainsi, l'étude approfondie de toutes les grilles d'analyse continue des besoins d'une femme montre les subtilités de ces stratégies en ce qui concerne l'allaitement maternel. La femme est très heureuse de l'approche de l'intervenante qui a montré les deux côtés de l'allaitement et qui a respecté le choix de cette femme. Pour cette dernière, il ne faisait pas de doute que l'intervenante favorisait l'allaitement maternel. Cependant, son respect des doutes de la femme et des interventions de l'entourage (conjoint et belle-mère) hostiles à un tel allaitement a amené la femme à réagir positivement à toutes les informations reçues même si le choix final ne fut pas l'allaitement. On peut constater à ce moment que cette stratégie de réaction s'est répercutée à d'autres domaines, la femme modifiant certaines habitudes alimentaires, s'intéressant à l'alimentation future du nourrisson : une telle analyse peut permettre d'accroître la compréhension des effets d'un tel programme. L'intervention n'a pas eu l'effet désiré, soit l'allaitement maternel actualisé, mais elle a eu des effets sur d'autres dimensions.

À la lumière des données recueillies, il est clair qu'une approche traditionnelle de prévention, avec ses interventions prescriptives et proscriptives, aurait amené chez les femmes des stratégies de réaction négatives et de grandes difficultés d'adhésion au programme. Des interventions trop directives et contrôlantes face au tabagisme, à l'alimentation, aux soins à accorder au futur nourrisson, auraient certainement été interprétées comme des jugements normatifs susceptibles de mener à la perte du nourrisson futur ou des enfants déjà présents.

5.1.4 LES FEMMES, EN BREF

Le très haut niveau de satisfaction manifesté par les femmes à l'égard de l'approche développée par le programme confirme qu'elles n'ont pas perçu de contrôle social ou de jugement de la part des intervenantes. D'ailleurs, la relation de confiance développée avec l'intervenante privilégiée a manifestement contribué à ce que toutes les femmes initialement suivies demeurent au sein du programme et acceptent même de rencontrer l'agente de recherche à la fin de leur grossesse. Cependant, certaines femmes affirmeront qu'elles ne sauraient proposer ce programme à une parente ou à une amie devenue enceinte parce

proposer ce programme à une parente ou à une amie devenue enceinte parce qu'elles croient que ces dernières auraient trop peur de s'embarquer dans ce programme. On peut donc constater la pertinence d'utiliser un modèle politique pour expliquer la mise en oeuvre du programme : les femmes se sont toutes situées d'emblée dans leurs rapports de force avec les services de santé.

5.2 LES INTERVENANTES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES COMME ACTRICES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Tableau 5.1b
Les intervenantes des organismes communautaires

<i>Territoire de CLSC</i>	<i>Stratégies fondamentales</i>	<i>Adhésion au programme</i>	<i>Stratégies de réaction</i>
A	Recréer un lien de confiance entre les gens vivant en situation de grande pauvreté et les services sociaux et de santé.	Très forte, car le programme est central par rapport à sa stratégie fondamentale et conforme à ses attentes.	Tenter d'impliquer son organisme dans la mise en œuvre pour y agir comme intervenante privilégiée et référer des femmes de façon informelle puisque le CLSC n'établit pas de partenariat explicite.
B	Obtenir la reconnaissance de son organisme pour assurer sa permanence.	Très forte, car le programme correspond à sa vision de la pauvreté.	Référer des femmes enceintes car le programme est une ressource qu'elle souhaite permanente.
C	Être reconnue comme une actrice importante par le CLSC.	Très forte, car le programme est central et conforme à sa stratégie fondamentale.	Donner quelques services à des femmes, mais sans obtenir le soutien du CLSC et sa reconnaissance.
	Augmenter les relations et la concertation entre les organismes du milieu.	Aucune, car elle n'a pas été informée du programme.	Aucune, car elle n'est pas associée à la mise en œuvre du programme.
D	Contribuer à dépanner les gens vivant en grande pauvreté.	Très forte, mais doute des capacités des intervenantes à établir la relation de confiance nécessaire.	Référer quelques femmes rencontrées lors de demandes de dépannage.

Selon le programme, tel que conçu et planifié, les organismes communautaires devaient être des acteurs impliqués dans la mise en oeuvre du programme par le CLSC de leur territoire.

5.2.1 LE CLSC A

Dans le territoire du CLSC A, la représentante de l'organisme communautaire rencontrée connaît très bien les stratégies des femmes telles qu'elles viennent d'être explicitées. Selon elle, les gens vivant en condition d'extrême pauvreté vivent continuellement dans la crainte :

Ils ont peur de se faire enlever leurs enfants. Ils ont peur d'être jugés. Ils se sentent incapables et bons à rien parce qu'ils ne viennent pas à bout de les nourrir ou qu'ils ne viennent pas à bout de s'en occuper ou qu'ils sont violents avec les enfants. [...] Si tu as besoin d'aller au CLSC, tu rencontreras des professionnels, donc c'est comme une menace, au moins dans les cas que je connais. [D'après] les bribes qu'on entend [...], c'est de ça qu'ils ont peur. [Le professionnel], c'est quelqu'un d'instruit, puis c'est quelqu'un qui connaît tout. Pour eux, c'est ça. (Gr. comm., T1)

Toujours selon cette représentante, la perception qu'ils ont du pouvoir des services sociaux est souvent amplifiée, ce qui les incite à fuir tout contact avec ces services : « Quelqu'un qui est dedans voit qu'ils ont un certain pouvoir, oui, mais limité. Mais pour eux autres, c'est comme s'ils avaient un pouvoir illimité. C'est eux [les professionnels] qui ont le dernier mot, c'est eux qui ont le pouvoir » (Gr. comm., T1)

La stratégie fondamentale de cette intervenante communautaire consiste à recréer un lien de confiance entre les gens et les services sociaux : « Moi, je me vois comme un lien entre l'institution et la personne parce que, dans le milieu ici, le monde a peur des institutions. [...] Moi, je me vois comme un lien, [pour] essayer de recréer des climats de confiance puis les amener à faire des démarches. » (Gr. comm., T2)

Elle estime que l'établissement de la relation de confiance entre une intervenante privilégiée et une femme est l'élément le plus important du programme. Considérant les peurs de ces femmes d'être jugées et la peur qu'elles ont des services de santé et des services sociaux, les éléments du programme intégrés sont en conformité avec sa stratégie fondamentale. Elle est inquiète quant aux suites à donner à ce genre d'intervention, aux besoins créés chez les femmes que le CLSC ne pourrait pas desservir :

Comme j'ai dit, c'est bien beau tout le nouveau projet OLO, puis l'intervention unique puis tout, mais les besoins ont été créés... Et s'ils [le CLSC] ne peuvent plus répondre aux demandes ? En faisant la publicité pour ça, ils peuvent en servir 10, sauf que les autres qui sont arrivées, qu'est-ce que tu fais avec ? Les autres qui ont fait le pas, comment tu t'en occupes ? [...] C'est leur créer des besoins. Est-ce qu'on va être capable de leur répondre, après ? C'est bien beau pendant la grossesse, au

moins elles ont des oeufs, du lait, puis du jus d'orange, mais quand le bébé sera là, elles vont encore crever de faim. (Gr. comm., T2)

Elle croit de plus que le programme devrait être élargi pour atteindre un plus grand nombre de femmes :

« Tu sais, c'est sûr que les femmes vont être suivies en pré et en postnatal. Je trouve ça intéressant l'intervention unique ; plutôt l'équipe qui est scindée que la personne qui voit plusieurs personnes mais, en même temps, dans le quartier ici, dix personnes, c'est même pas une goutte d'eau. » (Gr. comm., T2)

Sa stratégie de réaction au programme intégré consiste à tenter d'y être impliquée comme intervenante privilégiée. Elle croit que les femmes auront confiance en elle dans la mesure où elle n'est pas identifiée comme une intervenante professionnelle du CLSC. C'est dans cette perspective, et conformément à sa stratégie fondamentale, qu'elle tentera d'impliquer son organisme dans la mise en oeuvre du programme intégré. Mais cette implication demeurera informelle. Plusieurs femmes participantes au programme seront référées à l'organisme mais sans indication de la volonté du CLSC d'établir un partenariat explicite.

5.2.2 LE CLSC B

Dans le territoire du CLSC B, la stratégie fondamentale de la responsable de l'organisme communautaire rencontrée dans le cadre de la recherche est d'obtenir une reconnaissance qui ferait que son organisme puisse jouir d'une forme de permanence. La survie de l'organisme étant liée aux subventions ou aux projets gouvernementaux, elle doit donc toujours se battre pour réussir à maintenir l'organisme en vie. Elle se plaint du manque de compréhension des administrations subventionnaires :

C'est toujours le recommencement parce que ça fonctionne par projets. C'est toujours recommencer la même histoire [...] La prévention, il n'y a pas de signe de piastre à côté, c'est pas évident. On travaille sur la qualité et non la quantité. [...] Ils ont besoin de chiffres, ils ont besoin de nombres de personnes. Moi, je ne le vois pas comme ça. (Gr. comm., T2)

Face au programme, elle espère que le projet ne mourra pas « sur les tablettes ». En fait, elle estime que c'est un programme qui doit être implanté définitivement, et non pour une courte période de temps. Elle se questionne sur le fait que le programme ne commence qu'à la vingtième semaine de grossesse. Elle croit que l'intervention devrait commencer au début de la grossesse pour être plus efficace et prévenir les complications. Elle estime de plus que les critères de sélection du programme devraient être élargis pour permettre à plus de femmes d'y avoir accès.

Même si cet organisme ne rejoint pas beaucoup de femmes enceintes, mais plusieurs femmes pauvres, la responsable s'est engagée à faire connaître le programme en affichant sur les murs des informations et en distribuant des dépliants du programme. Cet organisme est un organisme important du point de

vue des références, elle pense donc peut-être réussir à référer quelques femmes au programme intégré. Ce qui fut le cas. Cependant, elle ne montrera jamais qu'elle se conçoit comme une actrice importante dans la mise en oeuvre du programme.

5.2.3 LE CLSC C

Dans le territoire du CLSC C, les intervenantes du CLSC voulaient, au premier temps de la mise en oeuvre, officialiser les rapports avec les organismes communautaires afin d'améliorer la globalité des services offerts aux femmes mais craignaient de ne pas avoir le temps de soutenir ces ressources. Tout au long de la mise en oeuvre, les références à des organismes communautaires seront nombreuses mais le soutien ne pourra être accordé comme cela était craint. De même, l'officialisation du partenariat n'aura jamais lieu. Les deux organismes communautaires rencontrés dans le cadre de la recherche n'agiront donc pas comme des acteurs dans la mise en oeuvre du programme.

La représentante d'un premier organisme cherche à être reconnue comme une actrice importante face au CLSC en général, selon une reconnaissance qui amènerait une autonomie financière face aux institutions du réseau de la santé et des services sociaux. Elle adhère aux objectifs du programme et se dit prête à offrir des activités aux femmes mais a peur de ne pas recevoir le soutien adéquat du CLSC. Les faits confirmeront ses craintes. Quant à la représentante du deuxième organisme, sa stratégie fondamentale est d'augmenter les relations et la concertation entre les différents organismes du milieu. Cependant, elle n'a pas été informée par le CLSC des objectifs du programme intégré et ne peut y réagir. Les organismes de ce territoire n'ont donc pas agi comme des acteurs importants dans la mise en oeuvre du programme.

5.2.4 LE CLSC D

Dans le territoire du CLSC D, il y a peu de ressources communautaires. La seule qui pourrait être concernée, une ressource de dépannage, sera sollicitée pour référer des femmes au CLSC. La représentante de cet organisme se montre très intéressée par le programme intégré mais doute des capacités des professionnelles d'établir et maintenir une relation de confiance. Le programme rejoint sa stratégie fondamentale qui est de contribuer à dépanner les gens vivant en grande pauvreté et elle réfèrera des femmes rencontrées lors de demandes de dépannage.

5.2.5 LES INTERVENANTES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, EN BREF

Les intervenantes des organismes communautaires n'étant pas considérées dès le point de départ comme des actrices ayant du pouvoir dans la mise en oeuvre du programme, elles n'ont pas pu agir comme des actrices importantes même si certaines ont reçu des références des CLSC ou ont référé des femmes vers le CLSC. Le partenariat entre les CLSC et les ressources communautaires, du moins en ce qui concerne les services prénatals auprès de populations vivant en grande pauvreté, est donc loin d'être réalisé, et ce, même si les stratégies fondamentales des représentantes des organismes communautaires rencontrées sont en harmonie avec les objectifs du programme.

5.3 LES INTERVENANTES DES CLSC COMME ACTRICES DANS LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Tableau 5.1c
Les intervenantes des CLSC

<i>Territoire de CLSC</i>	<i>Stratégies fondamentales</i>	<i>Adhésion au programme</i>	<i>Stratégies de réaction</i>
A	Maintenir la reconnaissance de l'autonomie des intervenantes dans l'orientation des services à la clientèle.	Totale, car le programme est central puisque les intervenantes y participent depuis les débuts et est conforme aux orientations actuelles des intervenantes.	Faire valoir continuellement leur autonomie tant dans les orientations qu'elles choisissent que dans leur application, en s'engageant très activement dans la mise en oeuvre du programme.
B	Travailler avec les clientèles « à risque » sans perdre le contact avec les clientèles « normales ».	Très forte, car le programme est central avec la stratégie fondamentale de rejoindre les clientèles « à risque », mais l'adhésion est mitigée quant à la non-conformité du programme pour conserver les clientèles « normales ».	Essayer de diminuer les exigences du programme, considérées comme trop lourdes et compromettant le maintien des interventions avec les clientèles « normales », en rendant le programme conforme au projet OLO « maison », moins exigeant.

Territoire de CLSC	Stratégies fondamentales	Adhésion au programme	Stratégies de réaction
C	Développer une approche préventive à l'encontre de l'approche actuelle du CLSC considérée comme biomédicale.	Totale, car le programme est central et conforme aux stratégies fondamentales.	Utiliser le programme pour essayer de réallouer les ressources de l'ensemble du CLSC vers la prévention plutôt que vers les soins médicaux courants.
D	Prouver que la concentration des interventions auprès des clientèles « à risque » est la bonne stratégie de l'équipe et du CLSC même si ce sont des personnes difficilement rejointes par le CLSC.	Très forte, car le programme est central pour rejoindre cette clientèle à risque même si les critères de sélection sont difficilement conformes car ils rendent ce recrutement plus difficile en excluant les femmes nées à l'extérieur du Canada.	Utiliser au maximum le programme pour essayer de rejoindre la clientèle. Faire des efforts pour assouplir les critères de sélection du programme afin d'accroître le recrutement.

Les intervenantes devant dispenser le programme constituent certes des actrices fort importantes. Sans leur adhésion, il y aurait peu de chances que le programme puisse être mis en oeuvre dans ses principales composantes. Cependant, l'adhésion peut varier selon les intervenantes et selon le CLSC où elles oeuvrent. À partir de la proposition théorique, examinons maintenant ces actrices à l'intérieur de chacun des quatre CLSC.

5.3.1 LE CLSC A

Dans le CLSC A, la mise en oeuvre du programme intégré devient tout de suite pour les intervenantes un enjeu face à la direction. Ces intervenantes adhèrent profondément à ce programme qui répond à leurs réflexions entreprises depuis un long moment. Cependant, elles veulent le mettre en oeuvre selon leurs propres orientations. En fait, les nombreux changements de direction depuis la fondation de ce CLSC ont eu pour effet de rendre impossible la détermination d'orientations claires et durables quant à la programmation. De plus, la force du mouvement syndical au sein du CLSC fait aussi en sorte que les employés cherchent à conserver certains acquis – principalement reliés aux fréquents changements de direction – concernant spécifiquement la détermination de cette programmation.

Il en résulte donc une situation où le programme constitue un enjeu important entre les intervenantes et la direction : pour la direction, le programme doit être mis en oeuvre selon une perspective formelle appuyée sur la mission du CLSC, alors que, pour la plupart des intervenantes, ce programme doit plutôt être mis

en oeuvre selon une perspective d'équipe déterminée par l'expérience de chaque intervenante et ses contacts avec le milieu.

Cet enjeu entraîne la mise en place, pour certaines intervenantes impliquées dans l'équipe, d'une double stratégie fondamentale. Le premier aspect de leurs stratégies porte sur la reconnaissance d'une autonomie à l'égard de la direction du CLSC pour ce qui est de la programmation et des orientations. Le deuxième aspect concerne plus spécifiquement l'intervention auprès des clientèles.

Ainsi, la médecin a une double stratégie fondamentale. Elle se dit très réfractaire à l'implication de la direction dans l'établissement des priorités du CLSC. En fait, elle ne veut plus être contrainte à légitimer les programmes sur lesquels elle travaille depuis longtemps. Elle voit donc l'implication de la nouvelle direction dans la programmation comme une menace et n'est pas prête à se faire imposer une programmation :

J'ai toujours l'impression de recommencer à justifier les choses qu'on a commencées depuis 17 ans. Et ça, je trouve ça fastidieux. On a toujours besoin de justifier ce qu'on fait [...]. Je trouve ça dommage qu'on n'ait pas une administration plus stable. [...] C'est comme si on commençait, puis oups ! on efface la page, puis maintenant, on reprend la page pour écrire les mêmes affaires. (CLSC, T1)

Conformément à sa stratégie fondamentale, sa stratégie de réaction au programme intégré est fortement déterminée par l'engagement formel du CLSC auprès du DSC, décision prise par la direction et impliquant directement l'équipe dans le programme intégré. Elle n'accepte pas cette décision et croit qu'elle n'est que formelle dans la mesure où elle estime que les intervenantes restent les responsables de la mise en oeuvre et qu'ainsi elles pourraient décider de ne pas s'impliquer. Elle s'investira tout de même dans la mise en oeuvre du programme intégré parce qu'elle adhère à ses objectifs. Elle prévient toutefois la direction qu'elle doit respecter le rythme des intervenantes dans le processus de cette mise en oeuvre :

Pour moi, c'est beaucoup plus parce que (pour) nous autres, ça allait dans le même sens que la démarche qu'on avait entreprise. Bon, le D.G. a signé, d'accord, mais je veux dire, pour moi, c'était pas... c'était juste formel. [...] Tu sais, on va un p'tit peu à notre rythme, je pense, là-dedans. [...] Il y a une différence là pour moi, tu sais, que de s'embarquer aveuglément ou de boycotter carrément. (CLSC, T1)

Le deuxième aspect de sa stratégie fondamentale est de donner à sa pratique médicale une perspective globale. Elle ne veut pas travailler spécifiquement sur « des symptômes », mais intervenir en ayant une compréhension globale des femmes. Cette compréhension globale comprend tant le bien-être psychologique et physique que les conditions sociales dans lesquelles les femmes vivent. À cet effet, elle estime avoir un rôle social important. Dans la conjoncture actuelle, celle où le MSSS tente d'impliquer davantage les CLSC dans les soins de première ligne, elle s'inquiète du rôle qu'elle sera obligée d'assumer :

Ce qui m'inquiète actuellement, c'est qu'on parle beaucoup de première ligne et je me demande ce que va devenir tout le suivi familial. Pour moi, cela a beaucoup d'importance. S'il n'y a pas de suivi - [je le sais] pour

avoir fait de l'urgence dans le passé - , on est complètement déconnecté de ce que vivent vraiment les gens et de ce qui se passe après coup. Et je pense que ça, c'est très important. Surtout dans un milieu défavorisé où notre suivi n'est pas juste médical. Moi, je fais du psychosocial à la semaine longue ; au moins 80 % de mon temps est en psychosocial. [...] Et pour moi, c'est très important, alors que dans une première ligne, qu'est-ce que tu fais ? Tu mets la *patch* sur le bobo et tu vois pas la raison du bobo. [...] Je pense que dans le contexte actuel, on a un rôle qui devient politique. Moi, je ne veux pas être politicien ! [On en vient à] se prononcer sur des choses qu'on trouve injustes, sur des lois qui cachent des choses, comme la loi 37 [réforme de l'aide sociale]. C'est de l'appauvrissement dans un contexte de récession, c'est inadmissible ! Les cas s'alourdissent à cause de ça, c'est pas acceptable. (CLSC, T1)

La globalité de son intervention est soutenue par ses connaissances médicales, sa connaissance du milieu et une idéologie féministe : « Toute la démarche d'intervention féministe qu'on a faite [...] m'aide à avoir l'approche que j'ai avec les femmes en général puis évidemment avec la femme enceinte. C'est tout ça, ma connaissance scientifique, ma connaissance du milieu, l'intervention féministe, tout ça qui m'aide beaucoup. » (CLSC, T1)

La stratégie de réaction conforme au deuxième aspect de sa stratégie fondamentale est de s'impliquer comme intervenante privilégiée. Elle est très heureuse de pouvoir intervenir dans une perspective globale et de laisser son chapeau de médecin pour une fois : « Ça fait bien plaisir, parce que je ne serai pas médecin [dans ce contexte-là]. Je serai intervenante et ça, je trouve ça extraordinaire. » (CLSC, T1)

La médecin adhère aux objectifs du programme. Pour elle, l'élément essentiel du programme est l'intervenante privilégiée : « Pour moi l'important, c'est l'intervenante unique. C'est peut-être ça le plus important, c'est l'histoire d'avoir une intervenante unique qui est privilégiée. C'est pas mal le point central. » (CLSC, T1). Dans cette perspective, cette intervenante a un rôle important dans la mesure où elle peut faire cheminer la femme enceinte qui, à cause de son état, se retrouve dans un processus où elle est plus ouverte aux changements. L'objectif devenant ainsi beaucoup plus large que la prévention de la naissance de bébés de poids insuffisant :

Tu peux prendre les moments privilégiés d'une grossesse, où la personne veut consulter, [où elle] essaie de travailler à changer des choses dans sa vie [...] et où tu peux vraiment faire un travail beaucoup plus intense. [...] Mais, tu sais, ce sont des objectifs très terre à terre et qui ne sont pas [centrés] sur le bébé. Pour moi, c'est la femme qui la vit cette grossesse-là. C'est sûr qu'il y a moins de bébés de petit poids si le reste va bien mais pour moi l'objectif, c'est que cette femme-là prenne conscience qu'elle a un contrôle, qu'elle a quelque chose de tangible à faire avec sa vie, sa santé, qu'elle est capable d'agir. [...] En somme, tu sais, [elle devient] plus capable de développer des compétences parentales puis d'être bien là-dedans. (CLSC, T1)

On a analysé les stratégies de **deux infirmières** (que l'on désignera comme l'infirmière n° 1 et l'infirmière n° 2) qui se retrouvent au sein de cette équipe. Le rôle précis de la première infirmière n'est pas clair. Même si elle assume dans les faits les tâches de chef d'équipe, elle n'en a pas le titre. Après le départ de la chef d'équipe officielle, elle conservera les tâches de cette dernière sans toutefois avoir formellement le poste de chef d'équipe.

Sa stratégie fondamentale consiste à conserver dans sa pratique infirmière un rôle d'enseignante. C'est la partie de sa pratique qui lui procure le plus de satisfaction et qui a motivé ses choix de carrière : « C'est tout le volet enseignement que je ne pouvais pas [développer à l'hôpital]. Je trouvais qu'au niveau prénatal, tout l'enseignement qui pouvait être fait aux mères, la préparation... c'était tout ce volet-là que je trouvais bien intéressant. [...] [Dans un hôpital], j'avais moins de temps à ce niveau-là. » (CLSC, T2)

Dans cette perspective, elle espère pouvoir continuer à donner des services prénatals à toutes les femmes du secteur, pas seulement à celles qui vivent en situation de grande pauvreté ou qui sont aux prises avec des problèmes psychosociaux plus importants :

Ce que j'espère, c'est que même si on implante des projets comme ça dans les CLSC, parce qu'on veut scruter plus la population à risque, ce que je souhaite, moi, c'est qu'on continue quand même à s'occuper des autres personnes. [...] Pour moi, les rencontres prénatales, ça ne devrait pas être seulement parce qu'il y a des programmes intégrés. (CLSC, T2)

Sa stratégie de réaction au programme intégré est teintée par la complexité de l'intervention. Elle veut s'impliquer dans le programme intégré, mais elle reste craintive quant aux éléments psychosociaux de l'intervention :

Il y a des problématiques plus compliquées au niveau de l'intervention. Je pense aux femmes battues. Je pense aux femmes qui ont des problèmes de drogue. Je trouve que ce sont des problématiques plus délicates à travailler. Je ne me sens peut-être pas toujours très bien outillée. On commence à avoir plus d'information par rapport à ces choses-là. (CLSC, T2)

Cette préoccupation reflète d'ailleurs la place de l'intervention psychosociale parmi ses intérêts professionnels : « Parce que dans ce que je fais comme travail, c'est sûr qu'il y a une partie qui est un peu travail social, une partie qui est enseignement, une partie qui est nursing. Donc, on dirait que ce travail-là, le prénatal, comble un peu le désir de ce que je voulais faire dans ma vie. » (CLSC, T2)

Elle adhère aux objectifs et aux composantes du programme intégré. Selon elle, l'établissement de la relation de confiance et le suivi global sont les éléments essentiels du programme. C'est aussi, en tenant compte de sa stratégie de réaction, les éléments les plus exigeants pour l'intervenante :

C'est plus, pour moi, dans le fond, le processus de faire un suivi global de la personne. Ne pas la diviser en cinq catégories. De la prendre dans son tout, dans sa vie, dans ce qu'elle est, comme personne. Je le vois comme ça. C'est sûr que ça demande par contre beaucoup de souplesse,

surtout que j'ai une formation d'infirmière. Je n'ai pas eu la formation de la travailleuse sociale ou de la psychologue. Des fois, je trouve que c'est exigeant, au niveau des connaissances qu'on doit avoir pour aider les personnes dans les suivis. (CLSC, T2)

Quant à son positionnement concernant l'enjeu qu'est la détermination des orientations du CLSC, sa position dans la hiérarchie l'empêche d'adhérer aux principes tant de la direction que des intervenantes. Elle est toutefois d'avis, comme la majorité des intervenantes, que la décision de la direction d'impliquer l'équipe dans la mise en oeuvre du programme intégré, a été une contrainte : « Remarque qu'on était sensible à ça, puis qu'on était d'accord avec ça. Vraiment, je trouve que la contrainte a été qu'on se le fasse imposer. » (CLSC, T2)

La deuxième infirmière a été impliquée dans le programme bien malgré elle : « Moi, j'embarque là parce que je remplace quelqu'un [...] Puis même, quand on me l'a demandé, j'étais pas d'accord. [...] Je n'avais pas le choix. » (CLSC, T1) Elle a donc été obligée par la direction de participer au programme intégré. Elle travaillait comme infirmière en postnatal et elle adore travailler auprès des bébés. Elle n'a à peu près pas d'expérience auprès des clientèles prénatales : « Je ne me suis pas occupée de prénatal depuis 30 ans. [...] Autrement dit, [je n'ai] pas du tout d'expérience en prénatal. » (CLSC, T1)

Sa stratégie fondamentale est directement reliée à la relation qu'elle établit avec les femmes. Elle cherche à être appréciée et acceptée de celles auprès desquelles elle intervient. Elle aime son travail dans la mesure où il est valorisant :

Je deviens comme une amie, une confidente pour les gens. Les gens, quand ils me voient, ils me disent "Bonjour !" puis : "Mon Dieu, j'aime ça vous voir". Ils sont contents de me voir. Tu sais, j'aime ça quand les gens me disent qu'ils sont contents de me voir, que je les ai aidés, il y a quelques années. [...] C'est un travail qui est valorisant. (CLSC, T1)

Elle adhère aux objectifs du programme intégré mais le plus important, selon elle, est lié à la santé du bébé. Elle trouve très difficile de voir un enfant malade : « Quand ils sont malades, j'aime moins ça, parce que je trouve que ça fait pitié. » (CLSC, T1) Donc, pour elle, le poids à la naissance et la santé du bébé deviennent primordiaux. C'est une chance pour un meilleur développement de l'enfant : « Le plus important, ce serait d'avoir un beau bébé en santé, de rendre une grossesse à terme puis que l'enfant soit en santé, qu'il ait toutes les chances de se développer dans la vie, cet enfant-là. » (CLSC, T1) Elle croit de plus que la relation de confiance permettra une intervention plus efficace auprès des femmes :

La personne est en confiance, elle peut nous consulter quand il y a une crise ou qu'elle ne se sent pas bien ou qu'elle se sent proche de nous. Tu sais, il me semble que c'est plus facile de lui faire accepter notre point de vue, [à propos de la] santé [...] On a beau dire à la télévision qu'une femme enceinte ne doit pas fumer, doit bien manger... Tandis que si elle a confiance en moi, puis si je lui explique plus clairement ce que le fait de fumer fait à son enfant, il me semble qu'elle va être plus consciente qu'il faut qu'elle diminue. (CLSC, T1)

Sa stratégie de réaction au programme est évidemment influencée par sa stratégie fondamentale, mais elle est aussi fortement teintée par le fait qu'elle a été obligée de s'impliquer dans le programme intégré. Elle deviendra intervenante privilégiée mais prendra le temps nécessaire pour se mettre à jour en ce qui concerne le programme et l'ensemble du suivi prénatal : « Moi, faut que je réapprenne à savoir tout de la grossesse là. » (CLSC, T1) Elle est aussi inquiète du rôle qu'elle aura à jouer auprès des femmes dans le cadre du programme. Elle n'est pas confortable avec ce rôle, la perspective psychosociale en particulier. L'approche du programme intégré exige, selon elle, un contact plus intime que ce qu'elle a connu en intervention postnatale. L'approche de la femme est complètement différente et c'est cet aspect qui l'inquiète :

J'ai l'impression qu'à chaque rencontre, il va falloir que je me structure. [...] Je vais prendre des thèmes pour chaque rencontre, parce que je ne vais pas aller là, m'asseoir, puis lui dire parle-moi de ton vécu. [...] C'est une approche plus intime. C'était moins gênant de parler de l'enfant : ce n'est pas compliqué, n'importe quelle mère parle de son enfant [...] [Je vais devoir aller] dans les zones grises de la famille et tout... Dans le fond, on pouvait les voir [les problèmes] puis on pouvait les percevoir en voyant l'enfant. Et c'était plus facile en parlant des besoins de l'enfant, mais en parler directement, c'est plus difficile. (CLSC, T1)

En fait, face à ce changement imposé de pratique professionnelle, cette infirmière se donne le temps de faire les apprentissages qu'elle juge nécessaires et de prendre confiance en elle à l'intérieur de ce nouveau mode de fonctionnement : « Je peux pas dire n'importe quoi, faut que je me sente compétente, un moment donné ». (CLSC, T1) Cette stratégie sera couronnée de succès :

Au début, j'étais assez sceptique. Je me demandais ce que je venais faire dans cette galère. Puis je me suis rendu compte que c'était agréable de travailler de cette façon-là. Oui, j'ai aimé ça, travailler. Tu sais, l'approche était humaine, puis, je n'avais pas de problèmes à prendre contact avec mes clientes. Puis, par le fait que je les aie connues enceintes, c'est beaucoup plus facile de faire le postnatal avec [elles] parce qu'elles me connaissent, c'est comme une amie. C'est beaucoup plus accepté. Il y en a une qui me prend [plutôt] pour sa mère, mais ça... (CLSC, T2)

Quant à l'enjeu entourant l'établissement des orientations du CLSC, elle ne prend pas position lors des entrevues. En fait, sa réaction est fortement influencée par le fait qu'elle se soit impliquée contre son gré dans le programme intégré. Elle tente donc de s'adapter du mieux qu'elle peut à cette nouvelle situation et ne se préoccupe pas de l'enjeu entourant la responsabilité de la détermination des orientations.

La nutritionniste est impliquée depuis très longtemps dans le CLSC. À l'inverse de la majorité de ses collègues dans les autres CLSC, la plus grande partie de son intervention s'effectue auprès des groupes plutôt qu'auprès des individus. Elle est très impliquée auprès des organismes du milieu et est rattachée à l'équipe d'organisation communautaire. Sa stratégie fondamentale consiste à maintenir le plus possible son intervention en dehors du cadre institutionnel du CLSC. Elle estime de plus que le CLSC devrait s'ouvrir beaucoup plus aux ressources du milieu en s'en rapprochant :

Je fais partie de l'équipe d'organisation communautaire. Ça, c'est la chose la plus différente, et j'ai toujours *priorisé* le travail avec les groupes communautaires ou avec des groupes plutôt qu'avec des individus. [...] J'ai énormément de latitude, c'est très important pour moi. [...] Qu'on sorte d'ici ! Le CLSC est un établissement gouvernemental. Les gens ne viennent pas spontanément. [...] Qu'on sorte, qu'on aille les voir ces organismes communautaires-là. Ce n'est pas dangereux d'aller manger au *restaurant communautaire* ! Mais ça dérange. (CLSC, T1)

Dans cette perspective, sa stratégie fondamentale s'inscrit au centre de l'enjeu qui confronte les visions des intervenantes et de la direction à l'égard des orientations du CLSC. En maintenant son activité à l'extérieur du CLSC, elle donne une plus grande légitimité aux intervenantes pour déterminer les priorités d'intervention, qu'à l'institution. Sa stratégie ne la porte toutefois pas à confronter directement la direction comme les autres intervenantes plus impliquées dans la vie à l'intérieur du CLSC. Son travail presque exclusivement à l'extérieur du CLSC lui évite cette confrontation. Elle reste toutefois très consciente de ces conflits et se positionne clairement en faveur des intervenantes : « C'est toujours les relations : patronne vis-à-vis ses employés ! » (CLSC, T3)

Mais elle réagit plutôt favorablement à la décision de la direction de s'impliquer dans le programme intégré. Elle estime, en regard de sa stratégie fondamentale, que cette décision est une démonstration de la volonté de la direction de rejoindre les clientèles les plus vulnérables du territoire :

Ça montre au moins une volonté de la direction de dire *oui* aux personnes pauvres ; il faut absolument s'en occuper ! C'était un geste dans ce sens-là, dans le fond, quand la direction générale a signé le protocole d'entente. C'est qu'elle disait : "En tant que CLSC, on doit s'occuper de toute notre population et surtout de la plus vulnérable". » (CLSC, T1)

Pour elle, l'objectif principal du programme intégré consiste à rejoindre une clientèle défavorisée que le CLSC n'a jamais réussi à rejoindre :

Ça me préoccupe beaucoup qu'on rejoigne très peu, habituellement, les jeunes femmes défavorisées. Si on pense qu'il y a au moins la moitié des bébés qui naissent qui sont des bébés en situation de pauvreté, on est loin de rejoindre la moitié des mères. Je veux dire, on ne rejoint pas facilement cette moitié-là des mères dans le quartier. (CLSC, T1)

Elle estime de plus qu'une des forces du programme intégré est de proposer aux femmes une seule intervenante avec laquelle elles pourront répondre à plusieurs de leurs problèmes. Selon la nutritionniste, il faut arrêter de « trancher en tranches de saucisson » (CLSC, T1) les femmes et leur faire voir différents spécialistes pour chacun des problèmes. Elle craint cependant que le CLSC ne laisse pas aux intervenantes la disponibilité qu'exigera la relation de confiance : « La disponibilité qu'on a promis de nous donner dans ce projet-là, j'espère qu'on va être capable de se la donner. Le fait justement qu'une femme puisse, elle, nous appeler n'importe quand, n'importe comment, que ce soit elle qui ait ce privilège-là et pas nous autres. » (CLSC, T1)

La nutritionniste espère surtout que les intervenantes du programme intégré et les femmes pourront profiter des différentes ressources communautaires. Ces ressources sont souvent méconnues des femmes et ces dernières gagneront à les connaître et à les utiliser :

Je pense que ce sont des ressources qu'on peut proposer à nos clients, que ce soit au niveau de discussions de groupe [au sujet] des petits ou d'elles-mêmes, que ce soit des services plus concrets comme aller manger au restaurant communautaire, organiser une cuisine collective, d'autres ressources matérielles... des vestiaires, tout ce qu'on a dans le quartier. Je pense que c'est dans ce sens-là [qu'on doit travailler], de bien expliquer aux femmes ces ressources-là si elles ne les connaissent pas, puis si elles ont le goût d'y aller, d'y aller avec elles. [...] Moi, c'est comme ça que je les vois, comme quelque chose de disponible que souvent les jeunes mamans ne connaissent pas. (CLSC, T1)

On peut donc constater que, malgré l'enjeu majeur que constitue la détermination des activités du programme, les intervenantes du CLSC A adhèrent totalement aux objectifs du programme intégré. Elles feront valoir continuellement leur autonomie tant dans les orientations qu'elles choisissent que dans leur application. Ainsi, elles réagiront rapidement, mais positivement, aux difficultés suscitées par les outils proposés et s'impliqueront sans réserve dans la mise en oeuvre du programme avec les femmes. Elles dépasseront les limites professionnelles rencontrées dans les autres CLSC puisque chaque membre de l'équipe, quelle que soit sa profession, agira comme intervenante privilégiée.

Cependant, comme on l'a vu au chapitre précédent, elles ne parviendront pas à réaliser une seule discussion de cas, ce qui constitue pourtant la raison d'être majeure de la multidisciplinarité. D'après les entrevues en profondeur, le journal de bord et les observations directes des rencontres d'équipe, on peut expliquer cela par des stratégies personnelles : la plupart sont des intervenantes chevronnées, reconnues comme compétentes. Elles seront incapables de risquer de perdre ce statut: elles ont peur d'être jugées par leurs collègues, de ne pas pouvoir se montrer à la hauteur d'une situation très exigeante. Ceci en dit long sur les difficultés d'actualiser une véritable multidisciplinarité.

5.3.2 LE CLSC B

Le CLSC B a endossé les recommandations du rapport Brunet prônant un virage vers les clientèles à risque. Dans ce contexte, le programme apparaît comme la concrétisation de la menace que peut représenter ce virage pour ces intervenantes: le danger de ne plus travailler qu'avec des clientèles à risque et de perdre ainsi la clientèle *bonbon*, c'est-à-dire les gens « normaux » présentant peu de problèmes et auprès de qui il est rapidement gratifiant de travailler, tels ces couples fort heureux des cours prénataux offerts. Déjà, le CLSC a transféré les cours prénataux à la Commission scolaire de l'endroit et n'offre plus de suivi prénatal qu'à des femmes montrant des difficultés établies selon une grille d'évaluation. Le programme intégré qui ne s'adresse qu'à une seule clientèle, à

très haut risque d'ailleurs et considérée comme lourde, renforce la menace et va donc influencer les stratégies fondamentales.

Dans ce CLSC, autant l'adhésion de principe des intervenantes à une intervention spécifique auprès de femmes enceintes vivant en situation de pauvreté ne laisse aucun doute, autant le type d'intervention prônée par le programme intégré suscitera des problèmes d'adhésion chez la majeure partie des intervenantes². Cette situation peut s'expliquer par l'enjeu que constitue ce programme face aux intérêts fondamentaux de ces intervenantes.

Les infirmières. Face à la spécialisation de l'intervention inhérente au virage vers les clientèles à risque, la stratégie fondamentale d'une infirmière consiste à donner à son travail la plus grande diversité possible. Elle cherche donc à augmenter la polyvalence de son emploi du temps :

Un moment donné, on avait donné des tâches plus réparties. Puis moi, j'aime beaucoup faire beaucoup de choses. Je pense que les infirmières ici aiment beaucoup faire plusieurs choses, être polyvalentes. Ça t'ouvre aussi les horizons, les formations ou d'autres choses qui changent. Ça va aussi avec ce qu'on dit, l'approche holistique puis tout ça. [...] Si tu fais que les immunisations dans un CLSC, là, je pense que c'est assez limitatif. (CLSC, T1)

Mais cet intérêt est souvent en contradiction avec l'augmentation des exigences reliées à son travail. Les tâches augmentent pour elle, et elle se voit obligée de réduire le champ de ses intérêts si elle ne veut pas être envahie par ces tâches, ce qui pourrait diminuer la qualité de son travail. Dans cette perspective, elle est craintive face au programme intégré et au surplus de tâches qu'il occasionnera :

Je trouve qu'on a beaucoup de services, de multiples services. [...] C'est beaucoup de choses en même temps. [...] Il y a quand même un souci, là, de la qualité des services, de la formation du personnel. Je trouve que c'est quand même très professionnel. [...] À long terme là, c'est beaucoup d'énergie, de rédaction, de conception. Tout ça, c'est tout en dehors du temps, en plus des visites. C'est ça que je trouve le plus dur. J'envisage de réévaluer les dossiers, d'avoir ces deux gros dossiers-là. (CLSC, T1)

Elle est aussi quelque peu confuse en regard du programme intégré, confusion entretenue par l'existence d'un projet OLO « maison » mis en place depuis quelque temps par le CLSC. À la suite des formations données dans le cadre du programme intégré (démarche McGill et pauvreté), certaines choses ne sont pas claires et une confusion entre le projet OLO du CLSC et le programme intégré demeure.

² Les difficultés d'adhésion à plusieurs éléments du programme chez la plupart des infirmières, seules mandatées pour agir comme intervenantes privilégiées, n'ont pas été dégagées principalement par les entrevues en profondeur des intervenantes, puisque les trois choisies pour être interviewées étaient, par hasard, justement celles qui ont le moins manifesté de tels problèmes. Mais à partir des discours des intervenantes interviewées concernant les autres intervenantes, de ceux de la direction d'équipe, des observations directes de rencontres d'équipe et du journal de bord, il y a suffisamment de matière pour dégager les stratégies de réaction au programme.

Elle reste toutefois très favorable aux programmes qui tentent de prévenir la naissance de bébés de poids insuffisant. Sans spécifier à quel programme elle fait référence, soit NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX ou le projet OLO, elle ne doute pas de l'efficacité de ce genre d'intervention. Elle estime qu'il peut permettre aux femmes de se réapproprier leur grossesse et inciter les intervenantes à établir une relation moins infantilisante avec ces dernières. Elle croit aussi que l'intervention doit s'inscrire dans une philosophie où la globalité de la femme est prise en compte, où l'infirmière cesse d'être prescriptive et proscriptive :

Tous les bébés que j'ai suivis ont tous eu un beau poids. Il n'y a pas eu un enfant depuis le [début du] projet OLO, en bas de cinq livres. [...] Tu sais, on avait accroché là-dessus, parce qu'au départ, ça été vraiment orienté dans le milieu à risque de bébés de petit poids [...] Il s'agit de déculpabiliser ces femmes-là, au sujet de leur alimentation. Dans le fond, c'était tellement rigide, avant, tout ce qu'on disait. Je trouve qu'on les infantilisait : "Mangez ça, comme ça, quatre groupes de ci, et ça". Ça allait complètement dans le sens de l'approche médicale, la maternité, hein ! Nous, on s'appropriait leur grossesse. [...] Puis même, on mettait ça sur le dos des médecins mais nous, en tant qu'infirmières, on l'a faite l'approche médicale aussi avec ces femmes enceintes-là [...] Moi, où je suis rendue dans ma profession, c'est une autre approche. Même les respirations, ce n'est plus ça l'important. J'en parle, je présente juste différentes méthodes de se réapproprier sa confiance à donner la vie, mais pas des modes d'emploi. (CLSC, T1)

Cette infirmière ne va pas aussi loin que d'autres dans ses difficultés d'adhésion au programme. La plupart remettront en cause les principales approches du programme comme la démarche systématique et surtout l'exigence de rencontrer la femme au moins une fois toutes les deux semaines. Elles sont de celles qui, comme on l'a vu au chapitre 4, affirmeront que ces femmes ne veulent que les suppléments alimentaires mais qu'elles ne sont pas du tout motivées à « changer ».

Quant à l'intervenante sociale interviewée, seule représentante de son groupe professionnel dans l'équipe, sa stratégie fondamentale consiste à préserver et à améliorer la composante psychosociale dans les interventions de l'équipe puisque, selon elle, les intervenantes de l'équipe manquent de temps et d'espace pour réaliser une réflexion approfondie sur leurs interventions et sur les innovations qu'elles pourraient apporter. De plus, la connexion entre les intervenantes sociales des différents programmes est très faible : « C'est comme ça que je vais pouvoir faire avancer les choses dans la boîte, au niveau des interventions psychosociales, ou essayer de modifier, parfois, nos pratiques ou notre façon de voir, de penser. Je me sens plus de responsabilités de ce côté-là. » (CLSC, T1)

Elle adhère aux objectifs du programme parce que l'établissement de la relation de confiance ne « compartimente pas les affaires » et permet une intervention qui tient compte de la femme dans sa globalité. Elle se questionne toutefois sur le sens de la multidisciplinarité – et plus spécifiquement sur les limites des intervenantes privilégiées – à l'intérieur du programme intégré et sur l'impact de cette nouvelle tâche sur le reste de sa pratique :

Moi, ma question, c'est le multi. Comment tu le fais ? J'ai encore des questions par rapport à ça puis par rapport aux limites de [...] l'intervenante unique. À un moment donné, il faut qu'elle réfère, aussi. C'est tout ça qui n'est pas toujours clair. Alors, je suis bien impliquée, on dirait, mais c'est pas directement avec la femme enceinte. Ça, c'est parce que c'est l'infirmière qui est le pivot là-dedans. Puis parce que c'est elle qui leur donne le support, et beaucoup, au niveau psychosocial. Mais je ne sais pas pourquoi les femmes, finalement, n'arrivent pas à avoir une aide de la travailleuse sociale directement. Est-ce parce que l'infirmière répond [à ce type de besoins] ? Est-ce parce que ça suffit d'avoir, justement là, le support de l'infirmière puis le support matériel ? C'est ça que j'ai de la difficulté à saisir. (CLSC, T1)

Son implication dans le programme n'a pas été volontaire puisqu'elle fait suite à une décision du CLSC. Elle est toutefois très heureuse d'en faire partie. Pour ce qui est de la formation, elle ne voulait pas y participer, mais elle ne regrette pas, finalement, d'y être allée :

En allant à cette formation-là, ça me coupait d'autres formations que je pouvais avoir, au niveau psychosocial. [...] Ce que j'ai le mieux retiré de ça, c'est de pouvoir suivre le mouvement de l'équipe. Parce que si je n'étais pas allée, je n'aurais pas su de quoi [les autres intervenantes] parlaient, puis je n'aurais pas su ce qui est difficile là-dedans [...] Je me serais probablement sentie à l'écart [...] Parce que je suis allée, [...] je vais avoir une influence que je n'aurais pas pu avoir. Mais personnellement, ça ne m'a pas apporté grand-chose, les formations [...] Ça m'a aidée à mieux clarifier le rôle de l'infirmière, puis à voir où est la limite entre l'intervention de l'infirmière et celle d'une travailleuse sociale. (CLSC, T1)

L'auxiliaire familiale est éducatrice de formation. Au regard des difficultés qu'elle vit face à la multidisciplinarité, sa stratégie fondamentale est d'être reconnue comme membre à part entière de l'équipe :

On devrait faire partie intégrante [de l'équipe], nous autres, les auxiliaires familiales. [...] On devrait considérer notre opinion dans le processus de décision des cas. Je dis ça parce que c'est nous qui sommes le plus en contact avec la famille [...] On devrait se rencontrer une fois par mois, fixer des objectifs, puis se rencontrer après tant de semaines, puis revoir comment ç'a été travaillé [...] Puis que ça se fasse avec les niveaux plus élevés de la hiérarchie, comme le chef de division, l'infirmière, les t.s. (CLSC, T1)

L'auxiliaire familiale voudrait intervenir de façon plus autonome et non continuer à être perçue comme une travailleuse dans une perspective strictement utilitaire. Elle prévoit quitter le CLSC pour une période d'étude afin d'améliorer sa position au sein de l'équipe :

À un moment donné, moi, j'entre dans une famille. Puis la t.s. va souvent me dire : "Bon, c'est ça, ça, et ça, les objectifs. Toi, tu t'occupes de ça ; moi, je m'occupe de ça." Qu'on se rende compte que la madame est plus à l'aise avec moi, parce que, moi, j'y vais toutes les semaines [...] Qu'on écoute quelqu'un qui a un bac aussi bien que l'autre qui n'en a

remplir ces responsabilités : « Ils font beaucoup de psychothérapie. Les médecins n'utiliseront pas les groupes professionnels, ils vont le faire eux-mêmes. Selon moi, ça amène beaucoup de problèmes parce que les médecins, je pense que ce n'est pas évident qu'ils vont avoir le respect des valeurs des gens. » (CLSC, T1).

L'intervenante sociale adhère totalement aux objectifs du programme. Elle considère qu'il est pertinent et efficace car il permet une intervention globale basée sur les besoins de la femme. Comme son implication dans le programme sera mineure, ses autres tâches n'en seront pas affectées.

Sa stratégie consiste donc à chercher à faire reconnaître et accepter la spécificité de ses compétences comme intervenante sociale par les médecins et la direction du CLSC, et ainsi augmenter son autonomie professionnelle. Même si elle répond à une demande, son implication au sein du programme intégré est volontaire. Elle aura ainsi la chance d'élargir son champ de pratique et d'augmenter ses contacts avec les autres intervenantes du CLSC :

Ce que ça m'apporte, c'est de développer davantage des relations avec les [autres] intervenants. C'est l'impact sur ma façon d'intervenir, ma façon de connaître ce milieu-là. C'est sûr que ça m'apporte de nouvelles connaissances. Il y a une ouverture sur d'autres choses, sur quelque chose de nouveau, sur des connaissances nouvelles. (CLSC, T3).

L'auxiliaire familiale, quant à elle, n'est pas considérée comme membre à part entière de l'équipe multidisciplinaire. Toutefois, les membres de l'équipe voudraient bien la voir participer aux réunions. Sa stratégie fondamentale ne s'inscrit pas en lien avec la plupart des autres membres de l'équipe. Elle estime pouvoir tirer des éléments profitables dans toutes les activités que lui propose le CLSC : « Je trouve qu'il y a toujours quelque chose à aller chercher. » (CLSC, T1)

Elle adhère aux objectifs du programme et croit qu'il permettra une action plus efficace parce que l'intervention repose sur les besoins de la femme. Elle estime de plus que cette attitude face à l'intervention diminuera la lourdeur de la tâche des intervenantes privilégiées. Elle cherche donc à retirer le maximum de ce que son travail et les formations qui y sont rattachées peuvent lui apporter. Elle participe le plus possible aux formations offertes par le CLSC. Dans ce sens, le programme intégré lui permet d'acquérir de nouvelles connaissances : "Je m'intéresse à tout ce qui est formation. Ça m'intéresse toujours : il s'agit que je sois libérée pour y aller." (CLSC, T1).

Dans le CLSC C le programme intégré deviendra un enjeu majeur pour la plupart des intervenantes face à la direction générale qui est perçue par celles-ci comme favorable à la prédominance de la médecine curative, ce qui empêcherait de véritables efforts de prévention. L'absence de provisions budgétaires pour les suppléments alimentaires, absence dont la direction de l'époque n'est pas responsable, sera vue comme un manque d'appui de cette direction à l'implantation du programme. Finalement, la décision de cette direction de ne pas continuer le programme en attendant l'octroi d'une subvention spéciale est reçue comme une véritable renonciation au programme. De plus, elles cesseront

de dispenser le programme dans l'attente d'une subvention spéciale qui assurerait une implantation définitive du programme dans ce CLSC.

5.3.4 LE CLSC D

La plupart des intervenantes du CLSC D adhèrent sans réserve aux objectifs et aux moyens proposés par le programme intégré. Ce programme s'inscrit parfaitement dans leurs stratégies fondamentales qui visent à montrer que le CLSC a effectué le meilleur choix en se réorientant complètement en fonction des clientèles à risque, dans la foulée du rapport Brunet. Il s'agit d'un jeune CLSC, très peu équipé en termes de ressources par rapport aux « anciens » CLSC. Plutôt que de répartir ces ressources auprès de l'ensemble de la population, le CLSC, dans toutes ses composantes, soit le Conseil d'administration, la direction générale, les cadres intermédiaires et les intervenantes, a décidé d'orienter ses interventions vers les clientèles les plus en besoin tout en assurant des services de base à l'ensemble de la population. Dans ce contexte, l'invitation du Département de santé communautaire de participer au programme intégré est plus que bienvenue ; les intervenantes en particulier se sentent rassurées de se sentir épaulées par le DSC. Elles ont besoin d'outils, de formation spécifique, car les interventions appropriées aux clientèles dites à haut risque sont loin d'être assurées. C'est pourquoi les stratégies fondamentales de la plupart des intervenantes se cristalliseront autour de deux enjeux partagés par les autres composantes du CLSC.

D'abord, il y a l'enjeu de la reconnaissance des compétences du CLSC, étant donné sa jeunesse et son manque important de ressources, à mettre en oeuvre le programme intégré face aux autres CLSC participants :

Il y a beaucoup de comparaisons qui se font par rapport à d'autres CLSC. On n'a pas beaucoup [de clientes]. Mais il y a d'autres CLSC... [...] Il y a quelque chose de très compétitif. Comme si ça pouvait être jugé comme si on ne travaillait pas, du fait qu'on n'ait pas assez de clientes. Comme s'il y avait quelque chose de cet ordre-là. (CLSC, T2)

Le deuxième enjeu consiste à obtenir aussi une reconnaissance, celle du Conseil d'administration du CLSC, face à la pertinence des orientations prises vers les clientèles à haut risque et en particulier le choix d'investir fortement dans le programme intégré. Par exemple, les intervenantes et la direction mettront beaucoup d'efforts pour convaincre le Conseil d'administration de la pertinence du programme intégré en espérant ainsi un financement pour les prochaines années :

L'infirmière responsable du programme a fait sa présentation au Conseil lundi dernier. Une présentation très détaillée : l'historique d'OLO, le programme intégré, la formation... jusqu'à la Fondation OLO. Elle a voulu sensibiliser le Conseil au fait qu'il devait continuer d'investir de l'argent dans le [programme]. Situer aussi le programme intégré. Alors les gens du Conseil ont été impressionnés ; ils n'en avaient jamais entendu parler. Ils voyaient bien OLO quelque part, mais [se demandaient] : "Qu'est-

ce que ça veut dire ? Et qu'est-ce que ça veut dire pour notre établissement ?" Alors, elle a reçu un appui très fort. (CLSC, T2)

Face à ces enjeux, les intervenantes et les membres de la direction sont en symbiose, conscients tous les deux de l'importance d'obtenir cette reconnaissance.

Les infirmières. Une première infirmière interviewée est l'intervenante responsable du programme intégré au sein du CLSC. Elle travaille depuis près de deux ans à la mise en oeuvre de ce programme : « J'y tenais à ce projet là, je croyais à ça. [...] Je veux que ça marche. » (CLSC, T1) Elle est intervenante dans le quartier depuis plus de quinze ans, ayant passé par toutes les étapes de la création du CLSC.

Sa stratégie fondamentale, tout à fait à l'opposé de l'intervenante sociale, comme on le verra, consiste à conserver pour les infirmières de l'équipe une composante importante d'intervention psychosociale. Elle résiste aux demandes du CLSC concernant une plus grande implication des infirmières de l'équipe dans l'intervention biomédicale, craignant qu'elles soient trop sollicitées par ce type d'intervention au détriment de l'intervention auprès des familles à risque :

Au maintien à domicile, ils ont eu un cas de césarienne et ils voulaient qu'on fasse les pansements. Nous on disait : "Quand il y a déjà une équipe dans le CLSC qui fait les pansements, pourquoi nous, on commencerait à faire des pansements ?" Moi, ma peur, c'est qu'on commence par faire des petits pansements. [...] Là on va avoir du *dumping*. (CLSC, T1)

Dans le même sens, elle estime que la force du programme intégré ne réside pas seulement dans la distribution des suppléments alimentaires, mais plutôt dans la qualité de la relation qui sera établie avec les femmes : « Ce n'est pas seulement le supplément alimentaire qui va faire diminuer le nombre de bébés de petit poids, c'est tout ce qu'il y a à côté, c'est le suivi psychosocial que tu vas avoir avec la cliente. » (CLSC, T1)

Elle s'implique donc généreusement dans la mise en oeuvre du programme intégré. Elle craint toutefois que le programme cesse d'exister entre la fin de la mise en oeuvre et le début de l'étude des effets. Elle estime que la motivation de la direction générale ne donne pas une garantie suffisante pour la continuité du programme entre ces deux étapes de la recherche. Selon elle, la direction n'acceptera pas d'assumer les coûts des suppléments alimentaires durant cette période de transition.

Quant à la deuxième infirmière interviewée, elle occupe un poste de remplaçante au CLSC depuis peu. Elle a travaillé dans différentes équipes. Sa stratégie consiste à se donner une place plus importante et surtout un statut régulier au sein de l'équipe. Elle espère réussir à être reconnue comme une infirmière à part entière par le reste de l'équipe en essayant de se donner de meilleures compétences en intervention psychosociale :

Il faut dire que j'ai moins d'expérience du psychosocial que les autres ; j'en ai moins fait. À l'hôpital, on fait du bio à la journée longue. Maintenant, je me retrouve à faire beaucoup de psychosocial. Je sais qu'il se

donne des formations, mais comme remplaçante, je n'ai pas le droit à toutes les formations. Pourtant, je bénéficierais d'une formation en psychosocial. [Quand je travaille] à l'école, les filles qui viennent me voir, c'est pas tellement pour le mal de ventre ! Là, j'ai tendance à référer. Mais probablement que si j'avais un petit peu plus de formation, je serais capable [d'aller plus loin]. Je commence à m'en rendre compte. (CLSC, T1)

En premier lieu la direction avait décidé de ne pas l'intégrer définitivement dans NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX, en partie parce qu'elle n'avait pas suivi les formations. Dans l'optique de sa stratégie fondamentale, et à la suite de sa participation au sein de l'équipe, elle s'est battue pour faire partie de l'équipe qui implante le programme intégré dans le CLSC :

Je pensais que j'en faisais partie. Mais j'ai appris que non : ce sont les trois autres infirmières, parce qu'elles ont eu des formations, puis *l'affaire* de McGill. Je trouvais ça bien triste. Le fait que je suis infirmière scolaire une bonne partie du temps, je ne suis pas dans le milieu. Je me disais : ce serait *le fun* si au moins j'avais ce bout-là avec l'équipe. Autrement, je me sentirais encore à part. J'étais un peu déçue de ça. [...] Je me suis battue pour en faire partie et j'en suis très heureuse. Sinon, je me sentirais toute à part. Ça me tentait d'en faire partie. Au contraire de toutes les autres qui n'ont pas eu le choix. (CLSC, T1)

Elle adhère aux objectifs du programme mais est toutefois d'avis, comme la direction générale, que les suppléments ne sont peut-être pas si essentiels : « Je n'ai pas eu toutes les formations. S'ils le disent, ça doit être vrai. Mais je suis un peu comme *la direction générale* ! Il y en a plein des femmes de milieu défavorisé qui ont des bébés de 8 livres ! Et j'en connais qui ont mangé tout ce qu'il fallait puis qui ont eu des petits bébés ! » (CLSC, T1) Le programme permet surtout aux intervenantes, selon cette infirmière, de se rapprocher des femmes et de rendre accessible une gamme de services psychosociaux : « C'est sûr, on fait de l'enseignement sur plein d'*affaires*, là-dedans. Et si on devient proche, si elles vivent de la violence, elles vont en parler si tu n'es pas trop menaçante. » (CLSC, T1) Les suppléments alimentaires ne deviennent qu'un moyen pour attirer les femmes : « On leur donne des *nananes*. On se met les pieds dans la place, on se fait accepter, on se fait les complices puis elles nous font davantage confiance. » (CLSC, T1)

Quant à l'intervenante sociale de l'équipe, elle adhère aux objectifs du programme intégré mais n'accepte pas la conception de la multidisciplinarité qu'il véhicule. Elle développera donc une stratégie de réaction particulière liée à ses stratégies fondamentales, car elle cherche à positionner plus clairement son propre rôle d'intervenante sociale au sein de l'équipe et de l'ensemble du CLSC face au rôle des infirmières et des autres professions. Elle reconnaît ainsi une spécificité à l'intervenante sociale que les autres professionnelles ne peuvent assumer et ne devraient pas non plus essayer d'assumer :

[Une intervenante sociale] travaille plus au niveau psychosocial qu'au niveau des soins comme l'infirmière. [...] Dans le CLSC, [selon] ma perception, quand je suis entrée, c'était plutôt de niveler, comme si tout le monde faisait la même affaire : l'auxiliaire familiale qui peut faire de la

relation d'aide, l'infirmière, le psychologue... J'ai des réticences là-dessus. Je pense qu'il y a des gens qui ont des talents plus naturels que d'autres et qu'il faut faire attention. Il y a un danger là-dedans. Il y a plein de formations qui ont été offertes à tout le monde. Je n'ai rien contre, en autant qu'on ait un oeil sur l'utilisation que les gens en font. Pour moi, c'est clair que je ne suis pas engagée comme infirmière, je suis engagée comme travailleuse sociale. (CLSC, T1)

Elle ne croit pas au concept de multidisciplinarité tel que véhiculé par le programme car, selon elle, il y a une sous-représentation des intervenantes sociales : « Dans les équipes, il y a tellement plus d'infirmières que de travailleuses sociales ; ça n'a pas vraiment de sens de parler d'équipe multi. Le mot multidisciplinaire est *charrié*. » (CLSC, T1) Elle perçoit son implication au sein de l'équipe multidisciplinaire comme un sens unique où les infirmières pourront retirer des éléments de ses compétences, alors qu'elle, elle ne pourra presque rien retirer des infirmières. Elle explique cette perception par le fait que les éléments du programme et le contenu de l'intervention sont, selon elle, trop spécifiquement associés à une démarche infirmière. Elle pourra donc aider les infirmières lorsque les problématiques auront une composante psychosociale :

Je suis tombée dans une équipe avec quatre infirmières. J'étais la seule travailleuse sociale ; (il y a aussi) une hygiéniste dentaire, une auxiliaire (familiale). Je trouvais ça dur de me retrouver dans une équipe multi. [...] Je n'ai pas trouvé la stimulation professionnelle que j'avais [avec les intervenantes sociales]. [...] Moi, je ne sens pas du tout que c'est la table où je peux apporter un dossier ! Elles n'ont pas de formation sociale... Elles peuvent me donner un éclairage nursing si la femme a un problème nursing. Par contre, je sens que c'est différent de leur côté, parce qu'elles peuvent arriver avec un problème de dynamique familiale, puis je peux leur donner des pistes. Moi, en psychosocial, je vais un petit peu plus loin qu'elles. Elles, elles commencent. [...] Ça [pourrait être] pertinent, mais mes dossiers n'ont rien de nursing, il n'y a pas cette possibilité que je reçoive. (CLSC, T1)

Elle ne croit donc pas au modèle multidisciplinaire proposé par le programme intégré. Elle estime plutôt, en cohérence avec sa stratégie fondamentale, que chaque profession a des attributs spécifiques qui ne peuvent et ne doivent être partagés et assumés par d'autres. Elle rejette aussi le modèle d'intervention McGill dans la mesure où il définit un cadre conceptuel infirmier et devient donc ainsi non approprié pour une intervenante sociale.

L'éducatrice est nouvellement arrivée au CLSC. Elle y est depuis six mois au moment où la mise en oeuvre du programme intégré commence. Sa situation n'est pas claire au CLSC, car elle est éducatrice mais occupe une tâche d'auxiliaire familiale. Sa stratégie fondamentale consiste à faire reconnaître la spécificité de son travail comme éducatrice, et non comme auxiliaire familiale. Elle sent les tensions que ses exigences feraient naître au CLSC :

Le titre de mon emploi, ça porte à confusion : *auxiliaire familiale-éducatrice*. Puis l'autre, qui est dans le même groupe que moi, c'est *auxiliaire familiale* ! Je peux partir des projets, selon mon expérience, ma formation, mais est-ce que l'autre va être capable de le faire aussi ? [...]

Moi, en arrivant, je bouleverse des *affaires* dans le rôle de l'auxiliaire. Il y a de l'ouverture, c'est certain. Mais je vois que ça les dérange ! (CLSC, T1)

Elle adhère au programme intégré mais estime que les suppléments alimentaires ne doivent pas être perçus comme la finalité du programme. Au-delà de ces suppléments, selon elle, les femmes doivent prendre conscience des motivations qui les poussent à entretenir certaines habitudes de vie. Elle croit de plus que le programme doit rendre des interventions accessibles pour les femmes suite à leur accouchement :

OLO, c'est bon pour l'enfant, mais ça ne change rien dans sa perception des *affaires*... Pourquoi est-ce qu'elle ne se nourrit pas bien ? Là, on lui apporte ça, puis on dit : "C'est bon pour ta santé !" Peut-être que plus tard, elle va penser à aller s'acheter une orange, mais s'il n'y a rien qui a causé le changement, il n'y aura rien qui va changer. (CLSC, T1)

Son implication dans le programme se résumera à une participation aux discussions de cas lors des rencontres multidisciplinaires. Elle tentera aussi par son travail auprès des familles démunies de recruter des femmes pour le programme intégré.

Les intervenantes du CLSC D adhèrent fondamentalement aux objectifs du programme intégré. La mise en œuvre de ce programme s'inscrit tout à fait dans les orientations prises, et partagées par toutes, de se concentrer sur les clientes à haut risque. En ce sens, elles chercheront toutes à recruter les dix femmes comme prévu au protocole même si cela s'avère très difficile, comme appréhendé, dans un contexte où le CLSC est localisé loin des zones de pauvreté, sans que la communauté dispose de ressources communautaires aptes à référer des femmes et à collaborer à la mise en œuvre du programme. Cependant, les stratégies fondamentales de certaines intervenantes rendront difficile le travail d'équipe : ainsi, l'infirmière responsable mettra tout en œuvre pour que les infirmières développent leur expertise psychosociale alors que l'intervenante sociale mettra tout en œuvre pour que les infirmières ne s'impliquent pas dans une expertise psychosociale. Ces stratégies antagonistes n'empêcheront pas la mise en œuvre du programme intégré, mais la coloreront : les discussions de cas auront lieu dans une atmosphère ambiguë, les infirmières se limitant aux aspects de santé physique et attendant les propositions de l'intervenante sociale quant aux aspects psychosociaux des interventions.

5.3.5 LES INTERVENANTES DE CLSC, EN BREF

L'analyse de l'implication des intervenantes dans la mise en œuvre du programme dans quatre CLSC très différents démontre la pertinence de la proposition théorique adoptée. Dans les trois CLSC où l'adhésion des intervenantes est totale parce que la centralité des caractéristiques du programme correspond tout à fait à leurs stratégies fondamentales, le programme sera mis en œuvre sans trop de difficultés. Son maintien au-delà de la phase de la présente recherche apparaît cependant lié à la résolution des enjeux entre les intervenan-

tes et les directions d'établissement : dans un CLSC, on craint que la direction ne veuille pas assumer les coûts des suppléments alimentaires en attendant une subvention spéciale, alors que dans un autre la décision de la direction de ne pas assumer ces coûts entraîne automatiquement la suspension du programme. Dans un autre CLSC, les intervenantes se préparent à défendre leur propre conception de la mise en oeuvre du programme face à une direction qui pourrait donner des orientations allant à l'encontre de leurs volontés.

Par contre, dans un CLSC, les caractéristiques du programme vont à l'encontre des stratégies fondamentales de plusieurs intervenantes qui préféreraient assister à sa disparition et favorisent le retour à un projet OLO dont les caractéristiques, différentes du NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX sont tout à fait conformes à leurs stratégies.

La mise en oeuvre de même que le maintien du programme sont donc reliés aux stratégies fondamentales des intervenantes exerçant les contrôles les plus forts dans l'organisation. Des analyses plus fines, intervenante par intervenante, montrent aussi que certaines dimensions de la mise en oeuvre sont fortement reliées elles aussi à des stratégies fondamentales. Ainsi, les stratégies liées aux appartenances professionnelles pourront expliquer en grande partie l'écart important entre la multidisciplinarité espérée par le programme et la multidisciplinarité actualisée. Le fait que les concepteurs du programme aient privilégié l'utilisation d'un modèle infirmier a certes renforcé un enjeu que l'on peut considérer comme majeur au niveau de l'intervention psychosociale : jusqu'où les infirmières peuvent-elles aller dans une expertise psychosociale sans remettre en question la raison d'être même des professions qui se définissent uniquement par leur spécificité psychosociale ? Les infirmières, qui sont en fait les intervenantes ayant assumé la quasi totalité des suivis, ne sont pas certaines de leurs limites mais sont unanimes à vouloir conserver cette dimension qu'elles jugent fondamentale à leur approche globale. Par contre, les stratégies des intervenantes sociales montrent, par leur diversité, plusieurs possibilités : dans un CLSC, il y aura véritablement alliance de l'intervenante sociale avec les infirmières puisqu'elles partagent les mêmes stratégies par rapport à un enjeu qui les confronte à la profession médicale jugée omnipuissante. Dans un autre CLSC, l'intervenante sociale agira comme intervenante privilégiée et se dira ravie des possibilités qu'un suivi prénatal, incluant les aspects de santé physique, apporte à une intervention jusque-là purement psychosociale. Dans un autre CLSC, le poids écrasant des infirmières par rapport à la seule intervenante psychosociale de même que les difficultés d'adhésion de la plupart de ces infirmières à plusieurs caractéristiques du programme expliquent le retrait de l'intervenante sociale. Finalement, la stratégie d'une intervenante sociale limitant considérablement la dimension psychosociale de l'intervention infirmière provoquera des difficultés dans le fonctionnement en équipe du CLSC D.

Malgré toutes ces différences stratégiques, on ne peut que constater à quel point toutes les intervenantes de tous les CLSC adhèrent à la nécessité de développer une approche spécifique pour répondre aux besoins de la clientèle. Ceci explique hors de tout doute la réussite de la mise en oeuvre du programme avec les femmes : ces dernières ont réagi positivement au programme, malgré leurs réticences au départ, parce que les intervenantes ont réussi à mettre en

oeuvre une approche axée sur la promotion de la santé et fondée sur une relation de confiance. Il s'agit là de la caractéristique la plus importante dans la mise en oeuvre effective du programme. Cependant, les principales caractéristiques du programme doivent être conformes aux stratégies fondamentales des intervenantes : ce qui n'est pas le cas dans un des quatre CLSC.

Par ailleurs, le peu d'implication des auxiliaires familiales (ou éducatrices) peut être observé dans tous les CLSC. Ces intervenantes ne participent aux travaux des équipes que si l'on y discute d'un cas où elles interviennent. Ceci va directement à l'encontre de leurs stratégies fondamentales, à l'exception d'une seule qui ne vise que son épanouissement personnel, ce qui lui permet d'éviter la troublante question de sa participation pleinement reconnue au sein de l'équipe. Ce traitement réservé aux auxiliaires familiales est expliqué dans les CLSC par leur nécessaire présence au domicile même de la clientèle, où les besoins sont évalués comme dépassant largement le temps disponible des auxiliaires. Dans les faits, les auxiliaires familiales sont les seules à ne pouvoir participer de plein droit à tous les travaux des équipes : les intervenantes sociales (pourtant très peu nombreuses et débordées) ainsi que les médecins peuvent participer à toutes les réunions, même celles où sont discutés les cas de femmes auprès desquelles elles n'ont aucune intervention. Du point de vue des auxiliaires familiales, il s'agit d'une discrimination fondée sur la sanction de la formation professionnelle : leur formation n'est pas considérée et l'on a pu constater que plusieurs visent à accroître leur formation formelle. Pourtant, plusieurs de celles qui ont un titre d'éducatrice ont un D.E.C., tout comme plusieurs infirmières qui n'ont qu'un D.E.C. ou son équivalent. Ce peu d'implication des auxiliaires familiales dans les équipes des CLSC mériterait des études spécifiques plus approfondies.

5.4 LES DIRECTIONS D'ÉQUIPE COMME ACTRICES DANS LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Tableau 5.1d
Les directions d'équipe

<i>Territoire de CLSC</i>	<i>Stratégies fondamentales</i>	<i>Adhésion au programme</i>	<i>Stratégies de réaction</i>
A	Resituer les décisions du CLSC dans un cadre formel où la direction aurait un plus grand pouvoir et contrôle.	Totale, car le cadre expérimental du programme, en lien avec le DSC est central et conforme aux stratégies fondamentales.	Exercer pleinement son pouvoir de gestion du programme sans provoquer inutilement les intervenantes qui craignent de perdre leur autonomie d'intervention.
B	Favoriser une transformation graduelle des pratiques infirmières.	Très forte, face au programme qui est central et conforme aux transformations des pratiques infirmières mais qui rend le recrutement difficile.	Tenter de concilier la décision de la direction et les difficultés exprimées par les infirmières face à l'opérationnalisation de ces décisions.
C	Faire reconnaître la prévention et les soins à la famille comme priorité du CLSC par rapport aux soins médicaux courants.	Totale, car le programme est central et conforme aux stratégies puisqu'il consolide une approche préventive auprès des familles.	Soutenir directement l'équipe interdisciplinaire et affecter de nouvelles ressources pour la périnatalité dans une approche familiale et préventive.
D	Bien gérer l'intervention des équipes en fonction du virage décidé par le CLSC vers les clientèles à risque.	Totale, car le programme est central et conforme à la stratégie fondamentale du virage vers les clientèles à risque.	Soutenir les intervenantes pour la mise en œuvre du programme en situant bien l'intervention des équipes et en essayant de rendre le CLSC plus accessible aux populations à risque.

5.4.1 LE CLSC A

Dans le CLSC A, la direction d'équipe n'est assurée que par une coordonnatrice, car une intervenante joue dans les faits le rôle d'une chef d'équipe mais sans en avoir le titre.

La coordonnatrice adhère complètement aux objectifs du programme intégré. C'est le caractère global de l'intervention qui est le plus intéressant selon elle. Il permet d'avoir un impact plus général auprès des femmes : « Tenir compte de

l'ensemble des difficultés qu'elle vit. [...] Si tu travailles sur le poids d'un enfant, tu travailles sur les soins à donner à un enfant, sur l'attachement que la mère va avoir avec l'enfant. Donc tu sauvegardes le lien parent-enfant. » (CLSC, T1)

Elle craint toutefois que le programme ne puisse pas recevoir toute la reconnaissance qu'il mérite dans la mesure où elle estime qu'il est à contre-courant de la tendance actuelle qui exige de la performance. Le fait que le programme ne vise que dix femmes, qu'il comporte des objectifs à long terme et qu'il soit exigeant en ressources, lui fait craindre qu'il aille trop à l'encontre des tendances actuelles en gestion et que, même s'il s'avère la meilleure approche, il ne soit abandonné faute de ressources suffisantes.

Ceci ne l'empêche pas de croire au programme et d'estimer qu'il va permettre au CLSC de mettre sur pied une intervention systématique en ayant l'aide de ressources externes compétentes. Elle se félicite de ne pas avoir coupé les liens avec le DSC comme certaines intervenantes le voulaient. Elle s'implique donc à fond auprès des intervenantes du programme pour qu'elles appliquent les caractéristiques originales du programme dans leur intervention.

Cependant, cette implication pose problème. En effet, cette coordonnatrice participe pleinement à l'enjeu qui oppose la direction et les intervenantes les plus en contrôle dans l'organisation, la direction voulant formaliser l'adhésion au programme et les orientations qui y seront données alors que ces intervenantes veulent orienter le programme à partir de leurs seules pratiques. Sa stratégie fondamentale consiste à resituer les décisions du CLSC dans un cadre plus formel où la direction aurait un plus grand pouvoir. Cette formalisation touche autant l'intervention que le processus par lequel la programmation est définie.

Elle demeure toutefois consciente des enjeux reliés à sa stratégie et surtout de l'impact qu'elle peut avoir sur les intervenantes. Elle se sent généralement à l'aise quant à sa stratégie dans la mesure où elle sent un très fort appui de la direction générale :

Les gens étaient très enclins à l'autogestion. [...] Alors, ils ont un peu de difficulté à s'inscrire dans le courant qui tente de formaliser un petit peu les programmes qu'on doit avoir, d'uniformiser un peu les services qui doivent être donnés dans un CLSC [...] Ça, c'est un peu inconfortable. Je ne dis pas que ça ne se fait pas. Ça se fait, mais ça brusque les gens. [...] Pour eux, c'est comme si on niait la valeur de ce qu'ils ont découvert. Alors que dans les faits, ce n'est pas vraiment en contradiction. (CLSC, T1)

À un niveau plus vaste, elle n'est pas très satisfaite de l'organisation modulaire au CLSC. Elle travaille à un changement pour que l'organisation des services soit davantage déterminée par la structure des besoins de la population : « Il faudrait qu'on remodèle la structure : [...] qu'on divise les programmes. Le choix qu'on ferait probablement, ce serait par catégories de clientèles. » (CLSC, T1) Il faut dire que cette organisation modulaire pose problème, les intervenantes appartenant à différents modules et relevant de plusieurs coordonnatrices différentes pour leurs affectations de temps.

En résumé, la direction d'équipe de ce CLSC adhère entièrement aux objectifs du programme et adopte une stratégie liée à l'enjeu de la mise en oeuvre du programme dans ce CLSC. Elle tente de ne pas provoquer inutilement les intervenantes mais cherche constamment à exercer pleinement son pouvoir de gestion du programme. Son adhésion n'est jamais mise en doute par les intervenantes en contrôle mais sa participation suscite craintes et méfiances, car ces intervenantes font tout pour que le programme demeure leur *bébé* et ne soit pas récupéré comme elles le craignent par la direction du CLSC.

5.4.2 LE CLSC B

Dans le CLSC B, la direction d'équipe, formée de la coordonnatrice responsable de l'équipe en petite enfance et de l'adjointe à la coordination, adhère complètement au programme intégré mais doit faire face au manque d'adhésion de plusieurs intervenantes à des caractéristiques centrales du programme.

La coordonnatrice était absente lors des discussions et des décisions du CLSC concernant le virage vers les clientèles à risque, virage d'abord concrétisé par la mise en place du projet OLO, puis du programme intégré. Dans ce sens, elle n'a « pas eu comme le choix » (CLSC, T1) et a dû accepter ces nouvelles orientations. Tout en étant d'accord avec ces décisions, elle estime que cette clientèle est plus lourde à suivre pour l'équipe, et que ce virage n'a pas impliqué un réajustement en conséquence des ressources. Elle note toutefois que la pratique traditionnelle d'une infirmière - elle est infirmière de formation -, celle d'éducation sanitaire, doit rester accessible aux intervenantes. Elle adore ce rôle, il fut son choix de carrière.

Elle prend le virage proposé par la direction générale, mais estime qu'il devient ainsi difficile de situer le rôle des différentes intervenantes : « Des fois, on sent qu'il y a un petit peu d'incompréhension sur les limites de l'intervention d'une travailleuse sociale, les limites de l'intervention d'une infirmière ». Elle estime de plus que ce virage « n'est pas acquis pour tout le monde » au sein de son équipe, et que la clientèle à risque « ce ne sera jamais la seule priorité ». (CLSC, T1) Sa stratégie fondamentale consiste donc à respecter la ligne directrice proposée par la direction tout en ménageant les infirmières face aux nouvelles exigences.

Elle croit que le programme intégré est un excellent programme. Elle estime que le soutien éducationnel donné aux femmes est très important, principalement en ce qui concerne l'alimentation et les habitudes de vie. Elle pense de plus que le programme permettra aux femmes d'apprendre un processus de résolution de problèmes.

Du point de vue de la multidisciplinarité, elle estime que le programme est confus dans la mesure où il ne définit pas le rôle spécifique de chacune des intervenantes. Enfin, la coordonnatrice estime que le programme ne devra pas limiter son intervention au prénatal, il devra proposer une intervention en postnatal pour être efficace.

La coordonnatrice a délégué toutes les responsabilités concernant l'opérationnalisation du programme intégré à l'adjointe à la coordination parce qu'elle n'y était pas au tout début - c'est l'adjointe à la coordination qui la mettra au fait du programme intégré -, et parce qu'elle ne veut pas s'impliquer dans la mise en oeuvre et la coordination du programme intégré auprès des intervenantes : « Toute l'application, tout ce qui concerne maintenant l'opérationnalisation de la recherche, j'ai tout donné ça à l'adjointe à la coordination. » (CLSC, T2)

Elle a été aussi très embarrassée du fait que le programme intégré n'ait pas été livré terminé et efficient. Certaines composantes du programme ont été transformées au cours de la mise en oeuvre et le DSC a exigé, au début du processus, la modification de certaines activités initiées par le CLSC (par exemple, au sujet des suppléments alimentaires). Ces modifications ont exigé qu'elle refasse certaines tâches auxquelles elle avait déjà octroyé beaucoup de temps.

L'adjointe à la coordination sera la personne la plus impliquée dans la mise en oeuvre du programme intégré. Le poste qu'elle occupe a été créé spécifiquement pour elle lors de la signature de la dernière convention collective. Elle est maintenant clairement associée à la direction.

Son travail consiste à donner du soutien professionnel aux intervenantes. Elle sert de lien entre les intervenantes et la coordonnatrice responsable de l'équipe. Elle se dit très à l'aise dans ce rôle — « prise entre l'arbre et l'écorce ». Elle croit avoir la confiance des intervenantes : « Les intervenantes sont capables de me parler clairement. Je ne suis pas perçue entièrement comme une gestionnaire. » (CLSC, T1).

Du point de vue de la philosophie d'intervention, elle est en accord avec ce que propose la direction. La stratégie fondamentale de l'adjointe à la coordination est de protéger les infirmières qui travaillent sous sa responsabilité face à la tendance du CLSC à développer de nouvelles formes d'intervention.

Par rapport au programme intégré, elle croit qu'il faut respecter les infirmières face aux changements de mode d'intervention et de philosophie d'intervention que tous les nouveaux programmes exigent : « Il faut doser avec chacune. Il y a des personnes - j'accepte ça - qui ne sont pas capables d'aller plus loin dans l'intervention. » (CLSC, T1). Le mode d'intervention proposé par le programme intégré va à l'encontre de la façon traditionnelle d'intervenir pour les infirmières : « Tout le monde est prêt, mais ce n'est pas si facile à comprendre. Mais, quand ça fait vingt ans que tu pratiques de la même façon, c'est beaucoup moins insécurisant que d'avoir à tout changer. » (CLSC, T1) Dans ce sens, il faut sécuriser les intervenantes privilégiées. Elle estime que le programme intégré est menaçant pour quelques infirmières qui voient leur mode d'intervention se transformer et qui doivent maintenant rendre compte de leur intervention face à des professionnels d'autres disciplines.

L'adjointe à la coordination est très favorable au programme intégré. Elle perçoit les suppléments alimentaires comme une occasion de prendre contact très tôt avec la femme. Elle estime de plus que cette relation rendra possible la mise en lumière de besoins spécifiques pour la femme et permettra à cette dernière

d'y travailler tout en se sentant respectée. Elle croit que la grossesse est un moment propice pour amorcer une intervention car les femmes sont plus ouvertes aux changements : elles désirent toutes ce qu'il y a de mieux pour leur enfant.

Elle accepte les critères de sélection pour la recherche – elle croit même que ces derniers vont permettre une intervention plus ciblée –, mais elle estime que les critères devront être élargis à la suite de la recherche.

Pour cette direction d'équipe, la stratégie de réaction au programme consiste à tenter de concilier la décision de la direction et les difficultés exprimées par les infirmières face à l'opérationnalisation de ces décisions. Cette stratégie est conforme à sa stratégie fondamentale qui est d'être solidaire des décisions prises par la direction du CLSC tout en tenant compte du climat de tensions existant chez plusieurs intervenantes qui, tout en étant d'accord avec un virage, veulent le limiter pour ne pas se retrouver confinées à intervenir uniquement avec des cas peu gratifiants.

5.4.3 LE CLSC C

Dans le CLSC C, la situation en ce qui regarde la direction d'équipe est bien différente. La chef d'équipe et la coordonnatrice adhèrent fondamentalement aux objectifs du programme et partagent une même préoccupation : l'absence des ressources jugées suffisantes pour mettre en oeuvre ce programme.

La chef d'équipe est on ne peut plus favorable au programme intégré dans la mesure où le mode d'intervention proposé met l'accent sur la famille et la prévention, alors que celles-ci sont loin d'être, selon elle, des priorités pour le CLSC. Cependant, à cause du peu de ressources disponibles, elle est confrontée aux répercussions que le projet implique pour les autres interventions en périnatalité. Sa stratégie fondamentale consiste à faire en sorte que la périnatalité soit reconnue comme une priorité et que les ressources qui y sont consacrées augmentent : « La famille est loin d'être une priorité. La vraie priorité, c'est le médical. C'est ce qui gruge toutes les ressources. [...] Est-ce qu'on va avoir le support ? C'est pas le programme, le problème, c'est de le mettre en place avec ce qu'il y a comme ressources. » (CLSC, T1)

Elle se donne donc comme objectif de faire augmenter les ressources pour l'équipe de périnatalité. Dans la même perspective que l'infirmière interviewée – elle est aussi infirmière –, elle est fière de s'impliquer dans ce projet. Il lui permet de viser des objectifs de santé (le poids du bébé en particulier), tout en donnant à son action un caractère spécifiquement lié à sa formation et à sa philosophie d'intervention :

Moi, ça m'apporte d'abord de la fierté par rapport à ce qu'on est capable d'accomplir. C'est stimulant au plan de la capacité qu'on a de produire de réels résultats de santé sans avoir recours à des grands moyens technologiques, mais en partant vraiment d'un enseignement particulier auprès des personnes à risque. Tu sais, c'est toute la base même de notre

intervention qui se trouve confirmée par un projet comme celui-là. (CLSC, T3).

Quant à la coordonnatrice, elle adhère complètement au programme. Elle pose sensiblement le même diagnostic que la chef d'équipe et a adopté une stratégie pour soutenir directement l'équipe interdisciplinaire en assistant aux rencontres de l'équipe et augmenter les ressources du programme intégré en particulier et de la périnatalité en général. Pour ce faire, elle veut transformer la structure des équipes déjà en place.

Pour augmenter sa marge de manoeuvre face à la spécificité des tâches des intervenantes et aux mandats restreints qu'elles peuvent remplir, elle propose un regroupement de différentes équipes. Elle déplore la faible marge de manoeuvre au plan budgétaire et le peu de volonté de la direction d'accéder à ses demandes.

Pour cette direction d'équipe, la stratégie fondamentale est définie en fonction des changements de priorités du CLSC, de l'organisation des services et de l'allocation des ressources du CLSC. En réponse au climat de tensions créé par la répartition des ressources, elle cherche à augmenter le poids de son secteur dans le processus de prise de décisions au sein du CLSC. Dans ce CLSC, la direction d'équipe soutient fortement la mise en oeuvre du programme mais doit s'impliquer pour obtenir le minimum de ressources financières et humaines nécessaire à sa mise en oeuvre de manière suffisante, le CLSC n'ayant pas selon elle dégagé la marge de manoeuvre adéquate.

5.4.4 LE CLSC D

Dans le cas du **CLSC D**, la direction d'équipe est assurée seulement par une coordonnatrice responsable de plusieurs programmes. Elle adhère fortement au programme intégré car elle estime que le CLSC doit se rapprocher de la communauté s'il veut privilégier les clientèles les plus à risque. Dans cette perspective de rapprochement vers la communauté, elle espère bien pouvoir se servir des résultats du programme intégré pour réussir à mettre sur pied, avec des femmes intéressées, un projet communautaire de marrainage pour les femmes enceintes du territoire :

C'est [que le CLSC est] une institution ! ... et moi, je suis pas mal sûre que si on réussissait à développer un groupe de marraines, on réussirait à aller chercher ces clientes à risque-là ; elles auraient moins peur. Et nous, on pourrait devenir soutien aux marraines, exactement selon le modèle où l'infirmière du CLSC est soutien aux marraines pour l'allaitement maternel. Je suis pas mal sûre que le modèle peut se répéter. (CLSC, T2)

Tout à fait en accord avec les orientations prises par le CLSC, sa stratégie fondamentale est d'arriver à bien situer l'intervention des équipes qui sont sous sa responsabilité dans leurs tâches spécifiques. Dans cette perspective, les services courants et les équipes de clientèles à risque doivent assumer parfaitement

leur rôle pour que l'intervention du CLSC ne « s'éparpille » pas. Sa stratégie de réaction sera d'essayer de fournir tout le soutien nécessaire pour que le programme soit mis en oeuvre. Elle se préoccupe énormément du recrutement de la clientèle qui est particulièrement difficile pour ce CLSC, éloigné géographiquement des zones de pauvreté et identifié à une institution pour les classes moyennes. Elle se doit de soutenir les efforts des intervenantes qui ont beaucoup à prouver tant au conseil d'administration qu'aux collègues d'autres CLSC : il est essentiel qu'une mise en oeuvre réussie de ce programme, bien planifié et soutenu par le Département de santé communautaire, prouve que le CLSC a fait le bon choix en s'orientant nettement vers les clientèles à risque selon les recommandations du rapport Brunet.

5.4.5 LES DIRECTIONS DES ÉQUIPES, EN BREF

L'analyse de l'implication des directions d'équipe dans ces quatre CLSC montre qu'elles réagissent au programme intégré en fonction des orientations prises par les directions générales de leur CLSC respectif. Toutes ces directions d'équipe adhèrent fortement aux objectifs du programme et leur réaction est de faire tout ce qui est possible pour une mise en oeuvre réussie. Les stratégies varient cependant selon les enjeux existants entre les directions générales d'établissement et les intervenantes en contrôle important dans l'organisation. Dans un cas, la direction d'équipe essaie de mieux formaliser les orientations de la mise en oeuvre conformément aux vœux de la direction générale tout en ne braquant pas inutilement les intervenantes les plus en contrôle alors qu'une autre direction d'équipe soutient les efforts de l'équipe pour obtenir plus de ressources de la part d'une direction générale qui affirme n'avoir aucune marge de manoeuvre budgétaire. Dans un autre CLSC, la direction d'équipe, tout en partageant la décision de la direction générale, tente par tous les moyens de surmonter les difficultés que plusieurs intervenantes éprouvent face à des caractéristiques fondamentales du programme alors que, dans un dernier CLSC, la direction d'équipe, en symbiose tant avec la direction générale qu'avec les intervenantes, cherche à soutenir concrètement les efforts des intervenantes pour prouver que le virage du CLSC vers les clientèles à risque est le meilleur choix. Il est frappant de constater un niveau d'adhésion aussi élevé envers ce programme: une telle adhésion augmente indéniablement la probabilité de succès, comme le prévoit la proposition théorique utilisée pour la recherche.

5.5 LES DIRECTIONS GÉNÉRALES COMME ACTRICES DANS LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Tableau 5.1e
Les directions générales

<i>Territoire de CLSC</i>	<i>Stratégies fondamentales</i>	<i>Adhésion au programme</i>	<i>Stratégies de réaction</i>
A	Réunir l'ensemble des intervenantes du CLSC derrière une mission définie dans le cadre institutionnel de l'organisme plutôt que par les intervenantes.	Totale, car le programme est idéal pour définir formellement des objectifs dans la mission officielle du CLSC.	Soutien total à la direction d'équipe pour formaliser le programme ; utiliser ce programme comme prototype pour formaliser l'ensemble des programmes du CLSC.
B	Mieux intégrer les différents services du CLSC tout en réduisant le morcellement des interventions.	Totale, car le programme est central et conforme à la stratégie puisqu'il permet l'intégration des services auprès d'une clientèle difficile à rejoindre.	Aller plus loin avec le programme en l'ouvrant à plus de personnes, en le poursuivant en postnatal et en favorisant une prise en charge par les populations elles-mêmes.
C	Établir un équilibre entre les ressources financières dont dispose le CLSC et la demande de services tout en augmentant la qualité et l'efficacité des services rendus.	Totale, car le programme est central et conforme à la stratégie fondamentale de répondre à la demande des plus démunis tout en augmentant la qualité et l'efficacité des services.	Forte implication pour financer le programme tant en répartissant autrement les ressources de la mission préventive du CLSC qu'en soutenant le DSC pour obtenir un financement du Ministère.
D	Cibler les ressources très limitées du CLSC vers les clientèles les plus démunies au lieu de les répartir auprès de l'ensemble des populations.	Totale, car le programme est central à la stratégie d'aller vers les plus démunis, mais nuancée car il faut dépasser une approche strictement instrumentale comme celle du programme.	Se tenir très informée et soutenir la direction d'équipe et les intervenantes tant pour le recrutement et le développement de nouvelles habiletés que pour l'appui officiel du conseil d'administration du CLSC.

Les analyses antérieures, tant auprès des intervenantes que des directions d'équipe, ont déjà montré le rôle important des directions générales dans la mise en oeuvre du programme. Ce sont des actrices exerçant un contrôle important dans les organisations que sont les CLSC. Les manières d'exercer ce contrôle varient cependant d'un CLSC à l'autre.

5.5.1 LE CLSC A

Au CLSC A, la direction générale vient d'entrer en poste au début de la mise en oeuvre. Pour elle, son rôle ne doit pas se limiter à celui d'une gestionnaire, elle doit aussi être capable de se positionner, d'avoir un parti-pris pour lutter contre la pauvreté, en faveur du communautaire.

De par son rôle, sa stratégie fondamentale consiste à réunir l'ensemble des intervenantes du CLSC derrière une mission définie dans le cadre institutionnel de l'organisme, plutôt que par des groupes d'intervenantes :

Le rôle d'une direction générale consiste, dans un premier temps, à véritablement bien interpréter la mission, les orientations d'un établissement, d'un CLSC. [...] On est dans une période de changement et, moi, j'ai bien conscience que la mission d'un CLSC n'est pas une mission qu'on se donne un matin, un groupe de personnes ensemble, mais que c'est une mission donnée par l'État, et de faire comprendre aussi cette dimension-là. (CLSC, T1)

Pour elle, le programme intégré est une occasion de s'instrumenter et de faire des apprentissages avec des nouveaux partenaires – le DSC, les autres CLSC et les ressources du milieu. C'est aussi pour elle, par rapport à sa stratégie fondamentale, une occasion de définir, dans un cadre plus formel, des objectifs et une programmation. C'est dans cette perspective qu'elle n'a pas hésité à impliquer le CLSC dans le programme intégré : « Moi, je dis : "Oui, on y va là-dedans." » (CLSC, T1).

Selon elle, le programme intégré pourrait se définir ainsi :

Développer une approche de l'ensemble des intervenantes, quelle que soit leur profession, pour faire en sorte qu'on puisse donner des services adaptés aux gens qui sont le plus dans le besoin [...] et développer, dans ce programme-là, une approche qu'on puisse évaluer, qu'on puisse mesurer pour bien s'assurer que c'est le type d'approche qui pourrait être la plus efficace auprès des gens qui ont les plus grands besoins. (CLSC, T1)

Elle vise plus spécifiquement trois objectifs essentiels : « Un : bien sûr, les petits poids [à la naissance] ; deux : au niveau de la capacité qu'ont les gens d'intégrer un enfant qui arrive dans un milieu [...] ; trois : que les gens fassent des apprentissages là-dedans qui leur serviront tout au long de leur vie dans l'éducation des enfants. » (CLSC, T1)

Ce dernier objectif devient le plus important par les effets à long terme qu'il peut engager :

Il faut avoir une approche éducative qui va permettre aux gens de découvrir comment ils peuvent résoudre cette difficulté-là. [...] Instrumentons les gens pour qu'ils s'habilitent à résoudre les problèmes qui les concernent [...] Le lait, les oeufs, le jus d'orange, pour moi, c'est accessoire. (CLSC, T1)

Les stratégies de réaction au programme sont là aussi des plus positives. La direction générale est bien au fait des difficultés vécues sur le terrain et appuie en tout temps la direction d'équipe : la réciprocité est très élevée entre ces deux directions et les stratégies de réaction au programme intégré sont très clairement définies en fonction de la stratégie fondamentale : intégrer ce programme dans la mission du CLSC. La direction générale envisage même d'en faire un prototype pour l'ensemble des programmes du CLSC.

5.5.2 LE CLSC B

Pour le CLSC B, la stratégie fondamentale de la direction générale est d'augmenter la cohésion entre les activités des différents services tout en favorisant une meilleure intégration de ces services à l'intérieur du CLSC. Elle perçoit son travail comme celui d'un chef d'orchestre qui dirige un groupe de professionnels compétents vers des objectifs définis par toutes les composantes du CLSC. Elle cherche donc à obtenir un ensemble cohérent au sein de tous les services du CLSC.

Pour cette direction générale, le programme intégré devient une occasion de mettre sur pied une intervention dans les meilleures conditions d'évaluation possibles : « Au fond, personnellement, je suis juste contente de ce programme-là parce que c'est une bonne occasion, tout à fait pertinente et stratégique, d'expérimenter - de façon très claire et dans un modèle expérimental aussi - d'évaluer, de contrôler les choix d'établissements qu'on a faits. » (CLSC, T2)

L'adhésion au programme par cette direction ne fait aucun doute. Le programme cible une clientèle démunie que le CLSC cherche à rejoindre. De plus, elle répond à sa stratégie fondamentale, c'est-à-dire de mieux intégrer les différents services donnés par le CLSC tout en réduisant le morcellement des interventions. Le programme s'inscrit donc pleinement dans les orientations retenues par l'établissement :

Je pense que l'établissement adhère aux mêmes objectifs initiaux que ceux du programme intégré. Ça s'inscrit dans nos orientations, à savoir qu'on a des clientèles à privilégier ou à prioriser, particulièrement au niveau de la famille : les jeunes familles, les familles plus démunies, plus démunies socialement ou démunies socio-sanitairement. Et, dans ce sens-là, je pense que le programme offre un attrait, au point de départ, aux clientèles qui sont ciblées [...] L'autre volet, c'est effectivement le volet intégré du programme auquel on adhère. C'est un reproche qu'on a toujours fait, à savoir que les services apportés à des familles en besoin étaient morcelés, avec une multiplication d'intervenantes, ce qui faisait que, pour certains milieux, sur le plan social, ça posait un certain nom-

bre de problèmes d'uniformité, d'accessibilité. Alors, le programme intégré offre toutes ces caractéristiques-là. (CLSC, T2)

Elle estime cependant que le programme intégré devra proposer une intervention postnatale pour être vraiment efficace et global. Selon elle, l'intervention auprès de cette clientèle ne peut être complète et globale si elle s'arrête au moment de l'accouchement :

Quant à moi, les soins intégrés, c'est pas juste pré. C'est pas parce que tu intervies avant, puis que l'objectif c'est d'avoir un enfant avec un poids normal, que le problème est résolu. Il y a tout ce qui suit après. [...] Qu'est-ce qui se passe après ? Moi, je trouve ça tout aussi important. Tu as franchi une étape, tu as gagné, tu as atteint ton objectif à la première période, mais la deuxième période n'est pas passée encore ! Puis, quant à moi, il faut que tu continues. Tu ne changes pas en neuf mois de services plus intensifs une culture de milieu, uniquement parce que tu as fait un programme intégré. Moi, je ne crois pas à ça. (CLSC, T3)

Elle est toutefois mal à l'aise avec le fait que le programme cible une clientèle très restreinte. Elle reconnaît cependant que les exigences de la recherche nécessitent l'établissement de critères très précis pour éliminer le plus possible les variations attribuables à d'autres facteurs non contrôlés : « La clientèle qui est sélectionnée, c'est restreint, c'est pas énorme. On aimerait, nous, pouvoir en intégrer davantage. [...] Dans le fond, on est obligé un peu de se retenir. D'abord pour une question de ressources, mais aussi en fonction du cadre de recherche. (CLSC, T2)

Les stratégies de réaction de cette direction quant à la mise en œuvre du programme sont des plus positives. Elle veut que le programme aille plus loin : rejoindre les clientèles au postnatal et favoriser une prise en charge par les populations elles-mêmes. Cependant, cette direction ignore pratiquement tout des difficultés vécues par les intervenantes dans la mise en œuvre :

Direction générale : Habituellement, quand tu implantes un programme, tu entends toujours parler des résistances à tel changement, que ce soit un changement de nature sur le plan de la pratique professionnelle, que ce soit un changement dans les exigences, dans les disponibilités... Or, fort étonnamment, je n'entends absolument rien de ce type-là : "Le programme intégré, c'est exigeant..." ou "Ah, le programme intégré nécessite ça..." Je n'ai eu absolument aucun vent de quelque contrainte par rapport au programme intégré. C'est ça qui me fait dire que c'est quelque chose qui est acquis.

Question : Ce serait déjà acquis ?

Direction générale : Ça m'apparaît déjà acquis, mais encore une fois, de loin. Même dans les rapports d'activités qu'on voit, dans les suivis de dossiers que je peux faire avec la *coordonnatrice*, dans le rapport qui a été fait en fin d'année au Conseil d'administration, rien n'est soulevé en relation avec le programme intégré.

Question : Donc, ç'a n'a pas créé un problème ?

Direction générale : Absolument pas ! (CLSC, T2)

Ceci montre à quel point les stratégies de réaction de la direction d'équipe sont efficaces : la direction générale ignore les difficultés reliées à certaines caractéristiques du programme car la direction d'équipe espère surmonter seule les difficultés pour mieux favoriser la mise en oeuvre du programme par des intervenantes réticentes. Pour les intervenantes, le programme intégré « C'est le programme du grand boss. » (CLSC, T3)

5.5.3 LE CLSC C

Dans le CLSC C, les problèmes de financement, tels que perçus par la direction générale, sont au centre de sa stratégie fondamentale. Celle-ci cherche à établir un équilibre entre les ressources financières dont elle dispose et la demande de services, et ce, en augmentant la qualité et l'efficacité des services rendus :

On a des ressources finies et des besoins généralement – je ne dirais pas qu'ils sont infinis, mais, ma foi – qui sont en croissance. On a donc à se préoccuper de la façon dont on peut investir les ressources qu'on a de la façon la plus efficace et efficiente pour atteindre le maximum de résultats de santé, par rapport à la population qu'on est mandaté de desservir. (CLSC, T1).

Elle endosse les objectifs du programme intégré. Elle y voit surtout l'importance et la pertinence d'intervenir dans les premières années de la vie :

Au nombre des clientèles à risque, en tout cas, s'il en est une qu'on arrive à cerner et auprès de laquelle on arrive à intervenir tôt, c'est bien elle. D'une certaine façon, c'est comme un idéal d'intervention, ce programme intégré, parce que ça vise vraiment une clientèle à risque, et on pense que ça fait véritablement une différence. C'est pas juste une intervention que d'autres partenaires auraient pu avoir ou qui aurait pu se faire autrement et en même temps. C'est une intervention très précoce. Alors, c'est très intéressant. (CLSC, T3).

Dans un contexte où elle estime ne pas avoir les ressources budgétaires pour financer le programme intégré, elle compte sur un financement spécifique du MSSS pour réussir à implanter définitivement le programme. Elle estime de plus qu'il est essentiel que le CLSC puisse être certain de l'efficacité des programmes pour continuer à les dispenser. Elle se propose donc d'évaluer les différents services et de redistribuer les ressources en conséquence. Au temps 2, elle confirmera cette idée plus spécifiquement au sujet du programme intégré. La nécessité d'évaluer la pertinence et l'efficacité du programme intégré est primordiale dans la perspective de continuer la démarche entreprise: « Une fois qu'il a été expérimenté, qu'il a été testé, il y a des conclusions. Le projet, on ne l'abandonne pas s'il a été positif ou, si on le reconnaît comme tel, on va essayer de lui trouver des moyens. » (CLSC, T2).

Ses stratégies de réaction à la mise en oeuvre du programme sont très positives. Elle s'impliquera pour trouver du financement afin d'assurer l'étape de la mise en oeuvre, entre autres en déplaçant des ressources vers l'équipe du programme. Même si elle ne peut financer les suppléments alimentaires, aucune

somme n'ayant été prévue à cette fin dans la planification budgétaire antérieure à son arrivée à ce poste, elle garantira à l'équipe le financement nécessaire si les tentatives de financement par la communauté échouent complètement ou partiellement.

À la fin de la période allouée pour la collecte des données, elle prendra la décision de suspendre le programme, faute de financement adéquat. La direction espère que le DSC trouvera un financement spécial et s'engage à offrir tout son appui pour obtenir ces fonds. Il est clair toutefois qu'à défaut d'un tel financement, le programme ne pourra être maintenu dans ce CLSC même s'il a été mis en oeuvre.

5.5.4 LE CLSC D

Au CLSC D, la directrice générale est la première à occuper ce poste. Dans la perspective d'un manque flagrant de ressources, elle a décidé de suivre les orientations du Rapport Brunet pour cibler l'intervention auprès des clientèles les plus démunies. Sa stratégie fondamentale consiste donc à maintenir une ligne directrice d'intervention qui cible, par importance, les clientèles les plus démunies. Elle estime que le CLSC, à cause de son manque de ressources, ne peut pas chercher à intervenir partout, mais qu'il doit choisir les champs d'intervention.

Face aux commentaires de plusieurs intervenantes qui croient qu'elle met en doute les suppléments alimentaires, la directrice générale apporte dans les entrevues des nuances importantes. En fait, elle estime que les intervenantes ne doivent pas compter uniquement sur les suppléments alimentaires pour intervenir efficacement auprès de ces femmes et éliminer le risque de donner naissance à un enfant de poids insuffisant : « Il ne faut pas dissocier le support alimentaire et le support santé sociale. » (CLSC, T1) Selon elle, les suppléments ne sont pas si essentiels et ils doivent surtout être utilisés dans une optique plus large auprès des femmes :

J'ai de la misère avec OLO parce que bien souvent ces femmes-là fument beaucoup, prennent sans doute de l'alcool, sans doute de la coke. [...] Qu'est-ce que les oeufs, le lait et les oranges peuvent venir changer dans les conditions de [vie de] ces gens-là ? Je trouve qu'on fait comme le Ministère [de l'Éducation] qui donne des collations [dans les écoles]. [...] Puis en plus, je suis à peu près certaine qu'elles doivent partager avec leurs enfants et leur conjoint. [...] Par contre, où je suis d'accord, c'est que c'est une bonne façon de les rejoindre. [...] Si c'est ça qui nous permet justement d'aller les chercher dans les problèmes qu'elles vivent, de donner du support, de faire de l'éducation, de faire de la prévention, de faire du dépistage puis d'en faire plus, puis de permettre que pas juste la grossesse, mais que la naissance de l'enfant puis que tout se déroule mieux, l'entrée dans la vie de cet enfant-là se déroule mieux, je pense que là OLO prend un sens. Mais je ne comprend pas que cela ait été dissocié, ces affaires-là.» (CLSC, T1)

Elle s'inquiète de l'image que le CLSC pourrait créer auprès de la population à cause des suppléments alimentaires. Elle ne voudrait pas que son établissement soit associé à un organisme de dépannage alimentaire, sa mission étant différente : « Je ne veux pas qu'on se mette à identifier le CLSC comme un distributeur de billets d'autobus puis de nourriture. On est là pour les services sociaux. » (CLSC, T1)

C'est en fait son ouverture aux clientèles à risque, l'adhésion au rapport Brunet en étant une preuve, qui pousse la directrice générale à s'impliquer dans la mise en oeuvre du programme intégré. Elle ne sait pas si c'est la réponse idéale pour ces femmes-là, elle compte sur la recherche et le DSC pour répondre à cette question. Elle estime toutefois que c'est un programme important pour le CLSC : « C'est l'ouverture, puis [la volonté de] développer des aptitudes à travailler en milieu de pauvreté, [...] développer les compétences des intervenantes à intervenir en milieu de pauvreté. » (CLSC, T1) Ces attentes sont fondamentalement légitimées par le problème principal du CLSC selon sa propre perception : la grande difficulté des équipes à rejoindre les clientèles les plus à risque. Le programme intégré devient donc un excellent outil pour le CLSC afin de développer les habiletés à rejoindre les plus démunies du territoire. Elle réagira donc très positivement à la mise en oeuvre du programme, se montrant tout à fait informée des moindres développements en cours. Elle soutiendra l'équipe auprès du conseil d'administration et se montrera favorable à toute activité pouvant faciliter le recrutement des dix femmes prévues pour la mise en oeuvre.

5.5.5 LES DIRECTIONS GÉNÉRALES, EN BREF

L'adhésion au programme ne fait aucun doute en ce qui concerne les quatre directions générales impliquées dans sa mise en oeuvre. Les caractéristiques fondamentales du programme sont en conformité avec leurs stratégies fondamentales : il se situe tout à fait dans les orientations que veulent donner les directions générales à la mission de leur CLSC. De ce fait, la mise en oeuvre du programme s'inscrit au coeur même des difficultés rencontrées pour opérationnaliser cette mission. On peut donc constater qu'il ne suffit pas de vouloir implanter un programme tout à fait conforme et même central à la mission d'une institution, car cette implantation est nécessairement traversée par les enjeux qui se retrouvent au coeur des activités d'opérationnalisation d'une mission. Ces enjeux renvoient constamment à des stratégies qui peuvent s'opposer (comme dans les CLSC A, B et C) ou être complémentaires (CLSC D).

5.6 SYNTHÈSE ET VALIDATION DES ANALYSES POUR CHAQUE CLSC

L'utilisation, telle que prévue dans la méthode de recherche (voir chapitre 2), d'une actrice hors-programme dans chaque CLSC, actrice choisie à la fin des entrevues du temps 1 en fonction des enjeux qui apparaissent les plus importants à la suite d'une première analyse des données recueillies, permet d'apporter une validation de l'ensemble des analyses de la mise en œuvre du programme pour chaque CLSC.

Dans le **CLSC A**, la direction générale saisit l'occasion de la mise en œuvre du programme pour formaliser la mission du CLSC qui va dans le même sens que le programme : ce dernier ne peut répondre qu'aux seules orientations des intervenantes, il doit aussi s'insérer dans la mission officielle du CLSC et donc relever de modes de décision formels quant aux orientations: conseil d'administration, direction et équipes doivent s'entendre sur une même mission et sur des moyens pour la réaliser. L'actrice hors-programme du CLSC est consciente de cet enjeu autour de la définition des orientations du CLSC :

Mon impression présentement, c'est qu'il se vit des conflits entre l'administration et les intervenantes. Ça prend pas mal de place. Ce qui n'enlève pas d'ailleurs, je pense, quand même, le souci de plusieurs intervenantes de travailler en collaboration. Je pense que c'est le souci de certains, mais il est comme freiné à la fois par ces conflits verticaux et peut-être de façon horizontale aussi entre certaines équipes, qui ont dû s'accrocher un petit peu à des acquis, ou des habitudes, et qui ont de la difficulté à mettre ça sur la table. (CLSC, T3)

Dans le **CLSC B**, le programme vient confirmer la nouvelle orientation mais il semble limitatif : ses objectifs apparaissent insuffisants comparés aux décisions du CLSC qui voudrait intervenir auprès de toutes les femmes pauvres, tant scolarisées qu'immi-grantes, de même qu'en période postnatale. Pour la direction générale de ce CLSC, le programme est vu comme une occasion d'évaluer les orientations prises pour aller encore plus loin. Par contre, pour plusieurs intervenantes, ce programme est menaçant car il requiert trop d'énergies et de ressources et pourrait éventuellement confiner les interventions aux seules clientèles à haut risque, trop lourdes, enlevant du coup les gratifications nécessaires aux motivations personnelles et professionnelles. Devant les caractéristiques du programme considérées comme trop exigeantes, plusieurs intervenantes se rabattent sur le projet OLO qui est plus souple. L'actrice hors-programme partage la vision de la direction générale pour amener une plus grande cohérence entre les programmes tout en ouvrant davantage chaque programme à une cohérence envers la clientèle :

C'est développer, avec les autres programmes, une vision qui fait en sorte qu'on ne sépare pas, qu'on n'isole pas l'adulte à l'extérieur de ses rôles. Et c'est comme si on écartelait les gens dans différents programmes au lieu de prendre en considération, à l'intérieur de chacun des programmes, les dimensions autres que ce pourquoi le programme est spécifique. [...] C'est important d'établir un lien de confiance, etc. Si on était convaincu de ça et convaincu de l'intervention du CLSC, on s'organiserait pour que du premier vaccin jusqu'au dernier, deux ans plus tard, ce soit la même infirmière qui soit en contact avec la femme. (CLSC, T1)

Cependant, cette actrice hors-programme, choisie justement parce qu'elle coordonne un autre service du CLSC et fait ainsi partie de la régie, n'a jamais entendu parler des difficultés rencontrées entre les intervenantes et la direction du CLSC dans la mise en oeuvre du programme : « Je ne sais pas. C'est surtout l'équipe chargée de la mise en oeuvre qui est dans cette problématique-là. On n'en a pas réellement entendu parler. Moi, j'en ai entendu parler parce que tu es venue m'interviewer. Si tu n'étais pas venue m'interviewer, ce n'est pas sûr que je le saurais. (CLSC, T3) Elle partage la confusion générale entre le projet OLO et le programme intégré : « J'ai l'impression que le programme OLO c'est un exemple de programme intégré. C'est le programme intégré dans l'est de Montréal, ici au CLSC... En tout cas, j'ai toujours pensé que le programme OLO c'était un programme intégré. Je peux peut-être me tromper. » (CLSC, T3). Ceci confirme l'absence de communication entre les intervenantes et la direction générale ainsi que les confusions créées par l'existence de deux programmes apparentés.

Dans le **CLSC C**, la mise en oeuvre du programme remet en cause de manière fondamentale les manières d'envisager l'opérationnalisation de la mission : la dispensation de services courants, entre autres médicaux, a toujours été considérée comme le point central de la mission. Or les ressources ne sont pas considérées comme suffisantes pour répondre aux besoins existants dans ce domaine. Pour plusieurs actrices du CLSC, les services préventifs sont traités en parent pauvre et doivent s'incliner devant la « prépondérance médicale » des services courants. Le programme intégré est alors accueilli, par la direction d'équipe et la plupart des intervenantes, comme un pas important vers le développement de nouvelles approches préventives nécessaires pour la pleine réalisation de la mission du CLSC. Cependant, pour la direction générale, il n'est pas question de revoir l'allocation actuelle de l'ensemble des ressources car celles-ci sont toutes nécessaires pour accomplir la mission. Les stratégies viseront donc à réaménager les ressources déjà allouées aux activités préventives pour assurer un minimum de chances à la mise en oeuvre du programme en espérant qu'une subvention spéciale vienne permettre le maintien et le développement de ce nouveau programme. La mise en oeuvre se révèle donc un enjeu pour la plupart des intervenantes qui veulent une redéfinition de la mission en faveur de la prévention plutôt que des services courants, surtout médicaux, ce qui nécessiterait une réallocation des ressources. Cependant, la médecin responsable des services médicaux, choisie comme actrice hors-programme dans le CLSC justement en fonction de cet enjeu, ne l'entend pas ainsi. Sa stratégie fondamentale est en effet d'augmenter la productivité médicale du CLSC. En tenant compte du nombre de services médicaux rendus quotidiennement par le CLSC et du fait que le programme ne vise à rejoindre que dix femmes dans sa phase d'implantation, elle considère que le programme intégré ne représente qu'une infime partie de la masse totale de services donnés par le CLSC :

Notre rôle premier, c'est de faire de la médecine, et cela c'est assez clair. La structure ici, c'est une structure pour offrir de la médecine de soins, en grosse partie de soins courants. Il faut qu'il y ait de l'efficacité. Notre essence, c'est une essence de services. S'il n'y en avait pas, donc, on n'aurait pas de services et je n'aurais pas de raison d'être. Dix patientes, on va pas faire couler la galère ! Dix patientes, c'est pas beaucoup ! On a 250 personnes qui entrent ici chaque jour. (CLSC, T1).

Selon elle, la mission d'un médecin en CLSC est de faire de la médecine. Si le programme intégré ne concerne pas spécifiquement des services médicaux, il ne peut donc être une priorité : « On a une clientèle à faire. Puis, dans ma tête, si tu veux des médecins en CLSC, il faut qu'ils fassent de la médecine. » (CLSC, T1) En fait, elle est d'avis que le rôle de tous les médecins qui travaillent en CLSC devrait être de pratiquer la médecine, et non de travailler à des projets spécifiques :

S'asseoir à faire toutes sortes de projets en fonction des propensions politiques et philosophiques des administrateurs, ça n'a pas de sens. On est une *business*, on est un secteur qui donne un service. Un médecin doit faire de la médecine. Un médecin qui fait des programmes à longueur de journée, sans voir un client, moi, j'ai de la misère à concevoir ça. Il est payé pour faire de la médecine, il n'en fait pas. (CLSC, T3)

Pour ce médecin, l'importance du programme intégré doit être replacée dans son contexte, premièrement, par rapport à l'ensemble des services rendus par le CLSC et, deuxièmement, par rapport à la transformation de la clientèle du quartier. Selon elle, la croissance démographique du quartier n'est qu'un phénomène passager. Dans l'avenir, ce ne sera plus l'équipe de périnatalité qui aura une surcharge de travail mais les autres équipes, les problèmes de périnatalité se déplaçant vers l'enfance et l'adolescence : « Maintenant, on est pas mal dans le maximum. Dans un à cinq ans, ça va se remettre à baisser. Au lieu d'avoir des problèmes de périnatalité, on va avoir des problèmes d'adolescence. » (CLSC, T1) À ce titre, l'investissement dans le programme intégré est précaire, il perdra de sa pertinence d'ici quelques années. Finalement, le fait qu'il s'agisse d'un projet-pilote l'empêcherait – si elle faisait des suivis de grossesse – de référer des femmes pour le programme. Elle ne voudrait pas créer des attentes chez les femmes et voir le projet tomber à l'eau. Ce médecin endosse toutefois les principes fondamentaux du programme intégré. Elle estime que le projet peut permettre aux individus d'augmenter leur capacité de se prendre en main et voit la pertinence d'une intervention préventive précoce. Elle perçoit aussi les effets favorables de ce genre d'intervention sur le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle croit de plus que le programme ne doit pas viser strictement la distribution de suppléments alimentaires. L'intervention doit être plus complète pour réussir à éliminer le problème des naissances de bébés de faible poids.

En somme, cet actrice hors-programme confirme l'enjeu que soulève la mise en oeuvre du programme : le CLSC devrait développer les services médicaux, insuffisants actuellement, et ne pas se lancer dans des programmes qui, même s'ils répondent à des objectifs louables, peuvent empêcher la pleine réalisation de la mission première du CLSC. Étant donné l'importance de cet actrice dans le CLSC, on peut constater que le programme a pu être mis en oeuvre parce que ses objectifs étaient centraux pour les stratégies fondamentales des actrices impliquées, soit les intervenantes, la direction d'équipe et la direction générale, les deux premières catégories d'actrices souhaitant une réallocation des ressources des services médicaux courants vers la prévention et la direction générale privilégiant une réallocation des ressources à même les activités préventives pour ne pas compromettre les services courants déjà en place.

Dans le cas du **CLSC D**, le programme arrive à un moment idéal car il offre des moyens inédits, appuyés par une expertise du DSC et une concertation inter-établissements, pour actualiser la mission qui est de répondre aux besoins des populations les plus en difficulté : sa mise en oeuvre constitue un enjeu car un échec re-

mettrait en question les orientations choisies. La direction générale soutient donc complètement la direction d'équipe et les intervenantes afin d'obtenir des résultats optimaux : les ressources sont accordées malgré une grande pénurie, la formation est assurée sans difficulté et une alliance de toutes les composantes va de soi face aux décideurs externes au CLSC. Ceci est confirmé par l'actrice hors-programme du CLSC choisie selon le devis de recherche. Il s'agit d'une nouvelle intervenante qui n'a pas encore de poste permanent. Sa stratégie fondamentale consiste à se positionner à long terme à l'intérieur du CLSC et de l'équipe chargée de mettre en oeuvre le programme intégré comme une intervenante visionnaire et impliquée auprès de la communauté. Elle partage entièrement les objectifs du programme et espère que, à la suite de l'évaluation de la phase de mise en oeuvre, le CLSC continuera de s'impliquer dans le programme tout en ouvrant les critères de sélection pour qu'une plus grande partie de la clientèle y ait accès. Les demandes augmentant, elle pourrait ainsi participer au travail de l'équipe du programme intégré : « Si on a une plus grande demande, bien je vais peut-être être appelée à travailler à faire plus d'interventions. » (CLSC, T2)

Il est ainsi frappant de voir comment les caractéristiques fondamentales du programme sont centrales par rapport aux visions stratégiques de toutes les actrices importantes impliquées dans les CLSC. Ces caractéristiques se situent au coeur des orientations de chaque CLSC et c'est pourquoi la mise en oeuvre de ce programme provoque parfois des affrontements puissants. Si on considère sa complexité, les changements profonds qu'il implique pour les interventions, il est clair que, sans une forte adhésion des actrices qui exercent des contrôles importants dans les CLSC, sa mise en oeuvre aurait été plus qu'aléatoire.

Cependant, l'analyse montre que la mise en oeuvre du programme par les CLSC est loin d'être aussi achevée que ce qui était souhaité au départ. Le programme a été effectivement mis en oeuvre avec des femmes rencontrant les critères établis. Elles se montrent toutes satisfaites, au-delà de ce que les CLSC pouvaient espérer, ce qui est confirmé par le fait qu'aucune n'ait abandonné le programme en cours de route et même qu'aucune n'ait refusé l'entrevue en profondeur. Mais plusieurs objectifs considérés comme essentiels n'ont pas été entièrement atteints. Il en est ainsi de l'utilisation de l'interdisciplinarité, de l'implantation du programme dans l'ensemble du CLSC et du partenariat avec les ressources communautaires des territoires de CLSC. Il semble que c'était beaucoup demander pour la période d'observation prévue par le protocole de recherche. En effet, la mise en oeuvre d'un tel programme, du moins dans les quatre CLSC étudiés, impliquait d'énormes transformations à tous les niveaux : tant les pratiques intraprofessionnelles et interprofessionnelles que les pratiques de gestion devaient se transformer en fonction d'objectifs multiples et complexes. Pour ce qui est de l'interdisciplinarité, on a pu voir qu'il s'agit d'un processus nécessitant des changements majeurs qui sollicitent des stratégies tant personnelles, professionnelles qu'organisationnelles.

Quant à l'implantation du programme dans les activités d'ensemble des CLSC et au partenariat avec les ressources communautaires, les stratégies fondamentales des actrices se sont cristallisées autour de la mise en oeuvre du programme par les équipes d'intervention. Le fait qu'aucune des actrices impliquées dans les CLSC n'ait fait appel à d'autres instances internes que les équipes mandatées ou aux ressources externes, comme pourraient l'être les organismes de la communauté, pourrait être révélateur d'une mise en oeuvre des services conçue uniquement comme une responsabilité des

seuls professionnelles mandatées. C'est là sans nul doute un constat de la forte institutionnalisation en cours dans les CLSC, du moins durant la recherche.

5.7 LE DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE COMME ACTEUR DANS LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Tableau 5.1f
Le Département de santé communautaire

<i>Stratégies fondamentales</i>	<i>Adhésion au programme</i>	<i>Stratégies de réaction</i>
S'associer en partenariat avec les CLSC pour développer une intervention plus adaptée en milieu très défavorisé, l'évaluer et éventuellement la déployer ; imprimer une direction claire de santé publique vers le contenu plutôt que d'en assurer la seule gestion.	Totale, car c'est un programme souhaité depuis longtemps dont le DSC est l'initiateur.	Obtenir un financement permettant d'évaluer les effets du programme tout en renforçant le partenariat avec les CLSC ; renforcer les liens dans les territoires avec les ressources autres que les CLSC ; articuler les approches sociales et de santé, notamment à travers les outils et les formations.

Le Département de santé communautaire constitue un acteur des plus importants puisqu'il est l'initiateur du programme intégré. La directrice du DSC et la coordonnatrice du programme sont toutes deux très impliquées et depuis longtemps dans le champ de l'intervention en milieu défavorisé. En fait, ce programme est un projet personnel de la nouvelle directrice du DSC, qui en a construit toutes les dimensions au cours des années précédentes par des études épidémiologiques, des recherches sur les facteurs de réussite tant à l'échelle nationale qu'internationale ainsi qu'une recherche qualitative, en cours lors de l'étude de mise en œuvre, sur les besoins de la clientèle. De plus, elle a participé à la définition des politiques de santé en pilotant des avis gouvernementaux au sein desquels on recommande l'expérimentation de tels programmes (Colin et Desrosiers, 1989). Pour elle, la mise en œuvre de ce programme fait partie de la mission des DSC et doit être menée en partenariat avec les CLSC :

Les DSC ont un rôle, d'être parfois initiateurs ou, en tout cas, effectivement promoteurs, de certains types d'intervention qui, on le sait bien, seront réalisés en CLSC. Et le DSC doit donc s'associer en partenariat pour promouvoir, à la lumière des connaissances puis des nouveaux développements et des recherches, de nouvelles façons d'intervenir. Le DSC, en plus de ce rôle de promotion, doit jouer un rôle au niveau de la formation des intervenants. [...] Essayer de

développer des interventions plus adaptées, novatrices, ou en tout cas plus efficaces, et y travailler avec le terrain, les implanter et les évaluer. (DSC, T1)

À son arrivée au DSC, le contexte, tant au DSC que dans le milieu des CLSC, lui apparaît favorable à l'implantation d'un programme intégré en périnatalité. En effet, elle estime que les conditions propices pour en faire un projet du département sont présentes :

Au DSC, il y avait déjà un engagement sous-jacent pour un certain nombre de points qui, moi, m'étaient chers : les inégalités de santé, la promotion de la santé, etc. Mais le momentum était favorable. [D'une part] il y avait une vision affirmée de la direction sur les inégalités : travailler au niveau de l'impact de la pauvreté sur la santé, pour moi, ça fait des années que ça m'est très prioritaire. [D'autre part,] il y avait des professionnels dans le DSC qui étaient aussi porteurs de ça - c'est très important - et qui aussi, au fond, avaient commencé une réflexion qui a pu se concrétiser. Ça s'est concrétisé par le biais d'allocation de ressources professionnelles et financières pour monter les projets et puis [...] tenter des projets novateurs. (DSC, T1)

De même, il est très clair pour elle que le programme a des chances d'être mis en oeuvre dans l'est de Montréal parce que les CLSC, particulièrement leurs directions, sont bien impliqués :

Il y a une bonne adhésion. Les gens ont *acheté* le programme et ont fait des efforts institutionnels autant que personnels, comme nous, on en a fait : dégager des sommes, pour la formation et tout ça. Pour moi, c'est important qu'eux aussi investissent, qu'ils s'engagent et qu'ils ne fassent pas seulement dire aux professionnels: "Allez-y !", mais que les directions soient impliquées. Ça, c'est un élément fondamental. (DSC, T1)

Dans ces conditions, la directrice du DSC actualise une stratégie fondamentale à double volet. D'une part, elle fait la promotion d'un programme novateur qui pourrait s'étendre à l'ensemble du réseau de santé et de services sociaux et imprimerait une direction claire de la santé publique sur le plan du contenu (ici la lutte aux inégalités sociales de santé) plutôt que de la simple gestion. Cette stratégie de promotion s'accompagne d'efforts pour obtenir le financement nécessaire à la réalisation de ce projet : « On [le Québec] a mis 7 millions en 5 ans sur la néonatalogie ; je ne peux pas croire qu'on ne pourrait pas aller chercher un demi-million pour un projet comme cela. J'ai mis beaucoup d'énergie là-dedans et c'est mon rôle, je pense, d'aller chercher de l'argent. » (DSC, T1).

D'autre part, elle souhaite d'abord implanter ce programme dans des territoires précis en impliquant au maximum les intervenantes et gestionnaires de ces territoires comme partenaires. Dans cette perspective, la plupart des étapes de planification du programme ont été réalisées avec une table de coordonnatrices des CLSC et des rencontres tant avec les directions générales que des intervenantes.

Du côté de la nouvelle coordonnatrice du programme au DSC, qui a contribué à la création d'un programme OLO dans un CLSC à l'extérieur de Montréal avant de se joindre au DSC, ses préoccupations sont davantage liées à l'articulation des approches sociales et de santé. Si elle pense que « le programme va bien [...] ils se posent des

bonnes questions» (DSC, T2), elle craint que le programme soit trop limité à des objectifs de santé physique :

Présentement, comme l'ensemble des intervenantes sont des infirmières, j'ai l'impression qu'au niveau du programme intégré, sans qu'on s'en rende compte, l'aspect *nursing* a pris une bonne importance. Compte tenu des intervenantes qu'il y avait là, c'est normal. Le problème que je vois, c'est une tendance à reprendre l'aspect *nursing* en laissant de côté le social. Ce qu'on [les infirmières chefs d'équipe] me reflétait comme image, c'était: "Ça va bien, dans le fond, l'information passe bien déjà." [On en restait] donc au niveau de l'information qui passe bien, au niveau de la grossesse, au niveau de la préparation à l'accouchement. Puis je leur demandais : "Avez-vous des situations plus difficiles ?" "Moi, j'espérais qu'on me parle davantage de situations de santé, mais aussi de social... Ça ne sortait pas. (DSC, T2)

En fait, pour la coordonnatrice, qui a une formation psychosociale et communautaire, la mise en oeuvre du programme remet en question l'ensemble des approches traditionnelles dans le domaine de la périnatalité :

Historiquement, la périnatalité est un domaine *nursing*, d'infirmières, où le travail social ne se faisait à peu près pas, sinon en situation par exemple de protection de la jeunesse. Donc, c'est une nouvelle mentalité à développer. C'est quoi du travail social ? Comment tu crées le social avec le *nursing* ? Comment tu crées le communautaire ? Comment ça se fait qu'il n'y a pas davantage d'intervenantes communautaires dans les équipes, alors qu'il y a un *maudit paquet* de problèmes qui vont sortir ? La question du logement, [par exemple, ou] n'importe quel besoin va sortir de là. Puis ce serait quand même intéressant que l'intervenante communautaire aille regarder comment ça va s'articuler dans la communauté. Qu'est-ce qui peut être développé ? C'est tout ça une approche de communauté. C'est à la fois une intervention individuelle mais non individualisante ; créer des solidarités, développer du soutien. Il y a beaucoup de défis là, c'est pour ça que ce n'est pas un domaine sans difficultés. Non ! Il y a beaucoup de choses à développer. [Prenons] la question des pères : comment aller les rejoindre, comment utiliser le réseau naturel ? Ça on n'y touche pas encore. J'ai l'impression que l'année va être courte, va-t-on être capable de faire tout ça ? Je ne le sais pas. (DSC, T2).

Les stratégies de réaction de la directrice du DSC se situent nettement dans une perspective de consolidation. Au deuxième temps de l'évaluation, elle est surtout préoccupée par les efforts de financement d'un projet pilote provincial pour procéder à une évaluation des effets potentiels du programme tout en le consolidant dans les CLSC déjà partenaires (à Montréal, mais aussi en Abitibi et en Outaouais) et en impliquant éventuellement d'autres CLSC. Les efforts sont intenses et semblent vouloir porter fruit, mais il s'agit d'une action qui demande beaucoup d'énergie et surtout beaucoup plus de temps que prévu. Au troisième temps, la consolidation du partenariat avec les CLSC déjà impliqués se fera via une table de gestion de la subvention accordée par le ministère. Cette subvention vient reconnaître le programme et lui donne le coup de pouce nécessaire pour se développer. Le fait que cette subvention ait été accordée au DSC maintient l'unité de pensée et le cheminement commun en partenariat :

Le fait de mettre sur pied une table de gestion avec les 10 partenaires qui viennent, [...] ça montre qu'on ne veut pas y aller avec des *petites affaires* à droite, à gauche. Tout est transparent, tout est décidé ensemble. Dans un projet comme

ça, je pense que c'est la seule solution, sinon le partenariat n'existe pas. S'il y a une décision qui n'est pas partagée, ça demande plus de travail, mais je pense que les CLSC, de leur côté, voient ça et ils sont intéressés aussi à ce que ça fonctionne. Je pense qu'ils croient au projet. Je pense que ce n'est pas seulement parce qu'il y a de l'argent en dessous de ça. Avant, quand ils se sont engagés, il n'y avait pas *une cenne* là-dedans. Je pense qu'ils croient vraiment à un nouveau type d'intervention qui est important, que c'est un type, effectivement privilégié partout au provincial, au fédéral, avec le Rapport Bouchard, avec la politique de périnatalité. Ils savent bien que ce n'est pas seulement une illumination de quelqu'un quelque part. Puis je pense qu'ils y croient beaucoup aussi, comme personnes. (DSC, T3)

En plus de la recherche de financement, la directrice du DSC travaille, à l'interne, à la consolidation d'une équipe chargée de soutenir la mise en oeuvre du programme tout en veillant à équilibrer les ressources affectées aux différents projets du DSC :

Le développement était équilibré donc, pour ne pas non plus créer d'injustices. Il n'y aurait pas de raisons par rapport à des projets qui sont tout aussi valables, qui me sont moins proches, mais que j'estime certainement autant. Du côté direction, on a essayé quand même de ne pas créer de trop gros privilèges et puis de donner à l'équipe une place au même titre que les autres. Du côté de l'équipe aussi, je pense que les personnes se sont imposées comme des membres. (DSC, T3)

Pour elle, la mise en oeuvre du programme n'est pas terminée car il y a encore beaucoup de développement à faire. Le passage au postnatal prend plus de temps que prévu et devrait permettre de corriger le tir quant au partenariat avec les organismes communautaires. Chose certaine, cette directrice envisage le développement de ce programme à très long terme :

Je suis peut-être un petit peu optimiste à ce niveau-là, pas réaliste, sûrement. Moi, je le vois comme un projet qui devrait réellement influencer toute l'intervention. Pas seulement en prénatal et en postnatal, mais [encore] après, en période préscolaire, en période scolaire, pour les adolescents, etc. Et on devrait déboucher définitivement, s'il va bien, sur toutes sortes d'autres interventions connexes, par exemple pour les jeunes femmes, les adolescentes : elles pourraient être touchées par le projet, des alternatives de développement social, en tout cas. À long terme, c'est ça. On est loin de ça, il ne faut pas se le cacher. (DSC, T3)

Quant à la coordonnatrice du programme au DSC, elle considère que le programme est bien enclenché parce que l'adhésion est très forte : les intervenantes et les directions ne se demandent plus si c'est le bon programme, mais comment l'améliorer. Elle est donc entièrement tournée vers la résolution des questions qui ont émergé au cours de la période de mise en oeuvre. D'après elle, trois aspects auraient dû être mieux planifiés il aurait fallu implanter le prénatal en ayant une meilleure idée du postnatal car on se retrouve avec un vide à combler lorsque les femmes ont accouché. Il aurait aussi fallu concevoir une démarche systématique qui ne soit pas fondée uniquement sur un modèle infirmier : il y a encore bien des réflexions à conduire à ce chapitre. De plus, il aurait fallu accorder un soutien concret aux équipes interdisciplinaires par une participation aux réunions d'équipe de personnes plus expérimentées dans ce domaine.

D'ailleurs, une personne-ressource accordera prochainement un tel type de suivi à toutes les équipes.

Au-delà de ces trois constats, la coordonnatrice considère que le programme est trop limité à des interventions individuelles. La question du travail communautaire demeure quasi entière:

Est-ce que le programme intégré est un programme où l'on cible le milieu ou si c'est un programme où l'on cible les femmes enceintes d'un milieu ? [...] Au niveau des grandes orientations, ça veut dire : est-ce qu'on travaille sur les causes de la pauvreté ? Est-ce qu'on développe des choses qui vont aider à réduire la pauvreté ? Est-ce qu'on répond aux conséquences de la pauvreté ? Je pense qu'il y a un juste milieu qu'il est possible d'atteindre. Oui, c'est important d'une part, de rejoindre ces femmes-là, de faire des choses avec ces femmes-là et ces familles-là, de développer des liens avec elles, tout ça. [Ensuite, on se demande] : comment, avec ces femmes-là, peut-on développer quelque chose ? Aller plus loin que les réponses à un besoin immédiat ? Comment peut-on faire ? C'est toute une approche plus communautaire, plus de milieu. Ça, ça va être intéressant. (DSC, T3)

Finalement, en plus de développer une approche davantage communautaire, la coordonnatrice voudrait aussi accentuer l'approche familiale : « Il y a aussi d'autres choses qui devront être développées à travers tout cela: l'aspect des pères, l'approche plus familiale. » (DSC, T3)

5.7.1 LE DSC, EN BREF

La stratégie à double volet de la direction du Département de santé communautaire s'est avérée relativement efficace. D'une part, la promotion du programme intégré comme un projet novateur pouvant s'étendre à l'ensemble du réseau semble prometteuse à la fin de la période d'observation puisqu'une subvention spéciale du programme comme projet-pilote a été accordée. D'autre part, quant à l'implantation du programme dans des territoires en impliquant au maximum les intervenantes et gestionnaires de ces territoires comme partenaires, seul le partenariat avec les CLSC semble solide. Tant la directrice que la coordonnatrice relèvent que la clé du succès est l'adhésion aux objectifs du programme, ce que confirment les analyses de la présente étude. Cette adhésion est plus fondamentale encore que celle qui était attendue.

Cependant, le partenariat avec les organismes communautaires est pratiquement inexistant. Sur ce plan, la stratégie d'implantation apparaît contestable aux yeux du département : il aurait fallu impliquer à la fois les organismes communautaires et les CLSC comme partenaires dans l'implantation du programme, dès la phase prénatale. Il y a donc révision de la stratégie pour l'implantation du programme dans sa phase postnatale, mais les difficultés rencontrées au cours de la présente mise en œuvre semblent indiquer qu'une stratégie de partenariat DSC-CLSC-organismes communautaires peut présenter des obstacles très difficiles à surmonter.

Le département a aussi constaté que le soutien à accorder aux partenaires était plus exigeant encore que prévu et l'équipe de soutien a dû être augmentée au fur et à mesure. Ce soutien s'est avéré particulièrement déficient pour l'implantation de la multidisciplinarité, moyen d'action important pour le programme mais qui semble exiger des transformations majeures. Par ailleurs, plusieurs outils n'étaient pas au point, telles la grille d'identification et d'analyse continues des besoins et la fiche d'intervention clinique cumulative, ce qui a engendré des problèmes dans tous les sites d'implantation. De même, le choix d'un modèle d'intervention infirmier, à défaut d'un modèle multidisciplinaire, inexistant, a créé des problèmes, même s'il a permis une valorisation appréciable des infirmières, principales intervenantes en périnatalité dans les CLSC. Cette prépondérance des infirmières soulève des questions non résolues quant à l'articulation de la santé et du social : comment conjuguer le côté santé physique chez les infirmières tout en impliquant des intervenantes sociales sans que les professionnelles de ces deux champs ne se sentent menacées ?

5.8 CONCLUSION

Au terme de cette observation de la mise en oeuvre d'un programme novateur et complexe dans quatre CLSC, et comme on peut le constater dans le tableau synthèse 5.2 ci-dessous, on peut en conclure que le programme tel que planifié a pu connaître le succès parce qu'il a reçu l'adhésion des acteurs qui exerçaient des contrôles importants dans sa mise en oeuvre. L'adhésion des partenaires privilégiés du DSC, les CLSC, a été sans faille chez tous les groupes d'importance : direction générale, direction d'équipe et intervenantes. Bien que la mise en oeuvre du programme se soit retrouvée au coeur d'enjeux majeurs dans l'opérationnalisation même de la mission de ces CLSC à un moment crucial de leur développement, soit celui d'un virage vers les clientèles à haut risque, ce qui aurait pu être fatal pour la survie d'un tel programme, l'adhésion a été suffisamment forte pour que le programme puisse être dispensé, dans ses éléments majeurs, auprès des femmes visées.

L'adhésion de ces femmes s'est avérée plus importante que prévu parce que les objectifs associés au programme se sont révélés conformes à leurs stratégies fondamentales. Au-delà des suppléments alimentaires, qui constituait au point de départ la seule caractéristique centrale du programme par rapport à leur stratégie fondamentale de répondre au besoin primaire de manger sans être contrôlées par les institutions, les objectifs de promotion de la santé du programme, à travers une approche de relation de confiance, ni prescriptive ou proscriptive, ont fait que le programme tout entier s'est retrouvé central dans le projet de ces femmes puisqu'il était cohérent avec leurs intérêts particuliers.

Au-delà des analyses liées à chacun des quatre CLSC, force est de reconnaître que cette étude d'implantation révèle des avancées intéressantes quant à la mise en oeuvre de programmes dans des institutions de santé. En effet, il est tout à fait clair que l'on ne peut considérer la mise en oeuvre d'un nouveau programme comme la diffusion d'objectifs et de moyens, aussi bien planifiés soient-ils, par des instances comme un

ministère ou un département-conseil : la mise en oeuvre d'un programme s'inscrit au coeur des enjeux stratégiques toujours existants à l'intérieur d'une organisation qui traduit donc le programme en l'adaptant à la résolution des conflits qu'engendre son arrivée. Qui plus est, la mise en oeuvre de ce programme a montré que la participation à un programme de personnes vivant en grande pauvreté s'inscrit à l'intérieur de rapports politiques fondamentaux avec les institutions sociales et de santé.

Par ailleurs, cette étude permet de constater que les CLSC, comme toute institution, semblent vivre à l'intérieur de contraintes tant internes qu'externes, un processus qui pourrait les couper peu à peu des communautés qui sont à l'origine même de leur création. Il est en effet frappant de voir que la mise en oeuvre d'un programme qui se voulait d'abord et avant tout communautaire se concentre autour d'enjeux purement institutionnels, à l'intérieur des CLSC, et même d'enjeux limités à certains acteurs du CLSC et non à l'ensemble des composantes des CLSC.

Tableau 5.2

Stratégies fondamentales, adhésion et stratégies de réaction des principaux acteurs impliqués dans l'implantation du programme

NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX

Territoire	Stratégies fondamentales	Adhésion au programme *	Stratégies de réaction
Les femmes			
	Répondre à un besoin fondamental de manger sans risquer d'être jugées et de se faire enlever leur(s) enfant(s).	Très forte, parce que le programme est central par rapport à ce besoin fondamental et conforme aux attentes de ne pas être contrôlées.	Exprimer d'autres besoins que celui de manger dès l'établissement d'une relation de confiance et utiliser les principaux éléments du programme pour y répondre.
Les intervenantes des organismes communautaires			
A	Recréer un lien de confiance entre les gens vivant en situation de grande pauvreté et les services sociaux et de santé.	Très forte, car le programme est central par rapport à sa stratégie fondamentale et conforme à ses attentes.	Tenter d'impliquer son organisme dans la mise en œuvre pour y agir comme intervenante privilégiée et référer des femmes de façon informelle puisque le CLSC n'établit pas de partenariat explicite.
B	Obtenir la reconnaissance de son organisme pour assurer sa permanence.	Très forte, car le programme correspond à sa vision de la pauvreté.	Référer des femmes enceintes car le programme est une ressource qu'elle souhaite permanente.
C	Être reconnue comme une actrice importante par le CLSC.	Très forte, car le programme est central et conforme à sa stratégie fondamentale.	Donner quelques services à des femmes, mais sans obtenir le soutien du CLSC et sa reconnaissance.
	Augmenter les relations et la concertation entre les organismes du milieu.	Aucune, car elle n'a pas été informée du programme.	Aucune, car elle n'est pas associée à la mise en œuvre du programme.
D	Contribuer à dépanner les gens vivant en grande pauvreté.	Très forte, mais doute des capacités des intervenantes à établir la relation de confiance nécessaire.	Référer quelques femmes rencontrées lors de demandes de dépannage.

<i>Territoire</i>	<i>Stratégies fondamentales</i>	<i>Adhésion au programme *</i>	<i>Stratégies de réaction</i>
Les intervenantes des CLSC			
A	Maintenir la reconnaissance de l'autonomie des intervenantes dans l'orientation des services à la clientèle.	Totale, car le programme est central puisque les intervenantes y participent depuis les débuts et est conforme aux orientations actuelles des intervenantes.	Faire valoir continuellement leur autonomie tant dans les orientations qu'elles choisissent que dans leur application, en s'engageant très activement dans la mise en œuvre du programme.
B	Travailler avec les clientèles « à risque » sans perdre le contact avec les clientèles « normales ».	Très forte, car le programme est central avec la stratégie fondamentale de rejoindre les clientèles « à risque » mais l'adhésion est mitigée quant à la non-conformité du programme pour conserver les clientèles « normales ».	Essayer de diminuer les exigences du programme, considérées comme trop lourdes et compromettant le maintien des interventions avec les clientèles « normales », en rendant le programme conforme au projet OLO « maison », moins exigeant.
C	Développer une approche préventive à l'encontre de l'approche actuelle du CLSC considérée comme biomédicale.	Totale, car le programme est central et conforme aux stratégies fondamentales.	Utiliser le programme pour essayer de réallouer les ressources de l'ensemble du CLSC vers la prévention plutôt que vers les soins médicaux courants.
D	Prouver que la centration des interventions auprès des clientèles « à risque » est la bonne stratégie de l'équipe et du CLSC même si ce sont des personnes difficilement rejointes par le CLSC.	Très forte, car le programme est central pour rejoindre cette clientèle à risque même si les critères de sélection sont difficilement conformes car ils rendent ce recrutement plus difficile en excluant les femmes nées à l'extérieur du Canada.	Utiliser au maximum le programme pour essayer de rejoindre la clientèle. Faire des efforts pour assouplir les critères de sélection du programme afin d'accroître le recrutement.
Les directions d'équipe			
A	Resituer les décisions du CLSC dans un cadre formel où la direction aurait un plus grand pouvoir et contrôle.	Totale, car le cadre expérimental du programme, en lien avec le DSC est central et conforme aux stratégies fondamentales.	Exercer pleinement son pouvoir de gestion du programme sans provoquer inutilement les intervenantes qui craignent de perdre leur autonomie d'intervention.

Territoire	Stratégies fondamentales	Adhésion au programme *	Stratégies de réaction
B	Favoriser une transformation graduelle des pratiques infirmières.	Très forte, face au programme qui est central et conforme aux transformations des pratiques infirmières mais qui rend le recrutement difficile.	Tenter de concilier la décision de la direction et les difficultés exprimées par les infirmières face à l'opérationnalisation de ces décisions.
C	Faire reconnaître la prévention et les soins à la famille comme priorité du CLSC par rapport aux soins médicaux courants.	Totale, car le programme est central et conforme aux stratégies puisqu'il consolide une approche préventive auprès des familles.	Soutenir directement l'équipe interdisciplinaire et affecter de nouvelles ressources pour la périnatalité dans une approche familiale et préventive.
D	Bien gérer l'intervention des équipes en fonction du virage décidé par le CLSC vers les clientèles à risque.	Totale, car le programme est central et conforme à la stratégie fondamentale du virage vers les clientèles à risque.	Soutenir les intervenantes pour la mise en œuvre du programme en situant bien l'intervention des équipes et en essayant de rendre le CLSC plus accessible aux populations à risque.

Les directions générales

A	Réunir l'ensemble des intervenantes du CLSC derrière une mission définie dans le cadre institutionnel de l'organisme plutôt que par les intervenantes.	Totale, car le programme est idéal pour définir formellement des objectifs dans la mission officielle du CLSC.	Soutien total à la direction d'équipe pour formaliser le programme ; utiliser ce programme comme prototype pour formaliser l'ensemble des programmes du CLSC.
B	Mieux intégrer les différents services du CLSC tout en réduisant le morcellement des interventions.	Totale, car le programme est central et conforme à la stratégie puisqu'il permet l'intégration des services auprès d'une clientèle difficile à rejoindre.	Aller plus loin avec le programme en l'ouvrant à plus de personnes, en le poursuivant en postnatal et en favorisant une prise en charge par les populations elles-mêmes.
C	Établir un équilibre entre les ressources financières dont dispose le CLSC et la demande de services tout en augmentant la qualité et l'efficacité des services rendus.	Totale, car le programme est central et conforme à la stratégie fondamentale de répondre à la demande des plus démunis tout en augmentant la qualité et l'efficacité des services.	Forte implication pour financer le programme tant en répartissant autrement les ressources de la mission préventive du CLSC qu'en soutenant le DSC pour obtenir un financement du Ministère.

<i>Terri- toire</i>	<i>Stratégies fondamentales</i>	<i>Adhésion au programme *</i>	<i>Stratégies de réaction</i>
D	Cibler les ressources très limitées du CLSC vers les clientèles les plus démunies au lieu de les répartir auprès de l'ensemble des populations.	Totale, car le programme est central à la stratégie d'aller vers les plus démunis, mais nuancée car il faut dépasser une approche strictement instrumentale comme celle du programme.	Se tenir très informée et soutenir la direction d'équipe et les intervenantes tant pour le recrutement et le développement de nouvelles habiletés que pour l'appui officiel du conseil d'administration du CLSC.
Le Département de santé communautaire			
	S'associer en partenariat avec les CLSC pour développer une intervention plus adaptée en milieu très défavorisé, l'évaluer et éventuellement la déployer ; imprimer une direction claire de santé publique vers le contenu plutôt que d'en assurer la seule gestion.	Totale, car c'est un programme souhaité depuis longtemps dont le DSC est l'initiateur.	Obtenir un financement permettant d'évaluer les effets du programme tout en renforçant le partenariat avec les CLSC ; renforcer les liens dans les territoires avec les ressources autres que les CLSC ; articuler les approches sociales et de santé, notamment à travers les outils et les formations.

* Selon le degré de centralité et de conformité du programme avec les stratégies fondamentales

Chapitre 6

Discussion

Relativement peu de recherches ont été réalisées sur la mise en oeuvre de programmes et de politiques sociales (Champagne et al., 1991). Ceci vaut aussi pour les programmes intégrés comme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX : en fait, on ne retrouve que quelques études descriptives de l'implantation de programmes voisins, comme le programme OLO (Tétreault, 1994 ; Leduc et Rozefort, 1991 ; Gauthier, 1989) les autres études examinées au chapitre 1 s'étant concentrées sur l'évaluation des effets des programmes sur la santé des mères et des nouveau-nés. Une seule recherche visant à évaluer l'implantation d'un programme semblable à été recensée, soit celle de Lepage et Racine (1993). Cependant, même si le programme reprend l'essentiel des caractéristiques de NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX et que le contexte d'implantation soit comparable avec deux équipes de CLSC, la clientèle visée est loin d'être identique : alors que NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX ne visait que des femmes vivant en situation de pauvreté et n'ayant pas complété leur secondaire V, seulement 40 % des femmes de cette étude n'avaient pas effectivement complété le secondaire V et 72 % présentaient des besoins financiers, matériel et de logement. Il s'agissait donc plutôt d'un programme visant des clientèles présentant des risques prénatals, dont plusieurs vivaient en milieu défavorisé. De plus, cette recherche avait clairement comme objectif de décrire les écarts possibles entre le programme planifié et le programme réellement implanté, sans vouloir expliquer les raisons de ces écarts. C'est pourquoi cette recherche ne peut être utilisée globalement pour la discussion, mais sera très utile pour comparer certains résultats particuliers.

La discussion sera menée en tenant compte du tableau 4.17 sur la robustesse des effets déjà présenté au chapitre 4 et reproduit ici pour faciliter la lecture.

Robustesse des résultats de la mise en œuvre du programme

NAÎTRE ET GRANDIR ÉGAUX

(d'après Champagne et al., 1991)

CHANGEMENT		
	CONSTANT	INCONSTANT
IMPORTANT	Implantation du soutien alimentaire. Relation de confiance de la cliente envers l'intervenante	Niveau de recrutement de la clientèle visée
LIMITÉ	Activités multidisciplinaires Recours aux ressources du milieu Implantation de soutiens spécifiques	Démarche systématique d'intervention

Reprenant l'idée de Tornatzky et Johnson (1982), Champagne et al. (1991) affirment que le succès de l'implantation doit surtout être examiné en relation avec les dimensions du programme qui présentent une robustesse limitée. Ainsi, la discussion, à l'aide du modèle politique et contingent de Denis et Champagne (1990), portera principalement sur les dimensions qui ont atteint un changement limité mais constant dans les quatre cas à l'étude, soit les activités multidisciplinaires, le recours aux ressources du milieu et l'implantation de soutiens spécifiques, incluant le marrainage ; on traitera d'un changement limité et inconstant, soit la démarche systématique d'intervention. Par ailleurs, la discussion s'intéressera aussi à un changement important même s'il fut inconstant selon les cas étudiés, soit le niveau de recrutement de la clientèle visée.

Puis la discussion portera sur les résultats globaux que permet de comprendre l'utilisation du modèle politique et contingent de Denis et Champagne (1990) et elle se terminera par un examen général des avantages et des difficultés rencontrées dans l'utilisation de ce modèle politique et contingent d'analyse et de cette méthode de recherche.

Cependant, avant d'aborder la question des changements limités mais constants, examinons brièvement les changements importants et constants, soit l'implantation des suppléments alimentaires, la relation de confiance de la cliente envers l'intervenante, incluant la satisfaction des besoins des clientes.

6.1 LES CHANGEMENTS IMPORTANTS ET CONSTANTS

Comme on l'a vu au chapitre 4, la mise en oeuvre du programme a démontré des changements importants dans les quatre cas à l'étude : l'implantation des soutiens alimentaires, l'établissement d'une relation de confiance de la cliente envers l'intervenante privilégiée.

6.1.1 L'IMPLANTATION DES SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES

Même si les suppléments alimentaires n'apparaissent pas comme suffisants pour atteindre l'objectif de réduction du nombre de naissances de poids insuffisant, ils n'en constituaient pas moins la base même du programme, car c'était le moyen privilégié pour rejoindre les femmes visées et établir une relation de soutien. Ceci a été amplement confirmé car ce supplément s'est avéré central pour l'adhésion au programme des femmes et a été utilisé comme un moyen d'aller plus loin pour les CLSC.

C'est facilement, sauf lors de problèmes vite aplanis avec un laitier, que les suppléments ont été distribués à la grande satisfaction de la clientèle rejointe. Ces résultats confirment les études antérieures (Montreuil et Colin, 1988).

On notera que les femmes n'auraient pas voulu d'une distribution des suppléments au moyen de bons d'épicerie car elles ne veulent pas être stigmatisées comme dépendantes de l'aide publique. Ceci va à l'encontre de la recherche de Affonso et al. (1992) qui a utilisé de tels bons avec succès à Hawaï : il semble s'agir d'une différence socio-culturelle qui pourrait être propre aux résidentes des États-Unis qui ont probablement l'habitude d'aller chercher de tels bons de l'aide sociale pour manger.

Au Québec, en milieu urbain, il est donc important de passer par un laitier pour rendre accessible les suppléments alimentaires et d'envisager des moyens qui stigmatisent les femmes le moins possible (distribution par des groupes communautaires par exemple) quand il n'y a pas de laitier dans un territoire donné.

6.1.2 LA RELATION DE CONFIANCE DE LA CLIENTE ENVERS L'INTERVENANTE

On a vu que l'établissement de cette relation était véritablement l'élément le plus important pour les intervenantes et les actrices impliquées dans tous les CLSC. Les résultats de la présente recherche confirment une fois de plus (Barnard et al., 1985 ; Bouchard, 1990 ; Gutelius et al., 1972, 1977 ; Montreuil et Colin, 1988 ; Olds & Kitzman, 1990) qu'il s'agit d'un élément essentiel pour le succès des interventions. L'article de Perreault et al. (1998) a bien montré comment s'était établie cette relation de confiance pour les femmes, relation qui a déterminé les stratégies de réaction des femmes qui ont pu exprimer d'autres besoins que celui de manger dès

Kitzman, 1990) qu'il s'agit d'un élément essentiel pour le succès des interventions. L'article de Perreault et al, (1998) a bien montré comment s'était établie cette relation de confiance pour les femmes, relation qui a déterminé les stratégies de réaction des femmes qui ont pu exprimer d'autres besoins que celui de manger dès l'établissement de cette relation et ont utilisé les principaux éléments du programme pour répondre à ces besoins.

Les résultats montrent aussi qu'une approche de promotion de la santé plutôt qu'une approche préventive est à la base de l'établissement de cette relation de confiance. Il est clair qu'une approche prescriptive – par exemple : « Mangez cela » – ou proscriptive – par exemple : « Ne fumez pas. » – aurait empêché l'établissement d'une telle relation et aurait confirmé sans retour les craintes face au contrôle social très présentes dans cette population. Au contraire, l'approche de promotion de la santé, qui part des besoins exprimés par les femmes, aide à l'établissement progressif de cette relation de confiance. Cela a comme effet de permettre une intervention plus gratifiante chez bien des intervenantes qui ne se sentent plus les uniques responsables de la santé des femmes, comme l'ont montré plusieurs témoignages dans des CLSC. Cependant, on a pu noter que certaines intervenantes vivent des difficultés parce qu'elles se retrouvent souvent tiraillées entre cette approche qui part des besoins des femmes, donc de leurs priorités, et les priorités reconnues par les normes et valeurs traditionnelles de la santé publique, normes dominantes dans l'ensemble de la société. Il y aurait lieu de pousser plus loin les observations et les analyses sur ce plan pour voir si cette relation de confiance est véritablement mutuelle : les femmes font confiance aux intervenantes à la fin de ce programme, mais les intervenantes font-elles confiance aux femmes et jusqu'où va cette confiance ? Les données recueillies dans la présente recherche ne jettent pas un éclairage suffisant d'un concept plus large de relation de confiance mutuelle.

Cependant, deux études réalisées lors d'une phase plus avancée du programme peuvent élargir les perspectives de la présente recherche. Tout d'abord, Lamarre (1998), qui a documenté les représentations de l'*empowerment* de quelques intervenantes de CLSC, conclut que : « bien qu'elles souhaitent favoriser leur *empowerment*, les intervenantes ne croient pas qu'il soit possible pour certaines personnes et certaines familles de se réorganiser. [...] Si les intervenantes ont parfois peu d'espoir pour les gens, peuvent-elles vraiment les soutenir dans leurs aspirations ? » (p.107)

Par ailleurs, dans l'étude de Ouellet et al. (2000), on a étudié le processus d'*empowerment* de 25 familles ayant bénéficié d'un suivi pré et postnatal dans le cadre du programme NAITRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ en rencontrant les familles et les intervenantes impliquées dans ces suivis. Là aussi, on a observé certaines difficultés : en effet, quelques familles qui avaient été référées au point de départ par les intervenantes comme étant « en mouvement » n'étaient plus, un an plus tard, engagées dans un projet personnel à partir duquel était structurée l'intervention. Par comparaison, l'analyse de la démarche de la majorité des familles à l'étude a mis en évidence l'importance de la relation de confiance, certes, mais également celle d'identifier le projet de vie de ces femmes et de leur conjoint, s'il y a lieu, et d'orienter l'intervention à travers des réalisations qui leur permettent d'avancer dans le sens

permettra de progresser dans la réalisation de leur projet. Mais il faut souligner « le caractère progressif de la démarche, le fait qu'elle se déroule dans le temps, bien souvent à petits pas. Par exemple, des prises de conscience et des mises en relation avec les autres peuvent entraîner de petites réalisations qui, à leur tour, génèrent une plus grande estime de soi, ce qui peut occasionner d'autres réalisations, et ainsi de suite. » (p. 20)

Il faut donc reconnaître qu'intervenir dans certaines situations de survie confronte parfois sérieusement les intervenantes à leur capacité de faire émerger un projet, même bien modeste. Mais, comme le rappelle Lamarre en se référant à Freire, « l'action dans une perspective d'*empowerment* doit ouvrir de multiples possibilités et être ancrée dans une "philosophie de l'espoir". » (p. 107)

Le programme, au moment où il a fait l'objet de la présente étude de mise en oeuvre, était fondé sur une intervention favorisant la satisfaction des besoins à partir d'une relation de confiance à établir avec des femmes enceintes vivant en grande pauvreté. Il est clair que cette relation a été établie. Mais à la lumière du concept d'*empowerment*, ajouté par la suite pour les développements ultérieurs du programme, il semble qu'une stratégie qui ne miserait que sur l'établissement d'une relation de confiance comporterait certaines limites.

La satisfaction des besoins des clientes

Le niveau très élevé de satisfaction exprimé par les clientes n'est pas surprenant compte tenu de l'établissement sans faille de la confiance de ces clientes envers les intervenantes. On pourrait toujours rétorquer que les femmes interviewées se conformaient à la désirabilité sociale. Pourtant, toutes les précautions ont été prises pour éviter ce biais. On ne peut aller plus loin dans l'état actuel des méthodes de recherche pour contrôler davantage ce biais potentiel dans la collecte des données, mais on peut essayer d'en tenir compte dans les analyses.

La plupart des études effectuées récemment au Québec, où les difficultés budgétaires des dernières années se répercutent dans une insatisfaction toujours plus grande face aux services de santé, montraient pratiquement toujours un niveau très élevé de satisfaction des clientèles face aux services de santé. Dans le cas de la présente recherche, on a déjà noté que cette satisfaction était constante et ne pouvait relever que de la méthode de recherche puisque aucune des 34 femmes n'a abandonné le programme, même si elles savaient très bien qu'elles pouvaient le faire sans perdre les suppléments alimentaires, et qu'il a même fallu modifier le guide d'entrevue pour rencontrer une femme qui avait perdu son bébé à la naissance mais qui voulait absolument passer l'entrevue finale de la recherche. Ceci s'est confirmé aussi dans l'étude plus vaste des effets de ce programme prénatal où un questionnaire d'entrevue a dû là aussi être construit pour des cas similaires (Brodeur et al., 1995). Une autre recherche en cours (Pelchat et al., 1999) montre d'ailleurs une satisfaction plus élevée des parents provenant de milieux socio-économiques défavorisés par rapport à ceux de milieux plus favorisés face à un programme d'intervention infirmier précoce à la suite de la naissance d'un bébé atteint d'un handicap. Il semble que lorsque des services sont bien adaptés aux clientèles vivant en situation de pauvreté, ces services sont davantage appréciés, ce

qui montre l'énorme potentiel d'interventions bien adaptées, contrairement aux services habituels qui font souvent fuir ces clientèles.

6.2 UN CHANGEMENT IMPORTANT MAIS INCONSTANT : LE RECRUTEMENT DES CLIENTES

Les responsables de l'implantation étaient bien conscientes des difficultés de rejoindre les femmes présentant les caractéristiques souhaitées et l'on a vu que, sauf dans un CLSC implanté au coeur d'un des quartiers les plus défavorisés de Montréal, ces craintes étaient plus que fondées. Mais la plupart des femmes ont été rejointes et, surtout, sont toutes demeurées dans le programme. Les difficultés de recrutement corroborent les conclusions de l'étude de Colin et al. (1992) quant à la peur du contrôle social comme un des motifs fondamentaux de la faible utilisation des services sociaux et de santé par cette population :

À la lumière des différentes stratégies que les participantes ont mises au point pour s'approprier les services de santé, les déjouer ou y échapper, se profile une critique radicale de cette institution. En effet, si elles peuvent avoir besoin de ces services, et au-delà de certaines expériences positives, elles nourrissent une méfiance profonde envers eux et envers le personnel y oeuvrant. (p. 186-187)

Différents auteurs ont traité du fait que les femmes enceintes vivant en situation d'extrême pauvreté n'utilisent pas, ou d'une façon inadéquate, les services de santé que leur propose la société. Au Québec par exemple, ces femmes suivent peu les cours prénatals donnés par les CLSC (Cogan, 1980 ; Marcos et Dallaire, 1986). Différentes hypothèses ont été apportées pour expliquer cette situation. La plupart se situent dans une approche culturaliste : il s'agirait de conflits de valeurs ou d'attitudes négatives entre les professionnels de la santé et ces femmes. Ainsi, selon Dutton (1978), cette utilisation inadéquate des services de santé serait attribuable à une certaine inaccessibilité culturelle. Pour Deschamps, Bauman et Deschamps (1987 a et b), ces femmes auraient des attitudes négatives face aux professionnels et il en serait ainsi pour les professionnels face aux femmes. Selon Curry (1990), ces femmes se sentent jugées par les professionnels de la santé et vivent un sentiment d'infériorité ainsi que d'incompréhension. Curry (1989), Poland (1990) et Martin et Henry (1989) constatent un décalage entre les valeurs préconisées par le système de santé et celles auxquelles adhère la clientèle de milieu défavorisé qui suscite de l'incompréhension réciproque. Lewis (1969) a développé cette approche de type « culturaliste », reprise au Québec particulièrement par Paquet (1989).

Sans nier l'importance des différences culturelles, fondées empiriquement et théoriquement (voir Boltansky, 1971), la présente recherche indique que ces différences doivent être situées à l'intérieur de rapports sociaux de force. Les professionnels sont perçus comme des acteurs sociaux possédant des pouvoirs politiques énormes, dont le plus important est la capacité d'enlever les enfants de la garde de leurs parents légitimes. Ce pouvoir peut être analysé à l'intérieur du concept sociologique de « contrôle social » : les professionnels sont chargés de veiller à ce que les normes soient respectées afin de protéger les enfants et participent de ce fait au rapport politique qui s'instaure entre les classes défavorisées et les

classes dominantes de la société. L'expression du contrôle social peut prendre des formes subtiles (le paternalisme ou le maternalisme, la pitié, le jugement réprobateur, etc.), mais son expression ultime, du moins c'est clair dans les entrevues de 24 des 34 femmes, réside dans le pouvoir d'enlever les enfants sous couvert d'incompétence parentale. Il n'est pas question de discuter ici du bien-fondé de ce pouvoir, mais bien de montrer que les rapports entre les clientes et les professionnels de la santé ne sont pas que des rapports entre valeurs et normes culturelles différentes, mais bien des rapports politiques. En ce sens, l'étude vient renforcer et même mieux préciser les conclusions de Colin et al. (1992) à l'effet que « la peur d'être jugées comme de mauvaises mères et, par la suite, de se faire enlever leurs enfants par les services sociaux interfère constamment dans leurs rapports avec les professionnels de la santé. » (p. 191) Ainsi, il est surprenant de voir la proximité entre des valeurs sociales inoffensives au point de départ (comme la propreté du logement) et la peur exprimée par des femmes de subir immédiatement la sanction juridique très lourde de la perte de ses droits parentaux. Il semble que le moindre signe de non-conformité à des normes sociales dominantes puisse entraîner pour les personnes vivant en situation de grande pauvreté une condamnation sociale puissante.

Au Québec, ce rapport politique est clairement axé sur le retrait des droits parentaux, fort probablement parce qu'il s'agit d'une société qui a longtemps valorisé cette forme de contrôle social pour protéger les enfants. Il serait intéressant de voir si des rapports politiques s'articulent autour d'autres formes de contrôle social dans des sociétés où il n'existe pratiquement pas de placement d'enfants, telles les sociétés latino-américaines, semble-t-il. Il faudrait certes examiner davantage les rapports politiques qui s'instaurent entre les populations vivant en grande pauvreté et le système judiciaire, au premier chef carcéral. Quoiqu'il en soit, les études devraient cesser de prendre pour acquis des différences culturelles comme principale explication des difficultés rencontrées entre les professionnels et les populations vivant en situation de pauvreté pour plutôt resituer ces différences culturelles dans des rapports de force sociaux plus larges.

Le recrutement de 34 femmes et leur fidélité au programme dans un tel contexte montrent qu'il est tout de même possible de rejoindre ces femmes et d'établir avec elles une relation de soutien qui leur apparaît bénéfique.

6.3 LES CHANGEMENTS LIMITÉS MAIS CONSTANTS

Certaines dimensions du programme qui devaient présenter des changements importants ont au contraire montré de grandes limites et cela de manière constante dans les quatre CLSC à l'étude. C'est au niveau de ces trois dimensions, activités multidisciplinaires, recours aux ressources du milieu et implantation de soutiens spécifiques, que portera l'essentiel de la discussion.

6.3.1 LES ACTIVITÉS MULTIDISCIPLINAIRES

Bien que la valeur précise et l'efficacité du travail en équipe multidisciplinaire n'aient pas encore été démontrées (Dussault, 1990 ; Hébert, 1989 ; Krane, 1980), l'importance de la multidisciplinarité est justifiée par la complexité des interactions bio-psycho-sociales dans la genèse et le soin des maladies (Hébert, 1989) ainsi que dans l'intervention auprès de populations à haut risque (Colin, 1992). C'était la conviction des responsables de l'implantation du programme intégré et des intervenantes qui s'y sont impliquées. On a vu, au chapitre 4, que les activités multidisciplinaires n'avaient pas atteint, loin de là, tous les objectifs qui leur avaient été assignés. Comment expliquer les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de cet aspect important du programme ?

Pour ce faire, on procédera à la fois avec une approche structurale, en utilisant les facteurs exogènes et endogènes qui seraient déterminants du travail multidisciplinaire (Dussault, 1990) et le modèle politique et contingent de Denis et Champagne (1990), à partir d'abord des éléments contextuels puis des analyses proprement politiques que permet le modèle.

Dussault (1990) classe sommairement les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité en facteurs exogènes, reliés à l'environnement dans lequel le travail s'exerce, et en facteurs endogènes, liés aux équipes et à leur fonctionnement. Les facteurs exogènes les plus importants seraient le cadre réglementaire définissant les modalités de la division et de l'organisation du travail et certaines caractéristiques de l'environnement organisationnel, soit la taille de l'établissement et la philosophie de gestion privilégiée et pratiquée par l'établissement. Pour les facteurs endogènes, Dussault mentionne la taille de l'équipe, les caractéristiques personnelles et professionnelles des membres ainsi que les règles de fonctionnement que se donnent les équipes.

Parmi les facteurs exogènes, on peut prendre en considération le cadre réglementaire. Ce facteur a joué dans le cas d'un CLSC parce que l'intervenante sociale interprétait de manière stricte les cadres réglementaires des professions. Ce ne fut pas le cas dans les trois autres CLSC.

Les caractéristiques de l'environnement organisationnel, comme la taille de l'établissement et la philosophie de gestion, semblent aussi importantes. Comme il ne s'agissait que de quatre CLSC, on ne peut tenir compte de variations suffisantes dans la taille de ces établissements pour expliquer les difficultés rencontrées. La taille différente des quatre CLSC ne saurait d'ailleurs expliquer pourquoi des difficultés ont été éprouvées dans tous les cas. La philosophie de gestion prônée par les quatre établissements encourageait la multidisciplinarité et ne peut donc expliquer les situations vécues.

Parmi les facteurs endogènes, le peu d'expérience antérieure de travail en équipe pour à tout le moins trois CLSC a certainement joué. Les observations réalisées lors de la formation accordée par le DSC pour le travail en équipe multidisciplinaire ont

montré que la majeure partie du temps a dû être consacrée à apprendre tout simplement à travailler en équipe, sans que la multidisciplinarité ne puisse être abordée. Pour ce qui est de la seule équipe qui avait une expérience, le travail d'équipe a bien fonctionné pour toutes les questions de nature administrative, mais les discussions de cas n'ont jamais eu lieu, ce qui était pourtant l'objectif même du travail en interdisciplinarité. Il est cependant clair que l'absence d'expérience antérieure ne peut expliquer à elle seule ce résultat.

D'après les écrits consultés, une trop grande hétérogénéité dans la composition des équipes (âge, scolarité, sexe, disciplines ou professions) peut nuire à la mise en oeuvre de la multidisciplinarité. Selon toutes les données colligées, on ne peut parler d'une grande hétérogénéité des équipes et cela ne semble pas avoir été un facteur important. Il semble qu'au contraire la très grande homogénéité des équipes avec une nette prédominance des infirmières ait joué.

On peut donc retenir comme facteurs importants du succès mitigé de cette dimension le peu d'expérience antérieure des membres de trois équipes et le cadre réglementaire trop rigide dans une équipe.

L'utilisation du modèle politique et contingent peut amener d'autres explications. Le fonctionnement en équipe multidisciplinaire a constitué un enjeu majeur dans l'implantation du programme, et cela à cause de stratégies fondamentales personnelles, professionnelles et institutionnelles. Ces stratégies ont eu cours cependant à l'intérieur d'un contexte particulier, première contribution du modèle théorique qui se veut contextuel, avec trois aspects qui n'ont pas aidé l'implantation de l'interdisciplinarité.

D'abord, la masse critique pour inciter à la multidisciplinarité ne semblait pas suffisante. D'une part, le recrutement s'est échelonné sur une longue période alors que, d'autre part, le nombre de cas était peu élevé. Ceci a entraîné un contexte où il y avait peu de discussions de cas possibles, en même temps, durant la période de recherche. Cependant, une telle masse critique aurait pu être obtenue en élargissant les discussions de cas à d'autres suivis, ce qui n'a pas été le cas.

Ensuite, le programme a été planifié et mis en oeuvre avec une participation prédominante de la seule profession infirmière. En effet, ce ne furent pratiquement que des infirmières qui ont planifié le programme et ses outils. De plus, les intervenantes privilégiées dans trois CLSC étaient toutes des infirmières. La décision d'utiliser un modèle d'intervention infirmier à défaut d'un modèle multidisciplinaire inexistant est certes venue renforcer le caractère prédominant de la profession infirmière dans le soin prénatal. Une telle observation n'implique pas du tout que les infirmières doivent diminuer leur engagement dans le soin prénatal, mais plutôt que l'absence des autres professions dans un suivi prénatal concret peut amener des difficultés parce que les infirmières se centrent sur leurs cas alors que les autres professions parlent des cas des infirmières, ce qui induit un décalage important entre les diverses disciplines : les infirmières ont à ce moment le sentiment qu'elles se font dire, de l'extérieur, comment faire une intervention, ce qui est évidemment inconfortable et non désirable.

Enfin, la difficulté d'opérationnaliser la démarche systématique, combinée à l'utilisation d'outils dont la validation n'était pas complétée et à une formation insatisfaisante, a constitué un contexte peu favorable à l'implantation d'activités formelles de multidisciplinarité. Cet élément ne peut à lui seul tout expliquer, mais il a fortement joué.

Par ailleurs, l'évaluation d'un autre programme (Lepage et Racine, 1993) dans deux CLSC rapporte une réalisation intéressante du travail multidisciplinaire puisque les intervenantes déclaraient avoir appris progressivement à vivre les éléments liés à la dynamique interdisciplinaire, avec la reconnaissance des compétences des autres intervenantes, le partage des expertises et un objectif commun en regard du suivi de la cliente. Or, l'implantation de la démarche de soins et l'utilisation des outils ne semblent avoir soulevé aucune difficulté majeure dans ces deux CLSC. Cependant, les données de cette recherche vont à l'encontre de toutes les études consultées qui montrent que la mise en place de la multidisciplinarité constitue un processus complexe qui ne se réalise jamais sans grandes difficultés (voir entre autres Webb et Hobdell, 1968), ne serait-ce qu'à cause de l'importance des champs professionnels en intense compétition pour leur légitimation (tous les écrits, du classique Freidson (1970) à Sarfatti-Larson (1977) et Abbott (1988)). Le fait que, dans l'un des deux CLSC de la recherche de Lepage et Racine (1993), les intervenantes travaillaient déjà en équipe depuis quelque temps avec une ressource en approche psychodynamique peut expliquer l'absence de telles difficultés. De plus, les observations des chercheurs sont très peu détaillées et on ne peut les comparer avec nos propres données qui proviennent à la fois d'entrevues en profondeur et de multiples observations directes de rencontres d'équipe.

Pour ce qui est des quatre CLSC à l'étude, ces difficultés dans l'opérationnalisation de la démarche systématique semblent avoir été prédominantes dans un seul cas et elles étaient reliées aux enjeux majeurs qu'a soulevé l'ensemble de la mise en oeuvre du programme. Pour les trois autres CLSC, cet aspect contextuel, même s'il fut important, ne peut expliquer de manière satisfaisante les difficultés, et le succès mitigé de l'implantation de la multidisciplinarité.

C'est à l'intérieur d'un tel contexte que se sont inscrites les stratégies des actrices, que l'on peut analyser à partir des éléments proprement politiques du modèle théorique. Contrairement à l'une des rares études en profondeur réalisées au Québec sur la mise en place du travail multidisciplinaire (Brunet et Vinet, 1978), on ne retrouve cependant pas les deux modèles qui semblaient présents au début des CLSC ; le *parallélisme disciplinaire* où toutes les disciplines voient toutes la même clientèle selon l'unique lunette de leur propre discipline ou la *subordination multidisciplinaire* où une profession, la médicale, considère les autres comme des assistantes à son service. On se retrouve plutôt, dans trois CLSC sur quatre, avec une équipe disciplinaire – les infirmières – qui consulte d'autres professions. Dans un cas, cette résultante semble liée aux stratégies professionnelles de l'intervenante sociale qui veut maintenir la primauté de son expertise sur celle des infirmières ; dans un autre, aux stratégies institutionnelles qui conduisent les infirmières à présenter rapidement leurs cas à d'autres disciplines qui ne disposent que d'un bref temps de réunion pour réagir rapidement, sans suivi possible par la suite. Dans ce

sociale qui veut maintenir la primauté de son expertise sur celle des infirmières ; dans un autre, aux stratégies institutionnelles qui conduisent les infirmières à présenter rapidement leurs cas à d'autres disciplines qui ne disposent que d'un bref temps de réunion pour réagir rapidement, sans suivi possible par la suite. Dans ce cas, on peut s'interroger si cela ne répond pas aussi à des stratégies personnelles – se retrouver uniquement entre collègues qui travaillent déjà ensemble, et toutes seules, depuis des années – et professionnelles – travailler rapidement entre infirmières seulement. Dans un troisième cas, il s'agit de stratégies s'inscrivant à la fois dans un enjeu institutionnel – montrer que le programme est trop lourd pour revenir à l'ancienne formule jugée plus légère et plus efficace – ; dans un enjeu professionnel – maintenir la prédominance des infirmières qui sont les seules à faire le suivi ; et dans un enjeu personnel – éviter d'être évaluées par les autres disciplines et même par les pairs de sa discipline. Dans le cas qui ne se conforme pas aux trois précédents, aucune discipline ne se détache des autres mais il semble bien, d'après toutes les données recueillies, que ce ne soient que des stratégies personnelles – la peur d'intervenantes chevronnées d'être évaluées par leurs pairs – qui expliquent l'absence totale de discussion formelle de cas.

À la lumière des données de la présente recherche et des écrits scientifiques, on peut voir que la mise en oeuvre d'activités formelles d'interdisciplinarité constitue un processus des plus complexes et que la période d'observation utilisée par la présente recherche est insuffisante pour pouvoir éclairer en profondeur toutes les phases possibles du processus.

Dans l'état actuel des observations, on peut retenir que ce processus semble avoir été influencé à la fois par le peu d'expérience antérieure de trois équipes, l'application d'un cadre réglementaire trop rigide dans une équipe, des éléments contextuels importants comme l'absence d'une masse critique suffisante de cas, le peu de participation de professionnelles autres qu'infirmières et les difficultés rencontrées dans la mise en place de la démarche systématique et l'utilisation des outils. De plus, ce processus a été influencé à la fois par des stratégies personnelles, professionnelles et institutionnelles à l'intérieur d'enjeux puissants.

6.3.2 LE RECOURS AUX RESSOURCES DU MILIEU

Le programme NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX, se voulant un programme intégré, envisageait le recours aux autres ressources du milieu. Comme on a pu le constater, ces ressources, paradoxalement, n'ont pas été impliquées formellement dans la planification du programme. Les ententes signées pour la mise en oeuvre n'impliquaient que le DSC et les quatre CLSC participants : le lien institutionnel direct avec les ressources communautaires relevait nettement du mandat des CLSC, le DSC n'ayant pas de mission spécifique à cet égard. Dans ces ententes, les CLSC se voyaient confier le mandat d'établir des liens fonctionnels avec ces ressources. On se rappellera que deux types de ressources étaient visées : les ressources communautaires et les services sociaux et de santé (cliniques médicales, hôpitaux, agences de service social). On discutera séparément les résultats des groupes visés.

les CLSC n'aient pas établi de liens fonctionnels avec les ressources communautaires. En effet, Callon, selon la présentation de Demers et al. (1993), identifie quatre moments dans le processus de traduction d'un programme :

- ◆ la **problématisation**, où chacun des acteurs définit ses objectifs, son rôle et celui des autres ainsi que l'ensemble des contraintes par lesquelles devra passer la solution pour qu'elle leur soit acceptable ;
- ◆ l'**intéressement**, c'est-à-dire l'ensemble des actions et stratégies par lesquelles un acteur s'efforce d'imposer aux autres sa problématisation ;
- ◆ l'**enrôlement**, qui est le résultat d'un intéressement réussi, soit l'acceptation par une entité d'un rôle défini par autrui ;
- ◆ la **mobilisation** qui est l'étape de l'alliance progressive des acteurs pour rendre l'action crédible et indiscutable.

Ces quatre étapes ont été réussies entre le DSC et les directions des quatre CLSC avant même la période d'observation de la recherche évaluative. Mais jamais les ressources communautaires n'ont été impliquées dans ces étapes. Ce fait peut expliquer à lui seul l'exclusion des ressources communautaires : elles n'étaient pas parties prenantes et, dans le feu de l'action, les CLSC n'ont pas réalisé ces quatre étapes avec les ressources communautaires de leur territoire.

Par contre, même si ces étapes avaient été franchies, on ne peut présumer du succès de l'opération compte tenu des évaluations d'autres programmes ayant sollicité l'implication de ressources communautaires dans des projets conçus par des professionnels ou des institutions (Demers et al. 1993). D'ailleurs, lors de la mise en oeuvre des autres composantes du programme dans le cadre des priorités régionales de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1995-1998), la DSP a plutôt choisi, à la lumière des résultats de la présente étude, de travailler étroitement en collaboration avec les organisateurs communautaires des CLSC pour mobiliser simultanément les équipes en périnatalité des CLSC et les autres ressources de chacun des territoires. Comme l'a rapporté l'évaluation participative qui a accompagné cette démarche, cette stratégie a effectivement permis de créer des tables d'action intersectorielle où sont abordées de façon systématique les modalités de collaboration entre les différents partenaires institutionnels et communautaires (Boyer et Parisien, 1998). Au moment où les ressources communautaires sont de plus en plus sollicitées pour participer au système de santé et de services sociaux, d'autres recherches s'avèrent nécessaires pour approfondir la question.

Le recours aux services médicaux, sociaux et hospitaliers des territoires de CLSC

On pourrait appliquer le même jugement pour les services médicaux, sociaux et hospitaliers que pour les ressources communautaires puisqu'ils n'ont pas été impliqués au point de départ dans la mise en oeuvre du programme. Cependant, la situation est quelque peu différente puisque plusieurs tentatives formelles ont été essayées par le DSC et certains CLSC lors de la période d'observation de notre recherche. Les résultats très maigres de ces tentatives vont dans le même sens que l'étude de Lepage et Racine (1993) qui rapporte peu de résultats quant aux mécanismes de référence et de liaison avec les médecins, quelques collaborations positives avec des médecins référents mais des collaborations sans suite et une concertation appréciée CLSC-CSS dans des dossiers pertinents. Pourtant, quelques

médecins avaient été associés dès les débuts à la planification de NAITRE ET GRANDIR ÉGAUX. Nous ne pouvons qu'être d'accord avec ces auteurs pour que d'autres études approfondissent les collaborations entre les CLSC et les médecins des territoires.

6.3.3 L'IMPLANTATION DE SOUTIENS SPÉCIFIQUES, DONT LE MARRAINAGE

Les résultats en ce qui concerne l'implantation de soutiens spécifiques au changement de certaines habitudes de vie n'ont rien d'étonnant. En effet, pour ce qui est des soutiens aux changements d'habitudes de vie (tabagisme, alcool, toxicomanie), cette approche semblait dès le point de départ aller à l'encontre du virage souhaité de l'approche préventive vers une approche de promotion de la santé partant des besoins et des priorités des femmes. D'ailleurs, l'étude de Colin et al. (1992), dont les principaux résultats avaient été discutés lors de la formation des intervenantes, indiquait que les femmes ne voulaient pas d'une approche prescriptive ou proscriptive face aux habitudes de vie. Dans ce contexte, les intervenantes ne voulaient pas risquer de briser l'établissement du lien de confiance. L'analyse des entrevues réalisées auprès des femmes confirme la justesse de ce point de vue :

Femme : Il y a des médecins qui nous parlent de notre alimentation, et ça, ça tape sur les nerfs ! Mais elle, c'est pas pareil. Elle a le tour.

Question : Et pour la cigarette ?

Femme : Ça aussi, j'ai aimé ça. Elle m'a demandé une fois : "Fumes-tu ?". Elle m'a dit : "Tu sais les conséquences ?" J'ai dit : "Oui". Elle me les a redites... Et là, c'était à moi de décider ce que je faisais. Elle ne m'en a jamais reparlé.

La question de l'intervention pour modifier certaines habitudes de vie demeure donc entière. On connaît l'importance de certaines de ces habitudes (le tabagisme et la consommation de certaines drogues entre autres) sur le poids de naissance du bébé et son état général de santé. Il y aurait certainement lieu de développer des approches spécifiques qui se démarqueraient des approches prescriptives et proscriptives (nettement à déconseiller) pour s'inscrire dans une approche de promotion de la santé fondée sur un *empowerment* réel. Certains outils existent déjà, dont le *Oui j'arrête !* (Renaud, 1992). La planification de tels soutiens spécifiques dans une approche de promotion de la santé nécessite plus de temps que la période de la présente recherche. Il y a quand même lieu de s'interroger sur le peu d'efforts consentis jusqu'à maintenant dans la conception de telles approches. Pourtant, il est clair que les interventions devraient reposer sur des approches spécifiques de promotion de la santé, efficaces pour améliorer certaines habitudes de vie.

Pour ce qui est du soutien à mettre en place par des groupes d'entraide, dont le marrainage, les données de la présente recherche confirment les écrits scientifiques : une étude réalisée auprès des expertes en prénatal aux États-Unis (Peoples-Sheps et al., 1989) a montré que l'entraide par les pairs, tout en étant considérée comme une des interventions les plus efficaces pour le suivi prénatal, était l'une des

interventions les moins utilisées. Ce qui est le cas dans notre étude puisque 90 % des intervenantes croyaient, en début d'implantation, qu'un tel moyen serait efficace alors que seulement 51 % croyaient que cet aspect serait effectivement mis en oeuvre durant la période d'évaluation.

Il y a lieu ici de poursuivre des recherches plus approfondies sur les liens entre les professionnels de la santé et les diverses clientèles visées : assiste-t-on, au fur et à mesure des développements de la professionnalisation, à une dépossession des savoirs propres aux populations visées par les interventions, comme le mentionne Boltansky (1971). Jusqu'à quel point les professionnels auraient-ils peur de perdre du pouvoir en favorisant l'appropriation des services, en tout ou en partie, par les populations visées ? Dans la présente étude, plusieurs intervenantes disaient qu'un marrainage les obligerait à travailler autrement : pourquoi ces nouvelles approches ne sont-elles pas mises en oeuvre ? Manque de temps, force d'inertie, peur de perdre le contrôle et ultimement son statut professionnel ?

L'étude de Lapierre (1999) a constaté plusieurs obstacles à la fois professionnels et institutionnels lors de l'évaluation de la mise en oeuvre d'un programme d'accompagnement prénatal chez des femmes vivant en situation de pauvreté dans une autre région et pose sensiblement les mêmes questions. En effet, alors que le programme d'accompagnement prénatal est apparu comme très pertinent pour la population visée des compagnes-mères (marraines) et des compagnes-enceintes, sa pertinence a été mise en doute par les infirmières qui y étaient impliquées et qui ont exprimé de multiples inquiétudes tout au long de l'expérience. Selon Lapierre, on peut voir là un écart net entre le discours théorique et la pratique, qui entrerait en jeu lorsqu'il est question de protéger son pouvoir ou son champ d'expertise (Argyris, 1997; Yeo, 1993). Ce besoin de protection serait élevé chez les infirmières qui n'auraient pas de contrôle dans la bureaucratie médicale et qui feraient elles-mêmes partie d'un groupe opprimé (Turner, 1995 ; Clifford, 1992). De plus, on demanderait à ce groupe qui essaie de faire valoir son propre savoir scientifique de faire valoir en plus un savoir populaire. Au-delà de la situation propre aux infirmières, Lapierre s'interroge avec Coveney (1998) sur une approche de promotion de la santé qui, malgré ses discours novateurs, conserverait une culture dominante médicale, moraliste, sexiste et biaisée envers les différentes classes sociales et, avec Beauport (1997), sur une nouvelle compréhension en santé publique des enjeux reliés à un partenariat réel, à une redistribution du pouvoir ainsi qu'à la reconnaissance du savoir-être des femmes.

6.4 UN CHANGEMENT LIMITÉ MAIS INCONSTANT : LA DÉMARCHÉ SYSTÉMATIQUE D'INTERVENTION

Les difficultés vécues au sein de plusieurs CLSC dans l'implantation d'une démarche systématique laissent songeur. Plusieurs articles dans les revues de sciences infirmières traitent de modèles conceptuels infirmiers très nombreux ; cependant, ces articles visent

le développement et l'affinement conceptuels de ces modèles et n'étudient pas, à notre connaissance, leur mise en oeuvre réelle. Plusieurs de ces difficultés peuvent être expliquées par l'insuffisance de préparation du DSC dans l'implantation de cette démarche ainsi que par des obstacles imprévus. De telles difficultés et de tels obstacles sont probablement pratique courante : il ne semble pas qu'il soit simple d'amener des personnes qui ont fonctionné pendant de nombreuses années avec des acquis fondés sur l'intuition et un apprentissage, faute de mieux, par essais et erreurs, à utiliser une démarche systématique nécessitant des changements profonds de pratique. Cependant, l'ensemble de la recherche montre que l'utilisation de cette démarche a été considérée par plusieurs infirmières comme un acquis important qui venait dans plusieurs cas systématiser des pratiques fondées sur l'intuition et une approche par essais et erreurs. Ceci indique l'importance de recherches évaluatives visant à favoriser l'utilisation de démarches systématiques pouvant améliorer les soins.

*
* *
*

En conclusion de cette discussion quant à la robustesse des résultats obtenus, on peut dégager trois grandes observations :

- La mise en oeuvre des éléments du programme avec les femmes (distribution des suppléments alimentaires, établissement d'une relation de confiance, satisfaction des besoins des femmes telle que perçue par ces celles-ci) a atteint des résultats solides dans tous les CLSC. Cela est certainement relié au fait que toutes les actrices dans les quatre CLSC adhéraient totalement aux objectifs du programme : malgré certaines difficultés liées en grande partie aux enjeux propres à la réalisation de la mission de chaque CLSC, les actrices n'ont jamais remis en question cette adhésion. Un tel résultat semble relié à la réussite des phases d'implantation du programme réalisées entre le DSC et les quatre CLSC, selon le modèle de Callon (1986) telles que décrites par Demers et al. (1993) : problématisation, intéressement, enrôlement, mobilisation.

Cependant, les ressources de la communauté n'ont pas été parties prenantes des phases d'implantation et cela peut expliquer en grande partie les résultats limités quant à l'engagement des ressources de la communauté dans la mise en oeuvre du programme. C'est ce que croient les responsables de la mise en oeuvre du DSC. On peut cependant s'interroger sur une telle conclusion. En effet, pourquoi chacun des quatre CLSC n'a-t-il pas utilisé ce modèle dans sa propre communauté ? Quand on constate que les autres ressources à l'intérieur des CLSC n'ont pratiquement pas été impliquées, on ne peut que s'étonner devant une situation où la mise en oeuvre du programme s'est pratiquement déroulée en vase clos, avec les seuls actrices directement concernées - intervenantes, direction d'équipe et direction générale. Il semble que la mise en oeuvre de programmes aussi complexes que celui à l'étude devrait faire partie d'un modèle de traduction impliquant, dans ses quatre phases, à la fois d'autres acteurs du CLSC et les ressources de la communauté.

- Les éléments choisis pour favoriser l'atteinte des résultats du programme auprès des femmes visées, travail interdisciplinaire, démarche systématique, mise en place de soutiens spécifiques, ont présenté de grands problèmes et ont donné des résultats à tout

le moins limités. Il semble que ces moyens requièrent des transformations complexes et en profondeur des pratiques. Sur ce plan, il apparaît clair que la période prévue de collecte des données était véritablement trop courte : il faut plus de temps pour opérer de tels changements sociaux. De plus, il semble que les institutions, de même que les corporations professionnelles et les programmes de formation des intervenantes, prennent trop facilement pour acquis l'utilisation de tels moyens. Il existe très peu de recherches sur la mise en place d'équipes interdisciplinaires, l'utilisation de démarches systématiques ou de soutiens spécifiques visant des clientèles ciblées. On se contente, semble-t-il, de proposer de nouveaux concepts susceptibles d'améliorer les interventions sans étudier suffisamment les conditions concrètes dans lesquelles ils viennent s'insérer. Des recherches plus complètes sont nécessaires afin d'améliorer les connaissances sur les pratiques d'intervention en général et avec des populations démunies en particulier.

- L'utilisation d'une nouvelle approche fondée sur la promotion de la santé nécessite des transformations majeures par rapport à une approche plus traditionnelle, quoique relativement récente, de prévention. La promotion de la santé repose sur des postulats différents, comme l'a bien démontré l'article de Stachtchenko et Jenicek (1990). Il s'agit véritablement d'un changement paradigmatique qui exige des modifications profondes d'attitudes et de pratiques. L'étude antérieure sur la validation de construit de la grille d'analyse continue des besoins (Perreault et al., 1994) avait bien montré que cet instrument, qui se voulait un outil de promotion de la santé, avait au contraire été construit à partir d'une approche préventive par facteurs de risque, ce qui empêchait une véritable approche de promotion de la santé. Comment partir des besoins perçus et pas toujours exprimés par les femmes pour développer avec elles un véritable *empowerment*, tout en mettant en place une intervention efficace sur les comportements et les habitudes de vie ? La présente étude montre qu'il est possible de le faire globalement à travers l'établissement d'une relation de confiance mutuelle, mais le développement d'approches spécifiques visant certaines habitudes de vie, comme le tabagisme ou l'allaitement maternel, mérite des études beaucoup plus approfondies.

6.5 COMPRÉHENSION GLOBALE À PARTIR DU MODÈLE POLITIQUE ET CONTINGENT D'ANALYSE

Si le programme a pu être implanté dans ses dimensions les plus fondamentales, c'est que l'adhésion des acteurs qui exerçaient des contrôles importants dans sa mise en œuvre était pratiquement totale. Elle a été sans faille chez les partenaires privilégiés du DSC, les CLSC, dans tous les groupes d'actrices, des intervenantes aux directions générales en passant par les directions d'équipe. Cette adhésion a été suffisamment forte pour résister à des enjeux stratégiques majeurs liés à l'opérationnalisation de la mission même des CLSC lors d'un moment crucial de leur développement, soit celui d'un virage vers les clientèles à haut risque. Mais le programme n'aurait pas pu être implanté sans qu'il n'obtienne l'adhésion des personnes auxquelles il était destiné : on a vu comment la grande majorité des femmes sont venues vérifier avec beaucoup de craintes la dangerosité du programme. Il est clair que

ce programme atteint bien ses objectifs pour rejoindre les populations les plus marginales mais qui présentent en même temps les besoins les plus grands.

Au-delà de ce jugement global sur l'implantation de NAÏTRE ET GRANDIR ÉGAUX, l'utilisation du modèle théorique permet certains constats sur la mise en œuvre générale de programmes dans des institutions. Le premier peut sembler un truisme : implanter un programme dans une organisation n'est pas simple. On peut penser que tout nouveau programme, aussi peu complexe qu'il puisse paraître, s'inscrit immédiatement à l'intérieur d'enjeux existants et peut même susciter de nouveaux enjeux, imperceptibles jusque-là. En effet, la nouveauté menace l'équilibre des forces en présence et confronte les stratégies fondamentales des actrices qui doivent réagir afin de garder leur pouvoir, augmenter ce pouvoir ou tout simplement ne pas perdre de pouvoir. L'implantation d'un programme suscite la mise en place de nouveaux jeux stratégiques en réaction à l'implantation, ce que Denis et Champagne (1990) appellent justement des stratégies de réaction dans leur modèle théorique. Ces nouveaux jeux stratégiques peuvent transformer complètement les objectifs de départ du programme ou modifier à un point tel l'opérationnalisation du programme que les objectifs ne pourront jamais être atteints. On peut ainsi comprendre comment des programmes n'ont pratiquement plus rien de semblable à ce qu'ils étaient au point de départ ou à ce qui avait été planifié. Ceci semble particulièrement vrai des programmes destinés à des clientèles présentant des difficultés nouvelles : les changements nécessaires tant dans les pratiques que dans les modes de gestion sont à ce point importants qu'ils suscitent des enjeux majeurs et provoquent des transformations rapides dans les jeux stratégiques des acteurs. Il ne s'agit donc pas seulement d'un manque d'énergies, de disponibilités, des effets d'une résistance au changement, mais bien d'une caractéristique inhérente à toute action de traduction : il est clair que l'implantation d'un programme n'est pas une simple diffusion d'une innovation, mais bien une traduction par le milieu d'implantation, comme l'affirme Callon (1986), mais cette traduction s'opère à l'intérieur de rapports de force entre les acteurs et entre les institutions à plusieurs niveaux : entre les professionnels entre les gestionnaires et les professionnels ou certains professionnels, etc.

Mais si l'implantation d'un programme n'est pas chose simple, elle est cependant possible. Quatre conditions facilitantes se dégagent principalement de cette recherche.

D'abord, le programme doit être conçu dans une optique de traduction, plutôt que de diffusion, avec les quatre étapes : problématisation, intéressement, enrôlement et mobilisation. Ceci favorise, mais ne garantit peut-être pas – il faudrait plus de recherches pour l'affirmer – l'adhésion au programme qui est capitale lors des réalignements stratégiques : les objectifs du programme doivent être à la fois centraux et conformes aux stratégies fondamentales des acteurs impliqués dans l'implantation. Il faut s'en assurer avant le début de l'implantation.

En second lieu, il faut nuancer cette optique de traduction en indiquant clairement les aspects du programme qui devront être absolument maintenus et qui ne peuvent faire l'objet de traduction, c'est-à-dire d'adaptation par les acteurs. Il est clair pour les chercheurs que si le DSC avait accepté dès le départ ou même en cours de route de modifier les critères de recrutement, le programme n'aurait probablement pas rejoint vraiment les personnes qu'il visait. Céder sur la sous-scolarisation ou l'origine des femmes

en assouplissant les critères de recrutement, comme cela a été demandé par des CLSC, aurait fait en sorte que des femmes auraient été rejointes plus facilement et rapidement, mais celles présentant les plus grands besoins ne l'auraient pas été et le programme au complet aurait été modifié.

En troisième lieu, il est important de commencer l'implantation quand tous les outils d'intervention sont suffisamment préparés. Ceci n'est pas toujours possible, malheureusement. Cette recherche montre que le programme peut s'implanter quand même, mais les changements sont déjà tellement exigeants qu'il faudrait éviter le plus possible d'en ajouter en cours de route. Sans l'adhésion totale des acteurs, il est fort possible que des difficultés liées à des outils insuffisamment prêts pourraient empêcher l'implantation même d'un programme.

Finalement, l'implantation d'un programme semble modifiée par un processus de recherche. La recherche est une activité de rigueur scientifique et oblige par le fait même à beaucoup de rigueur dans la démarche d'implantation. Il ne faudrait cependant pas confondre rigueur et rigidité : plusieurs activités de recherche prévues ont été modifiées en cours de route quand elles nuisaient à la mise en place du programme. Par exemple, les chercheurs ont accepté de ne plus exiger le minutage des pratiques qu'exigeait la première version de la fiche d'intervention clinique cumulative (ce qui contredisait l'approche globale de promotion de la santé), mais ont négocié un nouveau mode qui respectait les critères d'une recherche rigoureuse (beaucoup, un peu, pas du tout pour indiquer l'intensité des pratiques). De plus, la recherche exige des moments d'observation et de collecte de données qu'il faut le plus possible respecter : ceci oblige les acteurs à mettre en place des éléments qui seraient probablement retardés ou même carrément oubliés s'il n'y avait pas ce risque de « perdre la face » devant les chercheurs. Ceci est probablement encore plus vrai quand la recherche se déroule sur plus d'un site, car il y a alors une émulation, qui doit cependant demeurer une saine émulation. On voit une fois de plus que la recherche modifie les situations : l'important est d'en prendre note. Dans le cas de l'évaluation d'une implantation de programme, il semble que la recherche favorise l'implantation du programme *tel que conçu*.

6.6 LES AVANTAGES ET LES DIFFICULTÉS DE L'UTILISATION DU MODÈLE THÉORIQUE

Le modèle théorique utilisé s'est avéré un outil puissant pour documenter le processus de mise en oeuvre et surtout pour l'expliquer : il a permis de mener des analyses à partir de plusieurs sources de données. Comme mentionné au chapitre 2 sur la méthode de recherche, le modèle était suffisamment précis et heuristique pour que l'arbitrage entre les données ne soit pas nécessaire, comme l'avaient d'abord craint les chercheurs. L'utilisation de ce modèle, couplée aux huit sources de données, donne une validité interne assez rare à cette recherche.

Il s'agit nettement d'un modèle théorique car il permet de comprendre et d'expliquer, chaque concept du modèle s'avérant relié aux autres comme prévu dans la théorie de départ. Cependant, il ne s'agit pas d'un modèle théorique prédictif : on ne peut absolument pas prédire ce qui va se passer car il y a trop de contingences dans les situations sociales : c'est justement une force de ce modèle d'être contingent, en plus de politique. À plusieurs reprises, les prédictions spontanées des chercheurs à la suite des collectes de données se sont avérées totalement ou partiellement erronées parce que la situation avait changé tant dans les rapports stratégiques (nomination d'une nouvelle responsable) que dans le contexte (financement imprévu d'une activité qui aurait pu disparaître). On ne peut décidément appliquer aux théories des sciences humaines et sociales un critère de prédiction comme c'est le cas en astrophysique où un mauvais calcul enverrait une sonde sur une autre planète que celle visée !

Cependant, deux difficultés ont été rencontrées. D'abord, le modèle politique et contingent exige une analyse approfondie des enjeux entre les divers acteurs. Afin de mieux comprendre et situer les stratégies de réaction au programme, il faut absolument conceptualiser le ou les enjeux auxquels les acteurs sont confrontés. Il s'agit d'une phase analytique intrinsèque à toute analyse de type stratégique. En ce sens, l'utilisation du modèle ne va pas de soi : c'est un modèle exigeant. Par ailleurs, le problème majeur de l'utilisation d'un tel modèle, fondé sur l'analyse stratégique, est qu'il complique davantage les aspects éthiques inhérents à toute recherche évaluative, aspects éthiques qui ne sont pratiquement jamais abordés.

Au début de la recherche, les acteurs faisant l'objet d'entrevues ou d'observations à l'intérieur des CLSC ont signé une lettre de consentement dans laquelle les chercheurs garantissaient l'anonymat et la confidentialité. Cette garantie s'est cependant avérée impossible à respecter. Même si le plan d'analyse prévu a été modifié, puisque les analyses pour chaque CLSC demeureront secrètes, et même si les résultats des analyses transversales ont été présentés en essayant au maximum de ne pas identifier le CLSC, il est impossible pour les acteurs de chaque CLSC de ne pas reconnaître la personne assumant, par exemple, la direction générale ou la seule nutritionniste du CLSC.

C'est certainement le cas dans toute étude évaluative. On a qu'à prendre l'exemple de la fameuse étude Hawthorne qui, selon certains, aurait révolutionné les approches en relations de travail. Acker et Van Houten (1974) qui ont étudié les notes de terrain (impeccablement conservées) de cette recherche ont constaté que deux femmes qui ne voulaient pas coopérer à toutes les exigences de la recherche avaient été « remplacées » après huit mois. Ces auteurs ne nous disent pas cependant si ces femmes perdirent des avantages dans cette transaction et ne soulèvent pas de questions au plan éthique. Plusieurs études stratégiques, que l'on pense aux fameuses études de Crozier, ont certainement eu des effets sur les acteurs étudiés mais il n'en est jamais fait mention dans les écrits scientifiques. On peut croire que les chercheurs, qui ne retournent pas dans les entreprises étudiées après les publications, ne peuvent savoir si des acteurs ont subi des préjudices.

Ce n'était pas le cas dans le cadre de cette recherche. Les CLSC participants étaient des partenaires de longue date : certains participent encore à une recherche sur les effets du programme qui se prolongera jusqu'à l'an 2002 ! Dans un tel contexte, dévoiler les jeux

stratégiques à travers des organisations aussi faciles à repérer, avec peu d'actrices et des actrices aussi facilement identifiables, s'est révélé un problème majeur. Une expérience de validation des analyses s'est avérée difficile, certaines actrices se sentant appuyées par les chercheurs et d'autres disqualifiées. Comment publier par la suite sans être accusé de privilégier certaines actrices ? Comment protéger la confidentialité si on fait lire les résultats préliminaires par les actrices ? Mission impossible. Toute recherche évaluative pose des questions éthiques qui devraient être prises en compte. Il est plutôt naïf de croire que l'on peut protéger l'anonymat et la confidentialité comme l'ont cru les chercheurs au début de cette recherche. Il faut plutôt songer à des mécanismes protégeant les acteurs qui pourraient se sentir lésés. Au-delà de ces questions éthiques à résoudre en recherche évaluative, l'utilisation d'un modèle stratégique pose problème quand il s'agit de partenaires sur une longue période, car les acteurs, et on peut facilement les comprendre, n'aiment pas nécessairement voir leurs stratégies dévoilées aux autres. Par contre, une analyse stratégique apparaît fondamentale à la fois pour guider les mécanismes d'implantation et pour expliquer, au lieu de seulement décrire, les processus sociaux au cœur de la mise en œuvre d'un programme.

6.7 LES AVANTAGES ET LES DÉSAVANTAGES DE LA MÉTHODE DE RECHERCHE

Il s'agissait d'une méthode de recherche à la fois très riche et très lourde à utiliser. Des entrevues en profondeur avec autant d'acteurs, des observations directes sur plusieurs cahiers de bord, ont fait de cette recherche un vaste chantier qui a requis des énergies peu communes. On ne reconnaît pas suffisamment le temps qu'il faut pour mener à bien des études qualitatives : c'est hors de proportion comparativement à l'analyse de données quantifiables. Mais c'est le seul moyen d'étudier en profondeur des processus. Il est nécessaire de mieux comprendre comment peuvent être mis en œuvre des programmes de plus en plus complexes, destinés à des populations peu connues. Même si la collecte des données est une entreprise d'envergure, elle est indispensable pour bien étudier les processus. Cependant, à la lumière de cette expérience, les chercheurs en ont conclu que trois temps de collecte des données n'étaient pas nécessaires pour avoir une bonne idée des processus en jeu : deux temps, l'un au début et l'autre à la fin de la phase prévue d'implantation, sont suffisants pour dégager les stratégies fondamentales et les stratégies de réaction, ce qui est essentiel pour bien comprendre les processus en cause. Cette constatation a été vérifiée par la suite dans un projet de recherche semblable : deux temps de collecte au lieu de trois, comme dans cette recherche-ci, épargnent à la fois beaucoup de temps et d'énergies, et ce, sans réduire la qualité des découvertes.

Conclusion

Quelles conclusions tirer au terme du rapport de cette recherche, qui a pour objectif d'évaluer la mise en œuvre d'un programme intégré de prévention et de promotion de la santé auprès de femmes enceintes très défavorisées ? D'emblée, il faut souligner le décalage important survenu entre le moment de la publication de ces résultats de recherche et l'état d'avancée de l'intervention, du fait des longs délais d'analyse qui ont été nécessaires. Il en découle un certain malaise à présenter des conclusions puisque les principaux constats concernant l'intervention ont été régulièrement présentés aux acteurs et ont donc déjà contribué à faire évoluer le programme, comme en font foi les informations présentées dans le préambule. Malgré ces réserves, voici les principales réflexions qui se dégagent de cette étude, qu'elles soient liées à l'intervention ou à la recherche, ainsi que certaines perspectives d'avenir.

1. DES ACQUIS POUR L'INTERVENTION

Le premier constat est probablement celui de l'ampleur du changement proposé dans ce programme. À première vue, on aurait pu croire qu'il ne s'agissait que d'introduire un nouveau programme, proche de ceux en cours dans les CLSC. Pourtant, cette recherche fait prendre conscience qu'il s'agissait plutôt d'un véritable changement social, impliquant d'importantes modifications des attitudes des intervenantes (qu'il s'agisse de créer une réelle relation de confiance ou encore de situer la femme enceinte directement au centre d'un processus de changement qui part de ses besoins et de ses propres forces) et d'énormes transformations de leurs pratiques (on n'a qu'à penser aux difficultés rencontrées dans le travail multidisciplinaire) et de celles des gestionnaires.

Comme toute nouveauté qui menace l'équilibre des forces en présence, peut-être plus encore compte tenu des caractéristiques du programme, le changement demandé était donc très exigeant. C'est certainement grâce à la grande force de l'adhésion institutionnelle et personnelle de tous les acteurs impliqués qu'il a pu survenir. Pourtant, il faut rappeler que, si le DSC, qui agissait comme leader et promoteur principal, a choisi dans une certaine mesure les CLSC impliqués et a donc pu susciter l'adhésion des directions de ces établissements, il n'y a pas eu de recrutement d'intervenantes spécialement pour le programme puisque ce dernier a été construit avec les équipes (chefs d'équipe et intervenantes) en place dans les CLSC. Leur adhésion, plus forte encore que celle anticipée, en est d'autant plus intéressante. En fait, comme le montre cette recherche, le programme correspond bien dans l'ensemble à leurs stratégies fondamentales. On peut penser que ce fut déterminant puisque, même avec ce niveau d'adhésion, plusieurs réticences se sont manifestées face à certains aspects du programme. De plus, le choix du DSC de s'investir sur le plan des contenus et des orientations de santé publique, tout en respectant totalement les pratiques de chaque

CLSC, a certainement favorisé le succès de sa mise en œuvre en implantant le programme par traduction plutôt que par simple diffusion.

Le programme a bien sûr évolué au cours de toutes ces années, comme mentionné dans le préambule. Certains termes de la première entente signée avec les CLSC apparaissent d'ailleurs bien désuets à la relecture. Pourtant, le programme est resté fidèle aux orientations de départ, en particulier à sa philosophie et au choix de sa clientèle. Malgré les difficultés du réseau de la santé et des services sociaux, les problèmes divers de financement et de mobilité des intervenantes, cela représente un autre signe de sa force et de l'importance de la mobilisation de ses acteurs.

Au-delà de ces constats généraux, le résultat le plus important est probablement le succès du programme à rejoindre et garder les femmes qui vivent en situation d'extrême pauvreté. Cette recherche confirme d'abord que la faible fréquentation des services par les personnes de ce milieu est bien reliée à leur grande méfiance face à des professionnels et des institutions d'abord perçus comme menaçants, puisqu'ils possèdent d'énormes pouvoirs sur eux, dont en tout premier lieu celui de juger de leur capacité parentale et de leur enlever la garde de leurs enfants. Les intervenantes des services publics sont *a priori* perçues comme des « ennemies » qui viennent les contrôler et les sanctionner. Heureusement, cette recherche montre aussi que cela peut changer et que, sans nier la fonction de contrôle social, il est possible d'entrer en relation avec ces femmes sur la base de la confiance et de l'aide. La composante très concrète du don d'aliments rend immédiatement perceptible et tangible cette aide et rejoint positivement les stratégies des femmes enceintes. Bien sûr, cela ne suffit pas et la recherche montre aussi que le développement d'une réelle relation de confiance est possible. Non seulement les femmes surmontent-elles leur méfiance pour bénéficier du programme, mais elles se déclarent satisfaites des services reçus et surtout elles découvrent en l'intervenante une personne disponible et aidante qui ne les « cale » pas et qu'« elles aiment bien », comme diront plusieurs d'entre elles. D'« ennemies » potentielles, les intervenantes deviennent des « amies ». Les femmes ne quittent pas le programme, alors qu'elles auraient pu le faire sans perdre les suppléments alimentaires. Et pourtant le programme rejoint bien celles que les CLSC ont de la difficulté à rejoindre, comme en témoignent leurs difficultés de recrutement, sauf dans le cas d'un CLSC. Il est donc possible de rejoindre ces femmes et de leur proposer un programme qui les satisfait.

En corollaire, on observe également que les intervenantes ont aussi tendance à être satisfaites de ce nouveau type d'intervention, ce qui représente un autre résultat non négligeable de la mise en œuvre du programme puisque ce sont elles qui le dispensent auprès des femmes. Malgré les difficultés rencontrées, elles ont continué l'implantation du programme et ont accepté les exigences de la recherche. Bien sûr, le programme rejoignait leurs stratégies fondamentales, mais, malgré certaines insatisfactions liées à la formation reçue, à certains outils et à l'exigence de remplir plusieurs formulaires, elles y ont aussi trouvé une nouvelle façon d'intervenir qui leur a plu et que certaines souhaitaient depuis longtemps. En particulier la démarche systématique et le travail en équipe multidisciplinaire, même rudimentaire, leur ont permis de se sentir moins impuissantes face à ces femmes aux besoins si nombreux et si complexes.

Au terme d'une analyse détaillée, on peut dire que la mise en œuvre du programme intégré est réussie. C'est très net (important et constant, pour reprendre les termes de l'analyse) en ce qui concerne l'implantation du soutien alimentaire, qui a été réalisée avec succès et à la satisfaction de toutes, et l'instauration de la relation de confiance. Par contre, c'est important mais inconstant pour le niveau de recrutement qui a différé d'un CLSC à l'autre.

D'autres aspects du programme ont été plus limités. Le recours aux ressources du milieu, qui aurait dû faire l'objet d'ententes entre les CLSC et les organismes communautaires, n'a guère été effectué de la manière souhaitée, sauf lorsque des liens de collaboration étaient établis au préalable. Quant aux collaborations avec les services médicaux et hospitaliers, elles se sont avérées impossibles à établir malgré les efforts déployés.

La démarche systématique d'intervention a souffert d'une certaine confusion au départ, lors du choix du modèle conceptuel, et a été implantée de façon inconstante et limitée. Elle a toutefois été prise au sérieux par la plupart des intervenantes qui ont compris l'orientation proposée de replacer la femme enceinte au centre du processus de changement en s'appuyant sur ses capacités et ses motivations. Certaines intervenantes y ont même trouvé davantage de soutien pour orienter leur intervention grâce au processus d'identification continue des besoins et au plan de services. Par contre, cette nouvelle philosophie d'intervention exige une adaptation importante et impose des modifications majeures qui nécessitent beaucoup de temps.

Le travail multidisciplinaire n'a pas été facile. Non seulement la vision des intervenantes est d'emblée fortement teintée par leur profession respective, mais la méfiance et la crainte d'être jugées par les autres membres de l'équipe sont très présentes. Même si certaines voient la confrontation en équipe multidisciplinaire comme nécessaire et enrichissante, les intervenantes ne sont pas toutes convaincues que la multidisciplinarité est efficace pour améliorer leur intervention. Dans ce contexte, la multidisciplinarité s'inscrit dans un processus à très long terme.

L'offre de soutiens spécifiques, en particulier en ce qui a trait aux changements de comportement des femmes, a également présenté des difficultés. Les intervenantes craignent notamment qu'une insistance trop prononcée de leur part en faveur de changements importants (au regard du tabagisme par exemple) menace, voire brise, la relation de confiance qu'elles souhaitent établir et maintenir avec elles.

2. DES ACQUIS POUR LA RECHERCHE

D'abord, il faut souligner l'importance de cette recherche évaluative qui représente une source de connaissances appréciable. Non seulement permet-elle de savoir si la mise en œuvre est réussie et comment elle s'est déroulée, mais elle apporte aussi un éclairage très précis sur les mécanismes d'implantation de programmes, sur les stratégies personnelles et institutionnelles des acteurs et sur les relations avec les personnes de milieu défavorisé.

Cette recherche a nécessité beaucoup plus de temps que prévu pour l'analyse des très nombreuses données colligées, dont la richesse est considérable et mérite d'être prise en compte. Sur le plan de l'avancement des connaissances, l'utilisation d'un modèle relativement nouveau et assez complexe d'analyse s'est révélée un bon choix puisqu'il s'agit d'un outil puissant pour documenter et expliquer le processus de mise en œuvre à partir des huit sources de données.

Le processus de recherche a toutefois semblé contraignant pour les acteurs, tout au long de sa réalisation, et il ne faut pas sous-estimer les efforts qu'il a requis. D'abord, une telle évaluation de mise en œuvre nécessite une grande souplesse de la part des chercheurs. Tout en gardant la rigueur requise, il est impératif d'effectuer les changements nécessaires (par exemple modifier certaines collectes de données). Mais la recherche a aussi nécessité beaucoup d'ajustements de la part des intervenantes. Il s'agissait effectivement d'un processus très lourd qui, au début surtout, a ajouté à la complexité et aux exigences du développement du programme. Inévitablement et justement, un tel protocole crée des attentes importantes chez les intervenantes qui ont hâte de connaître les résultats de la recherche. Malgré des communications réalisées en cours de recherche et malgré les efforts investis pour assurer le retour des résultats aux acteurs, il n'en demeure pas moins qu'il a été très difficile de répondre aux nombreuses attentes suscitées. En particulier, il a été délicat de retourner aux acteurs les résultats qui dévoilaient leurs propres stratégies du fait de la difficulté à préserver la confidentialité.

Il est vite apparu illusoire de penser garantir, dans le rapport de recherche, l'anonymat et la confidentialité des actrices. Les chercheurs avaient même tenu à inclure cet aspect dans le consentement écrit obtenu non seulement des directions d'établissement mais aussi de chaque intervenante impliquée. Tout, bien sûr, a été fait pour les préserver au maximum, mais les auteurs reconnaissent leur naïveté dans ce domaine en début de recherche. Il devient en effet vite possible aux lecteurs avertis d'identifier certaines intervenantes. Les règles d'éthique doivent donc conduire à une réflexion plus approfondie pour garantir à ceux qui participent de bonne foi à tout le moins l'absence de conséquences fâcheuses, d'effets pervers ou de nuisances à la suite de leur participation.

Le protocole de recherche s'est avéré très lourd et coûteux. Comme anticipé dès le début, il a nécessité plusieurs compléments au financement initial. Au terme de cette recherche, une fois démontrée sa grande validité interne du fait du grand nombre de sources de données, il apparaît aux chercheurs que ce nombre pourrait être réduit et que les mécanismes de recherche pourraient être allégés pour permettre de retourner plus rapidement les résultats aux acteurs dans une perspective de recherche-action. Ainsi, on pourrait être plus économe sur les temps d'observation : deux seuls seraient suffisants, soit au début et à la fin de la période d'observation. Bien sûr, cette recherche vise beaucoup plus que la description de la mise en œuvre du programme, puisque le modèle politique et contingent choisi pour l'analyse permet aussi de comprendre et d'expliquer les phénomènes décrits et observés. Cependant, l'ensemble du protocole s'est cependant révélé très exigeant et très risqué en matière d'adhésion des acteurs.

On peut toutefois souligner qu'il a eu finalement un effet bénéfique. D'une part, étant donné l'observation continue, le protocole a entraîné inévitablement plus de rigueur

dans la mise en application du programme. D'autre part, il a entraîné plus de conformité, en particulier pour les critères de recrutement. Comme les caractéristiques de la population ciblée étaient un enjeu prioritaire de la mise en œuvre et du programme en général, l'évaluation a certainement empêché des glissements prévisibles vers une population moins défavorisée, puisque les intervenantes devaient respecter ces exigences venant de la recherche.

3. DES PERSPECTIVES D'AVENIR

En ce qui concerne la **recherche**, l'expérience acquise permet de tirer plusieurs conclusions.

D'abord, de façon spécifique, cette recherche a mis en évidence plusieurs pistes de réflexion. Au regard des règles d'éthique et de confidentialité, par exemple, il y a lieu d'enrichir nos réflexions et nos façons de faire pour garantir l'absence d'effets pervers de toute recherche menée auprès d'intervenantes et d'établissements qu'il est possible d'identifier, quelles que soient les précautions prises. Un autre résultat à prendre en compte pour de futures recherches est certainement la nécessité d'inclure dès le départ les bénéficiaires du programme comme acteurs de l'intervention et donc comme sujets d'évaluation. Il est d'ailleurs paradoxal qu'alors que les femmes enceintes étaient considérées comme la raison même de l'ampleur des changements introduits dans l'intervention, elles n'aient pas d'emblée été considérées comme actrices majeures de son implantation. Cette déficience initiale du protocole a heureusement pu être corrigée.

Par ailleurs, d'autres recherches pourraient prendre la relève. L'ampleur des changements introduits et étudiés nécessite plus de temps d'observation, et plusieurs pistes de recherche se dégagent de ce rapport, qu'il s'agisse de certaines pratiques d'intervention, comme la démarche systématique et le travail en équipe multidisciplinaire, ou de composantes du programme, comme le soutien aux modifications de comportement.

Enfin, l'expérience acquise lors de cette recherche rejoint les constats des écrits les plus récents à savoir qu'il est préférable de négocier la recherche avec les acteurs avant même de bâtir le protocole. En plus d'enrichir le projet, cela facilite la compréhension des diverses dimensions de la recherche par tous les acteurs.

Au-delà de ces considérations spécifiques, cette recherche mène à une réflexion de plus grande envergure sur les difficultés de la recherche évaluative et sur la relative inadaptation des programmes qui la subventionnent. La recherche évaluative est très diverse, mais elle devrait viser à aller plus loin que l'analyse descriptive pour identifier et comprendre les résultats de l'intervention évaluée. Force est de reconnaître toutefois que la recherche-action, à laquelle la présente recherche peut s'apparenter, ne dispose toujours que de moyens réduits par rapport à la recherche plus classique. Pourtant, il ne faut pas sous-estimer les difficultés d'allier des protocoles légers et maniables avec les exigences et les contraintes de la recherche explicative. Il y a souvent disproportion entre les moyens requis et les ressources financières disponibles lorsque l'on vise une

évaluation rigoureuse et scientifique qui va bien au-delà de la description de l'intervention. Il ne faut pas dès lors escamoter le débat entourant les moyens dont disposent respectivement la recherche-action et la recherche plus classique.

En ce qui concerne l'**intervention**, il est clair que les résultats de la recherche permettent de tirer certaines conclusions quant à l'implantation d'un programme en général et quant aux ajustements à réaliser.

L'implantation d'un nouveau programme fait toujours l'objet de discussions entre ses promoteurs et ceux qui le mettront en œuvre. Cette recherche a montré que l'adhésion des acteurs est cruciale et qu'il est donc indispensable d'y consacrer temps et énergie, et de s'assurer de cette adhésion non seulement de la part des décideurs impliqués mais aussi de tous les intervenants.

Une fois cette étape franchie, la nouvelle intervention doit être soigneusement planifiée. Même s'il est difficile de tout prévoir et d'avoir le sentiment d'être parfaitement prêt, on peut certes penser que les outils d'intervention et de recherche doivent être tous disponibles dès le début. L'absence de certains d'entre eux dans cette recherche a été déplorée et a entraîné une certaine confusion.

Une attention particulière doit être accordée à la formation des intervenantes, surtout lorsque des changements importants de pratique et d'attitudes sont visés. Les promoteurs du programme en étaient bien conscients et avaient préparé plusieurs programmes de formation. L'introduction de la démarche systématique d'intervention et du travail multidisciplinaire aurait requis une formation continue sur une plus longue période, notamment sous forme d'un accompagnement et d'études des cas rencontrés.

Les contraintes relatives au peu de disponibilité d'intervenantes de professions différentes et aux difficultés du travail en équipe doivent être davantage considérées. Des adaptations ont été apportées pour tenir compte du fait que les intervenantes privilégiées sont très majoritairement, voire exclusivement dans bien des cas, des infirmières. La contribution des autres intervenantes reste essentielle mais a dû être repensée lors du développement du programme.

En ce qui concerne la participation des organismes communautaires, la déficience du programme à les impliquer initialement comme partenaires du DSC et des CLSC a été soulignée à plusieurs reprises en cours de recherche. Ce constat a permis de corriger la situation dans le développement ultérieur du volet postnatal du programme. Il apparaît donc essentiel d'associer dès le début tous les partenaires impliqués.

Enfin, deux aspects importants du programme méritent une réflexion additionnelle à la suite de cette recherche. D'une part, la question du soutien aux modifications de comportement des femmes enceintes demeure entière et plus précisément l'introduction de mesures plus ciblées de prévention à l'intérieur d'une démarche de promotion de la santé. D'autre part, en complément à l'indispensable relation de confiance, d'autres pistes d'interventions doivent être développées pour permettre un réel *empowerment* des femmes et de leur famille. Certaines actions ont d'ailleurs déjà été entreprises en ce sens, comme on l'a vu dans le préambule.

La mise en place d'un nouveau programme est une aventure fascinante et très exigeante. Ce fut le cas pour le programme NAITRE ÉGAUX-GRANDIR EN SANTÉ qui a été implanté grâce à la conviction des gestionnaires et des intervenantes des CLSC qui se sont alors révélés de véritables pionniers de l'intervention et de la recherche. Près de dix ans après le début de l'implantation, non seulement le programme est toujours là, mais il s'est enrichi de l'expérience quotidienne de ses acteurs et des résultats de l'évaluation de son implantation. Tout cela a nécessité une importante adhésion des acteurs, de la détermination et de la souplesse des promoteurs et une grande implication des intervenantes. C'est à ce prix que nous pouvons transformer nos programmes pour améliorer la qualité de vie et la santé des familles qui en ont le plus besoin.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- Acker, J., Van Houten, D.R. (1974). Differential recruitment and control : the sex structuring of organizations, *Administrative Science Quarterly*, vol. 19, n° 2.
- Affonso, D., Nayberry, L., Graham, K., Shibuya, J., Kunimoto, J. (1992). Prenatal and postpartum care in Hawaiï : a community-based approach, *JOGNN*, vol. 22, n° 4, p. 320-324.
- Ampleman, G., Duhaime, R. (1986). *Formation à l'intervention en périnatalité en milieux populaires*, Québec, Essai soumis à l'École de service social de l'Université Laval.
- Argyris, C. (1982). Creating long-term organizational change. In : Goodman PS et al., *Change in organizations*, San Francisco, Jossey-Bass Publ., p. 47-86
- Argyris, C. (1985a). Dealing with threat and defensiveness. In : Penning JM et al., *Organizational Strategy and Change*, San Francisco, Jossey-Bass Publ., p. 412-430.
- Argyris, C. (1985b). *Strategy, change and defensive routines*, Boston, Pitman.
- Argyris, C. (1997). Initiating change that perseveres, *American Behavioral Scientist*, vol. 40, n° 3, p. 299-309.
- Argyris, C., Putman, R., McLain-Smith, D. (1985). *Action science*, San Francisco, Jossey-Bass Publ.
- Barley, S.R. (1986). Technology as an occasion for structuring : evidence from observations of scanners and the social order of radiology department, *Administrative Science Quarterly*, vol. 31, p. 78-108.
- Barnard, K.E., Magyary, D., Summer, G. (1985). Prevention of parenting alterations for women with low social support, *Psychiatry*, vol. 51, p. 248-253.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents : assessment issues. In : BH Gotlib, ed., *Social network and social support*, Beverly Hills, Sage Publ.
- Beauport, M.-F. (1997). Intégration des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être par le biais des représentations véhiculées par les formateurs dans la relation éducative, *Mesure et évaluation en éducation*, vol. 18. n° 1, p. 3-35.

- Becker, S.W, Whisler, T.L. (1967). The innovation organization : a selective view of current theory and research, *The Journal of Business* , vol. 40, p. 462-469.
- Belle , D. (1982). *Lives in stress : women and depression*, London, Sage Publ.
- Bennis, W. (1966). *Changing organizations*, New York, McGraw Hill.
- Berman, P. (1980). Thinking about programmed and adaptive implementation : matching strategies to situations. In : Mann, D., Ingram, H. ed., *Why policies succeed and fail*, Beverley Hills, Sage Publ.
- Binsacca, D.B. et al. (1987). Factors associated with low birthweight in an inner-city population : the role of financial problems, *Am J Public Health*, vol. 77, p. 505-506.
- Blondel, B., Kaminski, M., Breart, G., (1980). Antenatal care and maternal demographic and social characteristics. Evolution in France between 1972 and 1976, *J. Epidemiol Community Health*, vol. 34, p. 157-163.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps, *Ann. Eco. Soc. Civilis*, vol. 26, n° 1, p. 205-233.
- Bouchard, C. (1990). Lutter contre la pauvreté ou ses effets ? Les programmes d'intervention précoce, *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2, p. 138-149.
- Boyer, G., Parisien, D. (1998). *Naitre égaux - Grandir en santé. Évaluation participative des priorités régionales de prévention - promotion de la santé et du bien-être*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Brodeur, J.-M., Perreault, M., Séguin, L., Colin, C., Boyer, G. (1995). *Étude des effets d'un programme prénatal de santé communautaire en prévention et en promotion de la santé en milieu défavorisé*, protocole de recherche subventionné depuis 1993 par le Programme national de recherche et de développement en santé (PNRDS).
- Brunet, M., Vinet, A. (1978). *Les équipes multidisciplinaires dans les CLSC : 1973-1976*. Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.
- Bryce, R.L. (1991). Support in pregnancy, *Int. J. of Technol. Ass. in Health Care*, vol. 7, n° 4, p. 478-84.
- Buescher, P.A., Larson, L.C., Nelson, M.D., Lemhan, A.J. (1993). Prenatal WIC participation can reduce low birthweight and newborn medical costs : a cost-benefit analysis of WIC participation in North Carolina, *J. Am. Dietet. Ass.*, vol. 93, n° 2, p. 163-66.
- Buescher, P.A., Roth, M.S., Williams, D., Gofarth, C.M. (1991). An evaluation of the impact of maternity care coordination on Medicaid birth outcomes in North Carolina, *AJPH*, vol. 81, n° 12, p. 1625-29.

- Burns, T., Stalker, G. (1961). *The management of innovation*, London, Tavistock Publ.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction, *L'année sociologique*, vol. 36, p. 169-208.
- Campbell, D.T. (1975). Degrees of freedom and the case study, *Comparative Political Studies*, vol. 8, n° 2, p. 178-193.
- Carnall, C.A. (1986). Toward a theory for the evaluation of organizational change, *Human Relations*, vol. 39, n° 3, p. 745-766.
- Chamberlain, R. et al. (1975). *British births 1970. Vol. 1 : the first week of life*, London, Heineman.
- Champagne, F., Denis, J.-L., Pineault, R., Contandriopoulos, A. (1991). Structural and political models of analysis of the introduction of an innovation in organizations : the case of the change in the method of payment of physicians in long-term care hospitals, *Health Services Management Research*, vol. 4, n° 2, p. 94-111.
- Chen, J., Fair, M., Wilkins, R., Cyr, M. (1997). *Maternal education differences in fetal and infant mortality in Quebec, 1990-91*, Poster à l'APHA, Indianapolis.
- Clifford, P.G. (1992). The myth of empowerment, *Nursing administration Quarterly*, vol. 16, n° 3, p. 1-5.
- Cogan, R. (1980). Effects of childbirth preparation, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 23, n° 1, p. 1-14.
- Colin, C. (1980). *Maternité et extrême pauvreté. Étude sur les conditions de la grossesse et de la naissance en Quart monde dans une ville de l'est de la France*. Thèse de médecine, Université de Nancy, France.
- Colin, C. (1984). Grossesse, risques et prévention en milieu urbain très défavorisé : le Quart monde, *Prévenir*, X, p. 59-68.
- Colin, C., Desrosiers, H. (1989). *Naitre égaux et en santé*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Colin, C., Join-Lambert, L., Deschamps, J.-P. (1986). La protection maternelle et infantile et les familles sous-prolétaires, *La Revue de Pédiatrie*, vol. 22, n° 2, p. 91-93 et vol. 22, n° 3, p. 99-104.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G., Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Éd. St-Martin, Montréal.
- Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté. (1999). *Proposition pour une loi sur l'élimination de la pauvreté*, Québec, pauvrete@clic.net.

- Comité provincial Famille-Enfance-Jeunesse des Départements de santé communautaire du Québec (1992). *Naissance et pauvreté : des interventions à partager. Les actes du colloque.*
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1987). *Dossier Femmes. Programme de consultation d'experts*, Québec.
- Conseil canadien de développement social (1984). *Trop peu : définition et évaluation de la pauvreté au Canada*, Conseil canadien de développement social.
- Cooney, J.P. (1985). What determines the start of prenatal care ? Prenatal care, insurance, and education, *Medical Care*, vol. 23, n° 8, p. 986-997.
- Coveney, J. (1998). The government and ethics of health promotion. The importance of Michel Foucault, *Health education research : theory and practice*, vol. 13, n° 3, p. 459-468.
- Curry, M.A. (1989). Nonfinancial barriers to prenatal care, *Women & Health*, vol. 15, n° 3, p. 85-98.
- Curry, M.A. (1990). Factors associated with inadequate prenatal care, *Journal of Community Health Nursing*, vol. 7, n° 4, p. 245-252.
- Daft, R., Becker, S. (1978). *The innovative organization*. New York, Elsevier.
- Damanpour, F. (1987a). *Innovation type, radicalness and adoption process : a conceptual framework for the study of organizational innovations*, New-Orleans, Academy of Management.
- Damanpour, F. (1987b). The adoption of technological administrative, and ancillary innovations : impact of organizational factors, *Journal of Management*, vol. 13, n° 14, p. 675-688.
- Damanpour, F., Evan, W.M. (1984). Organizational innovation and performance : the problem of organization lag, *Administrative Sciences Quarterly*, vol. 29, p. 392-409.
- Deber, R.B., Leatt, P. (1986). Technology acquisition in Ontario hospitals : you can lead a hospital to policy, but can you make it stick ? In : Horne J.M. ed., *Proceedings of the third canadian conference on health economics*, Winnipeg, p 259-277.
- Debionne, F.P., Larcher, P., Colin, C. (1981). *Pour une politique de la maternité*, Pierre-laye, Éd. Science et service.
- Demers, A., Maltais, D., Trickey, F. (1993). Construction d'un programme en santé communautaire : du projet planifié à l'action implantée, *The Canadian Journal of Program Evaluation / La Revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 8, n° 1, p. 11-32.

- Denis, J.-L. (1988). *Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations - le cas de l'implantation de la vacation en centre d'hébergement au Québec*, Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Denis, J.-L., Champagne, F. (1990). *Analyse de l'implantation*, GRIS, Université de Montréal.
- Deschamps, G., Baumann, M., Deschamps, J.-P. (1987). Maternité et extrême pauvreté : la relation mères/professionnels de la santé, *Contraception-fertilité-sexualité*, vol. 15, n° 11, p. 1105-1110.
- Deschamps, G., Baumann, M., Deschamps, J.-P. (1987b). Maternité et extrême pauvreté : les consultations prénatales en milieu défavorisé. Opinions comparées des mères et des sages-femmes, *Contraception-fertilité-sexualité*, vol. 15, n° 12, p. 1181-1187.
- Deschamps, J.-P. (1976). *Grossesse et maternité chez l'adolescente*, Paris, Éd. Le Centurion.
- Downs, G.W. J.R., Mohr, L.B. (1976). Conceptual issues in the study of innovation, *Administration Science Quarterly*, vol. 21, n° 4, p. 700-714.
- Duquette, M.-P., Desrosiers-Choquette, J., Dubois, S. (1991). *Programme d'aide aux femmes enceintes de milieux défavorisés. Projet-pilote en CLSC*, Montréal, Dispensaire diététique de Montréal.
- Dussault, R. (1990). Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité, *Le Gérontophile*, vol. 12, n° 2, p. 3-6.
- Dutton, D.B. (1978). Explaining the low use of health services by the poor : costs, attitudes, or delivery systems ? *Amer. Sociol. Review*, vol. 43, p. 348-368.
- Dyer, W.G., Page, R.A. (1987). The politics of innovation, Working paper 87-1, Brigham Young University, School of Management.
- Elbourne, D., Oakley, A., Chalmers, I. (1989). Social and psychological support during pregnancy, In : Chalmers, I. et al. ed., *Effective care in pregnancy and childbirth*, vol. 1, Oxford UK, Oxford Univ. Press, p. 221-36.
- Elkim, S.L. (1983). Towards a contextual theory of innovation, *Policy Sciences*, vol. 15, p. 367-387.
- Elmor, R.F. (1978). Organizational models of social program implementation, *Public Policy*, vol. 26, n° 2, p. 185-228.
- Epp, J. (1986). *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, Ministère de la santé nationale et du bien-être social.
- Fennell, M.L. (1984). Synergy, influence and information in the adoption of administrative innovations, *Academy of Management Journal*, vol. 27, n° 1, p. 113-129.

- Fishbeins, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior : an introduction to theory of research*, Reading, MA, Addison-Wesley.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine*, New York, Harper et Row.
- Fullan, M. (1972). Overview of the innovative process and the uses, *Interchange*, vol. 3, n° 2-3, p. 1-46.
- Gabriel, A., McAnarney E.R. (1983). Parenthood in two subcultures : white, middle-class couples and black, low-income adolescents in Rochester, New-York, *Adolescence*, vol. 18, n° 71, p. 595-608.
- Gauthier, B. (1989). *Évaluation d'une intervention auprès de femmes enceintes de milieu défavorisé visant à augmenter le poids des nouveau-nés : Projet grossesse-santé*, CLSC de Hull.
- Geis, G.T. (1985). Risk taking, innovation and organizational environment. In : Kuhn RL, ed., *Frontiers in creative and innovative management*, Cambridge, Ballinger Publishing Company, p. 157-161.
- Giami, I. (1989). *Programmes intégrés de soins prénatals globaux*, Rapport d'évaluation préliminaire, DSC de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, document inédit.
- Goodman, P.S., Kurke, L.B. (1982). Studies of change in organizations : a status report. In : Goodman PS et al., *Change in organizations*, San Francisco, Jossey-Bass Publ., p. 1-46.
- Gortmaker, S.L. (1979). The effects of prenatal care upon the health of the newborn, *Am. J. Public Health*, vol. 69, p. 653-660.
- Gottlieb, L., Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing : a practice-derived model, *Advances in Nursing Science*, july, p. 51-61.
- Goulet, J., Beaugard, D., et al. (1999). *Naître égaux - Grandir en santé. Suggestions pour la mise en œuvre à partir des projets pilotes de Montréal-Centre et de l'Abitibi-Témiscamingue*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Gray, B., Ariss, S.S. (1985). Politics and strategic change accross organizational life cycle, *Academy of Management Review*, vol. 10, n° 4, p. 707-723.
- Gross, N, Giacquinta, J.B., Bernstein, M. (1972). *Implementing organizational innovation*, New York, Basic Books.
- Gutelius, M.F., Kirsch, A.D., MacDonald, S., Brooks, M.R., Erlean, T. (1972). Promising results from a cognitive stimulation program in infancy : a preliminary report, *Clinical Pediatrics*, vol. 10, p. 585-593.
- Gutelius, M.F., Kirsch, A.D., MacDonald, S., Brooks, M.R., Erlean, T. (1977). Controlled study of child health supervision : behavioral results, *Pediatrics*, vol. 60, p. 294-304.

- Hage, J. (1986). Responding to technological and competitive change : organizational and industry factors. In : Davis D.D., et al., *Managing technological innovation*, San Francisco, Jossey-Bass Publ., p. 44-71.
- Hage, J., Aiken, M. (1970). *Social change in complex organizations*, New York, Random House.
- Harris, B., Huckle, P., Thomas, R., Johns, S., Fung, H. (1989). The use of rating scales to identify postnatal depression, *Br J of Psychiatry*, vol. 154, p. 813-17.
- Harvey, E., Mills, R., (1970). Patterns of organizational adaptation : a political perspective. In Zlad, M.N., ed, *Power in organizations*, Nashville, Vanderbilt University Press.
- Hasenfeld, Y. (1980). Implementation of change in human service organizations : a political economy perspective, *Social Service Review*, vol. 54, p. 508-520.
- Hébert, R. (1989). Équipe multidisciplinaire et soins de longue durée, *Le médecin du Québec*, avril, p. 31-37.
- Herman-Taylor, R.J. (1985). Finding new ways of overcoming resistance to change. In : Penning, J.M. et al., *Organizational strategy and change*, San Francisco, Jossey-Bass Publ., p. 383-411.
- Hughes, D., Simpson, L. (1995). The role of social change in preventing low birthweight, *The future of children - Low birthweight*, Center for the future of children, vol. 5, n° 1.
- Institute of Medicine (1985). *Preventing low birthweight*, Washington DC, National Academy Press.
- Kaluzny, A.D., Veney, J., Gentry, J. (1974). Innovation of health services : a comparative study of hospitals and health departments, *Health and Society*, vol. 52, n° 1, p. 51-82.
- Katz, S.J., Armstrong, R.W., LoGerfo, J.P. (1994). The adequacy of prenatal care and incidence of low birthweight among the poor in Washington State and British Columbia, *AJPH*, vol. 4, n° 6, p. 986-991.
- Kimberly, J.R., Evanisko, M. (1981). Organizational innovation : the influences of individual, organizational and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations, *Academy of Management Journal*, vol. 24, p. 689-713.
- Kirkpatrick, D.K. (1986). *How to manage change effectively*, San Francisco, Jossey-Bass Publ.
- Kosa, J., Zola, I.K. (1975). *Poverty and health : a sociological analysis*, Cambridge, Harvard University Press.

- Kramer, M.S. (1994). Nutritional advice in pregnancy. In : Enkin MW et al., .ed., *Pregnancy and childbirth module*, Cochrane Database is systematic review, n° 67138, Oxford, Update Software.
- Krane, R.A. (1980). Multidisciplinary teamwork in the United States : trends, issues and implications for the social worker. In : Lonsdale, S., Webb, A. & Briggs, L., ed. *Teamwork in the personal social services and health care*, London, Croom Helm, p. 138-151.
- Kunkel, J.H. (1975). *Behavior, social problems and change : a social learning approach*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- Lamarre, H. (1998). *L'empowerment dans la pratique d'intervenantes soutenant des femmes enceintes vivant en contexte de grande pauvreté*, Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Lapierre, J. (1999). *Évaluation de l'émancipation chez les participantes à un programme d'accompagnement prénatal en milieu de pauvreté*, thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal.
- Leduc, F., Beaugard, D. (1991). *OLO, tout un bilan*, DSC du Centre hospitalier de Valleyfield.
- Leduc, F., Rozefort, W. (1991). *Bilan provincial sur les programmes intégrant les suppléments alimentaires*, DSC du Centre hospitalier de Valleyfield.
- Lepage, M.-C., Levasseur, M., Colin, C. et al. (1989). *La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Lepage, M.-C., Racine, P. (1993). *Étude d'implantation du programme intégré de services en périnatalité auprès des femmes enceintes de milieu défavorisé*, Québec, DSC du CHUL.
- Levitt, C., Watters, N., Chance, G., Walker, R., Avar, D. (1993). Low birthweight symposium : summary of proceeding, *Can. Med. Ass. J.*, vol. 148, n° 5, p. 767-771.
- Lewitt, E.M., Baker, L.S., Corman, H., Shiono, P.H. (1995). The direct cost of low birthweight, *The future of children - Low birthweight*, Center for the future of children, vol. 5, n° 1.
- McCormick, M. (1985). The contribution of low birthweight to infant mortality and childhood morbidity, *N. Engl. J. Med.*, vol. 312, n° 2, p. 82-90.
- McKinlay, J.B. (1975). The help-seeking behavior of the poor. In : Kosa, J., Zola, I.K., ed., *Poverty and health : a sociological analysis*, Cambridge, Harvard University Press, p. 224-273.
- McLaughlin, F.J., Altermeier, W.A., Christensen, M.J., Sherrod, K.B., Dietrich, M.S., Stern, D.T. (1992). Randomized trial of comprehensive prenatal care for low-income women : effect on birthweight, *Ped.*, vol. 89, n° 1, p. 128-132.

- Majone, G., Wildavsky, A. (1978). Implementation as evolution, *Policies Studies Review Annual*, vol. 2, p. 103-117.
- Mamelle, N., Dreyfus, J. (1982). Mode de vie et grossesse, *Gyn. Obst. Biol. Reprod.*, vol. 11, n° 1, p. 55-63.
- Marcos, M., Dallaire-Durocher, L. (1986). *L'évaluation des cours prénatals : revue critique de la littérature*, DSC de l'Hôpital du Haut-Richelieu.
- Martin, C., Boyer, G., Beaugregard, D., De Blois, S. et al., (1995). *Naitre égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Martin, M.E., Henry, M. (1989). Cultural relativity and poverty, *Public Health Nursing*, vol. 6, n° 1, p. 28-34.
- Mayer, J.P., Hawkins, B., Todd, D. (1990). A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a WIC clinic, *Am J Public Health*, vol. 80, p. 76-78.
- Meyer, A.D., Goes, J. (1987). How organizations adopt and implement new technologies. In: Hoy, F., ed., *Academy of management best papers proceedings*, p. 175-179.
- Miller, D. (1983). The correlates of entrepreneurship in three types of firms, *Management Science*, vol. 29, n° 7, p. 770-791.
- Miller, D., Friesen, P.H. (1982). Innovation in conservative and entrepreneurial firms : Two models of strategic momentum, *Strategic Management Journal*, vol. 3, p. 1-25.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1993). *La politique de périnatalité du Québec*, Québec.
- Mintzberg, H. (1978). Patterns in strategy formation, *Management Science*, vol. 24, n° 9, p. 934-948.
- Montreuil, S., Colin, C. (1988). *Le défi de l'intervention prénatale en milieu défavorisé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Moos, N. (1983). An organization environment framework for assessing program implementation, *Evaluation and Program Planning*, vol. 6, p. 153-164.
- Mouzelis, N. (1983). L'approche des relations humaines et l'organisation. In : Séguin-Bernard, F., Chanlat, J.-F., éd., *Les théories de l'organisation*, Saint-Jean-sur-Richelieu, Éd. Préfontaine, p. 149-174.

- Norbeck, J.S., Anderson, N.J. (1989). Life stress, social support, and anxiety in mid - and late - pregnancy among low income women *Res. Nurs. Health*, vol. 12, p. 281-287.
- Norman, R. (1985). Developing capabilities for organizational learning. In : Pennings, J.M. et al., *Organizational strategy and change*, San Francisco, Jossey-Bass Publ., p. 217-248.
- Norwood, S.L. (1994). First steps : participants and outcomes of a maternity support services program, *JOGNN*, vol. 23, n° 6, p. 467-474.
- O'Laughlin, H., Lampron, G., Sacks-Silver, G. (1989). *Étude pilote sur le mise en œuvre et l'impact d'un guide antitabagique chez les femmes francophones peu instruites et à faible revenu*, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Tatelbaum, R., Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy : a randomized trial of nurse home visitation, *Ped.*, vol. 77, n° 1, p. 16-28.
- Olds, D.L., Kitzman, H. (1990). Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk ?, *Pediatrics*, vol. 86, n° 1, p. 108-116.
- Organisation mondiale de la santé (1980). Fréquence de l'insuffisance pondérale à la naissance. Étude critique des données, *Rapport trimestriel des statistiques sanitaires mondiales*, vol. 33, n° 3, p. 197-224.
- Organisation mondiale de la santé (1984). Fréquence de l'insuffisance pondérale à la naissance : mise à jour, *Relevé epidem hebd*, vol. 59, n° 27, p. 205-212.
- Organisation mondiale de la santé (1985). *Les buts de la santé pour tous*, Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe.
- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R., Garon, S. (2000). *Intervention en soutien à l'empowerment dans Naître égaux - Grandir en santé*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Paneth, N.S. (1995). The problem of low birthweight, *The future of children - Low birthweight*, Center for the future of children, vol. 5, n° 1.
- Paquet, G. (1989). *Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle*, « Documents de recherche » n° 21, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*, 2nd ed., Newbury Park, Sage Publ.

- Pelchat, D., Bisson, J., Berthiaume, M., Bouchard, J.-M. (1999). *Perception des parents face à l'acquisition de compétences parentales suite à une intervention éducative précoce à la naissance d'un enfant ayant une déficience*. CD-ROM de la 4^{ième} Biennale de l'éducation et de la formation. *Débats sur les recherches et innovations*. Paris, Sorbone.
- Pelchat, Y., Wilkins, R. (1986). *Dossiers naissances : quelques aspects socio-démographiques et sanitaires des mères et nouveau-nés de la région 06A (Montréal métropolitain) 1979-1983*, DSC de l'Hôpital général de Montréal.
- Peoples-Sheps, M.D., Efird, C., Miller, C.A. (1989). Home visiting and prenatal care : a survey of practical wisdom, *Public Health Nursing*, vol. 6, n° 2, p. 74-79.
- Perreault, M., Bouchard, F., Léveillé, D., Boyer, G., Colin, C. (1994). *Validation d'une grille d'identification et d'analyse continues des besoins des femmes enceintes défavorisées*, Direction de santé publique de l'Outaouais et Direction de santé publique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- Perreault, M., Bouchard, F., Léveillé, D., Boyer, G., Colin, C. (1996). Évaluation qualitative du construit théorique d'une grille d'identification et d'analyse continues des besoins de femmes enceintes vivant en grande pauvreté, *Ruptures*, vol. 3, n° 2, p. 173-186.
- Perreault, M., Bouchard, F., Léveillé, D., Boyer, G., Colin, C. (1997). Évaluation du contenu d'une grille d'intervention auprès de femmes enceintes vivant en grande pauvreté, *Ruptures*, vol. 4, n° 1, p. 79-93.
- Perreault, M., Trempe-Masson, C., Gastaldo, D., Boyer, G., Colin, C. (1998). Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de prévention en périnatalité en milieu d'extrême pauvreté, *Santé mentale du Québec*, vol. XXIII, n° 1, p. 163-186.
- Pettigrew, A.M. (1975). Towards a political theory of organization intervention, *Human Relations*, vol. 28, p. 192-208.
- Pettigrew, A. (1977). Strategy formulation as a political process, *International Studies of Management and Organization*, vol. 7, p. 78-87.
- Pettigrew, A.M. (1985). Examining change in long-term context of culture and politics. In : Pennings J.M. et al., *Organizational strategy and change*, San Francisco, Jossey-Bass Publ., p. 269-318.
- Pickard, B.M. (1986). Feeding children : in the beginning-nutrition and pregnancy, *Nutrition and Health*, vol. 4, n° 3, p. 155-166.
- Piërce, J.L., Delbecq, A.L. (1977). Organization structure, individual attitudes and innovation, *Academy of Management Review*, vol. 2, p. 27-36.

- Poland, M.L., Ager, J.W., Olson, K.L., Sokol, R.J. (1990). Quality of prenatal care. Selected social, behavioral, and biomedical factors, and birthweight, *Obstetrics & Gynecology*, vol. 75, n° 4, p. 607-611.
- Renaud, L. (1992). *Ateliers « Oui, j'arrête »*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Ribeaud, M.-C. (1979). *La maternité en milieu sous-prolétaire*, Paris, Stock 2.
- Robey, D. (1984). Conflicts models for implementation research. In : Schultz, R.I., Ginzberg, M.J. ed., *Management Science Implementation*, Greenwich, JAI Press Inc., p. 89-106.
- Rosenbaum, S., Hughes, D., Johnson, K. (1988). Maternal and child health services for medically indigent children and pregnant women, *Medical Care*, vol. 26, p. 315-332.
- Rosner, B. (1986). *Fundamentals of biostatistics*, 2nd ed., PWS Publ.
- Rotter, (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monograph*, vol. 80, n° 1, p. 1-28.
- Routhier, S., Perreault, M. (1993). *Validation d'une fiche d'intervention clinique cumulative*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, en collaboration avec le DSC de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- Sameroff, A.J., Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty, *Review of Child Development Research*, 4, Chicago, University of Chicago Press p. 187-244.
- Sappenfield, W.M. et al. (1987). Differences in neonatal and postneonatal mortality by race, birthweight and gestational age, *Public Health Report*, vol. 102, n° 2, p. 182-192.
- Sarfatti-Larson, M. (1977). *The rise of professionalism*, Berkeley, University of California Press.
- Scheirer, M.A. (1981). *Program implementation: the organizational context*, Beverly Hills, Sage Publ.
- Séguin, L. (1992). *Utilisation des services de santé et complications durant la grossesse chez des primipares défavorisées*, Communication à la 5^e Conférence internationale sur la science des systèmes en santé, Prague.
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., Ouellet, J. (1995). Chronic stressors, social support and depression during pregnancy, *Obst. Gyn.* vol. 85, n° 4.
- Semenciw, R.M. et al. (1986). Risk factors for postneonatal mortality : results from a record linkage study, *Int J Epidemiol*, vol. 15, n° 3, p. 369-373.

- Shortell, S. (1983). *Organization theory and health services delivery*, conférence, American Public Health Association Annual Meeting, Dallas, Texas.
- Showstack, J.A., Budetti, P.P., Minkler, D. (1984). Factors associated with birthweight : an exploration of the roles of prenatal care and length of gestation, *Am J Public Health*, vol. 74, p. 1003-1008.
- Stachtchenko, S., Jenicek, M. (1990). Conceptual differences between prevention and health promotion : réserarch implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*, vol. 81, n°1, p. 53-59.
- Statistique Canada. (1996 et 1991). Recensements. Tableaux spéciaux, seuil de faible revenu calculé avec la base de 1992.
- Staw, B.M. (1982). Counterforces to changes. In : Goodman P.S. et al., *Change in organizations*, San Francisco, Jossey-Bass Publ., p. 87-121.
- Tétreault, H. (1994). *Rapport d'évaluation du programme OLO du CLSC Drummond*, Centre de santé publique à Drummundville.
- Thompson, V.A. (1965). Bureaucracy and innovation, *Administrative Science Quaterly*, vol. 10, p. 1-20.
- Tornatsky, L.G., Johnson, E.C. (1982). Research on implementation. *Evaluation and Program Planning*, n° 5 : p. 193-198.
- Turner, B.S. (1995). *Medical power and social knowledge*, London, Sage Publ.
- Villar, J., Farnet, U., Barres, F., Victora, C., Langer, A., Belizan, J.M. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies, *NEJM*, vol. 327, n° 18, p. 1266-71.
- Webb, A.L., Hobdell, M. (1968). Coordination and teamwork in the health and personal social services. In : Lonsdale, S., Webb, A. & Briggs, L., ed., *Teamwork in the personal social services and health care*, London, Croom Helm, p. 97-110.
- Wilson, I.Q. (1966). Innovation in organization : notes toward a theory. In : Thompson, J.D., ed., *Approaches to organization design*, University of Pittsburg Press, p. 194-216.
- Windsor, R.A. et al. (1985). The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics : a randomized trial , *Am J Public Health*, vol. 75, p. 1389-1392.
- Wolkind, S., Zajicek, E. (1981). *Pregnancy : a psychological and social study*, London, Toronto, Academy Press.
- Yeo, M. (1993). *Ethics and economics in health care resource allocation*, Ottawa, Queens-University of Ottawa Economic Projects, p. 93-107.

- Yin, R. (1989). *Case study research, design and methods*, revised ed., Applied Social Research Methods Series, Beverley Hills, Sage Publ.
- Yin, R.K. (1981a). The case study crisis : some answers, *Administrative Science Quarterly*, vol. 26, p. 58-65.
- Yin, R.K. (1981b). The case study as a serious research strategy, *Knowledge : creation, diffusion, utilisation*, vol. 3, n° 1, p. 97-114.
- Zaltman, G., Duncan, R., Holbeck, J. (1973). *Innovation and organizations*, New York, Wiley.
- Zmud, R.W., McLaughlin, C.P., Might, R.J. (1984). An empirical analysis of project management technique implementation. In : Schultz, R.L., Ginzberg, M.J., ed., *Management science implementation*, Greenwich, JAI Press Inc., p. 107-132.

Annexe 2.1

Variables à l'étude

TABLEAU DES VARIABLES, DE LEURS INDICATEURS ET MESURES EN FONCTION DES SOURCES D'INFORMATION POUR L'ÉVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE D'UN PROGRAMME INTÉGRÉ DE SOINS PRÉNATALS GLOBAUX

1. VARIABLES INDÉPENDANTES

1.1 Chez acteurs et groupes d'acteurs

<u>VARIABLES</u>	<u>CATÉGORIES</u>	<u>INDICATEUR/MESURE</u>	<u>SOURCE D'INFORMATION</u>
Stratégie fondamentale des acteurs	Objectifs poursuivis par chaque acteur ou groupe d'acteurs dans l'organisation (d.g. DSC; équipe DSC; d.g. CLSC; coordonnatrice CLSC; chef d'équipe CLSC; etc...) Stratégie d'implantation du PISPG par le DSC Stratégie d'implantation du PISPG par le CLSC	"Patterns" de stratégies	Entrevues Documents Observation participante pour les acteurs des équipes/programmes)
Stratégie de réaction au PISPG des acteurs	Réactions au PISPG Approbation du PISPG par les acteurs	Tension entre les objectifs de l'acteur et sa capacité d'influencer.	Entrevues Documents Observation participante
Adhésion des acteurs au PISPG	Rapport entre stratégie fondamentale et le changement proposé par le PISPG	Degré de centralité des caractéristiques du PISPG par rapport à la conformité de S.F. des acteurs	Entrevues Documents Observation participante

1.2 Du contexte d'implantation

Stabilité des décideurs	Coordonnateurs désignés du DSC; CLSC; gr. com.	Mobilité des décideurs autre que refus ou abandon de participation au PISPG	Entrevues
Stabilité des intervenantes	Intervenantes professionnelles des CLSC	Effet de la mobilité sur la planification du PISPG	Documents Observation participante
		Mobilité autre que refus ou abandon de participation au programme	Entrevues Documents
		Effet de la mobilité des intervenantes sur la planification du PISPG	Documents Observation participante

Formation des responsables et intervenantes (au travail multidisciplinaire; à l'intervention en milieu défavorisé; la démarche systématique)

Planification de l'implantation par le DSC

Planification de l'implantation par le CLSC

Satisfaction

Intégration des connaissances

Partenariat DSC-CLSC

Coopération DSC-CLSC

Ressources investies par le CLSC directement dans le PISPG

Degré de satisfaction exprimé
Besoins non comblés

Références à la formation reçue lors de discussion de cas

Ententes signées :

- fonctions respectives
- ressources humaines et matérielles
- modifications aux ententes et fonctions

Nature et degré de la participation dans la programmation

Nombre d'intervenantes et heures/semaines pour chacune
- origine disciplinaire et port d'attache original

Entrevues
Questionnaires d'évaluation de chaque session

Observation participante

Continu des ententes signées

Entrevues des d.g. et des coordonnatrices du DSC et des CLSC en T1, T2, et T3

Procès-verbaux des réunions du comité de concertation et du groupe de travail DSC-CLSC

Entrevues des d.g. et coordonnatrices du DSC et des CLSC; des intervenantes, du CLSC en T1, T2 et T3

Documents de programmation et entrevues des coordonnatrices et chefs d'équipe du CLSC en T1, T2 et T3

1.3 Caractéristiques des intervenantes

Formation	Scolarité	Diplôme obtenu	Questionnaire auto-administré
	Profession	Identification de la profession	(idem)
	Poste de travail	Identification du poste dans CLSC	(idem)
Expérience antérieure de travail	Dans la profession	Nombre d'années d'exercice de la profession	(idem)
	Dans le champ de la périnatalité	Nombre d'années en périnatalité	(idem)
Implication communautaire	Nombre d'implication(s)	Nombre de participation(s) mentionnées	(idem)
	Localisation de l'implication	Territoire du CLSC ou hors-territoire	(idem)
	Spécificité de l'implication aux femmes défavorisées	Femmes défavorisées comme clientèle du groupe	(idem)

Attitudes face à la pauvreté	Styles d'intervention face à la pauvreté Efficacité possible des interventions face à la pauvreté	Réactions face à une mise en situation (idem) (idem)	Entrevue (dimension 3 du guide d'entrevue aux intervenantes) (idem) (idem)
Attitudes face à la femme enceinte pauvre	Reconnaissance du droit à la maternité pour les femmes pauvres		
Leadership	Au sein de l'équipe	Dans la promotion des intérêts de la femme-cliente	Entrevue avec responsable de l'équipe observation participante (idem)
		Dans la promotion des objectifs du PISPG	
	Après de la direction	Dans la promotion des objectifs du PISPG Dans la promotion des intérêts de l'équipe/programme	Entrevue avec responsable de l'équipe observation participante (idem)

1.4 Caractéristiques des femmes-clientes

Stabilité générale des conditions de vie	Absence d'éléments perturbateurs majeurs durant la participation au PISPG	Nombre et qualité des éléments perturbateurs	Grille d'analyse continue des besoins (analyse initiale et ajouts) Entrevue post-partum
Cumul des handicaps	Perception des handicaps par intervenante	Nombre de handicaps perçus	Grille d'analyse continue des besoins (initiale seulement)
Expérience avec les services sociaux et de santé	Expression de l'expérience	Degré de confiance ou de méfiance exprimé	Grille d'analyse continue des besoins (initiale et ajouts)
Estime de soi	Perception de l'estime de soi chez la femme-cliente	Qualité d'estime perçue par intervenante	Grille d'analyse (initiale seulement)
Motivation au changement	Perception du degré de motivation chez femme par intervenante	Degré perçu dans les décisions négociées de services	Grille d'analyse continue (initiale seulement)

2. VARIABLES DÉPENDANTES

2.1 Variables liées au niveau d'implantation des éléments du PISPG

<u>VARIABLES</u>	<u>CATÉGORIES</u>	<u>INDICATEUR/MESURE</u>	<u>SOURCE D'INFORMATION</u>	
Modification des activités multidisciplinaires	Degré d'activités en équipe multidisciplinaire	Nombre de réunions d'équipes/programme aux T1, T2 et T3	Documents du CLSC	
	Qualité de la multidisciplinarité.	Qualité exprimée	Entrevues avec coordonnatrices et chefs d'équipe des CLSC aux T1, T2 et T3	
			Qualité perçue par les femmes-clientes	Entrevues avec intervenantes aux T1, T2 et T3
			Qualité perçue par les chercheurs	Entrevue post-partum
Modification dans le recours aux références hors équipe dans le CLSC	Degré de références hors équipe dans le CLSC	Degré de références exprimé	Observation participante	
			Entrevues des coordonnatrices et chefs d'équipe des CLSC en T1, T2, T3	
			Entrevues des intervenantes en T1, T2, T3	
	Qualité du système de référence hors équipe		Entrevue de 2 intervenantes en T1, T2, T3	
			Entrevues des coordonnatrices et chefs d'équipe des CLSC en T1, T2, T3	
			Entrevues des intervenantes en T1, T2, T3	
Modification dans le recours aux ressources communautaires du territoire	Liens formels équipe/programme et ressources	Qualité exprimée	Entrevue de 2 intervenantes en T1, T2, T3	
		Qualité perçue	Entrevue post-partum	
	Qualité des liens équipe/programme et ressources communautaires	Nombre d'ententes formelles en T1, T2, T3	Documents	
		Qualité exprimée	Entrevues auprès des coordonnatrices et chefs d'équipe des CLSC, en T1, T2, T3	

			Entrevues des intervenantes en T1, T2, T3
			Entrevues avec 2 responsables de ressources communautaires du territoire en T1, T2, T3
Qualité d'implantation du soutien alimentaire	Qualité perçue par les femmes-clientes	Qualité perçue	Entrevues post-partum
		Degré de satisfaction exprimé	Entrevues post-partum
		Besoins non comblés	Entrevues post-partum
		Difficultés perçues par responsables CLSC	Entrevues avec d.g., coordonnatrices et chefs d'équipe du CLSC en T2 et T3
		Difficultés perçues par intervenantes	Entrevues avec intervenantes en T2 et T3
		Plaintes exprimées par femmes/clientes	Grille d'analyse continue des besoins (ajouts seulement)
Qualité d'implantation des soutiens spécifiques (selon chaque type de soutien)	Qualité perçue par femmes-clientes	Degré de satisfaction exprimé	Entrevues post-partum
		Besoins non comblés	Entrevues post-partum
		Plaintes exprimées par femmes-clientes	Grille d'analyse continue des besoins
	Qualité exprimée par CLSC	Difficultés exprimées par CLSC	Entrevues des coordonnatrices et chefs d'équipe des CLSC en T2 et T3
			Entrevues avec intervenantes en T2 et T3

2.2 Variables dépendantes liées à la mise en oeuvre du PISPG auprès des femmes-clientes

Niveau de recrutement de la clientèle visée	Degré théorique de recrutement	Nombre de femmes admissibles rejointes par rapport au nombre estimé de femmes admissibles	- fiches d'admission au PISPG - direction surveillance de l'état de santé du DSC
	Degré d'admissibilité par rapport au recrutement	Nombre de femmes admissibles par rapport au nombre de femmes rejointes	Fiches d'admission au PISPG
	Degré d'admission par rapport à l'admissibilité	Nombre de femmes admissibles au PISPG par rapport au nombre de femmes admissibles	Fiches d'admission au PISPG
Répartition des sous-groupes	Degré de concordance entre sous-groupes visés et admis	Proportion de femmes admises selon pauvreté ou extrême pauvreté	Fiches d'admission au PISPG

Modifications à l'évaluation des besoins	Degré de modifications aux évaluations de besoins des femmes-clientes	Moyenne des modifications selon nombre total de semaines de participation au PISPG	Grille d'analyse continue des besoins
	Nature des modifications à l'évaluation des besoins	Changements exprimés par les femmes-clientes	Grille d'analyse continue des besoins
		Changements perçus par l'intervenante	(idem)
Modifications au plan de services	Degré de modifications au plan de services	Moyenne de modifications selon nombre total de semaines de participation au PISPG	(idem)
	Nature des modifications	Changements notés au plan de services	(idem)
	Fréquence des modifications au plan de services en fonction des modifications des besoins	Nombre de changements dans le plan de services par rapport au nombre de changements exprimés des besoins	(idem)
Degré d'actualisation des plans de services	Degré de concordance entre les services prévus, offerts et reçus	Nombre de services effectivement reçus par rapport aux services offerts et prévus	Fiche d'intervention clinique par rapport aux plans de services de la grille d'analyse continue des besoins
	Sources de discordance entre services prévus, offerts et reçus	Sources perçues par intervenante	Fiche d'intervention clinique et grille d'analyse continue des besoins
		Sources exprimées par femmes-clientes	Grille d'analyse continue des besoins Entrevues post-partum
Degré de suivi par l'intervenante privilégiée	Degré de suivi perçu par les femmes-clientes	Expression de la perception de suivi	Entrevues post-partum
Degré de confiance en l'intervenante	Degré de confiance exprimé	Expression de cette confiance	Entrevues post-partum
	Degré de confiance perçu indirectement par les chercheurs	Fidélité aux rendez-vous	Grille d'analyse continue des besoins (plan de services)
		Fréquence des initiatives de demandes de services par femmes-clientes	Grille d'analyse continue des besoins
Satisfaction des besoins de la femme-cliente	Degré de satisfaction	Degré de satisfaction exprimé	Entrevues post-partum
		Degré de satisfaction perçu chez femme-cliente	Grille d'analyse continue des besoins
	Besoins non comblés	Nombre et nature des besoins non comblés	Entrevues post-partum
	Utilité exprimée par rapport au PISPG	Utilité globale du PISPG et spécifique (éléments) exprimée par la femme-cliente	Entrevues post-partum

Abandon du PISPG par la
femme-cliente

Proportion d'abandons du
PISPG

Nombre d'abandons par
rapport au nombre total
de femmes admises

Grilles d'analyse
continue des besoins

Source d'abandon du PISPG

Source perçue par
l'intervenante

Source d'abandon exprimée
par femme-cliente

Grille d'analyse continue
des besoins

Entrevues post-partum

Annexe 2.2

Guides d'entrevue auprès des CLSC et du DSC

**GUIDE D'ENTREVUE
AUPRÈS DES INTERVENANTES, DES COORDONNATRICES
ET DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CLSC PARTICIPANTS**

TEMPS 1

*Ginette Boyer
Michel Perreault
Jean-Louis Denis
Sylvie Routhier
Danielle Léveillé*

Septembre 1992

STRATÉGIE FONDAMENTALE

1. Selon vous, en quoi consiste le rôle d'un(e)..... dans un CLSC dans la conjoncture actuelle ?
2. Quelle est votre profession de base ?
3. Comment en êtes-vous venu à être..... dans ce CLSC ?
4. Selon vous, est-ce que ce CLSC présente certaines particularités par rapport aux autres CLSC?

En général et dans votre champ d'intérêt en particulier ?

5. Y-a-t-il des choses qui pourraient être changées dans votre CLSC pour faciliter l'exercice de votre travail ?
6. Quelle est votre perception du travail multidisciplinaire dans votre CLSC ?

En général, dans votre secteur en particulier ?

7. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce CLSC ?

Depuis combien de temps faites-vous partie de l'équipe de travail ?

Depuis combien de temps cette équipe existe-t-elle ?

8. Comment en êtes-vous venu(e) à vous intéresser à la périnatalité ?

Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans un travail en périnatalité ?

Y a-t-il des choses qui vous plaisent moins ?

Y aurait-il un autre champ d'intervention du CLSC où vous préféreriez travailler ?

Un autre champ d'intervention du domaine de la santé et des services sociaux ?

9. **Comment votre profession vous aide-t-elle à travailler en périnatalité ?**
10. **Comment trouvez-vous la place qu'occupe la périnatalité dans votre CLSC ?**

L'énergie consacrée en termes de ressources et de préoccupations du CLSC vous apparaît-elle suffisante ?

Si non, comment pourrait-on améliorer cette situation ?

11. **Que pensez-vous de la façon de s'occuper des personnes en situation de pauvreté dans votre CLSC ?**

Que pensez-vous de la façon dont votre CLSC s'occupe en particulier des femmes enceintes en situation de pauvreté ?

12. **Comment votre profession vous aide-t-elle à travailler avec les personnes vivant une situation de pauvreté en général ?**

Avec les femmes enceintes en particulier ?

13. **Comment percevez-vous le rôle d'autres professions au CLSC dans leur intervention auprès de personnes vivant en situation de pauvreté ?**

14. **Comment percevez-vous la collaboration des différents intervenants du CLSC dans l'élaboration et la réalisation d'interventions auprès de personnes vivant en situation de pauvreté ?**

STRATÉGIE DE RÉACTION À L'INNOVATION

15. Quels sont, selon vous, les objectifs du programme intégré ?

16. Quels sont les objectifs de ce programme qui vous apparaissent les plus importants ?

Pourquoi ?

17. Selon vous, est-ce que le programme intégré est vraiment conçu pour répondre aux besoins des femmes enceintes vivant en situation de pauvreté ?

Pourquoi ?

18. Selon vous, comment votre CLSC en est-il venu à s'intéresser au programme intégré ?

19. Comment en êtes-vous venu(e) à vous intéresser et à participer au programme intégré ?

20. Selon vous, est-ce que c'est important pour le CLSC de participer à ce programme intégré ?

21. En quoi ce programme est-il important pour l'équipe de travail à laquelle vous participez ?

22. Selon vous, est-ce que le programme intégré est important aux yeux des différents intervenants au CLSC ?

23. Qui d'après vous exerce le plus d'influence sur l'implantation du programme intégré dans votre CLSC ?

24. Comment voyez-vous la participation des organismes communautaires du territoire du CLSC dans le programme intégré ?

APPRECIATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME JUSQU'À MAINTENANT

25. Quelle est votre appréciation de l'appui qu'apporte le DSC à l'implantation du programme dans votre CLSC ?
26. Quelle est votre appréciation de la formation reçue du DSC jusqu'à maintenant ?
27. Est-ce que votre CLSC rencontre des difficultés pour mettre en place le programme intégré ?

Si oui, lesquelles ?

Qu'est-ce qui pourrait aider à surmonter ces difficultés ?

**GUIDE D'ENTREVUE
AUPRÈS DES INTERVENANTES, DES COORDONNATRICES
ET DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CLSC PARTICIPANTS**

TEMPS 2

*Ginette Boyer
Michel Perreault
Jean-Louis Denis
Sylvie Routhier
Danielle Léveillé*

Mars 1992

1. En tant que (directeur général, coordonnatrice, chef d'équipe, intervenante de l'équipe etc...) que pensez-vous de l'état actuel du programme intégré en général ?

2. Quels sont les éléments qui devraient être mis en place pour avoir un programme intégré et où en êtes-vous actuellement dans la mise en place de chacun de ces éléments ?

Pour chacun, - ce qu'il y a de réaliser ?
- ce qui reste à réaliser ?
- difficultés actuelles et prévues ?
- solutions en vue ?

3. Comment évolue, selon vous, l'équipe chargée de mettre en place ce programme ?

En général, - au niveau du fonctionnement quotidien: répartition des tâches, affectations, horaires, consultations etc..)

4. Est-ce que ce programme a des répercussions sur l'ensemble du CLSC ? Si oui, lesquelles ?

- liens avec les autres programmes (organisationnels, de collaboration)
- philosophie et approche dans d'autres programmes
- affectation des ressources dans le module, le programme d'attache ou même l'ensemble du CLSC
- le style de gestion du CLSC
- la philosophie du CLSC
- la place de la périnatalité dans le CLSC
- le travail multidisciplinaire dans le CLSC
- la façon pour le CLSC de travailler avec des clientèles en situation de pauvreté ; avec les femmes enceintes pauvres en particulier ?

5. Est-ce que ce programme a permis de développer ou de modifier des liens du CLSC avec

- des groupes communautaires du territoire
- d'autres services sociaux et de santé (cliniques médicales, hôpitaux, bureau de service social....)
- l'ensemble de la communauté, du quartier

6. Que pensez-vous de l'appui accordé jusqu'à maintenant à l'implantation de ce programme

- par les intervenantes de l'équipe
- infirmières
- travailleuse sociale
- médecin
- auxiliaire familiale
- organisatrice communautaire
- nutritionniste
- par la cheffe d'équipe
- par la coordonnatrice
- par le directeur général
- par les autres coordonnateurs du CLSC
- par les autres intervenantes du CLSC
- par le Conseil d'administration du CLSC

Est-ce que les récentes élections du conseil d'administration du CLSC peuvent modifier l'appui du conseil au programme?

- par les groupes communautaires
- par l'ensemble de la communauté
- par le Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont

7. Qui selon vous exerce le plus d'influence actuellement sur l'implantation du programme dans votre CLSC

8. Est-ce que ce programme a permis à votre CLSC de connaître davantage les femmes enceintes vivant en situation de pauvreté,

- de rejoindre davantage ces femmes
- de découvrir de nouvelles pistes d'intervention avec ces femmes
- de percevoir des obstacles imprévus dans l'intervention avec ces femmes ?

9. Le modèle Mc Gill sur lequel repose la démarche systématique d'intervention auprès de ces femmes permet-il d'intervenir de façon efficace auprès de ces femmes ?

Ce modèle vous pose-t'il des difficultés ?

10. Selon vous, comment réagissent les femmes enceintes qui ont accepté de participer au programme ?

11. Est-ce que ce programme a des répercussions sur **VOTRE** travail, votre façon de travailler ?

Votre façon de concevoir votre travail ?

VOTRE façon de penser ?

12. Qu'est-ce qui pourrait être transformé dans l'organisation de votre travail pour faciliter votre implication dans le programme intégré ?

13. Le fait que ce programme fasse l'objet d'un projet pilote entraîne-t'il des contraintes,

- . des avantages
- . dans votre travail
- . dans l'intervention auprès des femmes ?

14. Le fait que ce programme fasse l'objet d'une recherche évaluative entraîne-t-il des contraintes
- . des avantages
 - . dans votre travail
 - . dans l'intervention auprès des femmes ?

15. Comment envisagez-vous l'avenir du programme
- dans les prochains mois
 - après la phase d'implantation/évaluation du programme ?

16. AURIEZ-VOUS D'AUTRES CHOSES À AJOUTER ?

Que ce soit sur...

- le programme intégré
- l'intervention auprès des femmes
- le CLSC
- votre travail
- l'équipe de travail
- le quartier

**GUIDE D'ENTREVUE
AUPRÈS DES INTERVENANTES, DES COORDONNATRICES
ET DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CLSC PARTICIPANTS**

TEMPS 3

*Ginette Boyer
Michel Perreault
Jean-Louis Denis
Sylvie Routhier
Danielle Léveillé*

Septembre 1992

LÉGENDE

T = pour tous

S = pour les intervenantes qui ont assuré au moins un suivi

HM

MEA

OG

JOR = question particulièrement importante pour ce CLSC

UN PREMIER BILAN GÉNÉRAL...

- T** 0. Si vous aviez un conseil à donner à une autre ... (infirmière, travailleuse sociale, coordonnatrice, etc.) de CLSC qui s'apprêterait à implanter un programme intégré, quel serait-il ?
(ce qu'il faut faire/ce qu'il ne faut surtout pas faire)

MERCIER-EST/ANJOU SEULEMENT

D'après vous, y a-t-il des différences entre la Couvée et le programme intégré ?

- T** 1. Personnellement, que vous a apporté le fait d'être engagée dans ce programme intégré de services en périnatalité ?

- IDEM ...pour le CLSC ?

- T/MEA** 2. Que ce serait-il passé si vous n'aviez pas été engagée dans ce programme ?

- IDEM ...si le CLSC ?

- T/OG** 3. D'un CLSC à l'autre, l'organisation des services offerts varie sensiblement, d'autant que chacun dessert un territoire très spécifique. D'après vous, quels sont les deux ou trois secteurs les plus défavorisés de votre territoire de CLSC ?

- Qu'est-ce qui caractérise la communauté qui y habite ?

- Comment votre CLSC compose-t-il avec ces secteurs ?

- T** 4. Le CLSC a-t-il encore des contacts avec les femmes qui ont participé à ce projet et qui ont déjà accouché ?

- T** 5. Le CLSC, suite à l'implantation du programme intégré, est-il en contact avec de nouvelles femmes enceintes en situation de pauvreté ?

PARLONS PLUS LARGEMENT DU PROGRAMME INTÉGRÉ...

- T/HM** 10. Croyez-vous qu'il soit vraiment nécessaire de faire des discussions de cas en équipe multidisciplinaire ?
À quelles conditions ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées ?
 - Comment les expliquer ?
 - Que pensez-vous du fait que ce sont principalement des infirmières qui assurent ces suivis ?
 - Est-ce que tous les membres de l'équipe multi devraient assurer au moins un suivi ?
 - Les coordonnatrices devraient-elles participer à ces réunions ?
Serait-ce parfois contre-indiqué ?

HOCHELAGA-MAISONNEUVE, AU BESOIN

Comment se fait-il qu'au cours de la dernière année, l'équipe n'ait pas fait de discussions de cas ?

- T** 11. Êtes-vous satisfaite du mode actuel de distribution des suppléments alimentaires?
- T** 12. À ce moment-ci de l'implantation du programme intégré, comment envisagez-vous les liens de votre équipe avec les autres équipes/programmes du CLSC ?
- IDEM ...les liens du CLSC
 - avec les autres établissements de santé et les services sociaux
 - avec les groupes communautaires ?
 - avec l'ensemble de la communauté, du quartier ?

- T/JOR** 13. L'intervention telle que préconisée dans le cadre de ce programme intégré pose-t-elle des difficultés particulières lorsque le contexte est potentiellement ou effectivement judiciairisé par exemple, les cas de signalements à la DPJ ou les cas de fraude à l'Aide sociale ?

Quelles pistes d'intervention privilégieriez-vous, dans ce contexte ?

PARLONS MAINTENANT DU PROCESSUS D'IMPLANTATION

- T** 14. Qui, d'après vous, exerce le plus d'influence sur l'implantation du programme intégré dans votre CLSC ?
- T** 15. Quels inconvénients a pu entraîner le fait d'implanter seulement le volet prénatal de ce programme et non pas le pré et le post simultanément ?
- IDEM ...quels avantages ?
- T** 16. Quels sont les principaux avantages liés au fait qu'il y ait plusieurs CLSC qui participent à ce projet ?
- IDEM ...les principaux inconvénients ?
- T/MEA** 17. D'après vous, quel est l'impact de la mobilité du personnel direction, coordination, équipe au sein du CLSC sur l'implantation d'un tel programme ?
- ... à plus court terme, lors des périodes de vacances des intervenantes ?
- T** 18. Croyez-vous que le départ de Jeanne Tétreault, l'ancienne coordonnatrice du projet au DSC, l'automne dernier, ait eu une influence quelconque sur l'implantation de ce programme ?

MERCIER-EST/ANJOU SEULEMENT

D'après vous, est-ce que la fusion des deux points de service et le déménagement du CLSC ont pu avoir quelque influence sur la mise en oeuvre de ce programme ?

Si la mise en oeuvre commençait cet automne, la situation serait-elle différente ?

ENFIN, PARLONS D'AVENIR...

- T** 19. Comment réagiriez-vous si la survie de ce projet-pilote était menacée par un manque de ressources ?
- T/OG** 20. Avez-vous l'impression qu'au cours des prochaines années, le Programme intégré rejoindra le même type de femmes que celles que vous avez suivies dans le cadre de cette mise en oeuvre ?

HOHELAGA-MAISONNEUVE, AU BESOIN

Bien que toutes les femmes que vous avez choisies pour faire partie de ce programme répondaient parfaitement aux critères de sélection, avez-vous le sentiment d'avoir rejoint les femmes les plus en difficulté de votre territoire ?

- T** 21. Croyez-vous qu'il soit nécessaire de planifier la prise en charge de ce programme par les femmes enceintes elles-mêmes, que ce soit sous forme de groupe d'entraide ou de réseau de marraines, etc. ?
- T** 22. À la lumière des relations que vous avez eues avec le DSC depuis que l'on a commencé à explorer la possibilité d'implanter ce projet, comment concevez-vous vos relations futures avec le DSC ?
- T** 23. Comment envisagez-vous la participation de votre CLSC à l'étude des effets du Programme intégré de services en périnatalité ?
- Auprès de combien de femmes votre équipe serait-elle simultanément en mesure d'intervenir ?
- T** 24. D'après vous, si cette recherche avait été menée exclusivement par des chercheurs de l'université, cela aurait-il changé quelque chose à cette étude de mise en oeuvre ?

ET POUR CONCLURE...

- T** 25. Au terme de cette dernière période de cueillette de données, que pensez-vous de votre expérience de participation à ce projet de recherche (entrevues, observation participante, etc.) ?
- T** 26. Comme il s'agit de notre dernière entrevue, y aurait-il autre chose que vous aimeriez ajouter sur l'un ou l'autre aspect de ce programme, de sa mise en oeuvre ou de cette étude ?

**GUIDE D'ENTREVUE
AUPRÈS DES ACTEURS DU DSC**

TEMPS 2

*Ginette Boyer
Michel Perreault
Jean-Louis Denis*

Jun 1992

1. En tant que que pensez-vous de l'état actuel du programme intégré en général ?

Et dans chacun des CLSC :

- Hochelaga-Maisonneuve
- Olivier-Guimond
- Mercier-Est/Anjou
- J.-Octave Roussin

2. Quels sont les éléments qui devraient être mis en place pour avoir un programme intégré et où en êtes-vous actuellement dans la mise en place de chacun de ces éléments ?

Pour chacun,

- ce qu'il y a de réaliser ?
- ce qui reste à réaliser ?
- difficultés actuelles et prévues ?
- solutions en vue ?

3. Comment évolue, selon vous, l'équipe du DSC chargée de mettre en place ce programme ?

En général

- au niveau du fonctionnement quotidien : planification, gestion, coordination, représentation.

4. Est-ce que ce programme a des répercussions

Sur l'ensemble du DSC ?

Sur l'ensemble des CLSC ?

Si oui, lesquelles ?

- liens avec les autres programmes (organisationnels, de collaboration)
- philosophie et approche dans d'autres programmes
- affectation des ressources dans le module, le programme d'attache ou même l'ensemble du DSC/des CLSC
- le style de gestion du DSC/des CLSC
- la philosophie du DSC/des CLSC

- la place de la périnatalité dans le DSC/les CLSC
- le travail multidisciplinaire dans le DSC/les CLSC
- la façon pour le DSC de concevoir le travail pour les CLSC de travailler
avec des clientèles en situation de pauvreté ;
avec les femmes enceintes pauvres en particulier ?

5. Est-ce que ce programme a permis de développer ou de modifier des liens du DSC avec

- les CLSC
- des groupes communautaires du territoire
- d'autres services sociaux et de santé (cliniques médicales, hôpitaux, bureau de service social...)
- l'ensemble de la communauté de l'Est de Montréal

6. Que pensez-vous de l'appui accordé jusqu'à maintenant à l'implantation de ce programme

- par les intervenantes des équipes
- infirmières
- travailleuses sociales
- médecins
- auxiliaires familiales
- organisatrices communautaires
- nutritionnistes
- par les chefs d'équipe
- par les coordonnatrices
- par les directeurs généraux
- par les autres coordonnateurs des CLSC

- par les autres intervenantes des CLSC
 - par les Conseils d'administration des CLSC
Est-ce que les récentes élections des Conseils d'administration des CLSC peuvent modifier leur appui au programme ?
 - par les groupes communautaires du territoire
 - par l'ensemble de la communauté de l'Est de Montréal
 - par le Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont
 - par le CRSSS et le MSSS
7. Qui selon vous exerce le plus d'influence actuellement sur l'implantation du programme ?
8. Est-ce que ce programme a permis à votre DSC de connaître davantage les femmes enceintes vivant en situation de pauvreté ?
- de rejoindre davantage ces femmes ?
 - de découvrir de nouvelles pistes d'intervention avec ces femmes
 - de percevoir des obstacles imprévus dans l'intervention avec ces femmes ?
9. Le modèle McGill sur lequel repose la démarche systématique d'intervention auprès de ces femmes permet-il d'intervenir de façon efficace auprès de ces femmes ?
- ce modèle pose-t-il des difficultés ?
10. Selon vous, comment réagissent les femmes enceintes qui ont accepté de participer au programme ?
11. Est-ce que ce programme a des répercussions sur **VOTRE** travail, votre façon de travailler ?
- Votre façon de concevoir votre travail ?
- VOTRE** façon de penser ?

12. Qu'est-ce qui pourrait être transformé dans l'organisation de votre travail pour faciliter votre implication dans le programme intégré ?
13. Le fait que ce programme fasse l'objet d'un projet pilote entraîne-t-il des contraintes ?
- des avantages ?
14. Le fait que ce programme fasse l'objet d'une recherche évaluative entraîne-t-il des contraintes ?
- des avantages ?
15. Comment avez-vous réagi à la présentation des résultats sommaires du temps I par l'équipe de la recherche ?
16. Comment envisagez-vous l'avenir du programme
- dans les prochains mois
 - après la phase d'implantation/évaluation du programme ?
17. Auriez-vous autre chose à ajouter ?
- Que ce soit sur...
- le programme intégré
 - l'intervention auprès des femmes
 - le DSC
 - les CLSC
 - votre travail
 - l'équipe de travail
 - l'Est de Montréal

**GUIDE D'ENTREVUE
AUPRÈS DES ACTEURS DU DSC**

TEMPS 3

*Ginette Boyer
Michel Perreault
Jean-Louis Denis*

Novembre 1992

UN PREMIER BILAN GÉNÉRAL...

1. Si vous aviez un conseil à donner à une autre ... directrice de projet / un autre coordonnateur qui s'apprêterait à implanter un programme intégré, quel serait-il ?
(ce qu'il faut faire/ce qu'il ne faut surtout pas faire)

Attention particulière :

CC : difficultés à gérer le développement provincial tout en assurant la consolidation au niveau local

DB : difficultés dans la transition de «staff» à «line»...

2. Personnellement, que vous a apporté le fait d'être engagé(e) dans ce programme intégré de services en périnatalité ?

- IDEM ...pour le DSC ?

3. Suite à l'implantation du programme intégré, les CLSC sont-ils en contact avec de nouvelles femmes enceintes en situation de pauvreté ?

4. D'après vous, jusqu'à quel point les objectifs du programme ont-ils été atteints ?

5. À ce moment-ci de l'implantation du programme intégré, comment envisagez-vous les liens de votre équipe avec les autres équipes/programmes du DSC ?

- IDEM ...les liens du DSC

- . avec les autres établissements de santé et les services sociaux
- . avec les groupes communautaires ?
- . avec l'ensemble de la communauté, du quartier ?

6. L'intervention telle que préconisée dans le cadre de ce programme intégré pose-t-elle des difficultés particulières ?

À la lumière de l'expérience vécue au cours de la dernière année, quelles pistes d'intervention privilégieriez-vous ?

7. Quels inconvénients a pu entraîner le fait d'implanter seulement le volet prénatal de ce programme et non pas le pré et le post simultanément ?

8. Comment envisagez-vous l'avenir de ce projet-pilote ?
9. Croyez-vous qu'il soit possible de planifier la prise en charge de ce programme par les femmes enceintes elles-mêmes, que ce soit sous forme de groupe d'entraide ou de réseau de marraines, etc. ?
10. À la lumière des relations que vous avez eues avec les CLSC depuis que l'on a commencé à explorer la possibilité d'implanter ce projet, comment concevez-vous vos relations futures avec les CLSC ?
11. Comment envisagez-vous la participation des CLSC à l'étude des effets du Programme intégré de services en périnatalité ?
12. D'après vous, si cette recherche avait été menée exclusivement par des chercheurs de l'université, cela aurait-il changé quelque chose à cette étude de mise en oeuvre ?
13. Voyez-vous ce programme sous le signe de la prévention ou de la promotion de la santé ?
14. La réforme de la santé et des services sociaux en cours va-t-elle favoriser le développement de ce genre de projet ?
15. Comme il s'agit de notre dernière entrevue, y aurait-il autre chose que vous aimeriez ajouter sur l'un ou l'autre aspect de ce programme, de sa mise en oeuvre ou de cette étude ?

Annexe 2.3

Guides d'entrevue auprès des organismes communautaires

**GUIDE D'ENTREVUE
AUPRÈS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

TEMPS 1

*Ginette Boyer
Michel Perreault
Sylvie Routhier
Danielle Léveillé*

Février 1992

STRATÉGIE FONDAMENTALE

1. Selon vous, en quoi consiste le rôle d'une intervenante communautaire, dans la conjoncture actuelle ?
2. Quelle est votre profession de base ?
3. Comment en êtes-vous venu à être ... dans cet organisme ?
4. Quels sont les objectifs de cet organisme ?
5. Que pensez-vous du CLSC ?
Qu'en pensent les gens autour de vous ?
6. Selon vous, est-ce que ce CLSC présente certaines particularités par rapport aux autres CLSC ?
En général et dans votre champ d'intérêt en particulier ?
7. Y-a-t-il des choses que le CLSC pourrait faire pour faciliter l'exercice de votre travail ?
8. Comment en êtes-vous venu(e) à vous intéresser à la périnatalité (enfance/famille) ?
Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans un travail en périnatalité (enfance/famille) ?
Y-a-t-il des choses qui vous plaisent moins ?
Y aurait-il un autre champ d'intervention communautaire ou de travail où vous préféreriez travailler ?
9. Comment votre profession (votre expérience) vous aide-t-elle à travailler en périnatalité (enfance/famille) ?
10. Comment trouvez-vous la place qu'occupe la périnatalité (enfance/famille) dans le CLSC ?
L'énergie consacrée en termes de ressources et de préoccupations du CLSC vous apparaît-elle suffisante ?
Si non, comment pourrait-on améliorer cette situation ?

11. **Que pensez-vous de la façon de s'occuper des personnes en situation de pauvreté dans le CLSC?
Que pensez-vous de la façon dont le CLSC s'occupe en particulier des femmes enceintes en situation de pauvreté ?**

12. **Comment votre profession, votre expérience, vous aide-t-elle à travailler avec les personnes vivant une situation de pauvreté en général ?
Avec les femmes enceintes en particulier ?**

13. **Comment percevez-vous le rôle des autres groupes communautaires, des autres institutions du quartier (garderies, etc.) dans leur intervention auprès de personnes vivant en situation de pauvreté ?**

14. **Comment percevez-vous la collaboration des différents groupes communautaires et des autres institutions du quartier (garderies, etc.) avec le CLSC dans l'élaboration et la réalisation d'interventions auprès de personnes vivant en situation de pauvreté ?**

STRATÉGIE DE RÉACTION À L'INNOVATION

15. Comment avez-vous entendu parler du programme intégré ?
16. Quels sont, selon vous, les objectifs du programme intégré ?
17. Quels sont les objectifs de ce programme qui vous apparaissent les plus importants ?
Pourquoi ?
18. Selon vous, est-ce que le programme intégré est vraiment conçu pour répondre aux besoins des femmes enceintes vivant en situation de pauvreté ?
Pourquoi ?
19. Selon vous, comment le CLSC en est-il venu à s'intéresser au programme intégré ?
20. Comment voyez-vous votre participation au programme intégré ?
Comment en êtes-vous venu(e) à vous y intéresser et à y participer ?
21. Selon vous, est-ce que c'est important pour le CLSC de participer à ce programme intégré ?
22. En quoi ce programme est-il important pour votre organisme ?
23. Selon vous, est-ce que le programme intégré est important aux yeux des différents groupes et institutions du quartier ?
24. Qui d'après vous exerce le plus d'influence sur l'implantation du programme intégré dans le CLSC ?

APPRECIATION DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME JUSQU'À MAINTENANT

25. Quelle est votre appréciation de l'appui qu'apporte le DSC à l'implantation du programme dans votre quartier ?
26. Avez-vous entendu parler des formations offertes par le DSC jusqu'à maintenant ?
Auriez-vous des attentes à cet égard ?
27. D'après vous, est-ce que le CLSC rencontre des difficultés pour mettre en place le programme intégré ?
Si oui, lesquelles ?
Qu'est-ce qui pourrait aider à surmonter ces difficultés ?
28. Aimerez-vous ajouter autre chose sur le travail que fait votre organisme, le CLSC, le programme intégré ?

**GUIDE D'ENTREVUE
AUPRÈS DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

TEMPS 3

*Ginette Boyer
Michel Perreault
Sylvie Routhier
Danielle Léveillé*

Octobre 1992

UN PREMIER BILAN...

1. En tant qu'intervenante d'un groupe communautaire, que pensez-vous de l'état actuel du programme intégré en général ?
2. À ce moment-ci de l'implantation du programme intégré, comment envisagez-vous les liens de votre organisme avec le CLSC ?
3. Avez-vous été ou quelqu'un de votre organisme a-t-il été en contact avec des femmes enceintes qui auraient pu participer à ce programme ?

Les avez-vous référées au CLSC ?

4. Avez-vous été ou quelqu'un de votre organisme a-t-il été en contact avec des femmes enceintes qui ont participé au programme intégré suite à une référence du CLSC ?
5. Quels étaient les principaux besoins de ces femmes ?
Ont-elles donné leur opinion sur ce programme ?
6. La première fois que vous rencontrez une femme enceinte, comment lui présentez-vous les services que vous lui offrez ?
7. Que pensez-vous du mode actuel de distribution des suppléments alimentaires ?
8. À votre connaissance, le CLSC a-t-il encore des contacts avec les femmes qui ont participé à ce projet et qui ont déjà accouché ?

- IDEM ...l'organisme ?

9. Quels inconvénients a pu entraîner le fait d'implanter seulement le volet prénatal de ce programme et non pas le pré et le post simultanément ?

- IDEM ...quels avantages ?

10. Personnellement, que vous a apporté le fait d'être en lien avec un CLSC implantant un programme intégré de services en périnatalité ?

- IDEM ...pour l'organisme ?

11. D'un CLSC à l'autre, l'organisation des services offerts varie sensiblement, d'autant que chacun dessert un territoire très spécifique. D'après vous, quels sont les deux ou trois secteurs les plus défavorisés du territoire du CLSC ... ?

- Qu'est-ce qui caractérise la communauté qui y habite ?

- Comment le CLSC compose-t-il avec ces secteurs ?

12. D'après vous, depuis un an, le CLSC a-t-il modifié ses liens avec

. avec les autres établissements de santé et les services sociaux

. avec les groupes communautaires ?

. avec l'ensemble de la communauté, du quartier ?

PARLONS D'AVENIR...

13. Comment envisagez-vous l'avenir du programme d'ici juin 1993 ?

14. Comment réagiriez-vous si la survie de ce projet-pilote était menacée par un manque de ressources ?

15. Croyez-vous qu'il soit nécessaire de planifier la prise en charge de ce programme par les femmes enceintes elles-mêmes, que ce soit sous forme de groupe d'entraide ou de réseau de marraines, etc. ?

16. À la lumière des relations que vous avez eues avec le CLSC depuis que l'on a commencé à explorer la possibilité d'implanter ce projet, comment concevez-vous vos relations futures avec le CLSC ?

- IDEM ...si post ...avec le DSC ?

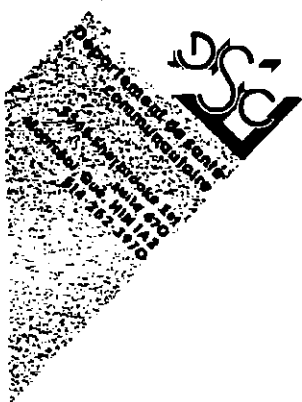
ET POUR CONCLURE...

17. Si vous aviez un conseil à donner à une autre intervenante de groupe communautaire collaborant avec un CLSC qui s'apprêterait à implanter un programme intégré, quel serait-il ?
(ce qu'il faut faire/ce qu'il ne faut surtout pas faire)

18. Comme il s'agit de notre dernière entrevue, y aurait-il autre chose que vous aimeriez ajouter sur l'un ou l'autre aspect de ce programme, de sa mise en oeuvre ou de cette étude ?

Annexe 2.4

Questionnaires auto-administrés auprès des intervenantes



**PROGRAMME INTEGRE DE SERVICES PRENATALS GLOBAUX
VOLET RECHERCHE**

EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE :

PROFIL DES INTERVENANTES

Questionnaire auto-administré

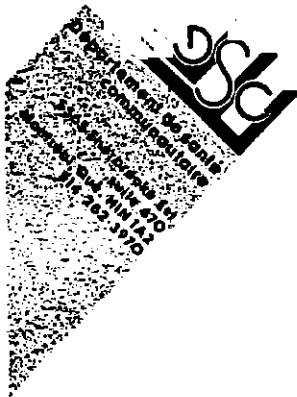
**GINETTE BOYER, M.A. Sociologie
agente de recherche, DSC Maisonneuve-Rosemont**

en collaboration avec

MICHEL PERREAULT, Ph. D.

**DANIELLE LEVEILLE, M.A. Anthropologie
agente de recherche, DSC de l'Outaouais**

**SYLVIE ROUTHIER, M.A. Education
agente de recherche, CRSSS\DSC Abitibi-Témiscamingue
agente de recherche**



CODE _ _ _ _

PROGRAMME DE SERVICES INTEGRES ET GLOBAUX EN PERINATALITE
Volet recherche
Février 1991

PROFIL DES INTERVENANTES

Ce questionnaire a d'abord été conçu afin de connaître votre formation et vos différentes expériences. Comme intervenante appelée à mettre en oeuvre le Programme de services intégrés et globaux en périnatalité, nous voulons également connaître votre opinion sur l'implantation de ce programme.

Soyez assurée que les réponses à ce questionnaire sont strictement confidentielles.

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !

NOUS VOUDRIONS D'ABORD CONNAITRE VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE.
 Complétez et cochez la réponse appropriée.

1. Sexe F M
2. Age _____
3. Quelle est votre profession?
 - auxiliaire familiale
 - infirmière
 - nutritionniste
 - organisatrice communautaire
 - psychologue
 - travailleuse sociale
 - autre. Précisez: _____
4. Quel diplôme avez-vous obtenu? _____
5. Quel poste occupez-vous actuellement? _____
6. Depuis combien de temps occupez-vous ce poste? _____
7. Depuis combien d'années travaillez-vous dans cette profession? _____
8. Depuis combien d'années travaillez-vous dans le domaine de la périnatalité? _____
9. Depuis combien d'années travaillez-vous dans le quartier où vous oeuvrez actuellement? _____
10. Avez-vous déjà exercé la même profession dans d'autres quartiers ou d'autres villes?
 - oui, un seul autre
 - oui, plus d'un
 - non
11. Si oui, s'agissait-il d'un milieu de travail desservant des femmes vivant en situation de pauvreté?
 - oui, en partie
 - oui, surtout
 - non
12. Avez-vous déjà exercé une autre profession?
 - non
 - oui. Laquelle? _____

NOUS AIMERIONS EGALEMENT CONNAITRE VOS EXPERIENCES
EN DEHORS DE VOTRE TRAVAIL.

13. Actuellement, en dehors de vos heures de travail, êtes-vous membre actif d'un organisme communautaire, d'un regroupement ou d'une association ?
- oui, un seul
- oui, plus d'un. Préciser combien :
- non

SI NON, PASSER A LA QUESTION 20.

SI VOUS ETES MEMBRE D'UN SEUL ORGANISME,
REPENDRE AUX QUESTIONS 14 A 16.
PASSER ENSUITE A LA QUESTION 20.

SI VOUS ETES MEMBRE DE PLUS D'UN ORGANISME,
REPENDRE D'ABORD AUX QUESTIONS 14 A 16
EN FONCTION DE L'ORGANISME AUQUEL VOUS CONSACREZ LE PLUS DE TEMPS.
REPENDRE ENSUITE AUX QUESTIONS 17 A 19 EN FONCTION DU DEUXIEME
ORGANISME AU SEIN DUQUEL VOUS ETES IMPLIQUEE.

14. Dans le cas d'un seul ou d'un premier organisme :
S'agit-il d'un organisme implanté dans le même quartier que celui où vous travaillez ?
- oui
- non
15. Depuis quand êtes-vous membre de cet organisme ?
- ans
16. S'agit-il d'un organisme regroupant ou desservant des femmes vivant en situation de pauvreté ?
- oui, en partie
- oui, surtout
- non
17. Dans le cas d'un deuxième organisme :
S'agit-il d'un organisme implanté dans le même quartier que celui où vous travaillez ?
- oui
- non
18. Depuis quand êtes-vous membre de cet organisme ?
- ans

19. S'agit-il d'un organisme regroupant ou desservant des femmes vivant en situation de pauvreté?

- oui, en partie
 oui, surtout
 non

20. Actuellement, vous habitez :

- dans le même quartier que celui où vous travaillez
 dans un autre quartier de la même ville
 dans une autre ville

**NOUS AIMERIONS MAINTENANT CONNAITRE VOTRE OPINION A PROPOS
 DU PROGRAMME DE SERVICES INTEGRES ET GLOBAUX EN PERINATALITE.**

21. Etes-vous personnellement d'accord avec la décision de votre CLSC de mettre en oeuvre le Programme de services intégrés et globaux en périnatalité?

- entièrement d'accord
 plutôt d'accord
 pas tellement d'accord
 pas d'accord

Pourquoi?

22. Au meilleur de votre connaissance, quel est l'aspect le plus intéressant de ce programme?

23. Au meilleur de votre connaissance, quel est le principal obstacle à la réalisation de ce programme?

24. D'après vous, le programme de services intégrés et globaux en périnatalité contribuera-t-il à améliorer l'intervention de votre CLSC auprès des femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté ? Encerclez le chiffre correspondant à votre appréciation de chacun des volets de ce programme.

1 = peu efficace 5 = très efficace

A.	Une intervenante privilégiée développe une relation de confiance avec la femme	1	2	3	4	5
B.	L'intervenante, en lien avec la femme, procède à l'identification continue de ses besoins	1	2	3	4	5
C.	L'intervenante, en lien avec la femme et une équipe multidisciplinaire, élabore un plan de services.	1	2	3	4	5
D.	L'intervenante assure un suivi en complémentarité avec celui offert par le médecin traitant.	1	2	3	4	5
E.	L'intervenante rencontre la femme pour assurer un suivi et une évaluation du plan de services au moins à toutes les deux semaines	1	2	3	4	5
F.	L'intervenante effectue des visites à domicile	1	2	3	4	5
G.	Un plan personnalisé de soutien alimentaire (informations, courbes de poids) est développé	1	2	3	4	5
H.	Des suppléments alimentaires (OLO) sont fournis à la femme	1	2	3	4	5
I.	Des groupes d'entraide (marrainage) sont mis sur pied	1	2	3	4	5
J.	Des ententes sont établies avec certains organismes communautaires	1	2	3	4	5
K.	Des rapports périodiques sont envoyés aux professionnels et aux intervenantes à qui l'on a référé la femme	1	2	3	4	5
L.	Au besoin, un plan personnalisé de soutien comportemental face au tabagisme est développé	1	2	3	4	5

1 = peu efficace 5 = très efficace

M.	Au besoin, un plan personnalisé de soutien comportemental face à l'alcool est développé	1	2	3	4	5
N.	Au besoin, un plan personnalisé de soutien comportemental face à la consommation de drogues est développé	1	2	3	4	5
O.	Au besoin, un plan personnalisé de soutien relationnel est développé (recours au réseau d'entraide naturelle, relation d'aide, organismes du milieu, etc.)	1	2	3	4	5
P.	Au besoin, un soutien matériel (meubles, vêtements, etc.) est offert	1	2	3	4	5
Q.	Au besoin, des clientes sont référées à d'autres intervenants du CLSC que ceux du programme	1	2	3	4	5
R.	Au besoin, de l'aide aux tâches ménagères est assurée	1	2	3	4	5

25. A votre avis, dans quelle mesure, dans votre CLSC, les différents volets de ce programme pourraient être mis en place de façon satisfaisante, d'ici juin 1992 ?

1 = a peu de chance d'être mis en place

2 = pourrait être mis en place de façon peu satisfaisante

3 = pourrait être mis en place de façon très satisfaisante

A.	Une intervenante privilégiée développe une relation de confiance avec la femme	1	2	3
B.	L'intervenante, en lien avec la femme, procède à l'identification continue de ses besoins	1	2	3
C.	L'intervenante, en lien avec la femme et une équipe multidisciplinaire, élabore un plan de services.	1	2	3
D.	L'intervenante assure un suivi en complémentarité avec celui offert par le médecin traitant.	1	2	3

1 = a peu de chance d'être mis en place
 2 = pourrait être mis en place de façon peu satisfaisante
 3 = pourrait être mis en place de façon très satisfaisante

E.	L'intervenante rencontre la femme pour assurer un suivi et une évaluation du plan de services au moins à toutes les deux semaines	1	2	3
F.	L'intervenante effectue des visites à domicile	1	2	3
G.	Un plan personnalisé de soutien alimentaire (informations, courbes de poids) est développé	1	2	3
H.	Des suppléments alimentaires (OLO) sont fournis à la femme	1	2	3
I.	Des groupes d'entraide (marrainage) sont mis sur pied	1	2	3
J.	Des ententes sont établies avec certains organismes communautaires	1	2	3
K.	Des rapports sont envoyés aux professionnels et aux intervenants à qui l'on a référé la femme	1	2	3
L.	Au besoin, un plan personnalisé de soutien comportemental face au tabagisme est développé	1	2	3
M.	Au besoin, un plan personnalisé de soutien comportemental face à l'alcool est développé	1	2	3
N.	Au besoin, un plan personnalisé de soutien comportemental face à la consommation de drogues est développé	1	2	3
O.	Au besoin, un plan personnalisé de soutien relationnel est développé (recours au réseau d'entraide naturelle, relation d'aide, organismes du milieu, etc.)	1	2	3
P.	Au besoin, un soutien matériel (meubles, vêtements, etc.) est offert	1	2	3

- Q. Au besoin, des clientes sont référées à d'autres intervenants du CLSC que ceux du programme 1 2 3
- R. Au besoin, de l'aide aux tâches ménagères est assurée 1 2 3
26. Personnellement, dans quelle mesure vous sentez vous à l'aise pour réaliser les différents volets de ce programme ?

1 = très mal à l'aise 5 = très à l'aise

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| A. Une intervenante privilégiée développe une relation de confiance avec la femme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. L'intervenante, en lien avec la femme, procède à l'identification continue de ses besoins | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. L'intervenante, en lien avec la femme et une équipe multidisciplinaire, élabore un plan de services. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. L'intervenante assure un suivi en complémentarité avec celui offert par le médecin traitant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E. L'intervenante rencontre la femme pour assurer un suivi et une évaluation du plan de services au moins à toutes les deux semaines | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| F. L'intervenante effectue des visites à domicile | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| G. Un plan personnalisé de soutien alimentaire (informations, courbes de poids) est développé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| H. Des suppléments alimentaires (OLO) sont fournis à la femme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I. Des groupes d'entraide (marrainage) sont mis sur pied | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J. Des ententes sont établies avec certains organismes communautaires | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| K. Des rapports périodiques sont envoyés aux professionnels et aux intervenants à qui l'on a référé la femme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

POUR TERMINER, QUELQUES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS...

21. A votre connaissance, quel degré de scolarité votre père a-t-il (avait-il) complété : _____

22. A votre connaissance, quel degré de scolarité votre mère a-t-elle (avait-elle) complété : _____

23. Quelle est (était) l'occupation principale de votre père :

Décrivez ses principales fonctions :

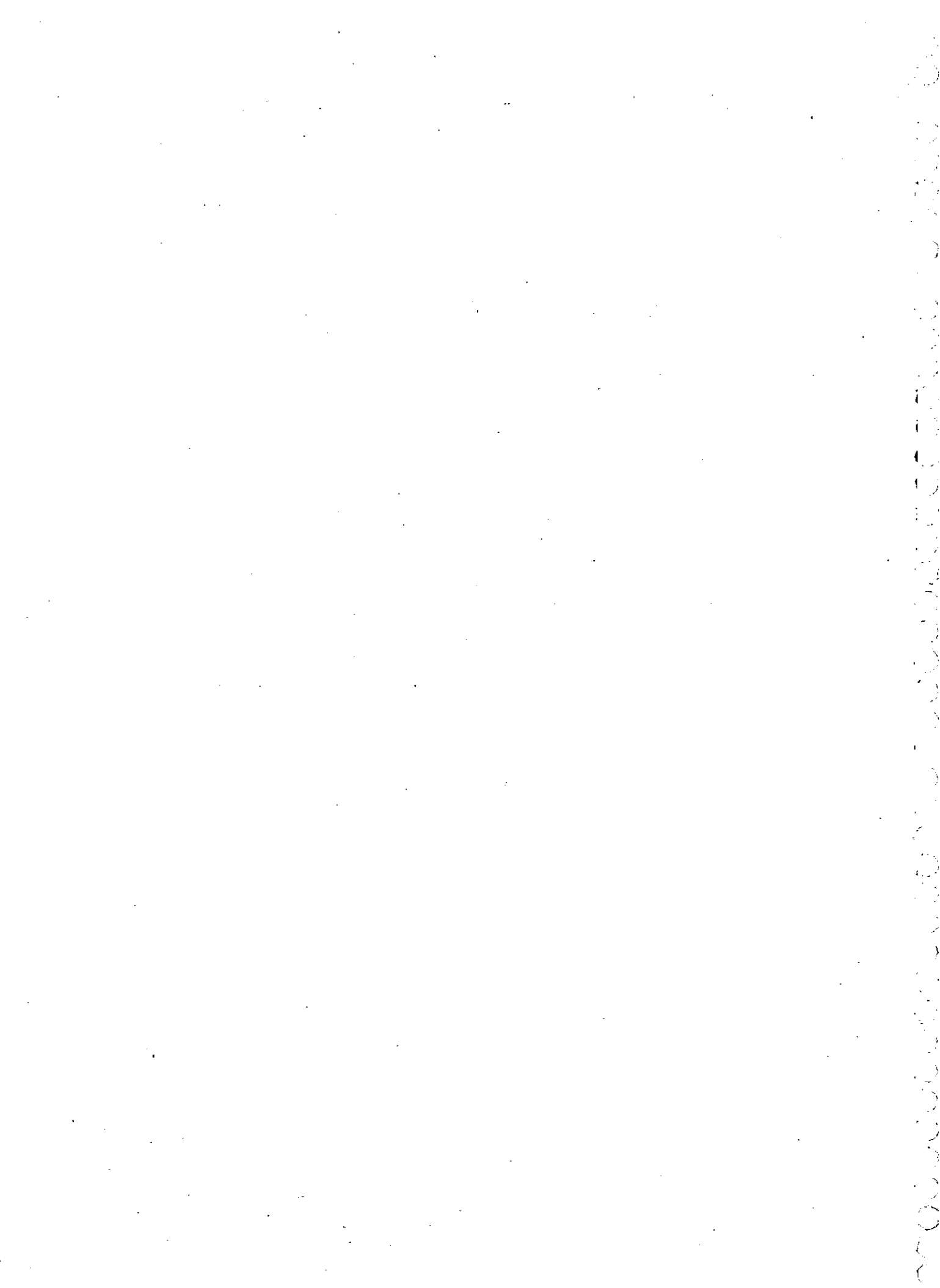
24. Quelle est (était) l'occupation principale de votre mère :

Décrivez ses principales fonctions :

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !

Annexe 2.5

Grille d'observation directe du travail d'équipe multidisciplinaire



**ÉVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE
D'UN PROGRAMME INTÉGRÉ DE SERVICES EN PÉRINATALITÉ**

**GRILLE D'OBSERVATION DIRECTE
DU TRAVAIL D'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE**

*Danielle Léveillé
Michel Perreault
Ginette Boyer
Sylvie Routhier*

Février 1991

Toutes ces observations seront détaillées dans le **journal de bord**. Comme la quantité et la qualité des observations effectuées s'affineront avec le temps, il s'agit ici d'une grille d'observation participante qui ne prétend pas à l'exhaustivité.

ANALYSE GLOBALE DE LA SITUATION

- Intégration des formations reçues
 - travail d'équipe multidisciplinaire
 - alimentation
 - intervention en milieu défavorisé
 - démarche systématique
- Intégration de la grille d'analyse continue des besoins
- Connaissance de la culture de la pauvreté
- Capacité de ramener le point de vue des femmes
- Capacité à bien saisir et rendre les informations
 - synthèse
 - analyse
- Capacité de communiquer
 - communication verbale
 - communication non verbale
- Capacité de se distancier de jugements de valeurs
- Expression et évaluation de rationalisations
- Stabilité et motivation des intervenantes par rapport au programme
- Niveau de langage de l'équipe
 - utilisation d'un langage commun
 - référence à des réalités communes
 - référence à des niveaux de réalité communs

INTERVENTION PROPREMENT DITE DE L'ÉQUIPE

- Capacité de mobilisation face à une nouvelle problématique ou une situation de crise
- Créativité
- Compréhension et lecture des besoins des clientes-familles
- Difficultés, contraintes, paradoxes, acquis, quant à l'utilisation de la grille d'analyse continue des besoins
- Aspects ou facteurs facilitant l'utilisation de la grille
 - surveiller l'effet de Hawthorne
- Connaissance et utilisation
 - des ressources communautaires
 - du CLSC
 - des médecins du quartier
 - des hôpitaux
 - des CSS
 - etc.

- Poids des contraintes organisationnelles
- Suggestions pour le plan d'intervention

STRUCTURATION DES RAPPORTS À L'INTÉRIEUR DE L'ÉQUIPE

- Leadership formel ou informel (selon les fonctions, les disciplines, le tempérament, etc.)
- Rapports personnels entre les membres de l'équipe
 - ancienneté au sein de l'équipe et statut
 - conflits \ affinités
 - écoute, transmission et réception des informations

DEGRÉ DE MULTIDISCIPLINARITÉ VÉCUE

- Partage, interpénétration des visions
- Décalage, étanchéité entre les visions

SILENCES ÉVENTUELS AUTOUR DE CERTAINES QUESTIONS

- Identification de ces silences et de leur genèse

SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS EFFECTUÉES

- Au plan de l'intervention
- Au plan de la recherche

Annexe 2.6

Grille d'analyse continue des besoins

N.B. : L'instrument présenté dans cette annexe est la première version de la *Démarche initiale d'identification des besoins* publiée dans Martin, Boyer et al. 1995.

PROGRAMME INTÉGRÉ DE SERVICES PRÉNATALS GLOBAUX

- Identification continue des besoins de la femme enceinte et sa famille
- Évaluation de ces besoins
- Plan d'aide et de suivi

IDENTIFICATION

- Nom de la femme enceinte à la naissance : _____
Prénom : _____
Date de naissance : A __ M __ J __
Adresse : Rue : _____
Municipalité : _____
Code postal : _____
Téléphone : _____

- Nom du conjoint : _____
Prénom : _____
Date de naissance : A __ M __ J __

- Nom, prénom et âge des enfants

- Provenance de la demande :
. Nom de l'établissement ou de l'organisme : _____
. Nom de la personne : _____

- Grossesse actuelle, continuité

. Première rencontre : Date : A __ M __ J __
. Nombre de semaines de grossesse : _____
. D.D.M. : A __ M __ J __
. Date prévue accouchement : _____
. Médecin traitant :
. suivi _____
. clinique _____
. accouchement _____
. Sage-femme : _____
. Lieu d'accouchement : _____

- Suivi par autre intervenant au CLSC

. Nom de la personne _____

- Suivi par intervenant extérieur au CLSC

. Nom de l'établissement _____
. Nom de la personne : _____

1. ENVIRONNEMENT PSYCHO-SOCIAL, SOCIO-ÉCONOMIQUE, PHYSIQUE ET DE TRAVAIL

1.1 ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL

- Perception de la femme :
 - . De son enfance (heureuse, problématique, vécu à l'extérieur de la famille)

 - . Impact _____
 - . De la venue de l'enfant :
 - . de la grossesse : _____
 - . des connaissances des changements corporels : _____
 - . du lien foetus / mère (rôle placenta) _____
 - . de l'accouchement : (craintes, inquiétudes, besoins d'information) : _____
 - . du bébé à naître : _____
 - . du rôle parental : _____
 - . allaitement _____
 - . soins de l'enfant _____
 - . adaptation parents-enfant _____
 - . développement de l'enfant _____
 - . du soutien social du réseau : (conjoint, famille, amis, voisins, personne significative, groupes d'entraide)
 - . type de soutien _____
 - . satisfaction _____
 - . du contexte de vie (harmonieux, violence) _____
 - . D'elle-même :
 - * . tempérament - estime d'elle même _____
 - . état psychique (stress, anxiété, dépression) _____
 - . participation sociale _____
 - . valeurs _____
 - * . styles d'apprentissage (mode d'acquisition, perception d'efficacité personnelle, maintien de la motivation)

 - . capacités de solutionner des problèmes (réactions face aux événements imprévus, compréhension des problèmes, décisions) _____
 - . aptitudes à demander de l'aide _____
 - . forces et moyens de la femme (expériences antérieures, sources d'information) _____
 - * . buts et motivation _____

* à compléter, important pour la recherche

- Perception du conjoint : (grossesse, accouchement, bébé, rôle parental) _____
- _____
- Perception des autres membres de la famille : (grossesse, accouchement, bébé) _____
- _____
- Interactions familiales (rôle, répartition des tâches, expression affective, schème de communication, prise de décision, solution de problèmes) _____
- _____
- _____

1.2 ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE, PHYSIQUE ET DE TRAVAIL

- Caractéristiques de la femme
 - * Scolarité de la femme : années complétées _____
 - * État civil de la femme : mariée __ union libre __ célibataire __ autres _____
 - * Lieu de naissance _____
 - * Ethnie : _____ immigrante __ réfugiée __ autres __ arrivée au Canada 19 _____
 - * Langue d'usage : français __ anglais __ autres _____
 - * Culture et religion : _____
 - * Occupation de la femme : travaille à la maison __ travaille à l'extérieur __ temps plein __ temps partiel __ a déjà travaillé _____
 - * Type d'emploi _____
 - * Conditions de vie dans l'enfance (revenu, emploi, logement) : bonnes __ problématiques _____
 - * Perception de pauvreté dans l'enfance : oui __ non _____
 - * Impact de ces caractéristiques sur la femme et la famille _____
 - _____
 - _____

- Caractéristiques de la famille
 - * Nombre de personnes à la maison : _____
 - * Type de famille : bi-parentale __ bi-parentale, parent absent __ monoparentale __ recomposée __
 - * Conjoint père de l'enfant : oui __ non __ spécifier _____
 - * Age du père _____
 - * Occupation du conjoint : travaille à l'extérieur __ temps plein __ temps partiel __ ne travaille pas __ autres _____
 - * Type d'emploi _____
 - * Situation matérielle :
 - source de revenu : salaire __ salaire minimum __ ass. chômage __ aide sociale __ autres _____
 - problèmes identifiés d'équilibre budgétaire _____

** revenu / mois		dépenses/mois	
1 pers.	1 179\$ et moins _____	logement	_____
2 pers.	1 180\$ à 1 599\$ _____	services	_____
3 pers.	1 600\$ à 2 032\$ _____	dettes	_____
4 pers.	2 033\$ à 2 340\$ _____	autres	_____
		TOTAL	_____

* à compléter, Important pour la recherche
 ** Statistique Canada - seuil de faible revenu selon le nombre de personnes-cible de 50 ans et plus, 1990.

- . Logement : salubre Insalubre sécuritaire non sécuritaire _____
- . Déménagements fréquents : oui non nombre en moyenne par an _____
- . Besoins matériels pour la mère et le bébé : _____
- . Besoins d'éducatrice familiale (auxiliaires familiales) oui non
- Risques au travail et à la maison : (agents de nature chimique, physique, biologique, contraintes ergonomiques, charge physique reliée au travail) _____
- . Retrait préventif _____
- Forces et moyens (capacité de modifier l'environnement, de répondre aux besoins matériels et aptitude à demander de l'aide) _____

2. HABITUDES DE VIE ET MÉDICAMENTS

2.1 Alimentation

- . Saute 3 repas ou plus/semaine
- . Nombre de collations/jour _____
- . Moins de 1 portion/jour de produits laitiers _____
- . Peu ou pas de fruits et de légumes
- . Régime végétarien mal appliqué _____
- . Régime végétalien _____
- . Appétit : bon variable peu
- . Suppléments de vitamines et de minéraux :
sortes _____ quantité/jour _____

2.2 Activités physiques et repos

- Activités physiques
- . Type d'activités _____
- . Fréquence _____
- . Durée _____
- Repos
- . Fréquence _____
- . Durée _____

2.3 Santé dentaire

- . Problèmes dentaires oui non
- . Lesquels : _____

. Date de la dernière visite chez le dentiste : _____
 . Date des dernières radiographies dentaires : _____
 . Soins dentaires spécialisés : oui ___ non ___
 . Lesquels : _____
 . Brosse, soie, prévention oui ___ non ___

2.4 Toxicomanie

USAGE
 actuel antérieur

. Usage de tabac : quantité/jour ___ quantité/jour à la 20 ^e semaine ___ dans les milieux de vie ___	_____	_____
. Usage d'alcool : N. consommation/jour ___ semaine ___ régulier ___ irrégulier ___	_____	_____
. Usage de psychotropes : marijuana ___ cocaïne ___ amphétamines ___ autres ___ N. consommation/jour ___ semaine ___ régulier ___ irrégulier ___	_____	_____
. Usage de café : quantité/jour ___	_____	_____
. Usage de thé, cola : quantité/jour ___	_____	_____
. Usage de drogue chez le conjoint	_____	_____

2.5 Médicaments

. Usage de médicaments : oui ___ non ___ lesquels _____

2.6 Perception de l'impact sur la situation actuelle

. De l'alimentation : (climat lors des repas, temps accordé, besoins d'information)

 . De la toxicomanie (signification, impact) _____

2.7 Forces et moyens (efforts antérieurs, motivation, soutien)

3. BIOLOGIE

3.1 Antécédents obstétricaux et médicaux

- . Avortement spontané avortement provoqué
- . Mortinatalité (20 semaines et plus de grossesse)
- . Mortalité néonatale (naissance à < 28 jours)
- . Prématurité (< 37 semaines)
- . Petit poids de naissances (< 2500 g.)
- . Complications médicales (diabète, hypertension, toxémie, placenta praevia, placenta abruptio, Iso-immunisation, hémorragie antépartum ...) _____
- _____
- . Autres risques (maladies antérieures) _____
- _____

3.2 Caractéristiques physiques des parents

- . Age de la femme
Si moins de 20 ans : âge chronologique _____
 moins âge 1ère menstruation _____
 égale âge gynécologique _____ (si inférieur à 3 ou 4 risque accru)
- . Age de la femme > 35 ans . Taille de la femme < 152,4 cm (60 pouces)
- . Taille du père biologique _____
- . Poids de la femme à sa naissance _____
- . Poids femme prégravidique : supérieur à IMC 25 inférieur à IMC 20
- . Rythme du gain de poids : (voir courbe)
- . Gain de poids gravidique total de la grossesse < 13 kg (30 livres)

3.3 Caractéristiques de la grossesse

- . Parité
- . Intervalle entre les grossesses (dernière naissance et la conception de la présente grossesse) :
< 6 mois 6 à 12 mois
- . Grossesse multiple : nombre _____
- . Maladies génétiques : porteurs atteints
 - . désordres génétiques (Tay. Sachs etc.) _____
 - . désordres chromosomiques _____
- . Pathologie pré ou per grossesse :
 - . MTS (chlamydia, sida ...)
 - . maladies infectieuses (rubéole ...)
 - . autres patho. (diabète, saignements, anémie, infections génito-urinales ...) _____
- . Absence de vaccination (rubéole ...)
- . Malaises _____
- _____
- _____

4. SYSTEME DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

4.1 Accessibilité géographique continuité et qualité

- Accessibilité :
 - . Transports M.D. : oui ___ non ___ CLSC : oui ___ non ___
 - . organismes communautaires : oui ___ non ___
 - . Gardiennage selon les besoins : oui ___ non ___
- Utilisation des services :
 - . soutien alimentation _____
 - . soutien antitabagique _____
 - . soutien drogue _____
 - . soutien alcool _____
 - . soutien psycho-social _____
 - . soutien communautaire _____
 - . soutien entraide _____
 - . soutien par autres services _____
- Suivi médical prénatal : oui ___ non ___
 - . Date de la 1^{ère} visite médicale _____ . Trimestre : 1^{er} ___ 2^e ___ 3^e ___
 - . Dates des visites médicales : _____
 - . Échographie : dates _____
 - . Amniocentèse : _____
- Hospitalisation durant la grossesse :
 - Lieu _____
 - Date _____ Durée _____
 - Raisons : _____
- Connaissances des ressources (santé, information, juridique et communautaire) _____
- Perception et expérience des services _____

5. Perception générale de l'intervenante

- . Façon de "composer" de la femme _____
- . Motivation (changer, se développer) _____
- . Potentiel et ressources de la famille _____
- . Fonctionnement de la famille _____

Document préparé par le DSC Maisonneuve-Rosemont en collaboration avec un groupe de travail des CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Mercier-Est/Anjou, Olivier-Guimond, J. Octave-Roussin, Le partage des eaux, Hull et Grande-Rivière.

Produit par le DSC Maisonneuve-Rosemont.

RÉFÉRENCES

- COLIN, C., DESROSIERS, H. La périnatalité au Québec. Naître égaux et en santé Avis sur la grossesse en milieu défavorisé. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, 153 p.
- LEPAGE, M.C., LEVASSEUR, M., COLIN, C., BEAULAC-BAILLARGEON, L., GOULET, L. La périnatalité au Québec. La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, 251 p.
- KRAMER, M.S. Determinants of low birth weight : methodological assessment and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organisation, 1987 65 (5) : 663-737.
- WORTHINGTON ROBERTS, B.S., Nutrition In Pregnancy and lactation - Times Mirror _ Mosby College Publishing 1989 4 th edition p. 106-117.

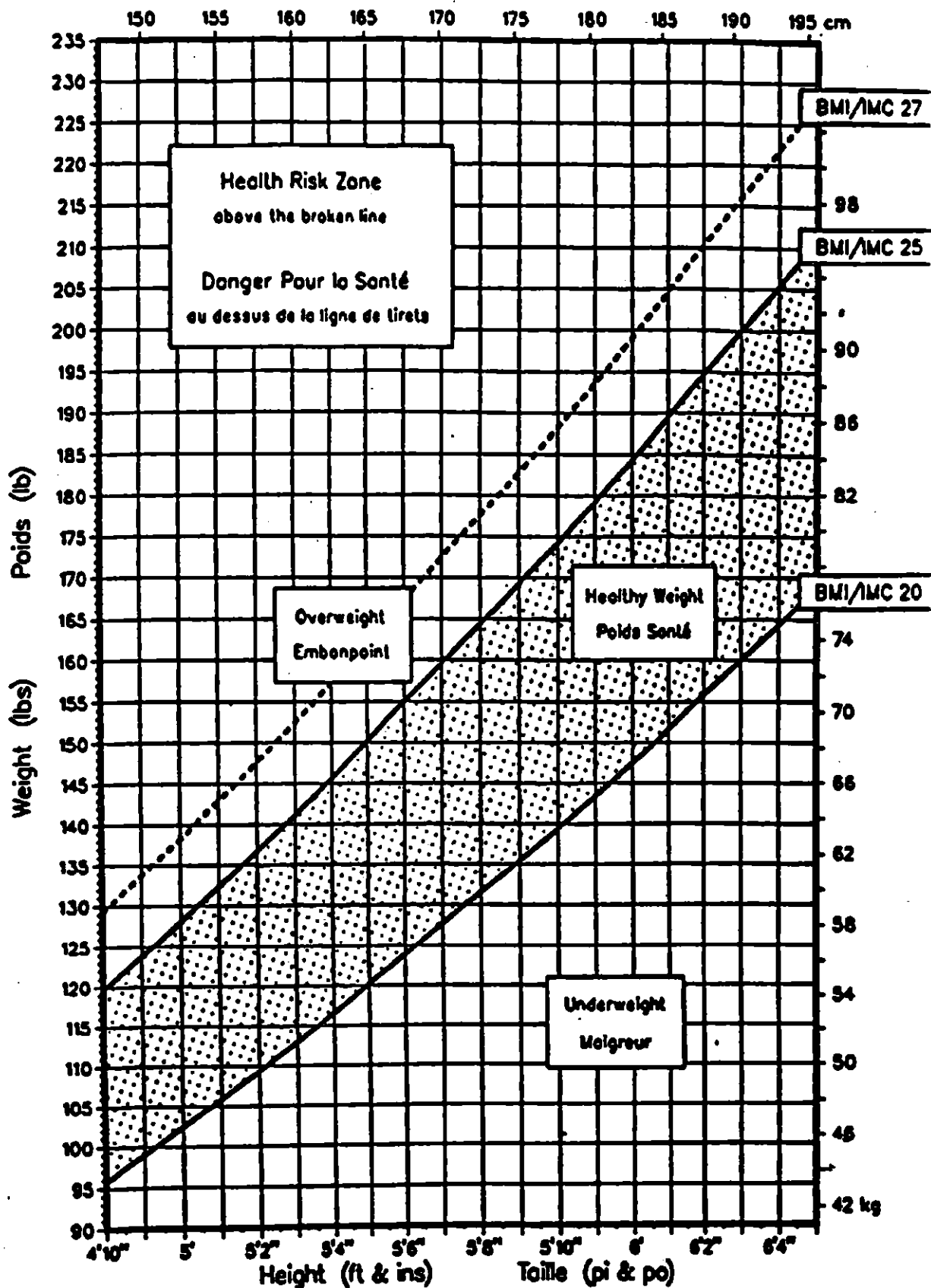
Préparé par un groupe de travail :

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| . Louise Babin | CLSC Olivier-Guimond |
| . Nicole Brisebois | CLSC Mercier-Est/Anjou |
| . Sylvie Deveau | CLSC Grande Rivière |
| . Claudette Everitt | CLSC Hochelaga-Maisonneuve |
| . Marie Fournier | CLSC Olivier-Guimond |
| . Dominique Godbout | CLSC de Hull |
| . Francine Labrie | CLSC J.-Octave Rousin |
| . Louise Lépine | CLSC Hochelaga-Maisonneuve |
| . Angèle Rousseau | CLSC Partage-des-eaux |
| . Jeanne Tétreault | DSC Maisonneuve-Rosemont |

Collaboration du DSC Maisonneuve-Rosemont :

- . Christine Colin
- . Ginette Boyer
- . Catherine Martin
- . Michel Perreault
- . Jeanne Tétreault

Produit par le DSC Maisonneuve-Rosemont



TEEN (Standard Weight)

	1st Trimester	2nd Trimester	3rd Trimester
Average monthly gain	2½-2¾#	5-5½#	3½-4#
Average weekly gain	¾-¾#	1-1½#	¾-1#
Total weight gain	7#	16#	12#

Total weight gain in 40 weeks: 28-40 pounds

MY WEIGHT GAIN
Target gain: _____ pounds

Key: Wt. gain above or below shaded area shows risk for standard wt. teen

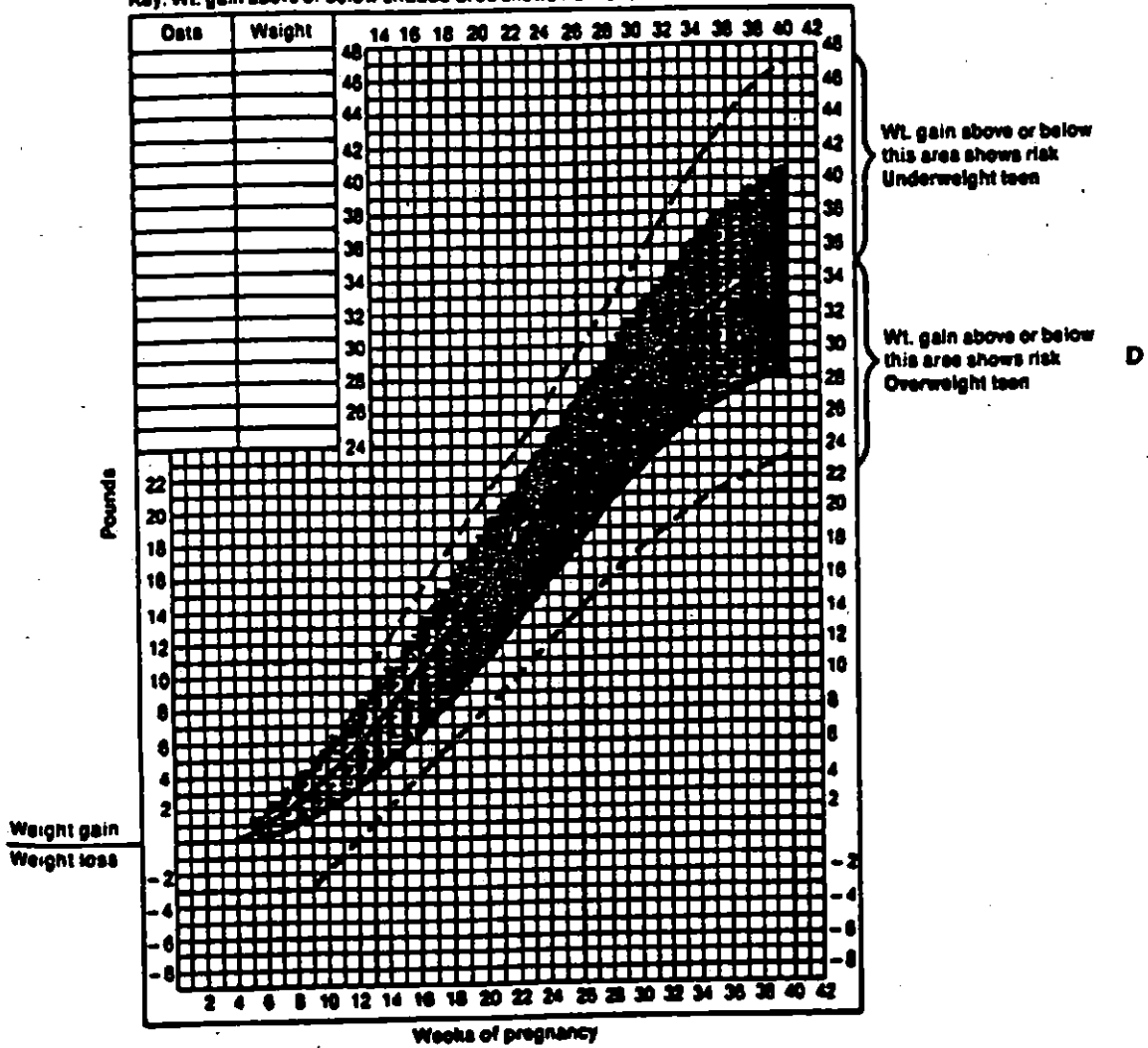


Figure 3-23—cont'd

**NOTES SUR LES ETAPES IMPORTANTES
DU PROCESSUS D'INTERACTION ENTRE LE CLIENT-FAMILLE
ET L'INTERVENANTE**

Rendez-vous

Date : _____ a eu lieu
_____ a été reporté _____ a été annulé _____ ne s'est pas présentée

Ententes négociées :

1. _____
 2. _____
 3. _____
- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | principalement à l'initiative de la cliente-famille |
| 1 | 2 | 3 | principalement à l'initiative de l'intervenante |
| 1 | 2 | 3 | suite à une discussion |

Rendez-vous

Date : _____ a eu lieu
_____ a été reporté _____ a été annulé _____ ne s'est pas présentée

Ententes négociées :

1. _____
 2. _____
 3. _____
- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | principalement à l'initiative de la cliente-famille |
| 1 | 2 | 3 | principalement à l'initiative de l'intervenante |
| 1 | 2 | 3 | suite à une discussion |

Rendez-vous

Date : _____ a eu lieu
_____ a été reporté _____ a été annulé _____ ne s'est pas présentée

Ententes négociées :

1. _____
 2. _____
 3. _____
- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | principalement à l'initiative de la cliente-famille |
| 1 | 2 | 3 | principalement à l'initiative de l'intervenante |
| 1 | 2 | 3 | suite à une discussion |

Annexe 2.7

Fiche d'intervention clinique cumulative

Date de complétion : / /
en mois jour

PROGRAMME INTÉGRÉ DE PRÉVENTION EN PÉRINATALITÉ
FEUILLE D'INTERVENTION CLINIQUE CIRCULATRE

Du : / / au : / /
en mois jour en mois jour

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Code de la cliente : _____
Code de l'intervenante privilégiée : _____

TEMPS DE TRAVAIL INVESTI

Durée de discussions ou d'interventions pour le mois précédent (en minutes) : _____
Nombre de discussions ou d'interventions pour le mois précédent :
• au CLSC : Individuel : _____ en groupe : _____
• Autres : Individuel : _____ en groupe : _____
Aucun contact : _____
(Motif)

RESSOURCES POUR LA CLIENTE (Travailleur social, nutritionniste, organisateur communautaire, etc.)

Ressources (Type de profession et type de groupe communautaire)	Motif(s)	Interventions	
		Interne	Externe

SOUTIEN À L'INTERVENANTE (Travailleur social, nutritionniste, organisateur communautaire, etc.)

Ressources (Type de profession et type de groupe communautaire)	Motif(s)	Interventions	
		Interne	Externe

DOSSIER

Date d'ouverture : / / en mois jour
Date de fermeture : / / en mois jour
Motif(s) de fin d'intervention (avortement, déménagement, fausse-couche, abandon du programme, disparue ou autres) :

Lors du suivi de la femme-cliente, les services énoncés ci-dessous ont-ils fait l'objet d'intervention* avec la cliente? Cochez à l'endroit approprié.

* Les interventions comprennent les rencontres individuelles, les téléphones, les discussions de cas, les consultations, les références, les notations au dossier et tout ce qui concerne la préparation et l'actualisation des services à la femme-cliente.

		BEAUCOUP	UN PEU	PAS DU TOUT
1. SERVICES SYSTÉMATIQUES				
Avec la cliente Avec l'équipe multi ou autres Dossiers Déplacements routiers Autres (spécifiez) : _____	Individuellement			
	En groupe			
2. SERVICES SYSTÉMATIQUES				
Suivi de santé	Information et conseils			
Soutien alimentaire	Surveillance (courbe de poids)			
	Suppléments alimentaires			
Soutien information	Préparation à l'accouchement			
	Facteurs de risque			
	Vécu de la grossesse			
	Préparation à la venue du bébé			
	Spécifiez : _____			
Soutien socio-économique et juridique	Logement			
	Situation financière problématique			
	Démarche d'ordre juridique			
Soutien psychosocial	Spécifiez : _____			
	Estime de soi			
	Compétence parentale			
	Conscientisation			
	Relations interpersonnelles			
	Spécifiez : _____			
3. SERVICES SELON LES BESOINS				
Soutien face au tabagisme Soutien comportemental Soutien matériel/dépense Soutien par le réseau naturel Soutien au réseau naturel Soutien communautaire Soutien aux tâches ménagères Autres (spécifiez) : _____	Spécifiez : _____			

Annexe 2.8

Guide d'entrevue auprès des femmes enceintes participant au programme

**GUIDE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE
AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES
PARTICIPANT AU PROGRAMME**

*Ginette Boyer
Michel Perreault
Danielle Léveillé
Sylvie Routhier*

Février 1992

1. Connaissez-vous le CLSC avant d'être suivie par ... ?

Que pensez-vous du CLSC ?

Qu'en pensent les gens autour de vous ? (mère, conjoint, voisines, amies...)

Connaissez-vous d'autres CLSC ?

2. Comment avez-vous entendu parler de ce programme ?

Lorsqu'on vous a parlé de ce projet pour la première fois, on vous a proposé d'avoir un suivi de grossesse un peu particulier : à quoi vous attendiez-vous, au juste ?

3. Dans le cadre du Programme intégré, vous avez reçu du lait, des oeufs et des oranges. Que pensez-vous de ce service ?

- Le fait de recevoir ces aliments vous a-t-il créé des ennuis ? Lesquels ? Pourquoi ?

- Que pensez-vous du fait qu'un CLSC offre des aliments ? Trouvez-vous gênant d'en faire la demande ?

- Le fait de recevoir ces aliments vous a-t-il aidée de quelque façon ?

- Êtes-vous satisfaite de la façon dont on les a distribués ? Auriez-vous préféré un autre mode de distribution ?

4. Dans le cadre du Programme intégré, vous avez été surtout en contact avec une intervenante, ... Vous sentiez-vous à l'aise avec elle ?

- Pouviez-vous donner votre opinion, faire des suggestions ?

- Vous est-il arrivé d'avoir le sentiment d'être achalée par ses conseils, incomprise ? jugée ? ... d'avoir peur ?

- Beaucoup de femmes ont peur que si une intervenante vient chez elle à toutes les deux semaines, elle se mêle de leur vie privée. Aviez-vous ces craintes-là ?

- Sentiez-vous cette intervenante disponible, pour vous ?

- Attendiez-vous ses visites ? Prépariez-vous des questions, des demandes ?

- Le fait d'avoir la visite régulière d'une infirmière vous a-t-il entraînée à négliger vos rendez-vous chez le médecin ? Ou au contraire cela vous a-t-il stimulée ?

5. Comment votre conjoint a-t-il réagi à la présence régulière de cette intervenante ?

Cela lui a-t-il apporté quelque chose à lui aussi ?

6. Dans l'ensemble, l'intervenante ou le CLSC auraient-ils pu ou dû faire autre chose pour vous ?

Diriez-vous que ces services vous ont aidée à garder un bon moral ?

Que vous avez appris quelque chose, trouvé une solution à certains problèmes, essayé quelque chose de nouveau depuis que vous êtes en contact avec

7. Si vous deveniez de nouveau enceinte ou si une de vos amies ou une de vos soeurs devenaient enceintes, leur diriez-vous d'appeler au CLSC ? D'appeler la même intervenante ?

Quand votre bébé sera né, comptez-vous retourner au CLSC ?

8. Est-ce que l'intervenante qui vous accompagnait dans le cadre du Programme intégré vous a fait rencontrer...

une infirmière

une travailleuse sociale

une éducatrice familiale

une psychologue

un médecin

un autre service du CLSC

un groupe communautaire ?

Que pensez-vous de ces références ?

9. Lorsque vous parliez avec ... vous saviez que tout ce que vous lui disiez-vous est strictement confidentiel ? Est-il arrivé que ... vous dise : telle chose, je vais en parler à ... et je t'en reparlerai ou encore, je vais en parler à mon équipe ?

D'après vous est-il normal que ... puisse en parler à son équipe ? À quelles conditions ?

10. Dans le cadre du Programme intégré, vous avez reçu du support

. pour arrêter de fumer

. pour cesser de consommer de la drogue

. pour vous alimenter le mieux possible

(vous a-t-elle fait faire un journal alimentaire ?)

. pour...

Que pensez-vous de ce(s) service(s) ?

11. On a toujours une certaine image de ce que peut faire pour nous quelqu'un du CLSC. Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous vécu quelque chose de très difficile ou encore avez-vous eu besoin de quelque chose dont vous n'avez pas pensé ou pas osé parler à ... ?
12. Avez-vous senti, d'une façon ou d'une autre, que vous participiez à un projet de recherche ?
Avez-vous trouvé l'étape de la sélection difficile à vivre ?
13. Voulez-vous ajouter autre chose sur votre grossesse, les services que vous avez reçus du CLSC, la distribution des oeufs, du lait et du jus d'orange ou quoi que ce soit d'autre ?

LES CAS D'ABANDON

Vous avez participé pendant quelques semaines, quelques mois, au Programme intégré de votre CLSC. Par la suite, vous avez décidé de ne plus faire partie de ce programme, comme c'était votre droit. Pour nous aider à améliorer ce service, pourriez-vous nous préciser les raisons pour lesquelles vous vous êtes retirée du programme ?

Annexe 2.9

Lettre de consentement des femmes enceintes participantes

**ANNEXE 2
FORMULE DE CONSENTEMENT
INSCRIPTION AU PROGRAMME PRENATAL**

Madame,

Votre CLSC, en collaboration avec le Département de Santé Communautaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, met en place un nouveau programme pour améliorer la santé des femmes enceintes de son territoire et celle de leur nouveau-né.

Pour savoir si ce nouveau programme est efficace et pour l'améliorer sans cesse, une recherche est en cours. Nous aimerions donc vous poser quelques questions après votre accouchement, à l'hôpital même. Nous souhaiterions aussi consulter votre dossier au CLSC.

Les renseignements recueillis seront traités de façon tout à fait confidentielle. Votre nom et celui de votre nouveau-né, ainsi que de tout professionnel avec lequel vous pourrez être en contact ne seront en aucun moment mentionnés. Seuls les chercheurs de l'équipe de recherche du DSC Maisonneuve-Rosemont auront accès à ces renseignements.

Vous êtes, bien entendu, entièrement libre de quitter ce programme à n'importe quel moment, ou de ne pas répondre au questionnaire, ou de refuser l'accès à votre dossier du CLSC sans préjudices de votre part.

Professeur Michel Perreault Ph.D.
Chercheur responsable de la recherche
Université de Montréal et Département de Santé Communautaire de
l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Je consens à participer au nouveau programme prénatal de mon CLSC, à répondre aux questions qui me seront posées par un membre de l'équipe de recherche à l'hôpital après mon accouchement, à ce que cette même personne puisse consulter mon dossier au CLSC. Je puis en tout temps, et sans préjudices de ma part, me retirer du programme, refuser de répondre aux questions ou de donner accès à mon dossier au CLSC.

NOM		
JOUR	MOIS	ANNEE
TEMOIN		

Annexe 2.10

Lettre de consentement des intervenantes professionnelles et communautaires

**ANNEXE 1
FORMULE DE CONSENTEMENT
PROFESSIONNELLES INTERVENANT DANS LE CADRE DU
PROGRAMME INTEGRE DE SOINS PRENATALS GLOBAUX**

Ayant reçu des informations détaillées tant sur le processus prévu d'implantation d'un programme intégré de soins prénatals globaux s'adressant aux femmes enceintes défavorisées du territoire de mon CLSC que sur les procédures prévues pour l'évaluation de la mise en oeuvre de ce programme sous la responsabilité du Dr Michel Perreault, Ph.D., professeur-adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheur associé au DSC de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, je signifie par la présente que je donne mon consentement éclairé aux activités de recherche suivantes:

- la réponse à trois questionnaires écrits
- la possibilité d'entrevues en profondeur avec une agente de recherche
- l'observation de ma participation à certaines rencontres en équipe multidisciplinaire à l'intérieur de ce programme.

Tout en sachant que les chercheurs mettront tout en oeuvre pour assurer la totale confidentialité quant aux informations que je pourrai transmettre, je suis consciente que l'anonymat risque de n'être pas entièrement respectable étant donné le faible nombre de participantes au projet. Je suis cependant d'accord pour examiner tout libellé d'un rapport de recherche qui pourrait de l'avis des chercheurs mettre en cause ma participation anonyme: il m'appartiendra alors de consentir ou de refuser par écrit le libellé du rapport, les chercheurs s'engageant à respecter ma décision finale.

SIGNATURE: _____

NOM: _____

JOUR: _____ MOIS _____ ANNEE _____

TEMOIN: _____

Annexe 4.1

Profil des participantes

Profil des participantes

Madame 1

Madame est une primipare de 16 ans qui vit avec sa mère et le conjoint de celle-ci. Elle a complété le Secondaire II et a déjà travaillé comme commis dans un dépanneur. Elle a une crainte des hôpitaux, car l'infirmière des prélèvements lui a dit qu'elle était trop jeune pour être enceinte. Malgré son jeune âge, cette grossesse était voulue et elle la défend devant sa mère, le conjoint de sa mère et le reste de la famille.

Son père a occupé un emploi comme chauffeur d'autobus durant la majorité de sa vie. Il a connu deux unions. Elle est issue de la première. Ce dernier n'est pas très présent dans la vie de Madame. D'ailleurs, il semblait porter plus d'attention aux enfants de sa deuxième conjointe et elle s'est sentie délaissée. Maintenant, elle rejette ce père qui l'avait fait placer dans un centre d'accueil.

Sa mère a passé la majorité de sa vie comme prestataire de la sécurité du revenu. Elle a déjà été préposée aux bénéficiaires. Sa mère ainsi que son conjoint consomment de la drogue. Le fait de voir sa mère consommer et se détériorer, la motive à ne plus consommer.

Madame prend des médicaments pour l'asthme. Elle a amélioré son alimentation. Quand elle est seule, elle prend le temps de se préparer des crudités. Elle boit beaucoup de jus aussi. Elle a diminué sa consommation de cigarettes, passant d'un paquet et demi à un paquet par jour.

Au moment de devenir enceinte, Madame avait une relation suivie avec le père du bébé, de 17 ans son aîné. Ce dernier est mécanicien d'auto mais ne travaille pas présentement. Il a deux enfants (9 et 6 ans) dont il n'a pas la garde. Cela fait l'affaire de Madame, car elle ne se voyait pas avec une fille de 9 ans. Au départ, le conjoint était contre cette grossesse mais il l'accepte.

Dernièrement, Madame est déménagée pour s'éloigner de sa mère qui consomme et de ce milieu. Elle est beaucoup plus heureuse dans son nouveau logement qu'elle organise en fonction de l'arrivée du bébé. Madame planifie son budget pour le lait et les couches de son bébé. Elle s'implique dans son rôle de mère et intègre son conjoint (qui vit maintenant avec elle) en accordant de l'importance au rôle du père.

Madame 2

Madame a 31 ans. Elle a un enfant et habite seule avec ce dernier. Elle vit dans un logement qui aurait besoin de rénovations mais elle n'a pas la collaboration du propriétaire. Elle a complété le Secondaire I et a déjà travaillé dans une usine.

Madame a déjà perdu un bébé à 34 semaines de grossesse. Elle avait été hospitalisée pendant cette grossesse. Madame se sert beaucoup de son expérience antérieure pour se renseigner.

Madame vient d'une famille dont le père était alcoolique. Il a retiré des prestations de la sécurité du revenu au cours de la majorité de sa vie. Elle ne garde pas un bon souvenir de son père, car «il avait les doigts longs». Madame a quitté sa famille à 17 ans pour venir vivre seule à Montréal. Sa mère s'occupait de tout à la maison. Elle n'a gardé aucun contact avec sa famille biologique.

Son réseau est constitué principalement d'une amie qui demeure sur la même rue. Au besoin, celle-ci viendra garder l'enfant.

Son premier conjoint est parti. Le deuxième est aussi parti au début de sa grossesse. Elle n'a plus de contact avec le deuxième conjoint mais maintient des liens avec le premier. Le deuxième conjoint voulait qu'elle se fasse avorter.

Madame n'est pas une adepte de l'exercice. Par contre, elle surveille son alimentation, car elle a peur de prendre beaucoup de poids. Elle était obèse antérieurement. Elle a diminué sa consommation de cigarettes de moitié : elle fume maintenant un demi-paquet par jour. Elle a diminué également sa consommation de café, passant de 8 à 5 par jour.

Madame 3

Madame a 19 ans. Elle a déjà un enfant avec qui elle habite seule. Elle ne vit plus chez ses parents depuis l'âge de 15 ans. Elle a complété le Secondaire I et a déjà occupé un emploi à temps plein dans un projet gouvernemental. À l'âge de 8 ans, Madame a été victime d'inceste de la part de son père. Ce dernier le nie. Depuis quelque temps, Madame a recommencé à le voir. Elle provient d'une famille reconstituée et a de bons contacts avec ses demi-sœurs. Madame croit beaucoup en l'ésotérisme. Sa belle-famille aussi.

Son père est invalide et sa mère est brigadière pour les autobus scolaires. Sa mère n'était pas d'accord avec la venue de ce bébé en raison de ses problèmes financiers.

Madame vit de graves problèmes financiers reliés aux problèmes que lui cause son ex-conjoint. Son nouveau conjoint travaille comme commis. Madame a développé une très bonne relation avec son nouveau conjoint et est prête à donner le nom de famille de ce conjoint à son bébé. Elle espère beaucoup de sa nouvelle relation, parle de mariage et d'adoption de son premier enfant. Depuis quelque temps, Madame éprouve toutefois des problèmes de relations (violence verbale) avec son conjoint. Elle est plutôt passive et voudrait que sa belle-famille intervienne auprès de son conjoint.

La santé de Madame est vacillante. Elle a des problèmes au niveau de la glande thyroïde, des brûlures d'estomac, des douleurs aux ligaments et souffre d'hypoglycémie. Elle éprouve des problèmes avec les produits laitiers mais depuis OLO, cela s'est réplacé. Elle mange plus de fruits et de légumes. Elle veut même rencontrer une diététiste. Madame est consciente qu'elle est devenue enceinte plus maigre qu'à sa première grossesse et veut manger pour ce bébé-là. Elle a cessé de fumer car la cigarette lui donne mal au cœur.

Madame dort beaucoup mais elle se sent fatiguée car elle fait souvent des cauchemars très violents. Elle a commencé à faire de l'insomnie, faute de position confortable pour dormir.

Madame 4

Madame a 26 ans. Elle a un enfant et habite seule avec son enfant. Elle a complété le Secondaire 1 et a déjà occupé un emploi à temps plein pendant un an comme journalière.

Madame a une demi-sœur et un demi-frère du côté paternel, placés en centre d'accueil car leur mère est en cure de désintoxication. Son père, qui est commis de bureau, peut voir ses enfants s'il le veut. Sa mère est demeurée à la maison pour éduquer ses 8 enfants.

Au moment de devenir enceinte, Madame avait une relation suivie depuis 2 ans avec un conjoint âgé de 30 ans. Ce dernier reçoit des prestations de la sécurité du revenu. Pour Madame, il est important que les enfants portent le même nom. Le conjoint avoue que cette grossesse lui a fait peur, car il craint, advenant une séparation, de ne plus voir ce bébé, comme il ne voit plus ses 2 autres enfants.

Madame dit avoir appris beaucoup de sa première relation, et dit qu'elle ne répétera pas les mêmes erreurs. Madame assume l'ensemble des tâches ménagères (très grand stéréotype des rôles). Elle considère que son conjoint est incapable de changer les couches.

Madame demande les suppléments OLO, car elle a des problèmes financiers. De façon générale, elle préfère s'organiser seule. Elle déteste se sentir jugée, ce qui la rend réfractaire à participer à des groupes communautaires. Elle préfère trouver ses ressources elle-même, par ses propres contacts (amis, famille). Pour augmenter ses revenus, Madame fait des ménages chez des personnes âgées.

Madame a certaines carences au niveau de ses habitudes alimentaires : elle consomme beaucoup de fast-foods. Elle en parle très peu avec son conjoint car ce dernier la réprimande.

Madame 5

Madame a 21 ans. Elle habite avec ses 2 enfants et à l'occasion avec son conjoint. Elle a complété le Secondaire II et n'a jamais travaillé à l'extérieur de la maison. Son conjoint occupe habituellement des emplois de type manuel. Il ne garde pas souvent un emploi. Ils vivent principalement des prestations de la sécurité du revenu et déménagent fréquemment. Madame a vécu en centre d'accueil une bonne partie de sa vie (jusqu'à l'adolescence). Vers l'âge de 15 ans, elle habitait avec sa mère. Elle a fait une dépression à l'adolescence.

Madame est très habile pour trouver du dépannage. Elle a de l'aide de sa mère et de sa belle-famille. Elle vit dans un milieu propre et ne manque de rien. Elle a besoin de soutien pour l'éducation et la stimulation des enfants. Ce bébé n'était pas planifié.

Madame n'a pas des habitudes de vie stables. Elle ne déjeune pas et mange à des heures irrégulières. Elle peut prendre son troisième repas la nuit. Elle veut améliorer son alimentation, car à ses deux grossesses précédentes elle avait pris beaucoup de poids. Elle a modifié sa consommation de café passant de 8 cafés à 5 (décaféinés) par jour. Elle a également réduit sa consommation de cigarettes de un paquet et demi à un paquet par jour.

Madame 6

Madame est une primipare de 17 ans qui vit avec son conjoint chez les parents de ce dernier, au sous-sol. Elle a complété le Secondaire III et a déjà occupé un emploi de caissière à temps partiel pendant un an. Elle veut faire des études pour devenir entraîneuse en sport, ayant été très active avant de devenir enceinte.

Son conjoint est âgé de 20 ans et ne travaille pas. Il reçoit des prestations de la sécurité du revenu et doit remettre à ses parents 40 \$ par semaine pour payer sa pension.

Madame a éprouvé des difficultés d'adaptation avec sa belle-famille. Il y a beaucoup de disputes entre les frères. Son beau-père est très prompt à la colère, ce qui la rend plus nerveuse. Elle ne se sent pas en danger physiquement, mais elle ne se sent pas bien dans cette situation. Sa belle-mère joue le rôle de médiatrice. Madame et son conjoint planifient de prendre un appartement dans un an. Ils attendent d'être dans une meilleure situation financière.

Madame et son conjoint retournent aux études en septembre. Ils veulent changer leur réseau d'amis pour connaître des gens ayant des enfants. Mais Madame craint de se retrouver sans amis après l'accouchement.

Ses parents sont séparés. Son père est journalier et sa mère malade vit seule et est prestataire de la sécurité du revenu. Durant son enfance, le rôle du père a été assumé par son frère aîné, car son père a quitté la famille alors qu'elle avait 8 ans. Madame ne voit pas son père régulièrement mais il est très fier de sa grossesse. Il lui apporte un grand soutien matériel.

Madame est à sa deuxième grossesse avec le même conjoint. La première grossesse fut interrompue à 14 semaines suite aux pressions de son frère aîné. Madame se dit prête à assumer son rôle parental, car elle a gardé les enfants de son frère. Elle a tout le matériel nécessaire pour l'arrivée du bébé grâce au soutien de son père.

Madame désire avoir de l'information sur la grossesse et l'accouchement. Son conjoint se dit gêné de se joindre à un groupe et préfère une approche individualisée. Il est heureux et veut s'impliquer et assumer son rôle.

Depuis qu'elle est dans sa belle-famille, Madame mange beaucoup mieux. Elle dort beaucoup. Elle a diminué sa consommation de cigarettes, passant d'un paquet et demi à un demi-paquet par jour. Madame a peur de faire du diabète car il y a beaucoup de diabétiques dans sa famille.

Madame 7

Madame est une primipare de 17 ans qui vit avec sa mère, son frère et sa cousine (en famille d'accueil). Elle a une bonne relation avec sa mère mais vit des tensions avec son frère et sa cousine. Elle a complété le Secondaire II et n'a jamais travaillé à l'extérieur de la maison. Madame planifie demeurer avec sa mère pour au moins 3 ans, le temps qu'elle se ramasse assez d'argent pour partir en appartement. Elle prévoit un retour aux études peut-être vers l'âge de 30 ou 40 ans, comme sa mère.

Son père a quitté la famille lorsque cette dernière avait 2 mois. Il était plongeur dans un restaurant. Sa mère s'est toujours occupée de la maison. La sécurité du revenu constitue sa principale source de revenu et celle de sa mère.

Madame voit le père du bébé mais elle n'est pas prête à demeurer avec lui. Ce dernier travaille comme boucher. Il est plus ou moins présent dans ses projets d'avenir. Madame veut elle-même éduquer son enfant et ne planifie pas un retour à l'école pour cette raison. Son conjoint est heureux qu'elle soit enceinte. Sa mère aussi est contente.

Madame rêve d'ouvrir une garderie en copropriété avec sa mère ou de devenir famille d'accueil.

Madame utilise les outils offerts mais surtout à titre d'information. Elle a amélioré ses habitudes alimentaires. Elle équilibre mieux ses repas et ses collations. Elle a diminué sa consommation de cigarettes de 2 paquets à un demi-paquet par jour.

Madame 8

Madame a 26 ans. Elle a un enfant et habite seule avec lui. Elle vit dans un logement qui répond mal à ses besoins mais celui-ci n'est pas coûteux. Elle a complété le Secondaire III et a entrepris son Secondaire IV à 4 reprises mais elle ne l'a jamais complété. Elle a déjà occupé un emploi comme danseuse à quelques reprises.

Son conjoint accepte sa nouvelle famille et assume sa paternité. Madame est heureuse de fonder une famille avec lui. Elle peut s'organiser grâce à l'argent de son conjoint qui est ferblantier.

Son père a toujours exercé des emplois de type manuel et sa mère s'est toujours occupée de la maison. Ses parents vivent ensemble. Elle a une sœur et 2 frères.

Madame désirait avorter mais, suite aux pressions de sa famille qui l'a menacée de ne plus lui parler si elle se faisait avorter, elle l'a gardé. Madame est inquiète de se voir pris avec deux bébés (elle attend des jumeaux). Elle a besoin d'information pour s'organiser.

Madame demande de l'aide régulièrement à sa famille et à sa belle-mère pour du gardiennage, du transport ou du dépannage financier. L'argent demeure un souci permanent depuis plusieurs mois. Elle manque de mobilier de base.

Madame a des problèmes à trouver le sommeil depuis quelques jours. Au niveau de l'alimentation, elle a de la difficulté à respecter les quantités recommandées mais elle en connaît l'importance pour les bébés. Elle a diminué sa consommation de cigarettes de 20 à 10 par jour.

Madame 9

Madame est une primipare de 16 ans. Elle est présentement aux études, en Secondaire IV et n'a jamais travaillé à l'extérieur de la maison. Elle désire poursuivre ses études. Madame vit chez sa mère. À l'âge de 12 ans, elle a été victime d'un viol et est devenue enceinte. Elle a alors subi un avortement.

Pour l'instant, Madame n'a aucun revenu mais après l'accouchement elle recevra des prestations de la sécurité du revenu. Elle ne veut pas déranger et ne veut pas que quelqu'un manque de quelque chose à cause d'elle. Madame aime s'entourer de ses amis, de qui elle reçoit beaucoup d'informations. Elle va chercher le réconfort nécessaire.

Son conjoint est âgé de 21 ans. Il est prestataire de la sécurité du revenu et fréquente l'éducation des adultes. Au début de la grossesse, il est parti quelques semaines puis il est revenu. Il semble toutefois peu impliqué dans la situation et offre peu de soutien. Celle-ci vit beaucoup d'ambivalence dans cette relation.

En fin de grossesse, son conjoint l'a quittée. Elle est très ébranlée même si elle soupçonne que cela devait arriver. Madame a perdu du poids depuis cette rupture.

Son père biologique est décédé. Son père adoptif vient d'apprendre qu'elle est enceinte et désire participer comme grand-père. Madame avait peur de la réaction négative de ce dernier. Ses parents sont divorcés depuis 2 ans et se querellent pour sa garde.

Madame se sent très proche de sa mère, qui est vendeuse, et ne désire pas quitter la maison. Elle est devenue enceinte à peu près au même âge qu'elle, car elle ne voulait pas avoir trop de différence d'âge avec son enfant.

Depuis qu'elle est enceinte, Madame ne fume plus du tout. Avant, elle fumait de 3 à 4 cigarettes par jour. Elle ne connaît pas le guide alimentaire.

Madame 10

Madame a 23 ans. Elle a 2 enfants et vit avec ces derniers et son conjoint. Elle habite dans une coopérative de logements et s'implique. Elle fait partie d'organismes communautaires (cuisines collectives). Elle a complété le Secondaire II et a déjà travaillé de façon occasionnelle pendant 2 ans comme vendeuse. Elle a demandé l'aide d'une auxiliaire familiale, car elle se sent fatiguée. Madame a peur que cette situation de pauvreté se répercute sur le comportement des enfants et qu'ils se sentent différents des autres.

Madame a beaucoup d'aspirations : elle veut terminer ses études secondaires et pense à devenir médecin. Elle aimerait écrire un livre sur «comment organiser un mariage à peu de frais». Madame a l'esprit critique par rapport aux services sociaux. Elle trouve qu'il manque de mesures pour les familles. Madame est bien structurée. Elle connaît ses droits, sait revendiquer, connaît et utilise les ressources du quartier au maximum. Madame a fait des démarches et a trouvé un obstétricien dans une clinique près de chez elle dont elle très satisfaite.

Son conjoint a 26 ans et travaille comme vendeur au salaire minimum. Cette grossesse était non planifiée mais le couple l'a bien acceptée. Son conjoint s'implique autant pour les tâches ménagères que pour les soins aux enfants. Pour Madame, c'est important de prendre le temps de préparer les repas et que toute la famille mange ensemble à la table.

Son père est décédé avant sa naissance et sa mère s'est toujours occupée de la maison et des enfants. Sa mère reçoit des prestations de la sécurité du revenu. Madame vit près de chez sa mère et la voit chaque jour.

Côté alimentaire, Madame mange du tofu et des légumineuses comme protéines à la place de protéines animales. Elle a diminué sa consommation de cigarettes de moitié : elle fume maintenant un demi-paquet par jour.

Madame 11

Madame est une primipare de 18 ans qui vit avec son conjoint, père de l'enfant qu'elle porte. Elle a une bonne relation de couple. Elle a complété le Secondaire IV et a déjà travaillé de façon occasionnelle comme préposée dans un McDonald's.

Son conjoint est âgé de 19 ans et ne travaille pas. Il reçoit des prestations de la sécurité du revenu. À l'occasion, il fait des petites «jobines» de peinture. Il assume son rôle de futur père et s'y prépare en lisant et en discutant avec elle. Il partage les tâches ménagères.

Son père est journalier. Il a vécu de nombreux épisodes de chômage. Actuellement, il est concierge. Sa mère reçoit des prestations de la sécurité du revenu.

Ses parents ne vivent pas ensemble. Elle a vécu en famille d'accueil mais elle maintient des liens avec ses parents. Elle s'est rapprochée de sa famille en déménageant dans le voisinage. Madame reçoit de l'encouragement de sa grand-mère. La famille les aide mais les trouve jeunes.

Madame s'est déplacé la rotule. Elle devrait porter des orthèses spéciales mais elle manque d'argent pour s'en procurer. Même avec des béquilles, elle a beaucoup de difficultés à se déplacer dans les escaliers.

Madame consomme peu de fruits et légumes. Elle a tendance à sauter des repas et elle a un appétit moyen. Elle a diminué à 7 le nombre de cigarettes qu'elle fume chaque jour.

Madame 12

Madame a 30 ans. Elle vit avec ses 4 enfants. Son aîné a des troubles de comportement. Madame peut compter sur le soutien moral et l'aide ponctuelle de son ami (qui ne demeure pas avec elle). Elle a appris à demander de l'aide et de l'information au besoin.

Madame déménage fréquemment. Elle a complété le Secondaire IV et n'a jamais travaillé. Elle reçoit des prestations de la sécurité du revenu et a des problèmes financiers chroniques.

Son père a été journalier durant la majeure partie de sa vie. Sa mère ne comprend pas qu'elle veuille poursuivre sa grossesse. Elles ont peu de liens et ne se parlent qu'au téléphone.

Madame consomme peu de fruits et légumes. Elle saute des repas. Elle offre une meilleure alimentation aux enfants qu'à elle-même. Elle désire améliorer ses comportements liés à la santé, afin d'augmenter les chances de survie de l'enfant. Elle a réussi à diminuer de fumer grâce à un traitement laser. Elle pratique la marche à l'occasion.

Madame apprécie le suivi offert par une infirmière qu'elle connaissait déjà. Cependant, quand les problèmes s'estompent, elle ne désire plus d'intervention professionnelle.

Madame 13

Madame est une primipare de 17 ans qui vit en famille d'accueil chez une amie de sa mère depuis 5-6 ans. Elle trouve cela difficile mais projette de déménager chez sa sœur aînée dont elle est très proche et qui constitue sa seule famille immédiate. Elle n'a pas de conjoint.

Madame a complété le Secondaire IV et a déjà travaillé comme caissière à temps partiel. Elle envisage de poursuivre ses études et compte sur l'aide de sa sœur qui est contente de cette grossesse et la soutient.

Son père est décédé depuis 14 ans. Sa mère est décédée dernièrement. Cette dernière vivait de prestations de sécurité du revenu et avait de sérieux problèmes de santé mentale (schizophrénie).

Madame est très autonome. Elle a connu la pauvreté dès l'enfance et a appris à se débrouiller toute seule. Dans la famille d'accueil, elle a des pièces privées. Elle fait sa petite affaire et complète les achats de nourriture selon ses goûts. Elle évite de discuter de sa situation avec la dame qui l'héberge. Cette dernière n'approuve pas sa décision de garder le bébé et va même jusqu'à lui souhaiter une fausse couche.

Madame, qui a déjà eu un avortement à l'âge de 16 ans, désire depuis longtemps cette grossesse. Elle recherche de l'information et lit beaucoup, mais aimerait pouvoir poser des questions et parler à d'autres adolescentes enceintes.

Depuis le début de sa grossesse, Madame ne saute pas de repas. Elle est plutôt végétarienne mais mange de la viande à l'occasion. Au moment de devenir enceinte, elle fumait un paquet de cigarettes par 2 jours. Depuis le début de sa grossesse, elle a cessé de fumer.

Madame 14

Madame est une primipare de 19 ans qui vit avec le père du bébé, âgé de 20 ans, depuis maintenant 4 ans. Elle a complété le Secondaire II et a déjà travaillé de façon occasionnelle pendant 3 ans dans différents domaines : journalière, téléphoniste et vendeuse. Madame aimerait bien travailler auprès des animaux. Tout comme son conjoint, elle étudie le soir et reçoit des prestations de la sécurité du revenu.

Madame a été victime d'inceste, mais demeure très proche de ses parents. Elle fréquente également ses frères, tout en éprouvant de la rancune envers eux. Son père vit d'une pension pour personnes handicapées. Sa mère demeure à la maison. Sa famille n'est pas très emballée par cette grossesse et cela la déçoit.

Monsieur veut terminer ses études secondaires et poursuivre en informatique pour ne pas toujours courir après les sous comme maintenant. Il est content de la grossesse. Il vient d'une famille où il y avait beaucoup d'amour et aimerait donner le même type d'éducation à son enfant. Il a parfois de la difficulté à composer avec l'inceste de Madame. Sa famille est soutenante.

Madame a déjà vécu la violence, principalement verbale, dans sa relation de couple. Elle est suivie à la Clinique des jeunes où l'on aborde des questions comme son estime d'elle-même et la violence dans son couple.

Madame est consciente de son poids actuel et ne veut pas trop l'accentuer pour la grossesse. Elle pratique le bowling, le billard et la marche. Sa consommation de tabac est de 7 à 10 cigarettes par jour.

Madame 15

Madame est une primipare de 19 ans qui vit chez sa mère, dans un sous-sol peu éclairé, dans un secteur bruyant. Elle envisage d'aller vivre avec le père de l'enfant un peu plus tard (elle veut demeurer près de sa mère). Elle a complété le Secondaire III et a déjà travaillé à temps plein pendant 5 mois comme journalière. Elle envisage un retour aux études lorsque l'enfant aura 3 mois. Madame connaît bien les ressources du quartier mais n'a pas eu à les utiliser. Elle gère bien le peu de ressources financières qu'elle a.

Son conjoint est âgé de 24 ans. Il est commis dans une épicerie.

Madame n'a pas connu son père. Sa mère est journalière (compagnie de produits pharmaceutiques). Elle se sent soutenue par sa mère, en qui elle a confiance et qui l'influence pour certaines décisions. Sa mère a hâte à l'accouchement.

La santé de Madame est fragile. Lors de l'examen gynécologique de début de grossesse, on a détecté un cancer du col de l'utérus. Elle a diminué sa consommation de cigarettes de 25 à 7 cigarettes par jour. Elle pratique la marche et un peu de natation.

Madame 16

Madame est une primipare de 17 ans qui vit avec son conjoint de 19 ans et un colocataire (le cousin de Madame). Ils vivent dans un petit 3 ½ peu éclairé avec un chien et un chat. Elle a complété le Secondaire I et a déjà travaillé à temps plein pendant 5 mois comme serveuse et caissière. La principale source de revenu du couple est l'assurance-emploi. Sa grossesse n'était pas prévue mais elle est bien acceptée par le couple. Elle a déjà eu un avortement.

Malgré le fait qu'elle voit très peu son père, qui demeure à l'extérieur de la ville, Madame a de bons contacts avec sa famille. Elle a un frère plus vieux qui l'aide beaucoup. Sa mère est remariée mais garde contact et la soutient.

Madame se couche tard et se lève tard. Elle fait peu d'activités physiques. Avant d'être enceinte, elle consommait un paquet de cigarettes par jour ainsi que du haschich. Depuis sa grossesse, elle fume moins et ne consomme que très rarement du haschich. Elle s'alimente bien, mais a parfois tendance à manger un peu trop de gras et de sucre.

Madame 17

Madame est une primipare de 23 ans. Elle a complété une 6^e année et a déjà travaillé à temps plein pendant 6 ans comme caissière, vendeuse et serveuse. Elle a abandonné ses études et dit que si son père avait été présent, elle ne les aurait peut-être pas abandonnées.

Madame n'a pas connu son père qui a quitté sa mère lorsqu'elle avait 4 mois. Sa mère a travaillé comme vendeuse et reçoit présentement des prestations d'assurance-emploi.

Son conjoint (père de l'enfant) est très préoccupé par son statut d'immigrant. Cette situation inquiète aussi Madame. Il est âgé de 24 ans et reçoit des prestations de la sécurité du revenu. Ils se connaissent depuis un an environ et entretiennent une bonne relation de couple.

Madame s'adapte très bien à sa situation de femme enceinte. Elle éprouve quelques problèmes matériels (couchette, vêtements) et compte sur sa famille pour l'aider.

Madame fait de la marche tous les jours. Depuis qu'elle est enceinte, elle a commencé à manger du pain de blé entier.

Madame 18

Madame a 19 ans. Elle a un enfant et vit avec cet enfant et son conjoint. Elle s'est mariée très tôt. Elle a complété le Secondaire IV et a déjà travaillé à temps plein pendant 20 semaines comme vendeuse de chaussures. Madame désire terminer son Secondaire V et s'inscrire au CÉGEP. Selon elle, plus de scolarité égale travail et conditions de vie meilleures.

Son conjoint est âgé de 25 ans. Il ne travaille pas et reçoit des prestations de sécurité du revenu. Il suit un cours comme soudeur. Il a complété son secondaire III.

Tous deux considèrent la sécurité du revenu comme une solution temporaire durant cette période plus difficile de leur vie, mais, une fois leur scolarité complétée, ils aspirent à un travail intéressant et rémunérateur.

Sa mère a toujours vécu en famille d'accueil depuis l'âge de 2 ans. Madame a vécu, elle aussi, dans plusieurs familles d'accueil. Son père est absent du réseau familial.

Madame connaît les ressources de santé et les organismes communautaires, et elle les utilise bien. La grossesse est vue comme un événement positif. Elle désire allaiter son bébé, ce qu'elle a déjà fait durant plusieurs mois pour son premier enfant.

Madame 19

Madame est une primipare de 31 ans. Elle a une grossesse gémellaire et aimerait avoir des garçons, car la vie est très difficile pour des filles. Elle a peur d'établir une mauvaise relation si ce sont des filles. Madame aura probablement une césarienne. Elle a eu 4 avortements spontanés et un provoqué.

Madame a complété le Secondaire III et a déjà travaillé à temps partiel pendant un an sur des enquêtes et comme barmaid. Elle a des préoccupations financières : elle se réveille la nuit et se demande comment elle va arriver à acheter les accessoires du bébé.

Madame habite avec son conjoint depuis un an. Les 2 enfants du conjoint habitent avec leur mère mais visitent le couple une fin de semaine sur deux. La relation est difficile avec eux. Elle dit que son conjoint est heureux de cette grossesse. Il s'implique et l'a accompagnée pour l'échographie. Âgé de 32 ans, il est normalement travailleur autonome, mais il ne travaille pas depuis 6 mois et ne reçoit pas d'assurance-emploi, ni de sécurité du revenu.

Son père est présentement au chômage. Il a été commis voyageur pendant 40 ans. Sa mère est toujours demeurée à la maison.

Madame a connu une enfance malheureuse. Elle ne voit plus ni sa sœur ni sa mère et décrit sa famille avec beaucoup de colère et de déception. Sa mère l'a mise à la porte à l'âge de 14 ans. Elle voit son père à l'occasion, mais ne peut compter sur lui.

Sa santé est vacillante. Elle a des allergies, fait des bronchites et a des problèmes de constipation. Elle a été hospitalisée fréquemment pour de l'asthme. Madame dort peu. Elle a bon appétit, mais ne boit pas de lait et mange peu de fruits et légumes. Elle n'a pas un gain de poids suffisant. Elle consomme un paquet de cigarettes par jour.

Madame 20

Madame a 35 ans. Elle vit au sein d'une famille biparentale comptant 2 enfants. Sa principale source de revenu est la sécurité du revenu. Son conjoint habite clandestinement avec la famille tout en retirant de l'assurance-emploi, ce qui les rend méfiants envers les services gouvernementaux.

Madame a complété le Secondaire I et a déjà occupé un emploi à temps plein durant 5 ans comme caissière. Elle a eu 2 accidents avec fractures multiples (épaules, hanches, cuisse). Elle a une déformation de la colonne depuis l'âge de 4 ans.

Son conjoint a hâte à l'accouchement et il est soutenant. Madame n'a pas de contact avec son père. Sa mère est à la maison. Le couple ne reçoit toutefois que peu de soutien de la famille et des amis. Madame demeure depuis peu dans le quartier, mais quelques voisins aident à l'occasion.

Madame n'exprime pas de besoins particuliers par rapport au prénatal. Les 2 autres accouchements se sont bien passés. Elle n'a pas allaité et ne désire pas le faire pour celui-ci. Madame s'est servi des grilles «J'évalue mon alimentation». Elle dit que cela l'aide beaucoup à équilibrer son alimentation et sa prise de poids. Elle fait peu d'activité physique. Elle dort pendant la journée. Elle consomme de 6 à 7 cigarettes par jour environ.

Madame 21

Madame a 21 ans. Elle a un enfant et vit avec ce dernier dans un 4 ½ bien tenu. Sa mère et sa sœur demeurent tout près. Elle a complété une 6^e année et a déjà travaillé à temps plein pendant 5 mois. Madame est une personne qui aime s'arranger seule et qui déteste demander de l'aide à moins d'être en grand besoin. Elle a voulu participer au programme pour recevoir les suppléments alimentaires mais n'exprimait à peu près pas d'autres besoins.

Madame retire des prestations de la sécurité du revenu tout comme son conjoint, âgé de 24 ans. Elle arrive souvent serré, mais elle reçoit des cadeaux de sa mère, ce qui aide à boucler le budget. Le couple est bien entouré par les familles et cela leur suffit. Ils ont été très affectés par la mort de la mère de son conjoint, car elle n'avait que 48 ans.

Ses parents sont séparés. Sa mère reçoit des prestations de la sécurité du revenu.

Madame a débuté un suivi de grossesse, mais elle n'était pas à l'aise avec le médecin, de sorte qu'elle annulait toujours ses rendez-vous. Elle est maintenant suivie en médecine familiale par un résident et elle aime bien son médecin, malgré son inexpérience. Cette grossesse était non planifiée mais désirée.

Madame ne déjeune pas et mange peu de fruits et légumes. Elle voit ses lacunes en remplissant une grille où elle doit cocher les aliments qu'elle prend. Elle prend souvent des repas en vitesse sur le bout de la table. Avant cette grossesse, Madame consommait de la marijuana mais elle a arrêté. Son conjoint prend du hachisch de façon occasionnelle. Tous deux fument la cigarette en grande quantité.

Madame s'organise bien mais est peu encline à changer ses habitudes de vie (cigarettes, sommeil) ou son alimentation (coke, junk food). Elle se dit souvent fatiguée. Madame entrevoit que les premiers mois seront difficiles, car sa routine devra changer : en effet, ils se couchent aux petites heures du matin et se lèvent vers midi. C'est une des raisons qui lui ont fait rejeter l'allaitement, car ainsi elle pourra parfois dormir et son ami donnera le biberon. Elle a été sur ce point beaucoup influencé par sa mère et son conjoint qui lui ont dit qu'elle trouverait cela difficile.

Madame 22

Madame a 18 ans. Elle a un enfant et vit avec ce dernier et son conjoint, âgé de 24. Il y a moins de 12 mois de différence entre les deux grossesses. La relation avec le premier enfant est bonne.

Madame a complété le Secondaire I et a déjà travaillé à temps plein comme caissière. Elle désire élever ses enfants et envisage de retourner aux études. Elle aimerait allaiter. Madame reçoit des prestations de la sécurité du revenu. Son conjoint a recommencé à travailler de nuit, dernièrement, ce qui fait qu'elle doit se lever plus tôt pour s'occuper de l'ainé. Les préoccupations financières ont diminué. Elle déclare à la sécurité du revenu qu'elle vit seule et se méfie des institutions publiques.

Sa mère, qui est à la maison, a été élevée chez ses grands-parents et a accouché une première fois, seule, à 16 ans. Puis elle s'est mariée et elle a eu deux autres enfants avec celui qui est devenu son père adoptif. Elle a alors divorcé et, depuis ce temps, a eu plusieurs conjoints.

Tout comme ses fils, son père adoptif est content de cette grossesse. Il a hâte de s'occuper de sa petite-fille. Vers l'âge de 16 ans, elle a retrouvé son père biologique. Cela a satisfait sa curiosité, mais elle ne sait pas si des liens vont s'établir.

Madame est partie de la maison familiale vers l'âge de 14 ans. Elle a eu un avortement à 14 ans. Elle dit qu'elle désire ses enfants jeune, car elle a apprécié la relation avec sa mère, jeune elle aussi.

Son conjoint est content de cette grossesse. Il est aidant et s'implique. Il y a partage des tâches et des décisions dans ce couple qui est ensemble depuis 3 ans.

Madame a des horaires de sommeil et de repas irréguliers. Elle mange devant la télé ou en jouant aux cartes. Elle a un bon appétit et prend plusieurs petits repas par jour. Elle a diminué les friandises suivant le conseil du médecin. Sa consommation de cigarettes est passée de 2 paquets par jour à 12 cigarettes par jour environ. Elle se couche tard et se lève tard. Le conjoint s'occupe de l'ainé pendant ce temps.

Madame a une connaissance minimale des services du milieu et les utilise suite aux conseils d'amis ou de parents. Elle est suivie par le même médecin que sa mère, ce qui la sécurise.

Son père est parti depuis 10 ans. Les 8 enfants ont été élevés par la mère seule. C'est chacun pour soi dans cette famille où circulent beaucoup de critiques des uns par rapport aux autres.

Madame est bien au courant de ses droits. Elle connaît toutes les ressources du quartier. Elle utilise les services à sa convenance. Si elle sent trop de pressions de la part des intervenantes, elle cherche ailleurs d'autres services.

Madame est une jeune femme très timide qui démontre peu d'intérêt pour sa santé. Elle devra recevoir le vaccin contre la rubéole après l'accouchement.

Dernièrement, Madame a décidé de faire examiner ses dents et de les faire réparer après l'accouchement, car elle est consciente qu'elle peut les perdre. Madame marche deux à trois fois par jour, environ 20 minutes chaque fois. Elle consommait un paquet de cigarettes par jour et a diminué jusqu'à 8 cigarettes par jour. Elle a un bon appétit et dispose d'une alimentation assez variée, sauf pour les légumes.

Madame 27

Madame a 19 ans et poursuit une grossesse gémellaire. Elle vit dans un grand appartement propre et bien aménagé avec son enfant et, pour quelques semaines encore, avec sa mère. Celle-ci l'aide du mieux qu'elle peut mais elle doit faire attention à elle car elle a des problèmes cardiaques.

Madame a complété le Secondaire III et a déjà travaillé comme serveuse puis à l'entretien de vêtements à temps partiel pendant quelques mois. Elle reçoit des prestations de la sécurité du revenu.

Le père de l'enfant est âgé de 28 ans. Madame estime que, pour l'instant, leur relation est bonne, mais elle n'ose pas se prononcer pour le futur. Il a des problèmes financiers importants et ne s'implique pas beaucoup financièrement. Il s'occupe de l'enfant, il l'aide dans la maison mais il vit surtout chez sa mère.

Madame a vécu avec ses 2 parents jusqu'à 12 ans. Par la suite, ses parents se sont séparés et elle a vécu avec sa mère qui recevait de l'aide sociale. Elle a une sœur et un frère. Elle est plutôt méfiante face aux gens qu'elle ne connaît pas. Elle se fie surtout à sa mère et à sa sœur, son frère étant moins disponible puisqu'il a lui-même des enfants.

Il y a un an, Madame a été traitée pour des cellules cancéreuses au col de l'utérus. Il est possible qu'elle subisse une opération après l'accouchement. Elle n'a connu aucune complication à la première grossesse, mais elle est craintive face à la possibilité d'un accouchement prématuré par césarienne. Elle ne désire pas allaiter.

Comme Madame a tendance à avoir des brûlures d'estomac, elle fait attention à ce qu'elle mange. Elle ne fume pas, contrairement à son conjoint et à sa mère, et ne consomme ni alcool ni drogue. Elle va au bingo pour se distraire et chez une amie pour se reposer. Elle ne peut pas marcher beaucoup car elle a souvent de fausses contractions.

Madame 28

Madame a 25 ans et vit avec son conjoint et ses 3 enfants dans un logement mal isolé. Elle habite un troisième étage doté d'un escalier étroit et dangereux, ce qui fait que, certains jours, elle ne sort pas du tout. Elle a fait une demande à l'Office municipal d'habitation pour obtenir un HLM.

Madame a complété le Secondaire III et n'a jamais travaillé à l'extérieur de la maison. Elle a déjà eu deux fausses couches. Les autres enfants sont contents de la venue du bébé. Madame a été placée à l'âge de 13 ans en famille d'accueil, après avoir été battue par sa mère. Elle n'a à peu près pas connu son père. Elle trouve qu'elle a réussi à s'en sortir malgré tous les problèmes de son enfance.

Son conjoint, âgé de 23 ans, s'implique parfois dans la vie familiale, mais il oublie régulièrement ses responsabilités parentales car il consomme de la cocaïne et de l'alcool. Il a accepté d'aller dans un centre de désintoxication sous son insistance. Il y est demeuré une semaine et, dès son retour, a recommencé à consommer et à nier les problèmes reliés à sa consommation. Il reçoit de la sécurité du revenu, mais conserve son argent pour payer ses dettes. Madame assume seule les responsabilités familiales

La famille vit de graves problèmes financiers et risque de se faire couper bientôt le chauffage et l'eau chaude. Madame accorde une grande importance à l'alimentation, mais elle se prive pour en donner davantage à ses enfants. Elle consommait 20 cigarettes par jour mais a cessé de fumer au début de sa grossesse. Elle a également arrêté de boire du cola.

Madame 29

Madame a 34 ans. Elle a 2 enfants. Elle a complété la 6^e année. Son conjoint, âgé de 60 ans, a des problèmes majeurs de toxicomanie. Elle en a peur lorsqu'il devient violent.

Il ne tient pas du tout à changer ses habitudes de consommation. Il dépense l'argent familial et accumule les dettes. Elle ne sait pas quoi faire pour l'en empêcher. Le couple se dispute souvent, mais elle se dit satisfaite d'avoir un conjoint stable malgré tout. Monsieur ne se pré-occupe pas de sa grossesse. Il prépare les repas à l'occasion mais laisse les gros travaux à sa conjointe.

Madame provient d'une famille de 9 enfants. Elle n'attend rien de sa famille, n'a pas d'amis et est très réticente à fréquenter les groupes d'entraide, exception faite de la Joujouthèque où elle se rend avec ses enfants.

Sa mère et sa sœur sont décédées récemment. Son père est mourant. Dans ces conditions, sa grossesse ne la préoccupe presque pas. Elle a trouvé une voisine qui gardera les enfants durant son séjour à l'hôpital car sa famille ne veut pas l'aider.

Madame fait les commissions au jour le jour et s'alimente relativement bien. Elle consomme environ 8 cigarettes par jour.

Madame 30

Madame a 31 ans. Elle a un enfant. Elle est déménagée récemment dans un appartement plus grand. Elle a complété le Secondaire IV et a travaillé à temps plein comme vendeuse pendant quelques mois. Madame ne voit son enfant que la fin de semaine, car il habite avec son père à l'extérieur de la ville.

Son conjoint est âgé de 26 ans. Il travaille comme livreur de courrier à vélo. Il semble ambivalent face à ses nouvelles responsabilités. Le couple discute beaucoup et a pris l'initiative de demander de l'aide extérieure.

Son père est décédé et sa mère vit seule avec 4 enfants. Elle a un bon réseau familial et amical.

Madame se préoccupe beaucoup de sa santé. Elle a des infections urinaires chroniques et doit prendre des antibiotiques, ce qui l'inquiète pour la santé du bébé. Elle sait ce qu'elle doit manger et fait des efforts pour y arriver. Elle fume un paquet de cigarettes par jour.

Madame 31

Madame est une primipare de 22 ans, contente d'être enceinte. Elle a complété le Secondaire IV et a déjà travaillé à temps plein comme commis de bureau pendant 4 ans. Elle est très insécure quant à la venue du bébé, car ses problèmes financiers se sont aggravés ces derniers temps.

Madame désire déménager dans un logement plus adéquat mais elle ne sait pas si le père de l'enfant ira habiter avec elle. En fait, il commence à s'intéresser au bébé. Il est âgé de 24 ans et travaille comme gardien de sécurité. Elle a trouvé un nouveau logement et a réussi à impliquer son conjoint pour faire la peinture. Elle a demandé de l'aide à un organisme communautaire pour se procurer d'autres meubles et une amie lui a prêté un lit d'enfant.

Madame a connu une enfance difficile. Ses parents sont séparés. Son père est un ancien alcoolique qui n'a plus de contact avec ses enfants. Elle en a toutefois très peur.

La santé mentale de sa mère s'est beaucoup détériorée dernièrement et elle a dû être hospitalisée. Sa mère a été obligée de placer ses enfants après chaque accouchement car elle faisait une dépression post-partum. Elle-même a été placée chez une tante pendant un an et elle a été abusée par son oncle.

Madame est très affectée par la rechute de sa mère car elle ne pourra pas l'aider après son accouchement. Elle a peur de devenir comme sa mère. Elle est d'ailleurs suivie par une psychiatre sur qui elle compte beaucoup pour l'aider à s'en sortir puisqu'elle n'a pas de soutien dans sa famille. Des tests récents, auraient permis de diagnostiquer un problème thyroïdien. Elle a accepté l'aide d'une auxiliaire familiale après l'accouchement, car elle est consciente qu'elle peut faire une dépression post-partum.

Madame fait des exercices prénataux, surtout lorsqu'elle a mal au dos. Elle a un bon appétit et se nourrit très bien. Elle ne fume pas.

Madame 32

Madame a 18 ans. Elle a complété le Secondaire IV et a déjà travaillé comme serveuse, caissière et téléphoniste, quelques mois pour chaque emploi. Elle veut éventuellement poursuivre ses études mais reçoit pour l'instant des prestations de l'assurance-emploi.

Madame se préoccupe de la date de fécondation parce que son conjoint doute de sa paternité. Il est âgé de 20 ans et reçoit des prestations de la sécurité du revenu. Ils avaient rompu cet été, puis ils sont revenus ensemble. Il était ambivalent face à cette grossesse non planifiée mais, depuis l'échographie, il garde la photo sur lui pour la montrer. Ils sont déménagés ensemble dans un appartement qu'ils meublent graduellement.

Madame a vécu jusqu'à 12 ans avec sa mère qui avait des problèmes d'alcoolisme. Elle s'est ensuite retrouvée en centre d'accueil.

Ses parents sont séparés. Sa mère reçoit des prestations de la sécurité du revenu. Elle vit avec un nouveau conjoint. Après une rupture d'un an, Madame s'est réconciliée avec sa mère à l'occasion de sa grossesse. Celle-ci lui téléphone maintenant tous les jours. Elle est aussi en contact avec son frère et avec des amis. Elle consulte une psychologue à l'occasion, mais cette dernière est présentement en congé de maternité.

Madame marche tous les jours et fait parfois de la marche rapide. Elle débutera bientôt des cours de natation. Elle a tendance à se coucher tard et à se lever tôt, mais elle se recouche au cours de la journée. Elle consomme 20 cigarettes par jour. Il lui est déjà arrivé de fumer un joint de hachisch par jour pour relaxer, mais elle a cessé depuis sa grossesse.

Madame 33

Madame est une jeune primipare de 18 ans. Elle ne dispose d'aucun revenu : seul son conjoint reçoit des prestations de la sécurité du revenu. Elle se procure de la nourriture dans un organisme de dépannage alimentaire et fréquente un restaurant communautaire cinq jours sur sept. Elle a complété le Secondaire III et a déjà travaillé comme serveuse à temps plein et comme téléphoniste à temps partiel. Elle désire retourner aux études et terminer son Secondaire V après l'accouchement.

Madame a connu une enfance difficile. Elle a été victime de viol à 11 ans et victime d'inceste par son frère. Elle a déjà vécu une fausse couche. Ses parents étaient alcooliques. À l'adolescence, elle a consommé de la drogue de façon régulière.

À 16 ans, elle a quitté le milieu familial pour aller vivre avec son ami. Madame a eu recours à Narcotiques Anonymes et est maintenant sobre depuis deux ans. Cette grossesse était non planifiée mais désirée. Elle va chez une amie, mère de 3 enfants, plusieurs fois par semaine pour apprendre les soins de l'enfant.

Madame fait de l'asthme et de l'anémie. Elle consomme 20 cigarettes par jour. Elle pratique la marche à l'occasion.

Madame 34

Madame a 18 ans. Elle a un enfant. Elle a complété une 6^e année et a déjà travaillé à temps plein comme caissière pendant 8 mois et comme camelot pendant 4 mois. Elle parlait d'un retour aux études mais elle ne trouve plus opportun de les poursuivre parce qu'elle a 2 enfants et désire même en avoir un troisième un peu plus tard.

Son conjoint est âgé de 25 ans. Il fait du bénévolat pour la paroisse, participe aux tâches ménagères et s'occupe de l'autre enfant. Il poursuit ses études et veut travailler. Il est préoccupé par son rôle à l'accouchement et veut de l'information.

Le couple vient de déménager dans un logement plus grand pour lequel ils ont fait l'achat de meubles à crédit. Ils habitaient auparavant dans un 1, 1/2 meublé mais insalubre. Ils ont fait une demande pour un HLM. Malgré leurs difficultés financières, ils considèrent qu'ils ont amélioré leurs conditions de vie depuis la première grossesse. Ils participent régulièrement aux activités d'un organisme communautaire.

Ses parents se sont séparés lorsqu'elle avait 6 ou 7 ans. Leurs 5 enfants ont été placés en famille d'accueil. Elle est demeurée un certain temps avec son père, mais ce fut une période trouble. Son père est décédé dernièrement et elle dit qu'elle a tout oublié. Ce décès l'a rendue dépressive mais elle se sentirait mieux maintenant. Elle a du soutien de son conjoint, de sa belle-mère, de sa mère et de ses 2 sœurs.

Avant de devenir enceinte, Madame mangeait peu de produits laitiers et peu de fruits et légumes. Depuis, elle est motivée à mieux s'alimenter et à améliorer ses habitudes de vie. Elle aime le bowling et le bingo. Elle marche beaucoup et ne fume plus. Avant sa première grossesse, elle fumait un paquet par mois environ. Son conjoint fume un demi-paquet par jour. Il fume du hachish à l'occasion.

Annexe 4.2

Le modèle de soins infirmiers McGill

The McGill model of nursing: A practice-derived model

This article describes the salient features of the McGill model of nursing. (ie, health, family, collaboration, and learning), within the health, person, environment, and nursing paradigm. According to the model, the central goal of nursing is to maintain, strengthen, and develop the patient's health by actively engaging him or her in a learning process. Because health is a learned phenomenon and the family is considered the primary socializer in this learning, the family is the focus of nursing. The nurse strives to structure a learning environment that enables the patient to participate as fully as possible. The nurse and patient together set goals and, building on the patient's strengths and resources, devise means of achieving them.

*Laurie Gottlieb, RN, PhD
Assistant Professor*

*Kathleen Rowat, RN, PhD
Associate Professor
School of Nursing
McGill University
Montreal, Canada*

THE MCGILL MODEL of nursing was developed over many years by the faculty and students of McGill University School of Nursing under the guidance and nurturance of Dr Moyra Allen. During the past decade, elements of the model have been identified, tested, and elaborated in practice and through discussion.¹⁻¹² Although great progress has been made in developing this model, much work still remains. This article presents the work to date on the model. The salient features of the model will be examined within the health, person, environment, and nursing paradigm. This paradigm has received widespread acceptance within the nursing profession as a useful approach to examining and subsequently evaluating a model.^{13,14} Before proceeding with an examination of the model, a brief historical note on the model's origins and the approaches taken in its development are in order.

The authors acknowledge the contributions of their colleagues at McGill University.

*Adv Nurs Sci, 1987, 9(4), 51-61
© 1987 Aspen Publishers, Inc.*

ORIGINS OF THE MODEL

The impetus for the development of the McGill model of nursing can be traced to a complex interplay among societal, consumer, and professional forces that transpired at about the same time and crystallized the key elements of the McGill model.^{1,15} The 1960s heralded a new approach to the delivery of health care services in Canada. This approach subsequently led to a reconsideration of the role of the nurse within the health care system. With the introduction of a universal health insurance plan predicated on the conviction that health services be available, accessible, and responsive to the needs of all Canadians, many health care workers came to believe that nursing was the profession to meet this challenge. Because they represented the largest work force in the health care system, nurses were seen as the group to supply the additional labor needs within a reasonable cost structure. However, debate within the nursing profession arose as to how best to meet this challenge.

One position perceived improved health care as synonymous with improved medical care. Within this perspective, nursing's role would be one of replacing physicians, ie, performing medical tasks previously assumed by physicians. Buoyed by the trends in the United States and investigations carried out at McMaster University,¹⁶ health care leaders established nurse practitioner programs in Canada. However, not all Canadian nursing leaders supported this new direction.

A second view for the role of nursing was espoused, with Dr Moyra Allen as its major proponent. She observed that the direction taken in the first view, rather than

expanding and developing nursing's role as an independent health care profession, was in effect replacing the functions of another profession. Furthermore, evidence was mounting that demonstrated that the traditional medical approaches to major illnesses had little effect on morbidity and mortality rates.¹⁵ Many of these health problems, it was noted, were linked to life styles and established health habits learned within a family context.^{17,18} Thus, advocates of this second position argued that providing more of the same types of services was not the solution. Rather, nurses were needed as primary promoters and facilitators of family health. Consumers were also advocating for an increase in family health services and showed signs of readiness to assume greater responsibility for their health and become increasingly involved in healthier life styles.^{15,19}

As these events were unfolding, the faculty at McGill University had already begun to emphasize the practice of nursing as a unity. Nursing situations involving clients of varying ages and diagnoses in different settings were analyzed using a grounded theory approach.²⁰ From this analysis, the critical elements of the model began to emerge. Work then began on identifying the elements that distinguished the McGill framework of nursing from others.

Once the rudimentary elements of the model had been identified, it was recognized that further refinement, description, and elaboration could take place only within nursing practice. Settings outside the existing health care system needed to be created in order to facilitate experimentation with the model. These settings, known as demonstrations (funded by

Health and Welfare Canada, projects No. 605-1234-46 and 605-1300-42), were the laboratories wherein the elements of the model were tested, clarified, refined, reshaped, and further developed. Some of the demonstrations had a built-in research component for monitoring, describing, and evaluating the development of nursing practice and hence the model of nursing.^{3,7,8} Like many models, this model had its origins in a particular setting, in this case, the community. However, the McGill model was and is intended to be a broad-based model.

GLOBAL ASSUMPTIONS OF THE MODEL

As Stevens²¹ points out, one of the first tasks to be undertaken when analyzing a theoretical model is to gain some understanding of its underlying assumptions. A number of major assumptions underlie the McGill model of nursing. Perhaps the most important and fundamental of these is the belief that the health of a nation is its most valuable resource. Lalonde, in 1974, stated that "good health is the bedrock on which social progress is built. A nation of healthy people can do those things that make life worthwhile . . . and good physical and mental health are necessary for the quality of life to which everyone aspires."^{13(p.5)}

From this premise follows a second major assumption, that is, that individuals, families, and communities do indeed aspire to and are motivated toward better health. Furthermore, there resides within these persons the potential to develop and achieve this end. A third assumption is that health is best learned through active

involvement and personal discovery, ie, inductive learning.²²

Based on such assumptions, it follows that attending to the health of the people is the fundamental task of nursing and that nursing exists in order to assist families in developing their potential for health. A mandate of this magnitude demands that the user of the model has at his or her disposal a broad knowledge base, one that is grounded in the sciences and the humanities. Skills of analysis and synthesis likewise become essential prerequisites.

The McGill model of nursing gives the profession a distinct and unique role within the health care system. It declares that nursing's contribution is not one of substituting for or replacing other health professionals but rather one of complementing the work of these persons.¹ A number of other basic beliefs about health, person, environment, and nursing are held in this model and will become apparent as the elements of the model are described in more detail.

ELEMENTS OF THE MODEL

Health

Health is the central component and the focus of the practice of nursing in the McGill model. The health of the client and

The McGill model declares that nursing's contribution to the health care system is not one of substituting for or replacing other health professionals but rather one of complementing the work of these persons.

his or her family across all settings—hospital, community facilities, or home²—is that toward which the nurse is oriented.

Unlike many if not most definitions of health, health in the McGill model is not viewed as part of the health-illness continuum nor merely as a state or end point. Rather, health and illness are seen as separate entities that coexist. Health is conceptualized as a dynamic, multidimensional construct encompassing a number of processes; two that are particularly salient in the model are coping and development. These processes enable the individual or family to function at a perceived maximum capacity and to achieve a high level of satisfaction with life.²³

One dimension of health relates to the process of coping. Coping refers to the efforts made to deal with some problematic situation. For example, patients in the hospital may have to cope with customary events such as obtaining information, rest, nutrition, and mobility and less customary events such as uncertainty, life-style changes, loss, immobility, pain, and death. In the home or community setting, coping relates to dealing with events of daily living such as changes in family size and family relationships, problems arising out of an individual's or family's interaction with the larger social system, physiological changes, and acute or chronic illness. The purpose of coping in the McGill model is mastery or problem solving rather than just reduction of tension or amelioration of the problem.²⁴ Thus, coping is a function of problem solving, and the act of coping can be divided into various problem-solving activities such as identifying the problem, finding alternative actions, and evaluating these alternatives. The outcomes that fol-

low from this dimension of health and toward which the client strives include improved health status, improved individual or family problem solving and functioning, satisfaction with the resolution of the problem, an enhanced quality of life, and so forth.

A second dimension of health is development. Unlike coping, which is problem-oriented, this dimension is directed toward the achievement of life goals. Development involves acts of recognizing, mobilizing, maintaining, and regulating the potentials and resources that reside within the individual or family and the larger social context.²⁵ Coping and development, dimensions of health, are both learned within the context of the family. Moreover, they are both viewed as dynamic, evolving over time, and interconnected.

As this article was being written, an incident occurred that serves to illustrate these salient features of health. Michael, a 12-year-old boy, injured his finger while enrolled in a summer sports program. On examination of the distorted finger, it was apparent that the finger was broken and in need of medical attention. While he sat in the emergency waiting room, cradling the broken finger and contemplating the possible repercussions such an injury would have on his summer plans, Michael turned to the nurse and said, "This presents a new challenge for me. I can learn to become ambidextrous." The next day, his right hand in a cast, Michael was up early. He had mastered the act of dressing and making his bed with his left hand. He returned to camp with a new-found excitement on how to engage in his favorite sports, not as a "righty" but as a "lefty." He also announced that he would now have to

begin to work on strengthening his finger muscles in order to prevent future injury.

This scenario illustrates the health component of a problem. Whereas other models of nursing might have focused the nurse's attention on the deficits and losses, ie, the illness aspect of the situation, the McGill model of nursing would have the nurse seize the opportunity to reinforce the strengths and healthy outlook of this young client as he learned new ways of coping and discovered untapped potentials. Moreover, coping with a problematic situation led to the identification of the "potential" in the situation. Michael used his potential to meet his goals of learning new sports skills and competency and to meet his needs for social interaction among new friends.

Person

Because health is learned within a family context,^{18,23} the unit of concern for those adopting the McGill model is the family. This is not to say, however, that the individual is not considered. Even though only one member of the family may be involved, the nurse perceives the person through a "family filter."² The influence of the family on the individual is recognized, as is the effect of the individual on the family.

This perspective reflects a systems approach, with the individual or family viewed as open systems in constant interaction with one another and with other systems in their environment, eg, the community. The interrelatedness among the systems' parts implies that changes to any member or subsystem can best be understood in terms of changes in the overall interactional patterns within the family.²⁶

Certain characteristics of the person follow from this systems orientation. First of all, humans are evolving and developing over their life span. At the same time, the individual's or family's behaviors are characterized by continuity and stability, that is, they are not isolated or idiosyncratic acts but rather are part of larger patterns of behavior. Moreover, these behaviors are goal directed, which implies that they have purpose and meaning.

The "person" in the model is active and is a problem solver, capable of learning new ways of coping with situations and problematic events. Furthermore, each experience serves a "training function."²⁷ That is, the individual or family learns something in the process of dealing with such experiences. The person within the McGill model, therefore, is capable of learning from previous experiences and building on these in order to achieve those goals deemed important. Inherent in the model is the belief that the solutions to the problems or situations confronting the individual or family reside within the family and do not emanate from the nurse. Therefore, rather than passively receiving the nurse's ministrations, the individual or family collaborates with the nurse to work toward a common goal of healthier living. Indeed, the model claims that in order for change to occur, the person (individual or family) must become an active participant in his or her care. Furthermore, the likelihood of active participation is increased when the goals are those of the client.

Such views presuppose that the person is motivated to assume responsibility for his or her health and that there resides within the individual or family the strengths, resources, and energy necessary to do so.

The model recognizes that these potentials will vary from individual to individual and from family to family. Each person brings to the situation a different genetic endowment, personal history, and physiological, psychological, and social makeup.

Environment

Surveying extant nursing models, one becomes aware of the varying interpretations of the environment. In the McGill model, the environment is viewed as the context within which health and healthy ways of living are learned. Although the family is considered the prime context within which health is learned, it is recognized that learning about health does occur in many varied settings such as acute care units, community health centers, long-term care institutions, schools, and work places.²⁸

The person and the environment are not viewed in isolation from one another but rather in constant interaction, each influencing and being influenced by the other. As a result of this interchange between person and environment, learning occurs. For example, viewing the family as a context for learning healthy ways of coping, the question might be asked, "What forces are operating in a particular family that are resulting in a child's ability (or inability) to cope with entering school for the first time?" On the other hand, in the case of a child in an intensive care unit, the McGill model of nursing focuses the nurse's attention on those features of the unit that are influencing how both the child and his or her family are responding and coping. Thus, nursing can create new environments or manipulate existing ones

in order to assist the individual or family in learning new ways of dealing with a situation or achieving healthy ways of family functioning.

Nursing

According to the McGill model, the primary goal of nursing is health promotion. Since health is a learned process, the goal of nursing is to engage the individual or family in the process of learning about and acquiring healthier ways of living. Learning about health is thus contingent on the nurse's structuring learning experiences that are directed toward meeting the needs, goals, and problem-solving styles of the individual or family. Changing or strengthening individual or family behaviors is also predicated on utilizing the individual's or family's potentials and resources. To profit from such experiences, the individual or family must become an active participant and collaborator in the health promotion process. Negotiation, collaboration, and coordination are therefore features of the nurse-patient relationship.² These features are present during the assessment, implementation, and evaluation phases as the patient and nurse work together on a variety of health-related situations.⁹

Since health is a learned process, the goal of nursing is to engage the individual or family in the process of learning about and acquiring healthier ways of living.

Assessment phase

The aim in assessment is for the nurse to obtain an overall profile and understanding of the health aspects of the person. The nurse also gathers information on the nature of the environment in order to identify its effects on learning about health. The patient is the major provider of information from which nursing operates. Furthermore, the patient serves as the prime validator for the nursing interpretations.

Even though the individual or family may present with a specific concern or request for assistance, the nurse attempts to place this concern within a health context. The nurse looks for general patterns of behaviors or approaches to living by searching for variations and similarities across diverse situations. The nurse also gathers information on the client as a learner. Readiness to engage in health work, desired goals, level of motivation, interest, energy, and modes of learning are ascertained from the client. In addition, the individual's or family's potentials, strengths, and ways of using both internal and external resources are identified. With this information the nurse begins to gain some ideas about how to structure a learning environment that will stimulate, capture interest, and elicit the client's participation and involvement. Moreover, the information enables the nurse to consider ways of nursing that are congruent with and tailored to the client's goals, needs, interests, and approaches to learning.

The assessment phase requires an exploratory approach to the gathering of information, which contrasts with entering a situation with a prescribed or predeter-

mined plan of action. However, it is important to note that along with information obtained from the client, the nurse uses other sources of information, knowledge, and experience to rationalize his or her observations. As Stevens comments, patient and nurse come together in a "partnership of unequals, 'unequals' in that each has a separate and different expertise from the other."^{21(p278)} Since health is dynamic and evolving, the nurse must also continuously revise, modify, update, and validate the client's profile.

The assessment phase also sets the stage for the respective roles to be played by the nurse and the client. For the client to assume an active role in his or her care, the nurse should create a supportive environment in which the client feels safe and valued. By acknowledging the client's central role in the health-promoting process and by conveying acceptance, the nurse sets the tone for future involvement and participation. Even though the client's database may be incomplete, the nurse and client begin a process of negotiating and testing different strategies for working on health matters. This phase of the process, as with other phases, is subject to change as learning needs become apparent. During this phase, mutual, personal, social, and situational understandings are achieved, some general direction is agreed on, and some consensus of working together is reached.²

These objectives are achieved by sharing perceptions of the situation, clarifying the client's and nurse's goals, and testing plans of actions that best fit the client's interests, needs, and approaches to learning. At times the initiative for planning falls on the

nurse and at other times on the client or family; ideally, however, this is a shared activity.

Implementation phase

During the implementation phase of the nurse-client relationship, the client's major task is to become an active learner. However, the degree to which the client can become active in this process is contingent on his or her physiological, psychological, and social status. The nurse's major role is to tailor the learning activities to the client's needs and characteristics. It should be noted that learning, in this model, is used in its broadest sense, ie, from the cellular level to the more global social system level. The nurse's role is determined by the client's potential for engaging in health work. For example, for the client who has suffered a myocardial infarction, the nurse's major efforts in the initial stage may be directed toward maximizing the client's physiological potential. In later stages, however, the nurse and client may work on other areas of health potential.

It is during the implementation phase that the collaborative nature of the nurse-client relationship more fully manifests itself. The client takes the lead in working on aspects of health such as improving problem-solving skills—for example, redefining the problem, identifying patterns of functioning, linking solutions to directions and goals, increasing repertoires of coping skills, trying out new ways of dealing with old problems, and so forth. Furthermore, the client contributes to the process by establishing the pacing and timing of the various activities.

In this process, the nurse can play a

variety of roles depending on the client's tasks.²⁹ For example, if the client's task is to identify, clarify, or enlarge his or her perspective of the concern at hand, the nurse can facilitate this process by acting as a focuser or stimulator. Projects can be devised to help the client gather information.

The following example illustrates several ways in which the nurse can motivate a family to develop its health potential. The parents in this situation are having difficulty with their child's temper tantrums. The nurse might ask the mother and father to do a little homework in the form of observing their child and noting the particular circumstances surrounding the temper tantrums as well as what the child actually does. The parents share their observations with the nurse who, in turn, helps them identify linkages between events and the tantrums. In this case, the temper tantrums are observed to increase before mealtime when both parents are occupied. The parents soon realize that if one attends to the child's needs while the other prepares the meals, this might solve their problem.

First, the choice of the activity, ie, observing and recording their child's behavior, served to detach the parents from the situation. Assuming an observer role, the parents were able to learn more about their child's behavior. This experience also captured the parents' interest and motivated them to search for a different solution. Second, by the nurse helping them to come up with their own solution rather than suggesting one, the parents discovered that control over the situation resided with them. For the parents, discovering new problem-solving skills and an increased sense of control served to rein-

force their motivation to further develop effective parenting skills.

The nurse can also act as stimulator by asking provocative or rhetorical questions that cannot be immediately answered but that may serve to reframe a situation in a somewhat different light. Another role that the nurse can employ is that of an awareness raiser. In attempting to bring what has been learned from an intuitive level to a level on which the client becomes aware of what has taken place, the nurse can summarize what has been learned and point to indicators of change. This role is illustrated in the next example. Here the client discusses with the nurse the feeling of fatigue that he has associated with stressful situations. The nurse might point out to the client the kinds of things he has already noted that help him deal with the stress such as physical exercise or a periodic relief from routine. The nurse then could assist the client in finding ways of building these into his routine.

The nurse can also serve as a role model for such things as how to analyze a situation. This is accomplished by not only demonstrating a method of analyzing but also explaining what he or she has done, with the underlying rationale for the approach. The nurse also maintains and promotes the client's learning about health by being sensitive to cues of waning motivation, energy, or interest in a particular area and helping the patient shift gears when needed. For example, in motivating a stroke patient toward a higher level of independence, the nurse may observe the patients' reluctance to ambulate. In keeping with this goal, the nurse might negotiate with the client a change in schedule or location or might shift the emphasis from

ambulation to another independent activity.

In contrast to some models that look at outcomes in terms of whether or not the nurse's objectives have been achieved, a critical feature of the McGill model is that both the client and the nurse review the progress in light of their established goals. They reflect back to each other and examine how their working plan has evolved. This information is examined and acts as feedback for reshaping, restating, or redefining goals and ways of working together. The nurse also uses this opportunity to reinforce desired behaviors and to assess the client's readiness to move on to other aspects of health work.

In summary, the salient features of the McGill model of nursing are *health, family, collaboration, and learning*. The goal of nursing is to maintain, strengthen, and develop the client's health through actively engaging him or her in a learning process. Because health beliefs, attitudes, and practices are learned and because the family is considered the primary socializer in this learning process, the family is the unit of concern. In working with the individual or family on the health process, the nurse strives to structure a learning environment that allows as much participation as possible. Together, the nurse and the client set goals and devise means of achieving these by building on the client's strengths and resources.

DEVELOPMENT OF THE MODEL

As the model became more clearly conceptualized, changes in the undergraduate and graduate curricula at the McGill School of Nursing followed. For example,

the major concepts of the model—health, family, collaboration, and learning—became key threads at each level of the program.¹⁰⁻¹² Graduates of the program have taken the model into varying practice settings, such as ambulatory care,¹³ intensive care units,³ and communities.^{10,12} This has allowed for an ongoing evaluation of the model's utility in guiding nursing practice. Moreover, differential client outcomes arising from this nursing approach have been identified: reduced stress,³ increased satisfaction,⁷ improved problem solving,¹² and increased involvement in health learning.¹²

As the model is being implemented in practice, two avenues of research are indicated. First, the core concepts of the model need to be described, explicated, and refined through concept analysis. This will

entail examining these concepts with diverse populations under varying conditions.¹⁴ Work in this direction is under way.^{6,10,12,35-37} The second research thrust consists of testing hypotheses, systematically examining the linkages among concepts, and identifying client outcomes in response to the nursing interventions directed by the model.^{3,7,38,39}

. . . .

The development of this model has been accomplished by the unique "joint appointment" structure within the McGill University nursing community, which brings together nurses in the university setting and nurses in the practice setting. Clinicians, researchers, administrators, and educators committed to the model have been responsible for its continued growth.

REFERENCES

1. Allen M: Comparative theories of the expanded role in nursing and its implications for nursing practice: A working paper. *Nurs Papers* 1977;9:38-45.
2. Allen M: Primary care nursing: Research in action, in Hockey L (ed): *Primary Care Nursing*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1983, p 32.
3. Allen M, Frasure-Smith N, Gottlieb L: *Models of Nursing in a Changing Health Care System: A Comparative Study in Three Ambulatory Care Settings*. Montreal, McGill University School of Nursing, 1980, part 1.
4. Allen M, Frasure-Smith N, Gottlieb L: What makes a "good nurse"? *Can Nurse* 1982;78:42-45.
5. Carnevale F: *The Influence of Complementary Nursing Approach upon the Experience of Parents within the Pediatric Intensive Care Setting*, unpublished master's study, McGill University School of Nursing, Montreal, 1983.
6. Fields PA: Client care-seeking behaviours in a community setting and their source of satisfaction with nursing care. *Nurs Papers* 1982;14:15-28.
7. Frasure-Smith N: *The Workshop—A Health Resource: A Comparative Study of Patients' Perceptions in Four Ambulatory Care Settings*. Montreal, McGill University School of Nursing, 1981.
8. Gottlieb L: *Styles of Nursing as Practised at the Workshop—A Health Resource*. Montreal, McGill University School of Nursing, 1982.
9. Stilwell B: Responding to situations. *Nurs Mirror* 1985;160:26-28.
10. Vellinga M: *The Problem-Solving Behaviours of Community Health Nurses*. Unpublished master's study, McGill University School of Nursing, Montreal, 1979.
11. Warner M: Health and nursing: Evolving one concept by involving the other. *Nurs Papers* 1981;13:10-17.
12. Zimmer P: *An Evaluation of Some Aspects of Problem-Solving in Families Who Are Clients of an Innovative Nursing Service*, thesis, McGill University School of Nursing, Montreal, 1979.
13. Fawcett J: *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. Philadelphia, F.A. Davis, 1984.
14. Fitzpatrick J, Whall A: *Conceptual Models of Nursing*. Bowie, Md, Robert J Brady, 1983.
15. Lalonde M: *A New Perspective on the Health of*

- Canadians. Ottawa, Government of Canada Publications, 1974.
16. Spitzer W, Kergin DJ, Yoshida MA, et al: Nurse practitioners in primary care: The Southern Ontario randomized trial, in Leininger M (ed): *Health Care Dimensions*. Philadelphia, F.A. Davis, 1973, p 105.
 17. Fries J: The future of disease and treatment: Changing health conditions, changing behaviors, and new medical technology. Read before the Nursing in the 21st Century Conference, Aspen, Colo, July 10, 1985.
 18. Turk D, Kerns R: *Health, Illness, and Families: A Life-Span Perspective*. New York, Wiley, 1983.
 19. Hall E: *Canada's National-Provincial Health Program for the 1980s: A Commitment for Renewal*. Ottawa, National Health and Welfare, 1980.
 20. Gilchrist JM, Allen M: Nursing explorations: An introduction. *Nurs Papers* 1981;13:4-6.
 21. Stevens BJ: *Nursing Theory*. Boston, Little, Brown, 1984.
 22. Bedworth DA, Bedworth AF: *Health Education: A Process for Human Effectiveness*. New York, Harper & Row, 1978.
 23. Bruhn J, Cordova DA: A developmental approach to learning wellness behaviors, part I: Infancy to early adolescence. *Health Values* 1977;1:246-254.
 24. Perlman H: In quest of coping. *Soc Casework* 1975;56:213-225.
 25. Pratt L: *Family Structure and Effective Health Behavior: The Energized Family*. Boston, Houghton Mifflin, 1976.
 26. Miller JR: The family as a system, in Miller JR, Janosik EH (eds): *Family-focused Care*. New York, McGraw-Hill, 1980, p 3.
 27. Audy JR: Measurement and diagnosis of health, in Shepard P, McKenly D (eds): *Environmental Essays on the Planet as a Home*. Boston, Houghton Mifflin, 1971.
 28. Allen M: Shaping health potential: The cutting edge of practice in nursing. Read before the Rozella M. Schlotfeldt Lectureship, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, May 1982.
 29. Gottlieb L: Nursing clients toward health: An analysis of nursing interventions. *Nurs Papers* 1981;13:24-31.
 30. Attridge C, Ezer H, MacDonald J: Implementing program philosophy through curricular decisions. *Nurs Papers* 1981;13:59-69.
 31. Mansi O: Learning to nurse families: Monitoring content and process. *Nurs Papers* 1981;13:40-48.
 32. Ross M: Learning to nurse families. *Nurs Papers* 1981;13:49-58.
 33. Grossman-Schultz M, Feeley N: A working model of support. *Can Nurse* 1984;80:42-46.
 34. Lindeman CA: A critical review of the McGill model of nursing, in *Proceedings of a Professional Approach to Nursing Practice: The McGill Model*. Montreal, McGill University, in press.
 35. O'Connor-Francoeur P: *Children's Concepts of Health and Their Health Behaviour*, unpublished master's study. McGill University School of Nursing, Montreal, 1982.
 36. Starr J: *The Concept of Health and Health Behaviours of Physically Disabled Children*, unpublished master's study. McGill University School of Nursing, Montreal, 1984.
 37. Rogers L: *Levels of Involvement with Health and Health Beliefs*, unpublished master's study. McGill University School of Nursing, Montreal, 1981.
 38. Frasure-Smith N, Allen M, Gottlieb L: Models of nursing practice in a changing health care system: Overview of a comparative study in three ambulatory care settings, in MacKay R, Zilm G (eds): *Research for Practice: Proceedings of the National Research Conference*, Halifax, Nova Scotia, Dalhousie University School of Nursing, 1980, p 90.
 39. Frasure-Smith N, Prince R: The ischemic heart disease life stress monitoring program: Impact on mortality. *Psychosom Med* 1985;47:431-445.



QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Naître égaux – Grandir en santé Évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal dans quatre CLSC de Montréal Par la poste	22,00 \$	
	NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN 2-89494-207-9		

DESTINATAIRE _____

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____

No Rue App.

Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE

Garder notre
monde en santé