

# PROGRAMME « NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ » ET LA COMPÉTENCE PARENTALE EN LIEN AVEC LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 24 MOIS

---

## Responsable de la coordination du projet

- *Pierre Richard*, Carrefour Santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC)
- *Claire Giguère*, Carrefour Santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC)

## Chercheuse principale

- *Denise St-Cyr Tribble*, Sciences infirmières, Université de Sherbrooke

## Co-chercheuses et co-chercheurs (ordre alphabétique)

- *Linda Bell*, Sciences infirmières, Université de Sherbrooke
- *Frances Gallagher*, Sciences infirmières, Université de Sherbrooke
- *Robert Pauzé*, Psycho-éducation, Université de Sherbrooke
- *Audette Sylvestre*, Réadaptation, Université Laval
- *Eric Yergeau*, Éducation, Université de Sherbrooke

**Janvier 2006**

# Table des matières

<b>Avant-propos</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Problématique et recension des écrits</b> .....	<b>6</b>
1.1 Contexte de l'étude .....	6
1.2 Évaluation des programmes NÉ-GS .....	7
1.2.1 Évaluation de l'implantation et des effets du programme NÉ-GS .....	7
1.2.2 Évaluation de l'intégration du suivi individuel, de l'accompagnement communautaire et de l'action sectorielle .....	9
1.2.3 Évaluation de l'impact du programme NÉ-GS sur le renforcement de potentiel des personnes .....	10
1.2.4 Évaluation de l'impact du programme NÉ-GS sur les compétences parentales ....	11
<b>2. But et objectifs de l'étude</b> .....	<b>11</b>
2.1 But .....	11
2.2 Objectifs spécifiques .....	12
<b>3. Méthodologie</b> .....	<b>12</b>
3.1 Devis .....	13
3.2 Démarche préparatoire à l'étude .....	13
3.3 Personnes participant à l'étude .....	13
3.3.1 Critères d'admissibilité .....	13
3.3.2 Modalités de recrutement .....	14
3.4 Procédure de collecte des données .....	14
3.4.1 Formation des interviewers .....	15
3.5 Outils de recherche .....	15
3.5.1 Renseignements sociodémographiques sur les familles et les intervenantes ...	16
3.5.2 Développement des enfants .....	16
3.5.3 Caractéristiques des parents .....	18
3.5.4 Développement de la compétence parentale .....	19
3.5.5 Profil du fonctionnement familial et de l'environnement .....	22
3.5.6 Désirabilité sociale .....	22
3.5.7 Journal de bord des intervenantes .....	23
<b>4. Considérations éthiques</b> .....	<b>24</b>
<b>5. Présentation des résultats quantitatifs</b> .....	<b>24</b>
5.1 Présentation des participants .....	25
5.2 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesure au temps 1 et 2 .....	26
5.2.1 Évolution du groupe à l'étude .....	29
5.3 Résultats sur le journal de bord .....	33
<b>6. Présentation et interprétation des résultats qualitatifs</b> .....	<b>35</b>
6.1 Définition et indicateurs du pouvoir d'agir .....	36
6.2 Pouvoir d'agir chez les mères participant au programme NÉ-GS .....	37
6.3 Regard des mères sur les interventions posées dans le cadre du programme NÉ-GS .....	41
6.4 Satisfaction des mères .....	44
<b>7. Discussion et conclusion</b> .....	<b>46</b>
7.1 Limites de l'études .....	50
7.2 Forces de l'étude .....	50
7.3 Retombées de l'étude .....	50
<b>Références</b> .....	<b>52</b>



## Liste des tableaux

Tableau 1	Principales caractéristiques socioéconomiques des familles (n=16).....	25
Tableau 2	Principales caractéristiques de l'histoire santé et périnatale (n=16).....	26
Tableau 3	Scores moyens au temps 1 et 2 sur les échelles de la relation parent-enfant et de l'Indice de stress parental (ISP). .....	27
Tableau 4	Scores moyens au temps 1 et 2 sur les dimensions du réseau social de soutien, de la détresse psychologique et des échelles d'adéquation des ressources disponibles .....	28
Tableau 5	Scores moyens au temps 1 et 2 sur les dimensions du développement moteur, cognitif et langagier de l'enfant .....	29
Tableau 6	Évolution des scores sur les échelles de la relation parent-enfant et de l'Indice de stress parental (ISP).....	30
Tableau 7	Évolution des scores sur les dimensions du réseau social, de la détresse psychologique et des échelles d'adéquation des ressources disponibles.....	31
Tableau 8	Évolution des scores sur les dimensions du développement moteur, cognitif et langagier de l'enfant .....	32
Tableau 9	Description des cibles et des modalités de l'intervention (n=12) .....	34
Tableau 10	Description des principales attitudes thérapeutiques, des actions posées et des sujets abordés lors de l'intervention (n=12).....	35
Tableau 11	Indicateurs du pouvoir d'agir .....	36



## Avant-propos

Nous souhaitons souligner l'apport très pertinent des parents et des intervenantes qui ont accepté de participer à cette étude. Dans cet ordre d'idées, nous désirons également remercier les établissements multivocationnels avec mission CLSC, le CLSC de Sherbrooke et la table des coordonnatrices et des coordinateurs des centres de la petite enfance (CPE) de l'Estrie et la Villa Marie-Claire Inc d'avoir soutenu la réalisation de l'étude. Leur implication a permis de mieux saisir les caractéristiques des parents et des enfants qui font partie du programme Naître Égale et Grandir en santé (NÉ-GS). Cette participation a aussi permis de poser un regard sur l'intervention auprès des familles et d'apprécier également certains aspects liés au degré de satisfaction de celles-ci envers le programme. Il va sans dire que nous apprécions le support financier fourni par la Direction de la santé publique de qui nous avons reçu une subvention.

Cette étude a commencé au moment où le programme NÉ-GS était encore peu implanté en Estrie. Ainsi, dans le processus de l'étude autant que dans l'interprétation des résultats il est essentiel de tenir compte de la situation qui prévaut. Le sens de la nuance s'impose. Mentionnons en autres choses, que le développement des objectifs du programme, sa mise en œuvre et les caractéristiques des familles inscrites varient d'un établissement à un autre. Cela a exigé des ajustements du projet afin qu'il soit un reflet le plus fidèle possible de la réalité des milieux de pratique. Il en a été de même pour le groupe de comparaison que nous avons choisi, c'est-à-dire, les enfants qui fréquentent des CPE. Là encore nous avons découvert un phénomène qui a empêché que nous établissions des comparaisons entre le groupe parent-enfant inscrit dans NÉ-GS et celui des CPE. Effectivement, dans le groupe des CPE, certaines familles étaient admissibles au programme NÉ-GS et d'autres y avait déjà participé. De plus, les caractéristiques des familles ne correspondaient pas toujours aux critères que nous avons retenus ce qui a rendu le recrutement difficile. Couplé avec les aspects mentionnés antérieurement, des discussions avec des personnes qui avaient participé à l'étude ont permis de soulever d'autres difficultés. Ainsi la surcharge de travail dans

---

les établissements et l'inquiétude manifestée quant au fait de participer à l'évaluation d'un programme pas tout à fait ancré s'ajoutent aux limites rencontrées dans l'étude. Ces aspects ont tous été discutés soit au cours de la démarche de préparation de l'étude ou soit au cours du projet comme tel (Régie, établissements, intervenantes, équipe de recherche, etc.). Ces événements ont ralenti le recrutement par rapport au nombre de participantes et participants attendus. Ainsi, en examinant toutes ces contingentes, il a été décidé de retirer un des groupes de comparaison (trop petit nombre de personnes) et de comparer le groupe des personnes faisant partie du programme NÉ-GS en deux temps. Ces choix ont eu un impact sur l'orientation des analyses. Vous constaterez donc que les résultats sont descriptifs et analytiques plutôt qu'évaluatif de cause à effet.

.

## 1. PROBLÉMATIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

### 1.1 Contexte de l'étude

La présente étude s'inscrit dans une volonté régionale de collaboration entre les partenaires des milieux de pratiques et des chercheurs à l'élaboration de mécanismes d'évaluation et de suivi des clientèles des programmes « Naître égaux – Grandir en santé » (NÉ-GS). Depuis l'an 2000, les établissements impliqués en santé communautaire de la région de l'Estrie offrent le programme NÉ-GS aux familles vivant dans des conditions d'extrême pauvreté. Le programme intégré pré et postnatal NÉ-GS vise à réduire les inégalités socio-économiques et à promouvoir la santé et le bien-être des familles et des jeunes enfants en situation d'extrême pauvreté (Martin et al., 1995). Il vise également à prévenir certains problèmes tels que les abus et la négligence envers les enfants ainsi que les retards de développement chez ces derniers.

La mise en œuvre de ce programme et l'évaluation de ses impacts sur les enfants et leur famille est reconnue comme une priorité régionale par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie<sup>1</sup>. Cette instance régionale a participé à la réalisation du projet en fournissant les ressources financières via son Programme de subventions en santé publique (Programme conjoint MSSS-Régie). Parmi les établissements offrant le programme NÉ-GS, quatre d'entre eux ont participé au recrutement des familles et des intervenantes ayant participé à la présente étude, soit le *Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François*, le *Carrefour de santé du Granit (établissement subventionné et porteur du projet)*, le *CLSC de Sherbrooke* et la *Villa Marie-Claire Inc.*

Depuis son implantation au Québec, le programme NÉ-GS est soumis à un processus d'évaluation continu dans certaines régions, notamment à Montréal et en Abitibi-Témiscamingue. Toutefois, à ce jour, aucune recherche n'a étudié le

---

<sup>1</sup> Devenu en 2002 "Agence de développement de réseaux locaux de services sociaux et de santé" Étant donné qu'au moment de rédiger ce rapport de recherche, les désignations de certains établissements ne sont pas encore officialisées, nous avons utilisé les appellations antérieures

développement des enfants participant à NÉ-GS, ce qui permettrait pourtant de juger de l'atteinte d'un des objectifs importants du programme qui consiste à réduire les retards de développement chez les enfants vivant en situation de pauvreté. Aussi, l'étude de certaines compétences parentales, tel que le lien affectif entre les parents et leur enfant et la stimulation au développement du langage, ont été peu évalués. La présente étude s'inscrit dans une volonté de mieux comprendre les effets du programme NÉ-GS sur les enfants et leurs parents de même que les interventions qui favorisent le développement du potentiel individuel et social des parents vivant en situation d'extrême pauvreté.

## **1.2 Évaluation des programmes NÉ-GS**

Depuis son implantation au Québec, le programme NÉ-GS est soumis à un processus d'évaluation continu dans certaines régions, notamment à Montréal et en Abitibi-Témiscaminque. Cette partie tend à faire le point sur ces évaluations.

### *1.2.1 Évaluation de l'implantation et des effets du volet prénatal du programme NÉ-GS*

La mise en œuvre du programme NÉ-GS lors de son implantation en 1991 a fait l'objet d'une évaluation réalisée par Perrault, Boyer, Colin, Labadie, Denis et Racine (2000). Au total, 36 femmes ont participé à l'étude entre octobre 1991 et mars 1992. Pour être sélectionnées, ces femmes québécoises et francophones ne devaient pas avoir terminé leur cinquième secondaire, devaient vivre sous le seuil de la pauvreté et avoir complété de 16 à 20 semaines de grossesse. Les résultats révèlent un vif succès face à l'implantation des suppléments alimentaires. Malgré qu'ils ne fussent pas suffisants pour réduire le nombre de naissances d'enfants ayant un petit poids, ils ont grandement servi à rejoindre les futures mères. L'établissement de la relation de confiance de la cliente envers l'intervenante privilégiée constitue une réussite notable et a sans doute permis la poursuite du programme pour l'ensemble des participantes. Quant au taux de recrutement, malgré qu'il représente une réussite, certaines difficultés ont été rencontrées et deux CLSC n'ont pu atteindre le nombre de participantes demandées pour l'étude.

Par ailleurs, le travail multidisciplinaire à l'intérieur des équipes de CLSC a été plus difficile à réaliser. La plupart des acteurs adhéraient à ce concept. Cependant, la difficulté rencontrée dans la définition des rôles des diverses intervenantes en lien avec leur profession a causé certaines frustrations, principalement chez les travailleuses sociales et les auxiliaires familiales. De plus, la collaboration avec les ressources communautaires et les services de santé a été quelque peu limitée. En fait, au temps I, aucun lien formel n'était établi entre les CLSC et les ressources communautaires dans le cadre de Naître égaux – Grandir en santé. La collaboration avec les services médicaux et hospitaliers s'est avérée quasi nulle. Une gamme de soutiens spécifiques devait être offerte aux femmes par l'intervenante privilégiée. Très peu de ces soutiens ont été prodigués, souvent en raison du malaise ou du sentiment de scepticisme des intervenantes. Cela explique sans doute le fait que les habitudes de vie telles que le tabagisme ou la consommation d'alcool n'ont pas changées. Les auteurs s'entendent pour dire que la mise en œuvre est réussie. D'ailleurs, les femmes ont manifesté une très grande satisfaction.

L'étude des effets du volet prénatal du programme NÉ-GS porte sur un large échantillon de 1 329 femmes enceintes défavorisées (Brodeur, Perrault, Séguin, Colin et Boyer, 1999). Celles-ci ont été recrutées de janvier 1994 à mai 1999 dans dix territoires de CLSC (huit dans la région de Montréal-Centre et deux en dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue) et ont été réparties aléatoirement entre deux groupes. Le premier groupe, expérimental, recevait, à partir de la vingtième semaine de grossesse, des suppléments alimentaires ainsi qu'un suivi personnalisé. Le groupe contrôle recevait quant à lui des suppléments alimentaires en plus d'avoir accès aux divers services que pouvait offrir leur communauté mais le suivi personnalisé ne lui était pas disponible.

Les résultats suggèrent un taux de participation de 50% dans la population des femmes enceintes défavorisées. De ce nombre, 90 % vivaient sous le seuil d'extrême pauvreté. Plus de 80 % des participantes ont accepté de poursuivre et seulement 4 % des cas ont abandonné pour des causes autres qu'un déménagement ou d'interruption de grossesse.

Les résultats préliminaires démontrent un effet significatif sur l'information reçue concernant l'alimentation durant la grossesse, l'alimentation du nouveau-né, la grossesse et l'accouchement, l'aide matérielle disponible et le tabagisme. Des effets significatifs sont également observés au niveau de l'aide matérielle et du soutien émotif reçu. On remarque par ailleurs une diminution significative de l'état dépressif des mères. Cependant, le programme ne semble avoir aucun effet significatif sur l'insuffisance de poids à la naissance. Cette stabilité du petit poids peut s'expliquer par le pourcentage élevé de tabagisme chez les mères, sur lequel les interventions n'ont également pas eu d'effets.

### *1.2.2 Évaluation de l'intégration du suivi individuel, de l'accompagnement communautaire et de l'action intersectorielle*

En 1997, une évaluation participative est menée dans une démarche voulant l'instauration de l'ensemble du programme pré et postnatal incluant le suivi individuel auprès des familles, l'accompagnement dans la communauté et l'action intersectorielle (Boyer et Parisien, 1998). L'évaluation de NÉ-GS a donc été réalisée par huit CLSC, treize organismes communautaires et dix comités promoteurs de regroupement d'action intersectorielle. Chacun de ces acteurs ou groupes d'acteurs devait se demander dans quelle mesure le programme a été implanté, quelles sont les modifications apportées et quels résultats peut-on observer (Bilodeau, Allard, Chamberland *et al.* 1996).

À la suite de l'ensemble de l'évaluation, il ressort que l'intégration des trois volets de l'implantation de NÉ-GS est réussie. Par contre, quelques aspects demandent une meilleure consolidation. Quatre recommandations sont proposées :

- ✓ Associer les parents aux différentes étapes du programme ;
- ✓ Inscrire l'intervention en cours dans un continuum promotion de la santé/prévention/protection de la petite enfance, incluant l'intervention auprès des familles d'enfants âgés de 2 à 4 ans ;
- ✓ Jouer un rôle actif dans l'atteinte de l'objectif «appauvrissement zéro» ;
- ✓ Consolider les partenariats intersectoriels (Boyer et Parisien, 1998).

### 1.2.3 Évaluation de l'impact du programme NÉ-GS sur le renforcement du potentiel des personnes

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le processus d'empowerment occupe une place majeure dans NÉ-GS. Ouellet, René, Durand, Dufour et Garon (2000) ont donc examiné la manifestation de l'empowerment dans un échantillon de familles vivant en situation d'extrême pauvreté ainsi que la façon dont les intervenantes soutiennent ces familles dans leur démarche.

Cette étude de cas multiples a porté sur un échantillon de 20 familles considérées en mouvement ou présentant le désir d'entreprendre une démarche. Les intervenantes, au nombre de 17, ayant suivi ces familles ont également été interrogées.

Les auteurs ont constaté, entre autres, que le processus d'empowerment comporte trois grandes composantes en interaction : un passage à l'action par l'utilisation des ressources externes, des réalisations par rapport à un projet personnel motivateur, des gains sur le plan des ressources personnelles. Les facteurs expliquant quant à eux le succès de l'intervention par rapport à l'empowerment sont :

- ✓ L'intervention à un moment clé dans la vie de la famille;
- ✓ Les avantages d'un suivi prolongé et intense pour créer la confiance;
- ✓ L'intervenante travaillant à partir du projet des parents;
- ✓ L'aide qu'obtiennent les parents à utiliser les ressources de la communauté et ainsi à favoriser leur insertion sociale.

L'étude a permis d'identifier le caractère progressif du processus d'empowerment et qu'il évolue à petits pas. Il est lié aux interactions entre le sujet et son environnement. Par ailleurs, le suivi personnalisé devient nécessaire et il importe d'accorder une place de taille au projet de vie des parents. L'intervention préventive durant la période périnatale est également à souhaiter. Enfin on recommande que l'évaluation ne porte pas sur la productivité mais plutôt sur les gains à long terme.

#### 1.2.4. Évaluation de l'impact du programme NÉ-GS sur les compétences parentales

Piché et ses collaborateurs (2003) ont évalué l'impact de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » du volet postnatal du programme sur la compétence parentale. Leur étude a porté sur 203 mères réparties en trois groupes, soit celles recevant un suivi intégré NÉ-GS, celles recevant la portion postnatale de NÉ-GS et celles n'ayant pas un suivi de type NÉ-GS. Leurs résultats suggèrent que les mères ayant reçu un suivi dans le cadre du programme NÉ-GS intégré et celles ayant reçu le programme partiellement présentent des moyennes de compétence parentale plus faibles que les participantes n'ayant reçu aucune intervention dans le cadre du programme NÉ-GS. De plus, aucune différence entre les groupes au plan de la compétence ressentie ou de la compétence rapportée n'a été notée. Les auteurs avaient également procédé à une analyse de l'implantation du programme dans les quatre CLSC participants. Leurs constats sont à l'effet que le programme n'est pas implanté tel qu'attendu et que les suivis ne se déroulent pas selon les modalités prescrites par le programme en termes de durée, d'intensité et d'offre de services. L'implantation suboptimale du programme NÉ-GS est évoquée pour expliquer l'absence d'effet de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » sur la compétence des mères dans la présente étude.

En somme, la démonstration de l'efficacité du programme NÉ-GS à favoriser le développement des habiletés parentales et le développement des enfants est partielle et exige d'autres efforts et d'autres méthodologies de recherche.

## 2. BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

### 2.1 But

La présente étude vise à décrire les enfants âgés de moins de deux ans et leurs parents participant au programme « Naître égaux – Grandir en santé » (NÉ-GS) dans

---

quatre des établissements multivocationnels avec mission CLSC en Estrie, et la Villa Marie-Claire inc. et à apprécier leur évolution dans le temps.

## 2.2 Objectifs spécifiques

1. Décrire les caractéristiques des enfants et des parents participant au programme NÉ-GS.
2. Décrire les interventions réalisées auprès des enfants et des parents par les intervenantes des établissements participants impliqués dans le cadre du programme NÉ-GS.
3. Évaluer le développement des enfants participant au programme NÉ-GS.
4. Documenter le processus d'appropriation tel que vécu par les parents participant au programme NÉ-GS.
5. Identifier le degré de satisfaction des parents en lien avec le programme NÉ-GS.

## 3. MÉTHODOLOGIE

Cinq établissements de la santé et des services sociaux de la région de l'Estrie ont étroitement collaboré à cette étude. Il s'agit de deux établissements multivocationnels avec mission CLSC: le *Carrefour de santé du Granit* et le *Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François*. S'ajoutent le *CLSC de Sherbrooke* et la *Villa Marie-Claire inc.* Ces centres sont représentatifs de la région de l'Estrie quant aux types de milieux (urbain, semi urbain et rural) dans lesquels vivent les enfants et les familles auxquels le programme NÉ-GS est offert <sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Il est à noter que la désignation CLSC est devenue CSSS dans le cadre de la dernière transformation des réseaux locaux de santé et de services sociaux. Toutefois, puisque l'étude dont il est question ici a débuté un peu avant ce changement, nous conservons l'appellation CLSC. De cette manière, il est plus facile de se rappeler à quel moment l'étude s'est déroulée et ne pas confondre la notion Programmes intégrés 0-5 ans avec le programme NÉ-GS qui a fait l'objet de la présente étude.

### **3.1 Devis**

Il s'agit d'une étude réalisée avec un devis descriptif longitudinal comportant des volets quantitatif et qualitatif. Les caractéristiques des familles et de leurs enfants (âgés de 0 à 2 ans) participant au programme NÉ-GS ont été investiguées à deux moments, soit six mois après leur entrée dans le programme (Temps 1) et un an plus tard, c'est-à-dire soit avant que les enfants n'atteignent l'âge de deux ans (Temps 2).

### **3.2 Démarche préparatoire à l'étude**

Dans un esprit de collaboration, nous avons pris le temps de rencontrer tous les milieux concernés, de s'entendre sur les objectifs et de co-construire plusieurs des outils de recherche (guides d'entrevues, journaux de bord, grille sur l'intervention, etc.). Un comité de suivi a également soutenu l'équipe de recherche par ses conseils judicieux lors de l'élaboration de certains outils de recherche et de la préparation de la collecte des données. Ce travail préparatoire à la recherche a également permis de prendre en considération les réalités des familles dans l'élaboration des méthodes de collecte des données.

### **3.3 Personnes participant à l'étude**

#### *3.3.1 Critères d'admissibilité*

Pour être admissibles à l'étude, les parents participants (mères ou pères) devaient avoir reçu le volet prénatal du programme et bénéficier du programme NÉ-GS depuis au moins six mois. Le parent devait avoir une maîtrise suffisante du français pour pouvoir répondre aux entrevues effectuées uniquement dans cette langue. Les enfants, quant à eux, devaient être âgés d'au plus un an au moment de leur entrée dans l'étude. Enfin, les intervenantes devaient accepter de documenter leur intervention auprès de la famille en rédigeant un journal de bord.

### 3.3.2 Modalités de recrutement

Les enfants et les familles ont été recrutés par les intervenantes du programme NÉ-GS des établissements impliqués dans l'étude. Dans la majorité des cas, il s'agit d'infirmières agissant à titre d'intervenantes pivot dans les dossiers de ces familles. Un recrutement consécutif a ainsi été réalisé entre l'hiver 2001 et l'hiver 2003. Au premier temps de mesure, 16 familles ont participé à l'étude alors que la taille de la cohorte était de 14 au deuxième temps de mesure.

Pour leur part, les intervenantes ont été recrutées par les chercheuses qui ont présenté l'étude, ses objectifs et la participation requise à tous les intervenants des CLSC oeuvrant dans le programme NÉ-GS. Les intervenantes volontaires acceptaient de présenter, à leur tour, l'étude à une ou des familles auprès desquelles elles agissaient comme intervenante pivot.

Donc, dans un premier temps, les familles admissibles ont été approchées par les intervenantes pivots pour les inviter à participer à la recherche. La coordonnatrice de la recherche communiquait ensuite avec les familles intéressées pour leur expliquer les objectifs de l'étude, le rôle attendu de leur part de même que le déroulement de la collecte de données. Elle prenait ensuite rendez-vous pour la première visite à domicile.

### 3.4 Procédure de collecte de données

Les données concernant l'enfant et la famille ont été collectées lors d'une entrevue en vis-à-vis entre une intervieweuse et le parent, réalisée au domicile de la famille. Le protocole d'entrevue prévoyait une durée approximative d'une heure avec l'enfant et de deux heures avec le parent. Dans les cas où les deux parents avaient participé aux activités du programme, il était prévu de mener la même entrevue auprès de chacun d'eux de façon indépendante. La collecte de données du deuxième temps de mesure s'est faite une année plus tard et a suivi la même procédure.

Les journaux de bord étaient complétés par les intervenantes à chaque fois qu'une intervention téléphonique ou en vis-à-vis avait lieu auprès des familles participantes. Les documents étaient ensuite remis à la coordonnatrice de la recherche qui tenait le registre des activités reliées aux personnes participant à l'étude.

#### *3.4.1 Formation des interviewers*

Toutes les intervieweuses qui ont travaillé dans le cadre de cette recherche avaient une formation en psychoéducation ou en psychologie. Elles ont reçu une formation de deux jours au cours de laquelle elles ont pris connaissance des différents questionnaires utilisés et ont appris à les faire compléter et à les codifier. Une d'entre elles a également participé à l'élaboration du guide servant aux entrevues qualitatives sur les perceptions des parents quant à leur appropriation du programme et sur leur degré de satisfaction face à ce dernier. Les intervieweuses ont également pratiqué la procédure entre elles avant le début de la collecte de données. Cette formation a été principalement assumée par les responsables de l'étude et la coordonnatrice de la recherche. Elle a eu lieu au cours de l'été 2001 pour la partie quantitative et à l'hiver 2003 pour la partie qualitative.

### **3.5 Outils de recherche**

Les outils de recherche permettent de recueillir des données qualitatives et quantitatives. Ainsi, plusieurs instruments ont permis de collecter des données sur différentes catégories de concepts que l'on retrouve dans les objectifs de la recherche. Il s'agit de données sur 1) des aspects sociodémographiques, 2) le développement de l'enfant, 3) les caractéristiques des intervenantes, 4) les caractéristiques personnelles des parents, du fonctionnement de la famille et de l'environnement, 5) le développement de la compétence parentale, 6) l'intervention auprès des familles et 7) la perception et le degré de satisfaction des familles au regard du programme. Les outils de recherche sont présentés ci-après.

### 3.5.1 Renseignements sociodémographiques sur les familles et les intervenantes

#### 3.5.1.1 Données sociodémographiques et la composition de la maisonnée

Celles-ci ont été documentées à l'aide d'un questionnaire inspiré de celui de l'Enquête Santé Québec (1992). Ce questionnaire a permis de recueillir des informations sur l'âge et le sexe de l'enfant. D'autres informations telles que l'âge des parents, la scolarité, le revenu total annuel de la famille et la source de revenu, l'occupation de la mère, le nombre d'enfants, le rang de l'enfant cible dans la famille et le type de famille ont également été recueillies.

#### 3.5.1.2 Fiche signalétique : informations générales concernant les intervenantes

Les informations au sujet des intervenantes ont été documentées à l'aide d'une fiche signalétique développée spécifiquement pour les besoins de l'étude. Les principaux indicateurs retenus sont les suivants : la discipline, le nombre d'années de travail à titre d'intervenante auprès des familles et des enfants, la composition de l'équipe impliquée dans le programme NÉ-GS de l'établissement, le début de l'implication de l'intervenante auprès de la famille participante et d'autres informations relatives au début de la relation, le suivi prénatal et ce qui a motivé le premier contact avec la famille.

### 3.5.2 Développement des enfants

#### 3.5.2.1 Histoire périnatale

Empruntée aussi au questionnaire de l'Enquête de Santé Québec de 1992, cette section comporte une série de questions sur la grossesse (problèmes de santé, consommation d'alcool, de drogues ou de tabac), le nombre de semaines de gestation, l'accouchement, le poids du bébé et d'éventuelles malformations à la naissance ainsi que sur l'allaitement, le sevrage et les diverses difficultés périnatales susceptibles de se produire. Il permet également d'identifier la

présence d'un trouble de langage chez les parents et le nombre d'otites ayant affecté l'enfant depuis sa naissance.

### 3.5.2.2 *Développement langagier*

La mesure du développement langagier a été faite à l'aide de la version française du Infant-Toddler Language Scale (ITLS : Rossetti, 1990; Sylvestre et St-Cyr Tribble, 1998). La sous-échelle réceptive mesure la capacité de l'enfant à reconnaître et à comprendre le vocabulaire et les phrases. La sous-échelle expressive mesure les habiletés d'encodage du langage de l'enfant ou encore sa capacité à communiquer verbalement. La sous-échelle pragmatique mesure, quant à elle, la capacité de l'enfant à communiquer pour des raisons sociales. La conclusion d'un retard de développement est formulée dès que l'enfant présente un retard dans l'une ou l'autre des dimensions évaluées. Des critères de dichotomie ont été appliqués par une orthophoniste pour établir le statut de retard développemental : 1- l'enfant réussit moins de 25% des items correspondant à son âge chronologique (Costarides, Shulman, Trimm et Brady, 1998) et 2- réussit moins de 50% des items dans la tranche d'âge située immédiatement sous son âge chronologique. Cette façon de faire permet de tenir compte de la variabilité interindividuelle importante en bas âge (Hoff-Ginsberg, 1991).

### 3.5.2.3 *Développement moteur et cognitif*

Le développement moteur et cognitif de l'enfant ont été évalués à l'aide de *l'Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans* (Brigance, 1997). Cinq des sept sous-échelles de l'instrument ont été utilisées dont chacune permet une mesure de la motricité globale, motricité fine, autonomie, langage, connaissance générale et maîtrise des concepts. Cet instrument a été retenu dans un souci d'uniformiser les outils de la présente recherche avec ceux utilisés en milieu clinique. Toutefois, nous n'avons pas d'information sur les propriétés psychométriques de cet instrument.

### 3.5.3 Caractéristiques des parents

#### 3.5.3.1 Santé psychologique

L'Indice de détresse psychologique (IDP : Prévile, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992) est un questionnaire de type Likert qui comporte 14 items liés à la détresse psychologique (anxiété, dépression, irritabilité et problèmes d'ordre cognitif) sur lesquels le répondant est invité à se prononcer en indiquant la fréquence (« Jamais », « De temps en temps », « Assez souvent » ou « Très souvent ») à laquelle il a éprouvé les sentiments décrits dans les énoncés au cours des deux dernières semaines. La validité factorielle de la version abrégée est satisfaisante puisque cette solution permet d'expliquer 65 % de la variance des items retenus. L'alpha de Cronbach indique une cohérence interne globale de 0,89 tandis que les coefficients de fidélité sont de 0,83 (dépression, 6 items), 0,72 (anxiété, 2 items), 0,79 (irritabilité, 4 items) et 0,76 (problèmes cognitifs, 2 items). Enfin, la validité concomitante de l'Indice de détresse psychologique a été établie.

#### 3.5.3.2 Ressources personnelles du répondant

Ce questionnaire de 28 items est une traduction de la *Perceived Adequacy of Resources Scale (PAR)* créée par Rowland, Richard, Dodder et Nickols (1985). Il vise à mesurer la perception qu'a l'individu des ressources dont il dispose. L'échelle de type Likert comporte quatre points allant de (« Fortement en désaccord » à « Fortement d'accord»). Les catégories de ressources observées sont au nombre de sept : l'environnement physique, la santé, le temps, les ressources financières, les ressources interpersonnelles, les connaissances et les ressources de la communauté. Un alpha de Cronbach de 0,89 indique une bonne cohérence interne (Rowland et coll., 1985).

### 3.5.3.3 Connaissances du développement des enfants

Ce questionnaire comporte quatre énoncés de type Likert en trois points (« D'accord », « En désaccord » et « Pas certain») qui vérifient les connaissances du répondant sur les processus d'apprentissage de l'enfant et cinq énoncés de type Likert en quatre points (« D'accord », « Plus jeune », « Plus vieux », « En désaccord »), qui vérifient les connaissances du répondant sur l'âge d'apparition de certaines compétences langagières. Les questions sont tirées du *Knowledge of Infant Development Inventory* (MacPhee, 1981) traduit par le Laboratoire d'Étude du Nourrisson attaché au Département de Psychologie de l'Université du Québec à Montréal en 1997.

### 3.5.4 Développement de la compétence parentale

#### 3.5.4.1 Appropriation

Le sentiment d'appropriation a été documenté à l'aide d'un guide d'entrevue sur l'appropriation de l'intervention d'habilitation à la compétence parentale élaboré par St-Cyr Tribble et al. (2003). Ce guide d'entrevue a aussi permis de documenter les perceptions que les parents ont du programme NÉ-GS et ce, d'une façon qualitative via des questions ouvertes et quantitative à l'aide d'une échelle analogue. Ce guide a été développé grâce à une consultation des écrits et à des discussions sur la description de l'intervention d'empowerment (habilitation et appropriation). Les composantes du guide d'entrevue ont fait l'objet d'une validation de contenu auprès de 10 personnes par le biais d'une méthode inspirée de la méthode Delphi (Pineault et Daveluy, 1986; voir St-Cyr Tribble et al. 2003).

### 3.5.4.2 Stress reliés à l'exercice des rôles parentaux

L'Indice de stress parental (ISP) est la version française réalisée par Bigras, LaFreniere et Abidin (1995) du *Parenting Stress Index* (Abidin, 1990). Il vise à évaluer le taux de stress vécu par le répondant dans l'exercice de ses rôles parentaux, ainsi que les aspects de ce dernier et de son enfant qui causent le plus de difficultés. Il se compose de 101 items répartis en deux sous échelles, la première correspondant au domaine de l'enfant et la seconde au domaine du parent. Le domaine de l'enfant est évalué à l'aide de 47 items, répartis en six sous échelles observant les dimensions suivantes : hyperactivité, adaptabilité, acceptabilité, exigence, humeur, renforcement. Le domaine du parent est évalué à l'aide de 54 items, répartis en sept sous échelles : dépression, attachement, contraintes imposées par le rôle parental, sentiment de compétence, isolement social, relation conjugale, santé du parent. Le score global obtenu à l'ISP indique l'état du système parent-enfant. Plus les scores sont élevés, plus ils indiquent une dysfonction. Bigras et LaFreniere (1995) ont évalué la cohérence interne de chacune des sous échelles, des deux domaines et de l'indice de stress total : les coefficients ainsi obtenus s'échelonnent de 0,56 à 0,82 pour les différentes sous échelles et sont de 0,91 pour le domaine de l'enfant, de 0,92 pour le domaine du parent et de 0,95 pour l'Indice de stress global. La validité concomitante a été étudiée (Bigras et LaFrenière, 1996).

### 3.5.4.3 Styles de stimulation du langage

Le style de stimulation du langage adopté par le parent a été mesuré par le *Questionnaire de Stimulation de la Communication* (QSC : Sylvestre, St-Cyr Tribble, Payette et Cronk, 1998). Cet instrument permet de classer le style des parents en trois catégories soit le *style soutenant* où l'adulte donne suite aux indices communicatifs verbaux et non verbaux offerts par l'enfant tout en restant centré sur les buts de ce dernier, le *style directif* où l'adulte capte les indices donnés par l'enfant mais y donne suite en restant centré sur ses propres buts et le *style non engagé* où l'adulte ne donne pas suite que ce soit verbalement ou

non verbalement. L'instrument comporte sept mises en situation pour chacune de six tranches d'âge de l'enfant (0-5.9, 6-11.9, ..., 18-24 mois). Des énoncés du type « *Imaginez-vous que l'enfant est dans son petit siège sur la table, il bouge les mains et fait des sons de plus en plus forts. Racontez-moi ce que vous dites et ce que vous faites* » sont présentés à la mère. Les réponses sont transcrites intégralement pour être analysées ultérieurement. Vingt-sept indicateurs permettent de cerner le style utilisé dans chacune des mises en situation; le style global est déterminé par l'addition des résultats à chacune des sept mises en situation. Dans le contexte de la présente étude, un accord inter juges entre deux experts a permis d'assurer la valeur du jugement clinique posé. L'accord inter juges initial était de 100%. Une validation de critères a été réalisée en comparant les résultats obtenus au QSC à ceux obtenus suite à l'analyse d'une bande vidéo d'une interaction mère enfant. Des conclusions identiques ont été tirées dans tous les cas (Denis, 2003).

#### 3.5.4.4 Variables familiales et environnementales

L'attitude du répondant envers l'enfant est évaluée à l'aide de l'*Échelle d'attitude parentale* (EAP), version française établie par Comeau et Boisvert (1985) du *Index of Parental Attitude* (Hudson, 1982). L'EAP est une échelle de type Likert en cinq points allant de « Rarement ou Jamais » à « La plupart du temps ou Toujours », qui sert à évaluer la qualité de la relation parent-enfant. Quinze des 25 items sont des énoncés négatifs et les dix autres sont des énoncés positifs, de façon à minimiser le risque de biais systématique de la part du répondant. Courte, facile à faire passer, à remplir, à coter et à interpréter, l'EAP peut être utilisée lors de l'observation, de la consultation et de l'évaluation d'un traitement. Une cote de 30 ou supérieure à 30 indique que le parent éprouve des problèmes dans sa relation avec son enfant. Sa cohérence interne globale est évaluée à 0,90. Sa validité discriminante, de convergence et factorielle a également été établie (Hudson, 1982).

---

### 3.5.5 Profil du fonctionnement familial et de l'environnement

#### 3.5.5.1 Fonctionnement familial

L'échelle de fonctionnement familial général est une des sept sous-échelles du *Family Assessment Device* (FAD) élaboré par Epstein, Baldwin et Bishop (1983), traduite en français par Bolduc (1991). Cette sous-échelle comporte douze énoncés, dont six décrivent un bon fonctionnement familial (les individus sont acceptés pour ce qu'ils sont) et les six autres un fonctionnement déficient (il y a beaucoup de sentiments négatifs dans la famille). Les items sont de type Likert en quatre points, le répondant étant invité à indiquer s'il est « Fortement d'accord », « D'accord », « En désaccord » ou « Fortement en désaccord » avec chaque énoncé. La cohérence interne est évaluée à 0,86 par l'alpha de Cronbach (Byles, Byrne, Boyle et Offors, 1988).

#### 3.5.5.2 Réseau social

Le réseau social a été observé à l'aide de la carte de réseau développée par Desmarais, Blanchette et Mayer (1982). Le répondant indique sur cette carte les personnes sur qui il peut compter en cas de besoin tout en précisant la nature de ses liens avec elles. Ceci permet d'évaluer la densité du réseau (le nombre de personnes qui le composent) et sa diversité (le nombre de catégories représentées : amis, voisins, famille immédiate, etc.). Une étude réalisée auprès de 293 parents provenant de la population générale a permis d'établir des seuils qui sont respectivement de 11,9 personnes pour la densité (sd=8,1) et de 4,5 pour la diversité (sd=1,4) (Toupin, Pauzé, Frappier, Cloutier et Boudreau, 2003).

### 3.5.6. Désirabilité sociale

La version abrégée de l'échelle de *Marlow-Crowne Social Desirability* élaborée par Reynolds (1982) vise à évaluer dans quelle mesure les réponses fournies aux différents questionnaires sont susceptibles d'être contaminées par la désirabilité

---

sociale du répondant. Il se compose de treize items auxquels le répondant doit répondre par « Vrai » ou « Faux ».

### 3.5.7 *Journal de bord des intervenantes*

Le journal de bord a été élaboré au cours de la présente étude afin de recueillir les données portant sur l'intervention auprès des familles. Son contenu permet de prendre en compte des renseignements généraux sur l'intervention tels que la date, la cible de l'intervention, la durée de l'intervention directe et indirecte, le type de consultation (à domicile, au CLSC ou à la Villa Marie-Claire, par téléphone), de savoir qui a initié l'intervention (suite à une planification, une relance de l'intervenante, une demande du parent) auprès de la famille.

La description de l'intervention se divise en deux parties. Une partie porte sur la description des attitudes et actions visant à établir ou à maintenir le lien thérapeutique au cours de l'intervention. Ainsi, d'une part, le journal de bord présenté sous forme de grille permet à l'intervenante de prioriser deux attitudes parmi une possibilité de dix. Un item « autre » lui donne l'occasion d'ajouter une ou des attitudes ne figurant pas sur la liste. D'autre part, la deuxième partie permet d'identifier des actions (contribuer à l'enrichissement de l'expérience du parent, faciliter l'accès à des services ou ressources du milieu, intervenir auprès du réseau de soutien et d'échange du parent, assurer un suivi de santé, travailler avec l'équipe interdisciplinaire, autres activités) jugées importantes au cours de l'intervention. Le journal de bord devait être rempli à chacune des interventions (à domicile, à l'établissement, au téléphone).

La construction du journal de bord est issue de discussions avec des intervenants, des chercheurs et des éléments de la littérature. Cet outil qui se voulait le plus près possible de l'intervention clinique a été prétesté afin de s'assurer de la faisabilité de son utilisation, de vérifier la compréhension des directives, la pertinence du contenu et le temps requis pour le remplir.

### 3.5.7.1 *Perceptions du programme par les parents*

Les perceptions du programme NÉ-GS par les parents ont été recueillies à l'aide d'un guide d'entrevue semi-dirigée comportant des questions ouvertes. Une échelle analogue a également servi à mesurer la satisfaction des parents.

## 4. **CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

Plusieurs aspects éthiques ont été pris en compte dans cette étude. Il s'agissait d'une démarche qui impliquait étroitement les intervenants auprès des familles. Il a été entendu clairement que la démarche ne se voulait pas une évaluation de leur performance mais plutôt une exploration des interventions qui n'avaient jamais fait l'objet d'une recherche jusqu'à aujourd'hui. Nous avons été également très attentifs à respecter l'environnement des parents, la confidentialité et l'anonymat. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement et ce, après avoir reçu de l'information sur l'étude et les engagements qu'ils prenaient. De plus, les participants ont été informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à n'importe quel moment sans pour autant craindre de recevoir moins de services de leur établissement et sans préjudice.

## 5. **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS**

Cette étude comprend des données recueillies à l'aide d'instruments quantitatif et qualitatif. La section 5 présente les résultats quantitatifs. Les analyses utilisées sont de nature majoritairement descriptive (pourcentage, fréquence, rang) en ce qui concerne le profil des participants, les caractéristiques de l'histoire santé et périnatale et le journal de bord des intervenantes. Les scores moyens au temps 1 et 2 ont été calculés pour évaluer l'indice de stress parental et la relation parent-enfant, les dimensions du réseau social et de soutien, la détresse psychologique et l'adéquation des ressources disponibles, le développement moteur, cognitif et langagier. L'évolution du groupe à l'étude fût mesurée par le test non paramétrique des rangs signés de Wilcoxon.

## 5.1 Description des participants

L'échantillon comprend seize familles aux temps 1 et quatorze familles au temps 2. Les enfants étaient âgés en moyenne de 6,7 mois et le parent de 24,9 ans. Ces familles sont toutes de nationalité canadienne et ont été interviewées entre le mois d'octobre 2001 et le mois de septembre 2003. La durée moyenne des entrevues était de 145 minutes. Le tableau suivant présente les principales caractéristiques socioéconomiques des familles à l'étude.

**Tableau 1**  
**Principales caractéristiques socioéconomiques des familles (n=16)**

<b>Scolarité du parent</b>	
• Secondaire non complété	56,3%
• Secondaire complété	43,7%
<b>Statut actuel</b>	
• Au travail	-
• Congé de maternité	6,3%
• A la maison	93,7%
<b>Source de revenu</b>	
• Travail rémunéré	12,5%
• Assurance-chômage	18,8%
• Aide sociale	68,7%
• Bourse d'études	-
<b>Revenu annuel total</b>	
• 0 à 10 000 \$	50,0%
• 10 à 20 000 \$	37,5%
• 20 à 30 000 \$	6,3%
• 30 à 40 000 \$	6,3%

Les résultats présentés à l'intérieur du tableau 1 montrent que, dans l'ensemble, les familles vivent dans des conditions socioéconomiques précaires. En effet, la majorité des familles (87,5%) bénéficient d'un revenu annuel de moins de 20 000 \$ qui proviennent en grande partie de prestations d'aide sociale ou d'assurance-emploi (80,0%) et plus de la moitié des mères participantes n'ont pas complété leurs études secondaires (56,0%). Le prochain tableau présente les principales caractéristiques de l'histoire santé et périnatale.

**Tableau 2****Principales caractéristiques de l'histoire santé et périnatale (n=16)**

• Nombre de semaines de grossesse	37,7
• Problème(s) durant la grossesse	50,0%
• Problème(s) de santé à la naissance	18,8%
• L'enfant a reçu des soins spéciaux	37,5%
• Problème(s) de santé actuellement	18,8%
• Cigarette(s) pendant la grossesse	43,8%
• Alcool pendant la grossesse	56,3%
• Drogue pendant la grossesse	12,5%

Dans un premier temps, le tableau 2 indique que les mères ont vécu une grossesse d'une durée relativement dans la moyenne. Cependant, la moitié des mères estiment avoir vécu des problèmes pendant la grossesse. De plus, près de la moitié des enfants ont reçu des soins spéciaux suite à l'accouchement. Il est important de noter que la moitié des mères ont soit fumé quotidiennement ou bu de l'alcool à l'occasion pendant la grossesse.

## **5.2 Résultats obtenus aux différentes échelles de mesure aux temps 1 et 2.**

Dans les tableaux qui suivent, nous présentons la description des variables de l'étude, soit le stress parental, le réseau social, la détresse psychologique, l'adéquation des ressources disponibles ainsi que le développement moteur, cognitif et langagier de l'enfant. Il est à noter que le groupe à l'étude contient deux sujets de moins lors de la relance (n=14).

Tableau 3

**Scores moyens aux temps 1 et 2  
sur les échelles de la relation parent-enfant  
et de l'Indice de stress parental (ISP).**

Échelles	Temps 1 (n=16)	Temps 2 (n=14)
<b>Relation parent-enfant</b>		
• Fonctionnement familial (FAD)	1,7	1,8
• Attitude du parent à l'enfant (EAP)	5,6	9,8
<b>Indice de stress parental (ISP)</b>		
• Adaptabilité de l'enfant	26,1	27,1
• Acceptabilité de l'enfant	10,4	12,3
• Exigence	18,8	19,7
• Humeur de l'enfant	9,8	9,9
• Hyperactivité motrice	20,5	22,3
• Renforcement	7,8	8,6
• Sentiments dépressifs	18,2	20,1
• Attachement du parent	10,9	11,9
• Sentiments de restrictions	18,9	20,7
• Sentiment de compétence	31,1	32,0
• Isolement social	13,3	14,4
• Relation conjugale	20,2	18,6
• Santé du parent	13,3	12,1
• Domaine de l'enfant	93,4	99,9
• Domaine du parent	125,8	129,8
• Score total ISP	219,3	229,6

Les résultats suggèrent que les parents ont un fonctionnement familial comparable à la moyenne ainsi qu'une bonne relation avec leur enfant. Le niveau de stress vécu par ces parents dans le cadre de la relation avec leur enfant est moyen. Le prochain tableau montre les résultats aux dimensions du réseau social de soutien, de l'Indice de détresse psychologique (IDP) et de l'adéquation des ressources disponibles aux parents mesurée par le *Perceived Adequacy of Resources Scale* (PAR).

Tableau 4

**Scores moyens au temps 1 et 2 sur les dimensions du réseau social de soutien, de la détresse psychologique et des échelles d'adéquation des ressources disponibles**

Échelles	Temps 1 (n=16)	Temps 2 (n=14)
<b>Réseau social de soutien</b>		
• Densité du réseau social	13,1	12,9
• Diversité du réseau social	4,4	4,4
<b>Indice de détresse psychologique (IDP)</b>		
• Sentiments dépressifs	9,6	10,9
• Sentiments anxieux	5,7	7,0
• Irritabilité	7,3	8,3
• Problèmes cognitifs	3,8	4,4
• Sentiment de démoralisation	26,4	30,6
<b>Adéquation des ressources disponibles (PAR)</b>		
• Environnement physique	5,5	5,5
• Santé physique	5,6	4,8
• Temps disponible	4,6	4,5
• Ressources financières	4,5	4,3
• Ressources interpersonnelles	5,7	5,4
• Savoir	5,5	5,3
• Ressources communautaires	5,5	5,4

Les résultats soulignent que les parents ont un réseau social de soutien un peu moins dense et un peu plus varié que la population en général. L'indice global de détresse psychologique est plus élevé chez ces parents que dans la population en général. Enfin, les parents rencontrés estiment positivement les ressources dont ils disposent, mises à part les ressources financières qu'ils jugent insuffisantes. Le dernier tableau présente les résultats des analyses effectuées sur les échelles de mesure du développement moteur et cognitif de l'enfant selon le parent tel qu'évaluées par le Brigance.

**Tableau 5**  
**Scores moyens au temps 1 et 2 sur les dimensions**  
**du développement moteur, cognitif et langagier de l'enfant.**

Échelles	Temps 1 (n=16)	Temps 2 (n=14)
<b>Développement moteur et cognitif</b>		
• Habiletés motrices	6,3	13,2
• Motricité fine	7,1	23,8
• Autonomie	6,6	23,7
• Langage	7,6	21,8
• Développement global	8,8	25,4
<b>Développement langagier</b>		
• Stade pragmatique	6,9	6,9
• Stade de compréhension	12,0	12,0
• Stade de l'expression langagière	12,0	12,0

Les résultats suggèrent que les enfants rencontrés présentent un développement normal aux temps 1 et 2. En ce qui concerne le nombre d'enfants avec problèmes de développement langagier mesurés avec le Rosetti, on observe que seulement deux enfants présentent un retard de développement en regard du stade pragmatique et deux autres enfants au stade d'expression du langage. La prochaine partie traite de l'évolution du groupe à l'étude.

### 5.2.1 Évolution du groupe à l'étude

Cette partie est consacrée à l'examen de la présence ou de l'absence de changement significatif dans la distribution des scores au premier et second temps de mesure pour le groupe à l'étude. Les tableaux qui suivent contiennent les éléments suivants : 1) le nombre de rangs positifs (où le score au temps 2 est plus élevé que celui au temps 1); 2) le nombre de rangs négatifs (où le score au temps 2 est moins élevé que celui au temps 1); et 3) le nombre d'égalités (où les deux scores sont les mêmes). Le test de rangs signés de Wilcoxon vérifie la probabilité de retrouver le plus petit nombre de rangs (positif ou négatif) à l'intérieur d'un échantillon comparable.

Le tableau 6 contient les paramètres du test de Wilcoxon appliqué sur les échelles de stress parental et de la relation parent-enfant.

**Tableau 6**  
**Évolution des scores sur les échelles de la relation parent-enfant et de l'Indice de stress parental (ISP).**

Échelles	Rangs positifs	Rangs négatifs	Égalité
<b>Relation parent-enfant</b>			
• Fonctionnement familial (FAD)	7	5	2
• Attitude du parent à l'enfant (PAR)*	12	2	0
<b>Indice de stress parental (ISP)</b>			
• Adaptabilité de l'enfant	7	5	2
• Acceptabilité de l'enfant	9	4	1
• Exigence	8	5	1
• Humeur de l'enfant	7	6	1
• Hyperactivité motrice	9	3	2
• Renforcement	7	2	5
• Sentiments dépressifs	10	4	0
• Attachement du parent	12	2	0
• Sentiments de restrictions	8	5	1
• Sentiment de compétence	9	2	3
• Isolement social	8	4	2
• Relation conjugale	6	6	2
• Santé du parent	5	5	4
• Domaine de l'enfant	8	5	1
• Domaine du parent	8	5	1
• Score total ISP	9	4	1

Note : \*  $p < 0,05$

Selon les résultats, la distribution des scores au temps 2 est essentiellement comparable à celle du premier temps de mesure à l'exception de la relation parent-enfant. À cet égard, il appert que l'attitude du parent à l'égard de l'enfant ait changé de manière négative entre les deux temps de mesure. En effet, le nombre de rangs positifs est significativement élevé ( $Z=2,42$ ;  $p=0,015$ ). Selon le tableau 6, douze parents sur quatorze ont évalué avoir une moins bonne relation avec l'enfant (score plus élevé) au temps 2 qu'au temps 1. Il faut cependant noter que l'ampleur du

changement n'est pas documentée. Il est possible que l'écart entre les deux temps ne soit pas cliniquement significatif. Le prochain tableau montre les résultats des comparaisons entre les deux groupes aux dimensions du réseau social de soutien, et de l'adéquation des ressources disponibles aux parents.

**Tableau 7**

**Évolution des scores sur les dimensions du réseau social, de la détresse psychologique et des échelles d'adéquation des ressources disponibles**

Échelles	Rangs positifs	Rangs négatifs	Égalité
<b>Réseau social de soutien</b>			
• Densité du réseau social	7	4	3
• Diversité du réseau social	6	5	3
<b>Indices de détresse psychologique (IDP)</b>			
• Sentiments dépressifs	8	6	0
• Sentiments anxieux *	11	2	1
• Irritabilité	8	2	4
• Problèmes cognitifs	6	5	3
• Sentiment de démoralisation	10	3	1
<b>Adéquation des ressources disponibles (PAR)</b>			
• Environnement physique	4	6	4
• Santé physique *	2	9	3
• Temps disponible	3	7	4
• Ressources financières	5	6	3
• Ressources interpersonnelles	4	6	4
• Savoir	5	6	3
• Ressources communautaires	4	5	4

Note : \*  $p < 0,05$

Globalement, les résultats soulignent l'absence de modification notable entre les deux temps de mesure en termes de composition du réseau social de soutien, de présence d'indices de détresse psychologique et d'adéquation des ressources disponibles. Cependant, on remarque une hausse des scores de sentiments anxieux chez onze parents ( $Z=2,44$ ;  $p=0,015$ ) ainsi qu'une baisse de la perception de la ressource de santé physique chez neuf parents ( $Z=2,37$ ;  $p=0,018$ ). Bien que les

distributions soient significativement différentes entre les deux temps de mesure, le changement réel peut être négligeable au plan clinique.

Le dernier tableau sur l'évolution des scores du groupe à l'étude présente les résultats des analyses effectuées sur les échelles de mesure du développement moteur et cognitif de l'enfant au Brigance et la présence de retard de développement langagier au Rosetti.

**Tableau 8**  
**Évolution des scores sur les dimensions**  
**du développement moteur, cognitif et langagier de l'enfant.**

Échelles	Rangs positifs	Rangs négatifs	Égalité
<b>Développement moteur et cognitif</b>			
• Motricité globale			
• Motricité fine **	14	0	0
• Autonomie **	14	0	0
• Langage **	14	0	0
• Connaissance			
• Développement global **	14	0	0
<b>Développement langagier</b>			
• Stade pragmatique	1	2	11
• Stade de compréhension	2	0	12
• Stade de l'expression langagière	3	2	9

Note : \*\* p = 0,001

Les données du tableau 8 indiquent que les enfants ont tous reçu des scores plus élevés au second temps de mesure aux échelles développementales du Brigance de motricité fine ( $Z=3,30$ ;  $p=0,001$ ), d'autonomie ( $Z=3,30$ ;  $p=0,001$ ), de langage ( $Z=3,30$ ;  $p=0,001$ ) et de développement global ( $Z=3,30$ ;  $p=0,001$ ). Selon ces résultats, il apparaît que les enfants se sont rapprochés du score de développement optimal entre les deux temps de mesure. Toutefois, les résultats au test de développement langagier ne rapportent pas de changement important entre les deux temps de mesure. Ces derniers résultats sont à nuancer à la lumière des limites du test de Wilcoxon dans la mesure où un rang négatif ou positif ne représente pas nécessairement un changement cliniquement significatif.

### 5.3 Présentation des résultats du journal de bord

En plus du protocole d'entrevue contenant les questionnaires portant sur les variables familiales et de développement de l'enfant, les intervenantes du programme devaient remplir un journal de bord à chaque fois qu'ils effectuaient une intervention auprès des familles. Cette partie décrit les principaux paramètres des 116 interventions documentées par les intervenantes pendant la période qu'a duré le projet de recherche soit, les cibles et les modalités de l'intervention, les attitudes adoptées pour maintenir le lien thérapeutique, les types d'actions les plus fréquemment posées et les principaux sujets abordés par l'intervenante. Ces résultats sont purement descriptifs et touchent l'intervention reçue par douze familles car les journaux de bord des quatre autres familles n'étaient pas suffisamment étoffés pour les présenter dans ce rapport.

D'emblée, le tableau 9 montre que le nombre de journaux de bord varie beaucoup d'une famille à l'autre. En effet, la majorité des intervenantes ont rempli moins de dix journaux par famille et une intervenante a documenté 35 rencontres avec une seule famille. Cette disproportion importante est donc à considérer dans la lecture des résultats qui suivent dans la mesure où une seule famille est l'objet de plus de 25% des journaux de bord.

Ceci dit, on remarque que la figure maternelle (91,0%) et l'enfant de moins de deux ans (77,1%) sont les principales cibles d'intervention tandis que beaucoup moins de rencontres ont pour cible la figure paternelle (25,0%) ou les enfants plus âgés (14,4%). En termes de modalités, on observe en moyenne que l'entrevue directe prend la plus grande partie du temps d'intervention (54,7 minutes par rencontre) alors que peu de temps est consacré à l'entrevue indirecte (8,7 minutes par rencontre). En outre, il appert que la plupart des entrevues se font au domicile de l'enfant (82,2%) tandis que quelques rencontres se sont déroulées au CLSC (8,6%) ou par téléphone (6,4%). Le tableau 9 présente les données descriptives des principales attitudes thérapeutiques adoptées par l'intervenante, les actions les plus posées et les sujets les plus fréquemment abordés pendant les rencontres avec la famille.

**Tableau 9****Description des cibles et des modalités de l'intervention (n=12)**

<b>Cibles et modalités</b>	<b>Valeur minimale</b>	<b>Valeur maximale</b>	<b>Moyenne</b>
Nombre de journaux par famille	2	35	7,7
<b>Cibles</b>			
• Mère ou conjointe du père (%)	50,0%	100%	91,0%
• Père ou conjoint de la mère (%)	0,0%	87,5%	25,0%
• Enfant (moins de 2 ans) (%)	33,3%	100,0%	77,2%
• Enfant (plus de 2 ans) (%)	0,0%	85,7%	14,4%
<b>Modalités de l'intervention</b>			
• Entrevue directe (minutes)	38,3	69,0	54,7
• Entrevue indirecte (minutes)	0,0	30,0	8,7
• À domicile (%)	50,0%	100%	82,2%
• Au CLSC / Villa Marie-Claire (%)	0,0%	50,0%	8,6%
• Par téléphone (%)	0,0%	31,3%	6,4%
• Autre (%)	0,0%	17,1%	2,8%

Le tableau 10 montre que l'écoute active est l'attitude qui est la plus souvent adoptée par les intervenantse, et ce, dans plus de la moitié des interventions réalisées. Celle-ci est suivie par le fait de manifester de l'intérêt pour le vécu de la famille (24,4%) et par le fait d'être disponible aux membres de la famille (10,3%). Du côté des actions posées par les intervenantes, on remarque principalement que celles-ci informent les parents (49,7%). Plusieurs autres actions sont réalisées dont les plus fréquentes sont de conseiller le parent (12,6%) et d'inviter le parent à se questionner (11,4%). Enfin, les résultats indiquent que plusieurs sujets sont abordés lors des rencontres avec la famille. Sur les 31 sujets possibles, ceux qui reviennent le plus fréquemment sont les soins à apporter à l'enfant au plan psychologique (13,1%) et physique (12,8%) en terminant avec le thème des relations parent-enfant (11,4%).

**Tableau 10**

**Description des principales attitudes thérapeutiques, des actions posées et des sujets abordés lors de l'intervention (n=12).**

<b>Attitudes, actions et sujets</b>	<b>Valeur minimale</b>	<b>Valeur maximale</b>	<b>Moyenne</b>
<b>Principales attitudes adoptées</b>			
• Écouter activement	8,6%	100%	51,3%
• Manifester de l'intérêt	0,0%	50,0%	24,4%
• Être disponible	0,0%	33,3%	10,3%
<b>Principales actions posées</b>			
• Informer le parent	0,0%	100%	49,7%
• Conseiller le parent	0,0%	30,0%	12,6%
• Inviter le parent à se questionner	0,0%	57,1%	11,4%
<b>Principaux sujets abordés</b>			
• Soins à l'enfant (psychologique)	0,0%	37,5%	13,1%
• Soins à l'enfant (physique)	0,0%	50,0%	12,8%
• Relations parent-enfant	0,0%	50,0%	11,6%

## **6. PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS QUALITATIFS**

Les données qualitatives de l'étude sont tirées d'une entrevue semi-dirigée auprès des parents. Elles ont été traitées selon un processus d'analyse qualitative de contenu. Ce type d'analyse s'inspire des travaux de Huberman et Miles (1991) qui proposent une classification mixte des données. Cette classification intègre des catégories prédéterminées par le guide d'entrevue (élaboré à l'aide d'écrits pertinents) et des thèmes qui s'ajoutent en cours d'entrevue. L'analyse a été effectuée avec le support d'une grille spécialement conçue pour les fins de la présente étude. La grille a l'avantage de permettre l'ajout de nouveaux éléments de contenu au fur et à mesure que l'analyse des contenus des entrevues évolue.

- **Sentiment d'appropriation des parents participants**

Un des objectifs de la recherche était de documenter le processus d'appropriation tel que vécu par les parents participant au programme NÉ-GS. La section débute avec la conception de l'appropriation sur laquelle reposent les résultats relatifs à cet objectif. Ensuite, elle cerne les principaux indices d'appropriation associés au programme NÉ-GS relevés dans le discours des parents interviewés.

### 6.1 Définition et indicateurs du pouvoir d'agir

Pour les fins de la recherche, le pouvoir d'agir se définit selon une approche individuelle de l'« *empowerment* » ou de l'auto prise en charge (St-Cyr Tribble et al., 2003). Le pouvoir d'agir est vu comme étant synonyme du processus d'appropriation (St-Cyr Tribble et al., 2001). L'appropriation renvoie aux capacités des personnes à satisfaire leurs propres besoins, à résoudre leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires pour contrôler leur vie (Gibson, 1991; St-Cyr Tribble et al., 2001) ainsi que les situations particulières qu'elles rencontrent. Les indicateurs suivants témoignent du pouvoir d'agir des parents.

**Tableau 11**  
**Indicateurs du pouvoir d'agir**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Réflexion et prise de conscience de sa situation, de ses forces, de ses besoins.</li> <li>✓ Développement de l'estime de soi et diminution des sentiments désagréables.</li> <li>✓ Prise de décision éclairée correspondant aux attentes ou besoins des parents et pertinente à la situation.</li> <li>✓ Apprentissage et le développement d'habiletés diverses : parentales, communicatives, sociales ou autres.</li> <li>✓ Passage à l'action par l'expérimentation de nouvelles façons de faire, en s'affirmant ou en mettant des projets à exécution.</li> <li>✓ Développement de relations avec le réseau d'échange et de soutien ainsi qu'avec les ressources de la communauté.</li> <li>✓ Amélioration des conditions de vie.<br/>(St-Cyr Tribble et al., 2001)</li> </ul> |
|--|

## 6.2 Pouvoir d’agir chez les mères participant au programme NÉ-GS

Les mères interviewées décrivent en quoi le programme NÉ-GS a favorisé leur pouvoir d’agir sur leur situation de vie. Les résultats pour chacun des indicateurs du pouvoir d’agir sont présentés. Certains indicateurs sont regroupés pour éviter de découper le processus d’appropriation des mères participantes. Le texte fait référence à des extraits du contenu des entrevues avec les mères. Le numéro des entrevues correspondant aux extraits figure entre parenthèses.

Au total, treize mères ont accepté de participer aux entrevues qualitatives. Neuf d’entre elles voulaient des services. Elles évoquent diverses raisons motivant le recours au programme NÉ-GS, soit le fait d’être monoparentale, jeune ou dépourvue au plan financier, soit le besoin de soutien dans leur rôle de parent (soutien informatif, psychologique) ou suite à des expériences parentales antérieures difficiles. Certaines mères y recourent parce qu’elles connaissent et apprécient ce programme pour en avoir bénéficié dans le passé. Deux mères disaient avoir moins besoin du programme parce qu’elles avaient déjà d’autres enfants mais reconnaissent avoir apprécié les services reçus. Les deux autres mères tenaient des propos plus ambigus quant à leur désir d’être suivies dans le cadre du programme NÉ-GS. Soulignons que l’on retrouve des interventions de la *Protection de la jeunesse* dans le cas de trois mères ayant participé aux entrevues qualitatives.

- **Réflexion et prise de conscience**

L’intervention dans le cadre du programme NÉ-GS a amené des mères à réfléchir et à prendre conscience, entre autres, de leur manière d’être et d’agir avec leur enfant (2, 11, 16), de l’effet de l’environnement sur les interactions parent-enfant (13), de leurs responsabilités parentales (13), de leurs limites en tant que parent (5) ainsi que de leurs interactions avec leur conjoint et leurs proches (1, 5). À titre d’exemples, elles expriment ces prises de conscience de la façon suivante :

«Eux autres, ils m'ont aidée à encaisser les coups. À dire regarde t'es rendue une mère à temps plein, pis il faut que tu t'occupes de ton enfant tout le temps, c'est pas juste une couple d'heures le soir » (13).

« (...) je m'apercevais que je suis trop au-devant de mon enfant » (2).

« Ça m'a permis de comprendre qu'il faut pas que je sois toujours avec eux. J'ai le droit à des activités, du social, me reposer aussi, c'est important. Si je me donne complètement à eux, c'est en tant que parent que je vais subir, j'aurai rien alentour de moi sauf les enfants » (5).

- **Développement de l'estime de soi et diminution des sentiments désagréables**

Toutes les mères interviewées révèlent des effets bénéfiques du programme au plan psychologique par des propos ressemblant à ceux-ci :

« Elle vient, elle répond à tes questions. Le stress descend beaucoup. Ça fait une complicité avec ton bébé. S'il y a moins de stress, t'es mieux pour t'occuper de ton bébé » (7).

« J'ai peut-être pris plus d'assurance, pas juste en tant que parent, en tant que moi-même » (13).

- **Apprentissage d'habiletés parentales, prise de décision et passage à l'action**

Les participantes ont acquis des connaissances et des habiletés relatives au développement de leur enfant. Elles ont également développé des habiletés au plan de la relation avec leur enfant, de la discipline et des soins à prodiguer à l'enfant.

Quelques mères (3, 5, 12, 13) reconnaissent explicitement avoir augmenté leur compréhension du développement de l'enfant. À titre d'exemple : « *Pourquoi il fait des crises, pourquoi il a une étape qu'il dit non ou une étape où il apprend à parler, plein de choses sur le développement* » (3). Plusieurs participantes (2, 3, 5, 9, 11, 12, 13, 16) apportent des exemples d'apprentissage qu'elles ont fait pour mieux stimuler le développement de leur enfant. Elles ont appris à utiliser le jeu, à communiquer de façon à favoriser plus particulièrement l'acquisition du langage et à choisir des activités en fonction de son niveau de développement.

« Ça m'a fait comprendre des choses par rapport à mon gars. Du fait de jouer avec, pis qu'est-ce qu'y aime, pis des affaires comme ça. Ah ben ça y'aime ça jouer avec ça, pis ça y'aime moins ça, tsé, y'é bon là-dans pis ça y'é moins bon. C'est des choses que je portais moins attention avant. Pis avec elle j'ai porté plus attention depuis ce temps-là » (13).

Le discours des participantes comporte des indices explicites d'amélioration de leur habileté à entrer en relation avec leur enfant (1, 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13). Elles expliquent en quoi le programme NÉ-GS les a aidées à développer leur sentiment d'attachement à leur enfant:

« Ça m'a aidée beaucoup à m'attacher à (nom de l'enfant). J'étais portée, à cause de la maladie de mon premier enfant, à pas m'attacher, pour ne pas avoir une grosse peine s'il lui arrive quelque chose à lui aussi » (11).

Près de la moitié des participantes se disent plus patientes envers leur enfant (n=6). Les habiletés relationnelles en regard à la discipline sont également mentionnées (n=5). Il est question de l'adoption de règles ainsi que d'actions à entreprendre pour réprimander l'enfant ou en présence de crises. Quelques extraits d'entrevue témoignent d'apprentissages et de passage à l'action dans ce domaine:

« C'est beaucoup mieux que c'était, pour la patience surtout, les règles, la routine. Quand je suis fatiguée, je suis portée à laisser faire mais c'est après ça que c'est pas beau. Elle m'a comme appris à mettre des petites règles simples, pis tiens-les tout le temps pis ça va aider, ça marche. Fait que là la patience c'est mieux. Je me fâche moins, pis ça aide la dynamique familiale » (5).

Le fait de pouvoir se reposer et de se donner du temps à soi représente deux moyens ayant supporté l'acquisition d'habiletés parentales, grâce au soutien instrumental offert dans le cadre du programme NÉ-GS (aide pour le ménage ou le gardiennage). L'extrait qui suit illustre le lien entre l'aide reçue et la disponibilité de la mère pour son enfant :

« Le ménage [aide au ménage], je pourrais dire huit, parce que c'était plus un repos pour que je passe du temps avec mon enfant au lieu de laver toute la maison au complet. Avec [l'intervenante], ben elle c'est dix aussi, parce que, quand je revenais, j'étais plus proche de mon enfant, j'avais le goût de le voir, de l'allaiter, je le prenais plus, que si j'aurais été fatiguée tout le temps à rester avec, j'aurais été impatiente » (5).

Les participantes ont développé leurs capacités à prendre soin de leur enfant (5, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 16). À titre d'exemples, elles ont appris à choisir le mode d'alimentation qui lui convient, à interpréter ses pleurs, à lui offrir un environnement sécuritaire et à agir en présence de coliques.

- **Recours aux ressources de la communauté**

La participation au programme NÉ-GS a encouragé certaines mères à recourir à des ressources communautaires (n = 6). Une telle démarche peut être exigeante comme en témoigne une mère:

« Je pourrais te dire peut-être mes limites, c'est aller demander de l'aide, c'était dur pour moi. Je suis plus le genre de fille à m'occuper de mes affaires par moi-même sans demander de l'aide. Il a fallu beaucoup que je pile sur mon orgueil pour aller voir des organismes dire que j'avais besoin d'aide. Je pense que ça été ma grosse limite qu'il a fallu que je traverse. J'étais trop gênée de me présenter là-bas toute seule. On a trouvé une solution d'y aller ensemble» (5).

Aussi, il est important de mentionner que plusieurs mères n'hésitent pas à recourir à leur intervenante au besoin. Certaines la voient comme une amie, ou encore comme une personne neutre en comparaison aux membres de leur entourage.

- **Amélioration des conditions de vie**

L'aide matérielle apportée aux mères dans le cadre du programme NÉ-GS, principalement l'aide alimentaire, est fort appréciée (n = 7). Dans certains cas, l'aide instrumentale (ménage, gardiennage) a également eu un impact positif sur les conditions de vie des participantes (5, 11). Une mère exprime de façon éloquente à quel point l'aide apportée lui a fait du bien:

«Quand tout est beau et propre, tu te sens mieux avec toi-même, t'as le goût de voir les gens. Quand elle est là, elle t'aide et t'as le goût de sortir, t'es plus positive à aller vers les autres que quand tu es toujours enfermée à la maison à t'occuper des bébés pis à faire du ménage» (5).

Tel que mentionné précédemment, cette aide peut avoir un impact positif sur la disponibilité de la mère envers son enfant.

### **6.3 Regard des mères sur les interventions posées dans le cadre du programme NÉ-GS**

Au cours des entrevues qualitatives, les participantes décrivent les interventions posées par les intervenantes impliquées auprès d'elles dans le cadre du programme NÉ-GS. Les résultats de l'analyse qualitative du contenu des entrevues montrent que les intervenantes agissent dans une perspective d'habilitation ou de promotion du pouvoir d'agir des mères (St-Cyr Tribble, 2003; St-Cyr Tribble et al., 2003). Dans cette perspective, ils s'activent à contribuer au lien thérapeutique, à travailler à partir du point de vue du parent et de ses forces, à encourager et soutenir la prise de décision du parent, à faciliter l'apprentissage, à aider le parent à se doter de réseaux de soutien, à fournir du soutien instrumental ou matériel et à prodiguer des soins physiques au besoin.

- **Contribuer au lien thérapeutique**

Les participantes sont nombreuses à relever les qualités d'écoute de leur intervenante (n = 12), ce qui correspond à l'attitude la plus souvent relevée dans les journaux de bord des intervenantes. Les mères font aussi état de plusieurs attitudes favorables à l'établissement d'un lien thérapeutique et d'un climat de confiance: compréhension, ouverture, respect, discrétion, délicatesse, ... (n = 11). Des mères rapportent des exemples du soutien psychologique ou du «support moral» qu'elles reçoivent. En parlant de l'intervenante, elles disent qu'elle « *ne veut pas te faire sentir inférieure* » (2), qu'elle « *écoute gros* » (3), qu'elle écoute « *vraiment, c'est un moment privilégié* » (11).

Elles relatent aussi des manifestations de l'intérêt de l'intervenante pour elles-mêmes et leur enfant. Les propos suivants illustrent très bien les actions posées en ce sens :

«Quand elle arrivait, elle parlait toujours au petit, elle jouait avec. Quand elle me parlait, elle l'avait dans les bras. Le petit n'était jamais tout seul dans son coin » (13).

- **Travailler à partir du point de vue du parent et de ses forces**

La prise en compte des préoccupations des mères et du développement du bébé ainsi que la reconnaissance des forces des mères sont des pratiques professionnelles que plusieurs participantes ont relevées (n = 12). L'évaluation du développement de l'enfant et une préoccupation pour l'état de santé de la mère sont des pratiques courantes. L'intervenante donne véritablement la possibilité aux mères d'exprimer leurs besoins, questionnements ou difficultés (n = 3).

Plusieurs mères apprécient la disponibilité de l'intervenante à répondre à leurs demandes ponctuelles (n = 6). Que l'intervention ait lieu au domicile des familles est une caractéristique du programme NÉ-GS qui est relevée par quelques participantes. Une mère décrit une stratégie utilisée par son intervenante afin de s'assurer de fonder son intervention sur la réalité: *«Elle nous laisse la place, elle prendra pas notre place. Elle nous laisse expliquer, elle nous observe. Elle vient même des fois le matin à 08h15 pour être sûre de pouvoir me voir fonctionner avec ma fille. Elle s'implique, elle n'est pas juste là à moitié»* (3).

- **Encourager et soutenir la prise de décision**

Des mères soulignent que leur intervenante leur présente des suggestions adaptées à leur situation, qu'elle ne les *«oblige pas»* à agir selon une ligne de conduite précise (1, 2, 5, 11, 13). L'intervenante *« va essayer de te faire réfléchir pour que tu trouves ta solution à toi »* (11). Une participante présente ainsi sa vision de l'intervention : *«Elle ne m'obligeait pas à faire des choses, c'est plus elle me suggérait des idées, des façons de faire, pis après elle me demandait qu'est-ce que j'en pensais. Des fois, j'étais pas d'accord, on trouvait un autre moyen de faire»* (5).

- **Faciliter l'apprentissage**

Le soutien informatif sur divers thèmes pertinents à l'exercice du rôle parental constitue une intervention fréquemment nommée (n = 12). Les sujets traités incluent notamment l'alimentation et la santé de l'enfant, la discipline, les pleurs ainsi que la santé de la mère. Les mères soulignent qu'elles obtiennent des réponses à leurs questions ainsi que des conseils concernant les soins du bébé ou de l'enfant. Elles disent qu'on leur a montré des stratégies pour stimuler le développement de leur enfant et répondre à ses besoins, pour améliorer la communication parent-enfant, et pour remplir leurs responsabilités domestiques (ménage, préparation de repas). Ces résultats vont dans le même sens que ceux provenant des journaux de bord, où l'information au parent apparaît comme l'intervention la plus fréquemment notée par les intervenantes concernées.

« Elle est venue ici pour me donner plein de trucs pour l'installer, comment placer mon sein, des positions d'allaitement. Le peser pour être sûr qu'il prend le bon poids » (5).

« J'avais de la misère, le petit m'écoutait pas. Elle venait ici me donner des trucs, voir son comportement, faire une évaluation. Comment l'élever, la façon de lui parler. Elle m'a montré comment faire pour qu'il me comprenne » (13).

Même si des mères mentionnent que les intervenantes ont parfois un agenda, des thèmes précis à traiter lors des rencontres à domicile, en général elles apportent des exemples montrant que l'intervention est plutôt individualisée et adaptée à leur réalité.

- **Encourager les liens avec les ressources communautaires**

Les intervenantes informent les mères sur les ressources communautaires de leur milieu (n = 12) et les encouragent à s'y référer au besoin. Dans certains cas, l'intervention a facilité la recherche d'aide des mères (n = 3) comme le mentionne une participante : « *Moi, j'étais trop gênée de me présenter là-bas toute seule, on a trouvé la solution d'y aller ensemble* » (5).

#### 6.4 Satisfaction des mères participantes face au programme NÉ-GS

Le taux de satisfaction face au programme NÉ-GS est relativement élevé chez les mères ayant participé aux entrevues. Sur une échelle de un à dix (1 = faible satisfaction, 10 = satisfaction élevée), sept femmes ont situé à 10 leur degré de satisfaction et cinq étaient très satisfaites (8 à 9 sur l'échelle). Elles justifient leur évaluation en apportant des arguments relatifs à l'impact des interventions sur leur vie et la relation avec leur enfant. Elles apprécient également la qualité du soutien psychologique reçu. Une participante se dit moins satisfaite du programme (5 sur l'échelle) parce qu'elle soupçonne l'infirmière d'avoir fait une plainte à son sujet à la *Protection de la jeunesse* et elle a "*pris ça comme une vraie trahison*" (12).

Certains aspects du programme NÉ-GS ont été moins appréciés tel que :

- ✓ L'information portant sur des thèmes déjà connus, surtout quand les mères avaient d'autres enfants.
- ✓ L'attitude moins chaleureuse et le manque d'écoute chez l'intervenante.
- ✓ Le délai d'attente pour obtenir des services.
- ✓ Les bris dans la continuité relationnelle et l'arrêt des services lorsque l'enfant atteint un certain âge.
- ✓ L'implication de la Protection de la jeunesse.

La méfiance face aux intervenantes et intervenants du réseau tend à s'installer quand il y a une implication de la Protection de la jeunesse (deux cas sur trois).

« C'est bien que tu as de l'aide mais c'est juste de se méfier un petit peu plus. Parce que si ton bébé ne prend pas du poids santé, ça se peut qu'elle t'arrive avec une visite surprise à ta porte de la DPJ. Je dis au monde de se méfier un petit peu plus parce que ça veut pas dire qu'ils t'avertissent » (10).

De plus, le recours aux ressources communautaires est parfois imposé par les services de Protection de la jeunesse (12).

Bref, plusieurs participantes ont dans leur discours illustré comment le programme NÉ-GS leur a permis d'accroître leur pouvoir d'agir en tant que parent et aussi en tant que personne. Toutefois, dans le cas d'intervention de la Protection de la jeunesse, il n'est pas étonnant de constater qu'il s'installe une méfiance à l'égard des intervenantes du programme. Cette situation ne contribue pas à supporter les effets bénéfiques potentiels du programme auprès d'une clientèle vulnérable.



## Conclusion

### 7. DISCUSSION

Cette étude avait pour but de décrire les enfants âgés de moins de deux ans et leurs parents participant au programme NÉ-GS et à apprécier leur évolution dans le temps. Malgré la réalisation de quelques études québécoises entourant le programme NÉ-GS, il était important de porter un regard sur ce programme à l'intérieur du contexte estrien afin de tenir compte des particularités culturelles de cette région, tel que la culture sous-jacente à l'intervention, la relation entre les différents organismes et la ruralité. D'entrée de jeu, précisons que l'implantation du programme NÉ-GS s'est faite de façon graduelle en Estrie et a varié d'un établissement à l'autre. Plusieurs conditions locales et externes (tel que les fusions, la pénurie de personnel et la campagne de vaccination contre la méningite) ont ralenti ou retardé la mise en œuvre des programmes NÉ-GS dans les CLSC de la région. Conséquemment, le processus d'évaluation des effets que nous avons entrepris a dû être souple et adapté à la réalité de chacun des milieux. Concrètement, le nombre de familles ayant participé à l'étude limite la portée des résultats obtenus. Par contre, il s'agit d'un nombre suffisant pour tirer quelques réflexions pour la pratique et la recherche.

Le premier objectif spécifique de la recherche consistait à décrire les caractéristiques des parents et des enfants participant au programme NÉ-GS. En ce qui concerne les parents, nous avons trouvé que ceux-ci, toutes des mères, répondent aux critères de grande vulnérabilité au plan social et économique, donc aux critères normalement en vigueur pour la participation des parents au programme NÉ-GS (Martin *et al.*, 1995). En plus des caractéristiques sociodémographiques typiques à cette population, les mères rencontrées éprouvent un niveau de détresse psychologique plus important que la population en général. De plus, on remarque une hausse du niveau d'anxiété ainsi qu'une baisse de la perception d'être en bonne santé physique chez la majorité des mères entre la première et la deuxième année de vie de leur enfant. Ces données suggèrent que les mères en situation de vulnérabilité se

---

portent moins bien au fil du temps. Une étude longitudinale à long terme permettrait de mieux documenter ce phénomène.

En ce qui concerne les caractéristiques de leur parentage, ces mères ont montré une attitude moins positive envers leur enfant au cours de la deuxième année de vie de l'enfant. Nous estimons que ce résultat n'est pas étranger à l'anxiété plus élevée vécue par ces mères au même moment quoique cette différence puisse ne pas être cliniquement significative. En effet, l'anxiété constitue l'un des principaux déterminants de la sensibilité parentale (Singer et al., 2003). Toutefois, leur niveau de stress en lien avec le rôle parental de même que leur fonctionnement familial se compare à celui vécu par les parents des classes moyennes, ce qui est en lien avec un objectif visé par l'intervention dans le cadre du programme NÉ-GS. Ces résultats mettent en évidence l'importance de l'intervention préventive auprès de la relation mère-enfant pour ces mères.

En ce qui concerne les ressources disponibles, ces mères ont un réseau social de soutien un peu moins dense et un peu plus varié que la population en général (Toupin *et al.*, 2003) ainsi qu'une évaluation généralement positive de la qualité des diverses ressources (santé, temps, cognitives, interpersonnelles) dont elles disposent. Ce résultat est positif si on considère que le programme NÉ-GS vise le développement du réseau social de soutien des parents et l'engagement social.

Pour leur part, les enfants rencontrés se développent normalement aux plans moteur, cognitif, langagier et affectif lors de leur première évaluation. Le développement des enfants rencontrés a été tout aussi favorable dans toutes les sphères du développement, sauf en ce qui concerne le développement langagier. En effet, au temps 2, il est apparu qu'une plus grande proportion des enfants (64% vs 28,6%) a présenté un problème dans la sphère « problème expressif et réceptif » du développement langagier. Toujours concernant le développement langagier, 50% des enfants ne présentaient aucun problème entre un et 12 mois alors que seulement 21% d'entre eux ne présentaient pas de problème entre 13 et 24 mois. En ce qui concerne spécifiquement le développement du langage, même si l'instrument utilisé n'est pas

parfaitement valide et fiable, il montre néanmoins que davantage d'enfants présentent des écarts à la norme au fil du temps. De plus, comme l'évaluation était à court terme, on ne peut pas prétendre que ces enfants ne développeront pas de problèmes. Toutefois, on ne peut pas savoir si leur développement retrouvera le chemin de la normalité ou non. Se basant sur ces résultats, nous croyons que le développement du langage est une piste importante pour l'intervention précoce. En ce qui concerne les autres sphères du développement qui évoluent normalement pour ces enfants, on ne peut pas éliminer l'hypothèse d'un effet positif du programme NÉ-GS quoique la puissance de l'étude ne permette pas de conclure de manière satisfaisante à ce sujet. Une préoccupation persiste quant à l'instrument utilisé pour évaluer le développement des enfants, soit le Brigance. À notre connaissance, c'était la première fois que cet instrument était utilisé pour des fins de recherche. Nous n'avons donc pas de données comparatives. En somme, beaucoup de prudence s'impose dans l'interprétation des résultats positifs obtenus en ce qui concerne le développement global des enfants dans la présente étude mais il s'agit d'une première tentative de mesurer ces effets dans un contexte québécois.

La présente étude a également permis de décrire les interventions réalisées auprès des enfants et des parents par les intervenantes des établissements participants impliqués dans le cadre du programme NÉ-GS. Les résultats suggèrent que les mères et leur enfant sont les principales cibles de l'intervention et que cette dernière a lieu au domicile de l'enfant. L'écoute active et la prestation d'information, principalement à propos des soins à l'enfant, constituent les principales modalités d'intervention observées. Dans le cadre de la présente étude, les modalités en lien avec la composante « suivi individuel » du programme semblent ressortir plus clairement que celles permettant de réaliser les objectifs d'accompagnement communautaire et de l'action intersectorielle. Est-ce que l'action individuelle demeure une priorité d'action pour les intervenantes ou est-ce qu'il était plus difficile de reconnaître les autres types d'interventions?

Le processus d'appropriation tel que vécu par les parents participant au programme NÉ-GS sous-tend des effets positifs du programme, particulièrement en ce

qui concerne le développement de l'estime de soi et la diminution des sentiments désagréables. En effet, toutes les mères ont reconnu un effet positif de la relation avec l'intervenante sur leur confiance en elles, ce qui est un résultat percutant du programme mis en évidence dans la présente étude. Les résultats obtenus sont également intéressants en ce qui concerne la perception d'une augmentation des connaissances sur le développement des enfants et le développement d'habiletés parentales, y compris sur le sentiment d'engagement à l'égard de l'enfant. Les résultats suggèrent que les deux tiers des participantes estiment avoir fait des gains à ces niveaux dans le cadre de la relation avec l'intervenante privilégiée. Ces résultats nuancent les observations de Piché et ses collaborateurs (2003) à l'effet que les mères ayant reçu des services dans le cadre du programme NÉ-GS ne présentent pas de gains au niveau de la compétence réelle ou ressentie. Les mesures utilisées dans le cadre de ces études sont toutefois conceptuellement différentes, l'une étant basée sur une échelle quantitative et l'autre sur une évaluation subjective des mères.

Enfin, le degré de satisfaction des mères face au soutien reçu dans le cadre du programme NE-GS est élevé. Les mères ont jugé que le programme avait eu un effet positif sur leur adaptation personnelle, leur sentiment d'efficacité et sur la relation avec leur enfant. Les quelques insatisfactions exprimées par les mères sont principalement en lien avec la prestation des services, ce qui n'est pas étranger au processus d'implantation du programme.

En somme, quoique la présente étude ne permette pas de dégager des conclusions définitives quant à l'efficacité du programme NE-GS sur le développement de enfants et des habiletés parentales, sa richesse réside dans la description du processus d'appropriation au rôle parental. À cet égard, les résultats suggèrent des acquis certains pour les mères ayant participé au programme tant au plan personnel qu'au niveau de l'établissement de la relation avec leur enfant.

## **7.1 Limites de l'étude**

Les résultats obtenus doivent être interprétés à la lumière des limites de l'étude, notamment la taille de l'échantillon et la représentativité des mères rencontrées. Concernant ce dernier point, il est possible que les intervenantes aient donné accès aux mères qu'elles jugeaient comme possédant le plus de ressources personnelles et aptes à participer à la recherche. Aussi, nous avons pris soin d'utiliser un outil clinique, le Brigance, pour apprécier le développement des enfants. Ceci est à la fois une force et une faiblesse de l'étude. Une force parce qu'il permet aux intervenantes de s'approprier les résultats obtenus. C'est une faiblesse si on considère qu'il s'agit d'un outil dont la validité et la fidélité ne sont pas connues. Enfin, l'utilisation d'un devis évaluatif dans un contexte où le programme NE-GS était en implantation dans les différents CLSC a certainement contribué aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre et le recrutement des familles de la présente étude.

## **7.2 Forces de l'étude**

Parmi les forces de l'étude, on compte la participation assidue des familles aux temps 1 et 2 de la recherche. En effet, seulement deux familles n'ont pas participé au temps 2. De plus, les mères rencontrées ont formulé leur satisfaction face au programme et à l'évaluation NE-GS. Elles ont toutes accepté de participer à l'entrevue qualitative qui a eu lieu quelque temps après la dernière évaluation. La participation des intervenantes des différents CLSC est également une autre force de la présente étude. Ces intervenantes ont complété plus de 116 journaux de bord, documentant ainsi en détail leur intervention auprès de cette clientèle. La richesse de cette information est sans égal dans la littérature scientifique portant sur NE-GS.

## **7.3 Retombées de l'étude et recommandations**

À la lumière des résultats obtenus de même qu'à l'examen des forces et des limites de l'étude, il semble nécessaire de prioriser des études qui permettent d'une part d'évaluer le processus d'implantation et, d'autre part, de recueillir des données

longitudinales. Cette étude donne également de l'information précieuse sur les processus de collaboration possible entre les milieux cliniques et les chercheuses et chercheurs et sur les contraintes avec lesquelles les intervenantes, les intervenants de même que les chercheuses ou chercheurs doivent composer. Il demeure très important de s'attarder aux enfants 0-2 ans de même qu'à leur famille et de continuer de regarder attentivement les éléments qui touchent les programmes qui leur sont offerts. En outre, il est essentiel de poursuivre l'évaluation de l'implantation des programmes dans les divers milieux. Enfin, nous insistons sur le fait qu'à notre avis, l'évaluation ne doit pas porter seulement sur les effets à court terme mais aussi sur les effets à plus long terme. ■

## Références

- Abidin, R.R. (1990). *Parenting Stress Index (3<sup>e</sup> ed.)*. Charlottesville : Pediatric Psychology Press.
- Bigras, M., LaFrenière, P. J., & Abidin, R.R. (1995). *Indice de stress parental : Manuel d'utilisation*. Toronto : Multi-Health Systems Inc.
- Bilodeau, A., Allard, D., Chamberland, C. et al. (1996). *Résumé d'une démarche participative d'évaluation des priorités régionales de prévention et promotion de la santé et du bien-être*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Bolduc, N. (1991). *Lien entre le fonctionnement familial et le rendement scolaire chez les élèves de 3<sup>e</sup> année primaire*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke. Mémoire de maîtrise inédit.
- Boyer, G. et Parisien, D. (1998). *Naître égaux – Grandir en santé. Évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Brigance, A. (1997). *Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans (3<sup>e</sup> éd.)*. Vanier : CFORP.
- Brodeur, J.M., Perreault, M., Séguin, L., Boyer, G. et Colin, C. (1999). *Étude des effets du volet prénatal du programme Naître égaux – Grandir en santé. Résultats préliminaires*. Document inédit.
- Byles, J., Byrne, C., Boyle, M.H. & Offord, D.R. (1988). Ontario Child Health Study : Reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 27, 97-104.
- Comeau, S. & Boisvert, J.-M. (1985). *Échelles d'attitudes parentales. Traduction française*. Québec : Université Laval. Document inédit.
- Costarides, A.H., Shulman, B.B., Trimm, R.F. & Brady, N.R. (1998). Monitoring at-risk infant and toddler development : A transdisciplinary approach. *Topics in Language Disorders*, 18(3), 1-14.
- Denis, G. (2003). *Évaluation de critères du Questionnaire de stimulation de la communication*. Québec : Université Laval. Essai de maîtrise inédit.
- Desmarais, D., Blanchette, L. & Mayer, R. (1982). Modèle d'intervention en réseau au Québec. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 4-5, 109-118.

- Epstein, N.B., Baldwin, L.M. & Bishop, D.S. (1983). *Family Assessment Device*. Providence : Brown/Butler Hospital Family Research Program.
- Enquête Santé Québec (1992). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois*. Montréal : Équipe de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 353-361.
- Huberman, M.A., & Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : Édition du renouveau pédagogique.
- Hudson, W.W. (1982). *The Clinical Measurement Package : A Field Manual*. Illinois : Dorsey.
- MacPhee, D. (1981). *Inventaire des connaissances du développement du nourrisson*. Traduit au laboratoire d'Études du Nourrisson. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Martin, C., Boyer, G., Beauregard, D., DeBlois, S., Denhez, L., Durand, D., Fortier, M., Ouellet, F., Parenteau, S. et Stewart, B. (1995). *Naître égaux – Grandir en santé : Programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Montréal : Direction de la santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R. et Garon, S. (2000). *Intervention en soutien à l'empowerment dans Naître égaux – Grandir en santé*. Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Perrault, M., Boyer, G., Colin, C., Labadie, J.-F., Denis, J.L. et Racine, P. (2000). *Naître égaux – Grandir en santé. Évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal dans quatre CLSC de Montréal*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Piché, C., Goulet, C., Théorêt, B. et Boyer, G. (2003). *Naître égaux – Grandir en santé : Évaluation de l'impact de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » sur la compétence parentale*. Rapport de recherche. Montréal Centre : Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- Pineault, R., Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Éditions Agence D'ARC inc. Montréal.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. & Légaré, G. (1992). *Indice de détresse psychologique*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- 
- Reynolds, W.M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 119-125.
- Rossetti, L. (1990). *Infant Toddler Language Scales*. East Moline, IL: LinguiSystems.
- Rowland, Richard, Doddler et Nickols (1985). Perceived Adequacy of Resources Scale : Development of a Scale. *Home Economics Research Journal*, 14(2), 218-225.
- Singer, L.T., Fulton, S., Daviller, M., Koshy, D., Salvator, A., & Baley, J. (2003). Effects of infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first year of life. *Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24, 233-241.
- St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Paul, D. et Archambault, J. (2003). *Les pratiques d'empowerment en première ligne. Compréhension et évaluation de l'efficacité des interventions infirmières et psychosociales conduites auprès de parents*. Rapport de recherche. Université de Sherbrooke.
- Sylvestre, A., & St-Cyr Tribble, D. (1998). *Échelle d'Évaluation du langage de Rossetti*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke. Document inédit.
- Sylvestre, A., St-Cyr Tribble, D., Payette, H. & Cronk, C. (1998). *Questionnaire de stimulation de la communication*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke. Document inédit.
- Toupin, J., Pauzé, R., Frappier, J.-Y., Cloutier, R. & Boudreau, J. (2003). *La santé mentale et physique des adolescents québécois des Centres jeunesse : Une étude cas-témoin*. Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.