

## **Compilation des rapports de recherche**

D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec

### Volet 1

**Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits**

### Volet 2

**Caractéristiques des centres de ressources périnatales (CRP) et de leur programme de relevailles**

### Volet 3

**Évaluation des services de relevailles et de leurs retombées auprès des familles**

Avril 2015

# Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits

## Rapport de recherche volet 1

### D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec

**Louise Hamelin-Brabant**, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières,  
Université Laval, Chercheure, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la  
violence faite aux femmes

**Francine de Montigny**, Professeure titulaire, Département des sciences infirmières,  
Université du Québec en Outaouais, Directrice, Centre d'études et de recherche en intervention  
familiale

**Geneviève Roch**, Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières,  
Université Laval, Chercheure, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

**Marie-Hélène Deshaies**, Professionnelle de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec,  
Axe SP-POS

**Ginette Mbourou Azizah**, Chargée d'enseignement, Faculté des sciences infirmières, Université  
Laval

**Mijanou Bourque Bouliane**, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe  
SP-POS

**Roxane Borgès Da Silva**, Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de  
Montréal, Chercheure, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

**Yvan Comeau**, Professeur titulaire, École de travail social, Université Laval, Responsable, Chaire de  
recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique

#### Collaborateurs :

**Pamela A.-Lizotte**, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

**Jonathan Mercier**, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

Octobre 2013

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien financier :

- d'Avenir d'enfants, via le projet VICTOIRES du Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec;
- du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source de la façon suivante :

Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., Borgès Da Silva, R., & Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec.

ISBN 978-2-9810983-2-0 (PDF)

Dépôt légal - 4<sup>e</sup> trimestre 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

## Faits saillants

Une recension intégrative a produit une synthèse des connaissances empiriques à propos des conditions de vulnérabilité en période périnatale associées au soutien social informel ou semi-formel. Trente études pertinentes et admissibles ont été retenues. Les conditions biologiques de vulnérabilité sont peu documentées dans les écrits, par rapport aux conditions psychologiques, sociales et cognitives, décrites plus abondamment.

Les CONDITIONS BIOLOGIQUES de vulnérabilité retrouvées dans les écrits retenus se rapportent à la composante restauratrice, soit le manque de sommeil, la fatigue et les difficultés d'allaitement. Les CONDITIONS PSYCHOLOGIQUES regroupent trois composantes : 1) l'expression de soi réfère à la variabilité et l'intensité émotionnelles; 2) la conception de soi touche une image et une estime de soi altérées; 3) l'autogestion indique la nécessité d'être soutenu émotionnellement. Les CONDITIONS SOCIALES concernent trois composantes : 1) le rôle, c'est-à-dire l'endossement de nouveaux rôles et la nécessité de se reconnaître et d'être reconnu socialement comme de « bons parents »; 2) l'affiliatif, c'est-à-dire les relations conjugales et sociales en changement, le soutien social par les pairs et les mentors ainsi que les obstacles à la demande et à l'accès à l'aide; 3) l'instrumental, les besoins d'aide tangible au quotidien, les besoins particuliers en période difficile et la nécessité de prendre une pause. Les CONDITIONS COGNITIVES regroupent deux composantes soit 1) l'acquisition de l'information, c'est-à-dire le besoin d'apprendre à prendre soin et les besoins particuliers en contexte accru de vulnérabilité; 2) l'utilisation de l'information en rapport avec le sentiment de ne pas être prêt à l'expérience de la parentalité.

Trois **constats clés** se dégagent : 1) La transition à la parentalité est une expérience parentale intense, porteuse de nombreuses conditions de vulnérabilité et génératrice de besoins multiples; 2) La transition à la paternité comporte des conditions de vulnérabilités distinctes et peu documentées; 3) Le soutien doit être harmonisé afin de répondre à un ensemble de conditions de vulnérabilité parentale diversifiées et imbriquées les unes avec les autres. Les parents ont besoin d'écoute et de validation de l'expérience parentale; d'espaces d'expérimentation du rôle de parent et de stratégies d'adaptation personnalisées; et enfin, d'accompagnement non prescriptif, respectueux et sans jugement.



## Résumé

**Problématique :** La vulnérabilité entourant la période périnatale se définit comme une situation de transition dans laquelle différents facteurs de stress peuvent compromettre ou fragiliser la santé des femmes, des hommes et des familles qui expérimentent la naissance d'un enfant (Lessick, Woodring, Naber, & Halstead, 1992; Rogers, 1997).

**Objectif :** Ce rapport présente les résultats d'une recension intégrative des écrits ayant pour objectif de synthétiser les connaissances sur les conditions de vulnérabilité en période périnatale qui génèrent le recours à du soutien social postnatal informel ou semi-formel.

**Méthode :** La recherche des écrits scientifiques pertinents s'est réalisée dans 10 bases de données. Trente études pertinentes ont été retenues. Les résultats ont été synthétisés sous quatre grandes conditions (biologiques, psychologiques, sociales, cognitives) selon un cadre théorique analytique adapté de Lessick et al. (1992) et de Rogers (1997).

**Résultats :** Les conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité sont davantage documentées que le sont les conditions biologiques lorsqu'il est question de soutien social informel ou semi-formel. La transition à la parentalité est une expérience parentale intense, porteuse de nombreuses conditions de vulnérabilité et génératrice de besoins multiples. De plus, la transition à la paternité comporte des conditions de vulnérabilité distinctes et peu documentées. Enfin, il apparaît que le soutien doit être harmonisé afin de répondre à un ensemble de conditions de vulnérabilité parentale diversifiées et imbriquées les unes avec les autres.

**Conclusion :** Il serait pertinent de poursuivre des recherches visant l'harmonisation des réseaux informels et semi-formels avec le soutien formel. Cette harmonisation soulève d'importants défis, notamment en termes de ressources, de financement ou d'échange d'information, qu'il importe de documenter.

**Mots clés :** Vulnérabilité, Besoins, Période périnatale, Mères, Pères, Famille, Soutien social, Soutien communautaire.



## Table des matières

Faits saillants.....	i
Résumé.....	iii
Table des matières .....	v
Liste des figures .....	vii
Introduction.....	1
1. Concepts et cadre de référence .....	3
2. Méthodologie .....	7
2.1 Recherche documentaire et sélection des publications.....	7
2.2 Traitement et analyse des publications .....	9
2.3 Limites .....	10
3. Résultats.....	11
3.1 Description des études retenues .....	11
3.2 L'opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social .....	11
3.3 Les conditions biologiques .....	12
3.3.1 Les composantes restauratrices.....	13
3.4 Les conditions psychologiques .....	14
3.4.1 L'expression de soi : l'intensité et la variabilité émotionnelles.....	14
3.4.2 La conception de soi : une image et une estime de soi altérées.....	15
3.4.3 L'autogestion : la nécessité d'être soutenu émotionnellement .....	16
3.5 Les conditions sociales .....	17
3.5.1 Le rôle.....	17
3.5.2 L'affiliatif.....	19
3.5.3 L'instrumental.....	24
3.6 Les conditions cognitives.....	26
3.6.1 L'acquisition de l'information .....	27
3.6.2 L'utilisation de l'information.....	28
4. Discussion .....	31
4.1. L'orientation théorique des études recensées .....	31
4.2 La transition à la parentalité, une expérience parentale intense, génératrice de besoins multiples.....	32
4.3 La transition à la paternité : une expérience distincte, mais encore méconnue .....	34
4.4 La nécessaire harmonisation du soutien .....	35
Conclusion .....	39
Références.....	41
Annexe A : Regroupement des conditions de vulnérabilité .....	47
Annexe B : Plan de concepts de la recherche documentaire .....	49
Annexe C : Organigramme de sélection des études .....	51
Annexe D : Tableau synthèse de la littérature .....	53





## Liste des figures

Figure 1. Regroupement des conditions de vulnérabilité (adapté de Lessick et al., 1992 et Rogers, 1997) .....	5
---	---



## **Introduction**

On estime à 88 300 le nombre de naissances au Québec en 2010, soit l'un des nombres les plus élevés depuis seize ans. Il est aussi à remarquer que ces naissances s'accompagnent d'une augmentation des familles de plus de deux enfants (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2012). D'un point de vue démographique, ce sont là d'excellentes nouvelles, mais au niveau de l'offre des services, ces naissances soulèvent d'importants enjeux. En effet, la durée moyenne des séjours hospitaliers au moment de l'accouchement a été réduite de 12 % depuis 2005 (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2011) et avec la pénurie d'effectifs professionnels, le soutien apporté aux parents, au cours et au-delà de la période périnatale, se trouve aussi plus limité. Il est pourtant reconnu que la période périnatale est une situation de transition à travers laquelle différentes conditions de vulnérabilité peuvent compromettre ou fragiliser la santé des familles (Lessick, Woodring, Naber, & Halstead, 1992; Rogers, 1997).

Dans une optique d'intégration des services en périnatalité, il importe de bien cibler l'apport de chacun des acteurs du réseau, incluant celui des entreprises d'économie sociale comme les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Le soutien social que ces organismes dispensent se traduit notamment par un service à domicile appelé « relevailles », qui consiste à offrir une assistance familiale dans les premières semaines suivant l'accouchement et parfois même en cours de grossesse, afin d'écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation du quotidien. En vue d'optimiser cette offre de services, il convient non seulement d'en évaluer l'utilisation et la portée, mais aussi de mieux cerner en quoi le soutien qu'il apporte répond à la vulnérabilité en période périnatale. La réalisation d'une recherche collaborative en trois volets, s'appuyant sur l'intégration de méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives), a été privilégiée pour répondre à ces préoccupations qui sont partagées par les membres du Réseau des CRP. Le premier volet consiste à produire une recension d'écrits sur la vulnérabilité périnatale, le second vise à caractériser les CRP du Québec et les relevailles offertes par ces entreprises d'économie sociale alors que le troisième a pour objectif d'évaluer l'utilisation des relevailles et leurs retombées auprès des familles.

Le présent rapport fait état des travaux réalisés dans le premier volet de cette recherche collaborative. Alors que la vulnérabilité en période périnatale associée à certaines conditions particulières préalables à la grossesse (faible revenu, faible scolarité, grossesse à l'adolescence, problèmes de santé mentale chez l'un ou l'autre des parents, mères toxicomanes, etc.) a déjà donné lieu à des recensions (notamment, Clemmens, 2003; Logsdon, Birkimer, Ratterman, Cahill, & Cahill, 2002), les conditions de vulnérabilité susceptibles de concerner l'ensemble des femmes, des hommes et des familles en situation périnatale et de générer des besoins de soutien social informel ou semi-formel n'ont pas fait l'objet d'une synthèse jusqu'à maintenant. La recension des écrits réalisée vise à répondre à ce besoin et ainsi, apporter une contribution originale à la recherche et à la réflexion sur les services périnataux offerts aux familles québécoises.

La première section du rapport présente le cadre de référence analytique adopté dans le cadre de cette recension des écrits. La seconde section est consacrée à la présentation de la méthodologie. Les résultats, incluant la description des études retenues, sont présentés à la troisième section du rapport. Enfin, la quatrième et dernière partie est consacrée à la discussion des résultats.

# 1. Concepts et cadre de référence

De la décision d'avoir un enfant à la première année, voire à la seconde année de vie du bébé, la période périnatale constitue en soi un moment de transition d'une grande importance (Brotherson, 2007; de Montigny, Lacharité, & Devault, 2012; Halle et al., 2008; Ryan, Toloni, & Brooks-Gun, 2009). Comme le souligne Rogers (1997), toute période de transition au cours d'une vie est une situation dans laquelle s'accroît la possibilité d'expérimenter différentes formes de vulnérabilité. L'expérience de la grossesse, de la naissance et de l'arrivée d'un nouvel enfant au sein d'une famille comporte des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives et de nombreux besoins qui conduisent à une situation complexe de vulnérabilité lorsqu'ils ne sont pas comblés (de Montigny, Devault, Lacharité, & Dubeau, 2010; de Montigny & Lacharité, 2005; Kurtz Landy, Sword, & Ciliska, 2008; Lessick et al., 1992; Rogers, 1997). Lessick et al. conceptualisent la vulnérabilité comme :

[...] l'interaction/corrélation entre les aspects actifs et passifs d'un individu et les aspects actifs et passifs de l'environnement; c'est cette interaction/corrélation qui détermine la probabilité qu'a une personne d'être malade ou en santé. (Traduction libre, p. 2)

Selon le modèle de vulnérabilité de Lessick et al. (1992), la personne est en interaction dynamique et constante avec son environnement. Chaque individu a un seuil au-delà duquel le déséquilibre peut survenir. Les éléments constitutifs de l'individu (déterminés par le génotype de l'individu et son développement aux premières étapes de sa vie), les facteurs contextuels (e.g., l'absence ou la présence de soutien social), ainsi que l'environnement opérationnel (la réponse individuelle aux différents stimuli) vont interagir et contribuer à élever ou réduire le seuil de vulnérabilité de l'individu.

Un déséquilibre ou une perturbation du système personne/famille se traduit par des comportements inefficaces, qui requièrent plus d'énergie et qui constituent une menace au bien-être, à la santé ou à la survie de la personne/famille. Selon Lessick et al. (1992), la vulnérabilité s'exprime dans les quatre sphères suivantes de comportements : (1) les

comportements biologiques; (2) les comportements psychologiques; (3) les comportements sociaux; (4) les comportements cognitifs.

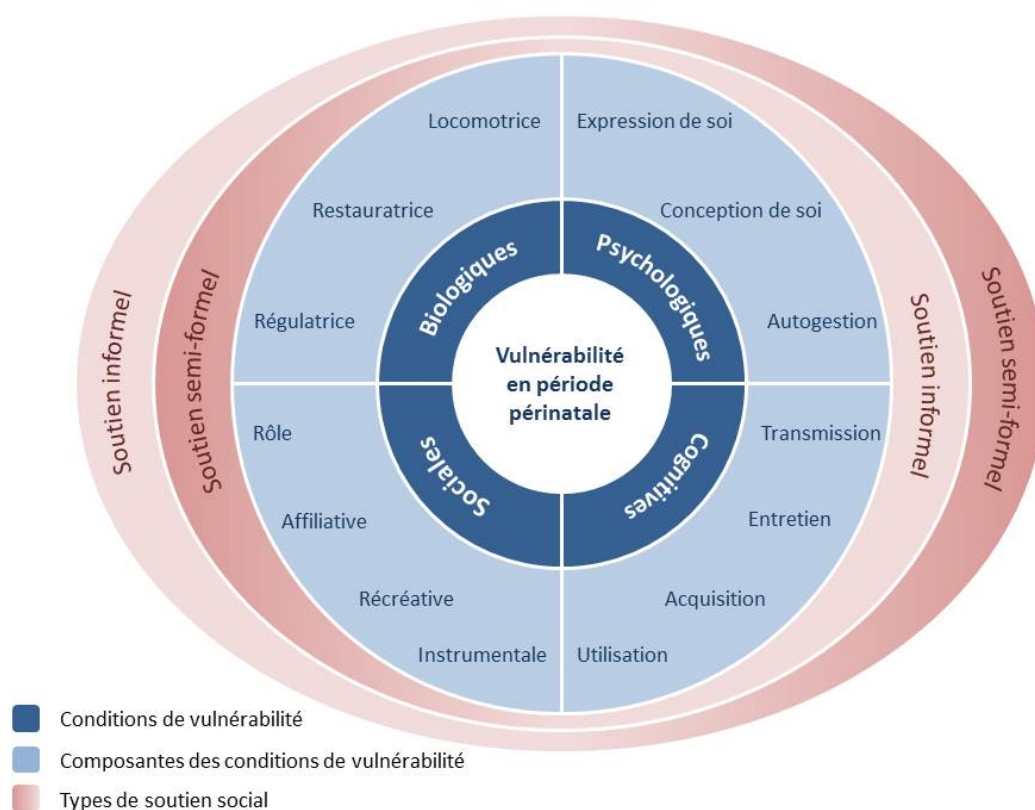
L'état de vulnérabilité d'un individu n'est pas fixe dans le temps. Selon Rogers (1997), la vulnérabilité est un continuum sur lequel la position des individus varie au cours du temps et des circonstances de leur vie. Les changements qui surviennent dans la vie d'un individu – par exemple, le décès d'un proche, l'annonce d'une maladie ou une période de transition importante – peuvent contribuer à accroître la vulnérabilité de cette personne. Les ressources personnelles dont disposent les individus et le soutien environnemental dont ils bénéficient vont interagir et contribuer à accroître ou à diminuer le niveau de vulnérabilité.

Les travaux de Lessick et al. (1992) et de Rogers (1997) ont inspiré la construction du cadre de référence analytique de cette recension des écrits. La période périnatale apparaît comme l'une des périodes importantes de transition dans laquelle s'accroissent les possibilités d'expérimenter différentes formes de vulnérabilité. Les sphères de comportements dans lesquelles s'exprime la vulnérabilité, soit les sphères biologiques, psychologiques, sociales et cognitives, correspondent ici à des *conditions de vulnérabilité* en période périnatale susceptibles de générer un état de déséquilibre ou de perturbation du système personne/famille. Le cadre de référence, adapté de Lessick et al. et de Rogers, utilisé dans le processus d'extraction et de regroupement des thèmes, est illustré à la Figure 1 de la page suivante.

Les **conditions biologiques** de vulnérabilité se rapportent à trois composantes : 1) locomotrice : le mouvement et l'exercice; 2) restauratrice : le sommeil, le repos et la relaxation; 3) régulatrice : la fonction endocrinienne, métabolique ou neurale. Les **conditions psychologiques** concernent trois composantes : 1) l'expression de soi : l'affect et l'humeur (émotions); 2) la conception de soi : l'image corporelle et le concept de soi; 3) l'autogestion : l'adaptation. Les **conditions sociales** sont formées de quatre composantes : 1) le rôle : l'endossement d'un titre ou d'une position particulière; 2) l'affiliatif : les relations interpersonnelles et d'appartenance; 3) le récréatif : les loisirs;

4) l'instrumental : les soins aux enfants, les obligations financières, les tâches domestiques et familiales. Les **conditions cognitives** regroupent quatre composantes : 1) la transmission d'information : le langage, la parole et les séquences/processus de la pensée; 2) l'entretien de l'information : la conscience, l'attention et la mémoire; 3) l'acquisition d'information : la compréhension et l'apprentissage; 4) l'utilisation d'information : la résolution de problème et la prise de décision. L'ensemble des composantes des quatre conditions de vulnérabilité est présenté en Annexe A.

**Figure 1. Regroupement de conditions de vulnérabilité (adapté de Lessick et al., 1992 et Rogers, 1997)**



Le soutien social offert au cours de cette période particulière de transition qu'est la grossesse, la naissance et la première année de vie d'un enfant peut être informel (voisins, famille, amis), semi-formel (organismes communautaires et secteur bénévole) ou formel



(organisé par des services professionnels) (MacPherson, Barnes, Nichols, & Dixon, 2010; Moran, Ghate, & ven der Merwe, 2004).

Afin d'assurer la cohérence des résultats en regard des objectifs poursuivis par l'étude dans laquelle s'inscrit cette recension des écrits, les conditions de vulnérabilité examinées ci-après sont celles qui ont été associées à des formes de soutien social postnatal informel ou semi-formel. Le soutien social semi-formel correspond aux activités de relevailles offertes par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Dans les écrits, le soutien informel et le soutien semi-formel sont souvent traités de manière conjointe ou indifférenciée. Les études traitant de conditions de vulnérabilité en période périnatale associées exclusivement à du soutien social formel n'ont pas été examinées puisqu'elles relèvent distinctement des services professionnels.

## 2. Méthodologie

Cette recension des écrits a pour objectif de synthétiser les connaissances empiriques à propos des conditions de vulnérabilité en période périnatale associées au soutien social postnatal informel ou semi-formel. Il s'agit ici de répondre à la question suivante : Quelles sont les conditions de vulnérabilité en période périnatale qui génèrent le recours à du soutien social postnatal informel ou semi-formel?

Afin d'aborder cette thématique de manière inclusive, une démarche de recension intégrative a été adoptée. Cette forme de recension des écrits a pour principale caractéristique d'intégrer des études fondées sur différents devis et approches méthodologiques afin de contribuer à une vision élargie d'un même phénomène (Whittemore, 2005; Whittemore & Knafl, 2005).

### 2.1 Recherche documentaire et sélection des publications

En regard des objectifs poursuivis par cette recension des écrits, seules les études qui répondaient aux critères de sélection suivants ont été retenues : (1) s'intéresser aux conditions de vulnérabilité en période périnatale ET au besoin de soutien social postnatal informel ou semi-formel; (2) relever d'une collecte de données originale auprès de femmes, d'hommes, d'enfants ou de familles en situation périnatale; (3) ne pas s'intéresser de façon spécifique à des populations aux prises avec une condition de vulnérabilité préalable à la grossesse<sup>1</sup>; (4) présenter les résultats d'une recherche réalisée en Amérique du Nord, en Europe ou en Océanie; (5) être publiée en français ou en anglais. Lorsque plus d'une publication se rapportait à la même étude et que les mêmes données étaient présentées, seule la plus récente a été incluse.

La recherche des écrits scientifiques pertinents s'est réalisée de janvier à mars 2013 à partir des bases de données suivantes : *CINAHL*, *Family and Society Studies*

---

<sup>1</sup> Les études qui s'intéressaient à des conditions de vulnérabilité préalables à une situation de grossesse, comme les suivantes, ont été exclues : un faible revenu, une faible scolarité, une grossesse à l'adolescence ou à un âge avancé, un problème de santé physique ou mentale ou un handicap des parents; un problème de consommation de drogue ou d'alcool; une origine ethnique particulière ou une condition de réfugié; une situation d'itinérance; un contexte de violence familiale; des grands-parents assumant la responsabilité de leurs petits-enfants; l'homoparentalité.

*Worldwide, PsycINFO, PubMed, Social Sciences full text, Social Services abstracts, Social Work abstracts, SocINDEX with full text, Sociological abstracts* et *Web of science*. Les bases de données ont été sélectionnées afin de couvrir différents domaines pertinents à la question de recherche soit la santé, les sciences infirmières, la psychologie, la sociologie, le travail social et l'étude de la famille.

Les mots-clés utilisés ont été déployés à partir de quatre grands thèmes, soit la vulnérabilité, les besoins, la période périnatale et le soutien social. Chacune des bases a été sondée afin d'identifier les mots-clés susceptibles de générer les résultats les plus pertinents. Les différentes stratégies de recherche préconisées sont présentées à l'Annexe B. Lors de la recherche dans les bases de données, les mots-clés retenus ont été combinés selon les deux séquences suivantes : 1) vulnérabilité *ET* période périnatale *ET* soutien social; 2) besoins *ET* période périnatale *ET* soutien social. Suivant une démarche de recherche préliminaire et de manière à conserver des résultats reflétant le contexte contemporain de la famille et des services, seules les publications publiées entre 1990 et 2013 ont été retenues. Aucun devis méthodologique n'a été exclu.

La recherche dans les bases de données sélectionnées a généré 7 702 résultats. Le processus de sélection s'est déroulé en deux temps. À partir de la lecture du titre et du résumé, 7 509 articles ont été exclus. Ils l'ont été soit parce qu'ils ne présentaient pas les résultats d'une collecte de données originale ( $n = 30$ ), qu'ils relevaient d'une publication non scientifique ( $n = 3$ ), qu'ils ne s'intéressaient pas aux conditions de vulnérabilité et au soutien social postnatal informel ou semi-formel ( $n = 7\,290$ ), qu'ils portaient sur une condition de vulnérabilité préalable à la grossesse ( $n = 163$ ), qu'ils avaient été produits à l'extérieur du territoire désigné ( $n = 37$ ) ou parce qu'ils étaient dans une langue autre que le français ou l'anglais ( $n = 1$ )<sup>2</sup>.

Le contenu des 193 articles restants a été examiné plus en profondeur à partir de la lecture de leur plein texte. Les articles en double ( $n = 105$ ), ceux qui ne présentaient pas

---

<sup>2</sup> La somme des publications exclues selon les différents motifs excède le nombre total de publications exclues parce qu'une publication peut avoir été rejetée pour plusieurs raisons.

les résultats d'une collecte de données originale ( $n = 2$ ), qui ne concernaient pas les conditions de vulnérabilité associées à du soutien social postnatal informel ou semi-formel ( $n = 49$ ) ou qui s'intéressaient de façon spécifique à des conditions de vulnérabilité préalables à la grossesse ( $n = 6$ ), ainsi qu'un article ( $n = 1$ ) qui présentait les résultats d'un projet pilote pour lequel une étude plus exhaustive avait été réalisée, ont été exclus. Les articles portant sur des conditions particulières de vulnérabilité induites par la situation de grossesse, d'accouchement ou de parentalité ont cependant été conservés<sup>3</sup>. Au total, 30 études pertinentes et admissibles ont été retenues. L'ensemble des étapes du processus de sélection est présenté à l'Annexe C. Les publications retenues sont répertoriées à l'Annexe D.

## 2.2 Traitement et analyse des publications

Les 30 études retenues ont d'abord fait l'objet d'une analyse descriptive afin de dégager leurs principales caractéristiques : (1) pays d'origine, année et langue de publication; (2) but principal de l'étude; (3) opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social; (4) utilisation d'un modèle conceptuel; (5) approche méthodologique et devis; (6) stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants; (7) principaux résultats. Les résultats de l'analyse descriptive sont présentés en Annexe D.

Un processus d'analyse narrative a ensuite permis l'extraction et le classement des différentes conditions de vulnérabilité selon le cadre de référence adapté de Lessick et al. (1992) et de Rogers (1997), présenté à la Figure 1 de la première section. Ce travail a été réalisé à l'aide du logiciel Excel<sup>®</sup>. Les résultats ont été synthétisés et sont présentés dans la section suivante selon quatre regroupements de conditions de vulnérabilité : (1) les conditions biologiques; (2) les conditions psychologiques; (3) les conditions sociales; (4) les conditions cognitives.

---

<sup>3</sup> Par exemple, des conditions de vulnérabilité accrues induites par une grossesse ou un accouchement difficiles, une détérioration de la situation familiale, sociale, économique ou professionnelle pendant ou après la grossesse, une maladie physique ou mentale de l'un des parents liée à la grossesse ou à la parentalité et enfin, la maladie ou le handicap du nouveau-né.

## 2.3 Limites

Le travail réalisé comporte trois principales limites. Premièrement, la recension des écrits porte uniquement sur des écrits scientifiques francophones et anglophones : il est possible que certaines études et certains résultats de recherche pertinents n'aient pu être recensés. Deuxièmement, le corpus contient peu d'études s'intéressant spécifiquement aux conditions de vulnérabilité chez les pères. En effet, 10 études consultées qui s'intéressaient à cette question ont été exclues parce qu'elles ne portaient pas spécifiquement sur la période périnatale ou parce qu'elles n'établissaient pas de liens explicites avec le soutien social informel ou semi-formel. Leur exclusion a comme conséquence que la vulnérabilité des pères en période périnatale est moins documentée dans cette recension des écrits que ne l'est celle des mères. Enfin, bien que le corpus de publications retenues inclut un certain nombre d'études s'intéressant à des problématiques particulières induites par la situation de grossesse ou la période postnatale (dépression et psychose postpartum, etc.), aucune ne porte spécifiquement sur les grossesses multiples, qui pourraient pourtant être une des situations susceptibles de générer une vulnérabilité accrue.

### **3. Résultats**

Cette section présente une description des études retenues, les conditions d'opérationnalisation des notions de vulnérabilité et de soutien social, ainsi que les principaux thèmes identifiés selon les quatre regroupements de conditions de vulnérabilité : (1) les conditions biologiques; (2) les conditions psychologiques; (3) les conditions sociales; (4) les conditions cognitives.

#### **3.1 Description des études retenues**

Les 30 études retenues ont été réalisées dans différents pays de l'Amérique du Nord (Canada, États-Unis), de l'Europe (Grande-Bretagne, Irlande, Norvège, Suède, Suisse) et de l'Océanie (Australie, Nouvelle-Zélande). La grande majorité de ces études, soit 24 d'entre elles, ont été publiées dans les 10 dernières années. Dix-huit de ces études ont un devis qualitatif, huit ont un devis quantitatif et quatre ont un devis mixte. Vingt-cinq études s'intéressent spécifiquement aux mères, une s'intéresse aux pères alors que quatre portent à la fois sur les mères et sur les pères. Aucune ne porte directement sur les conditions de vulnérabilité chez les enfants de la fratrie. Sur la totalité des études retenues, huit portent sur une problématique particulière survenue au cours de la période périnatale (bébé de petit poids, psychose postpartum, dépression postpartum ou cardiomyopathie périnatale). Le tiers des études retenues (n = 10) repose sur des modèles conceptuels ou cadres de références explicites visant, pour la plupart, à préciser les formes et fonctions du soutien social. Un peu plus des deux tiers des études retenues (n = 21) ont une visée descriptive ou exploratoire. Le tableau descriptif des études retenues est présenté à l'Annexe D.

#### **3.2 L'opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social**

Les études retenues dans cette recension des écrits opérationnalisent les conditions de vulnérabilité en période périnatale à partir de deux angles. La majorité des études les opérationnalisent à partir de la notion de « besoins non comblés » (n = 22) qui conduisent à une situation de vulnérabilité (Lessick et al., 1992; Rogers, 1997). Quelques études retenues (n = 8) le font à partir de la notion de « ressources personnelles limitées » qui

vont, selon le cadre de référence analytique adopté, contribuer à accroître le niveau de vulnérabilité de l'individu ou de la famille.

La plupart des études retenues abordent plus d'une condition de vulnérabilité (n = 25). Un tiers des études (n = 10) traitent des conditions biologiques de vulnérabilité. Les conditions psychologiques de vulnérabilité sont traitées dans plus des deux tiers des études (n = 24), alors que les conditions sociales le sont dans la presque totalité d'entre elles (n = 29). Les conditions cognitives de vulnérabilité sont discutées dans un peu plus de la moitié des études retenues (n = 17).

La question du soutien environnemental de Rogers (1997) est opérationnalisée dans les études retenues à partir du soutien social informel (voisins, famille, amis) ou semi-formel (organismes communautaires, secteur bénévole). Le soutien social informel est traité dans presque la majorité des études (n = 27) et le soutien social semi-formel, dans un peu plus des deux tiers (n = 21). Presque les deux tiers des études (n = 19) traitent à la fois du soutien social informel et du soutien social semi-formel. Une étude traite du soutien social informel et semi-formel de façon indifférenciée. Parmi les études retenues, certains traitent également du soutien formel (offert par des services professionnels) mais le contenu spécifique à cette forme de soutien n'a pas été traité. Le mode d'opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social des études retenues est présenté dans le tableau synthèse à l'Annexe D.

### **3.3 Les conditions biologiques**

Les conditions biologiques de vulnérabilité réfèrent, selon le cadre de référence présenté à la première section, à trois composantes: (1) locomotrices : le mouvement et l'exercice; (2) restauratrices : le sommeil, le repos et la relaxation; (3) régulatrices : la fonction endocrinienne, métabolique ou neurale. Aucun article identifié ne fait état de vulnérabilité au plan locomoteur ou régulateur en période postnatale.

### **3.3.1 Les composantes restauratrices**

L'analyse des écrits permet d'identifier deux angles de vulnérabilité en lien avec les composantes restauratrices, soit le manque de sommeil et la fatigue associée ainsi que les difficultés liées à l'allaitement du nouveau-né (Barnes et al., 2008; Börjesson, Paperin, & Lindell, 2004; Darvill, Skirton, & Farrand, 2010; Hanley & Long, 2006; Letourneau et al., 2007; MacPherson et al., 2010; Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2012; O'Reilly, 2004; Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011; Svensson, Barclay, & Cooke, 2006).

#### **3.3.1.1 Le manque de sommeil et la fatigue**

Le manque de sommeil est l'une des préoccupations importantes des nouvelles mères (Barnes et al., 2008; MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012; O'Reilly, 2004). Les difficultés liées au manque de sommeil pourraient être plus grandes encore pour les mères ayant plusieurs enfants qui, en plus de se réveiller la nuit pour leur nourrisson, doivent se lever tôt pour s'occuper des enfants plus âgés; l'établissement d'une routine de sommeil pour le nouveau-né et les autres enfants devient alors un enjeu important (O'Reilly).

L'un des corollaires de ce manque de sommeil est le manque d'énergie et le sentiment de fatigue ressentis par plusieurs mères (Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; Darvill et al., 2010; Letourneau et al., 2007; O'Reilly, 2004; Razurel et al., 2011; Svensson et al., 2006). À ce titre, presque toutes les mères interrogées par Börjesson et al. affirment qu'elles se sentaient fatiguées durant la première année de vie de leur enfant. D'autres études font état d'un important sentiment d'épuisement chez certaines mères (Hanley & Long, 2006; O'Reilly, 2004).

#### **3.3.1.2 Les difficultés liées à l'allaitement**

De façon concomitante au manque de sommeil et à la fatigue, les difficultés liées à l'allaitement préoccupent plusieurs mères et occasionnent inquiétude et stress chez certaines d'entre elles (Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; O'Reilly, 2004; Razurel et al., 2011). Des participantes à l'étude de Börjesson et al. rapportent des problèmes relatifs à la perception d'insuffisance de lait ou des mastites. Des mères



interrogées par O'Reilly mettent en lien leur sentiment de fatigue, le manque de sommeil et leurs responsabilités liées à l'allaitement dans les premières semaines de vie de l'enfant parce qu'elles ne peuvent déléguer à d'autres la tâche de nourrir leur bébé.

### **3.4 Les conditions psychologiques**

Les semaines et les mois qui suivent la naissance d'un nouveau-né apparaissent comme une période importante de transition à travers laquelle les parents font l'expérience de différentes formes de vulnérabilité aux plans psychologique et émotionnel (Cronin, 2003; Darvill et al., 2010; Doucet, Letourneau, & Blackmore, 2012; Evans, Donelle, & Hume-Loveland, 2012; Haga, Lynne, Slinning, & Kraft, 2012; Hanley & Long, 2006; Hess, Weinland, & Beebe, 2010; Hogg & Worth, 2009; Kanotra et al., 2007; Leahy Warren, McCarthy, & Corcoran, 2011; Letourneau et al., 2007, 2012; MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012; Phillips & Pitt, 2011; Razurel et al., 2011). Les conditions psychologiques de vulnérabilité se rapportent plus spécifiquement à trois composantes: (1) l'expression de soi : l'affect et l'humeur (émotions); (2) la conception de soi : l'image corporelle et le concept de soi; (3) l'autogestion : l'adaptation.

#### **3.4.1 L'expression de soi : l'intensité et la variabilité émotionnelles**

Plusieurs études font état d'un niveau d'intensité et de variabilité émotionnelles important en période postnatale. Un niveau élevé de stress et d'anxiété est constaté chez plusieurs parents lors du retour à la maison et des premières semaines de vie du nouveau-né (Cronin, 2003; O'Connor, 2001; O'Reilly, 2004). Selon Razurel et al. (2011), le stress ressenti en période postnatale ne serait pas nécessairement associé à des événements difficiles, mais plutôt aux tracas quotidiens liés à l'expérience nouvelle des soins à accorder à un nouveau-né. Darvill et al. (2010) et Svensson et al. (2006) utilisent l'analogie des « montagnes russes » pour rendre compte de la variabilité des émotions vécues par les mères en période pré et postnatale alors que Börjesson et al. (2004) font état des « hauts et des bas » ressentis par bon nombre de nouvelles mères. Durant la première année de vie de l'enfant, les deux tiers des mères interrogées par Börjesson et al. se sont senties inquiètes ou tristes à un certain moment et, chez certaines, la transition à la

maternité aurait été vécue comme un véritable choc (Hogg & Worth, 2009; O'Connor, 2001; Wilkins, 2006). L'étude de Börjesson et al. rapporte que les femmes ayant plusieurs enfants se sentiraient mieux d'un point de vue psychologique que les mères d'un premier bébé lors du retour à la maison parce qu'elles sont mieux préparées à la réalité qui les attendent.

Toutefois, selon l'étude de Castle, Slade, Barranco-Wadlow, et Rogers (2008), rien ne démontre que la détresse des mères se soit accrue de la période prénatale à la période postnatale; les mères ressentiraient moins d'anxiété et auraient un niveau de bien-être global plus élevé en période postnatale (à 6 semaines) qu'en période prénatale. Les pères, quant à eux, vivraient moins d'anxiété, mais présenteraient un plus haut niveau de dépression en période postnatale que prénatale (Castle et al.). Selon ces auteurs, la réduction de l'anxiété de la période prénatale à la période postnatale pourrait être expliquée par l'arrivée d'un enfant en bonne santé. Kearns, Neuwelt, Hitchman, et Lennan (1997) rapportent également que la détresse psychologique maternelle est moins élevée durant la période postnatale (à 10 semaines) que durant la période prénatale.

### **3.4.2 La conception de soi : une image et une estime de soi altérées**

La transition à la parentalité entraîne inévitablement des changements à l'image et à l'estime qu'ont les parents d'eux-mêmes. Selon Darvill et al. (2010), l'estime de soi est fragilisée au cours des premières semaines qui suivent la naissance en raison notamment de l'importante somme d'énergie consacrée par la mère à son rétablissement et aux soins à prodiguer au nouveau-né. Les mères d'un premier bébé se sentent souvent inadéquates lorsqu'elles doivent recourir à l'avis d'un tiers parce qu'elles croyaient savoir d'instinct comment s'occuper d'un enfant (Wilkins, 2006). Les premières difficultés avec l'enfant, l'apparition de coliques par exemple, sont perçues par des parents comme la démonstration de leur incompetence (Hogg & Worth, 2009). Les contacts avec les professionnels de la santé sont nommés comme sources possibles de stress et de menace à l'estime de soi parce qu'ils viennent miner, dans certains cas, le sentiment de compétence chez les mères (Razurel et al., 2011). Selon Wilkins, l'expérience de la maternité est une période d'importants changements au point de vue identitaire à travers laquelle les

femmes vont passer d'une posture d'« experte », en contrôle sur sa vie et confiante en ses capacités, à une posture de « novice » dans laquelle elles éprouvent différents sentiments de confusion et de doute sur elles-mêmes. Chez la plupart, heureusement, ce sentiment de doute et d'inadéquation s'atténue au fur et à mesure que l'expérience s'acquiert et que la confiance en soi s'accroît (Darvill et al.; Hogg & Worth; Wilkins).

### **3.4.3 L'autogestion : la nécessité d'être soutenu émotionnellement**

La thématique de l'autogestion a mis en évidence les stratégies d'adaptation préconisées par les parents en période postnatale, particulièrement celles offrant un soutien émotionnel. Les études recensées témoignent de l'ampleur des besoins de soutien psychologique et émotionnel ressentis par les parents d'un nouveau-né. Plusieurs travaux font ainsi état des besoins des mères de partager ce qu'elles ressentent (Abriola, 1990; Börjesson et al., 2004; Cronin, 2003; Doucet et al., 2012; Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Negron et al., 2012), de normaliser et de valider l'expérience vécue (Cronin, 2003; Darvill et al., 2010; Doucet et al., 2012; Evans et al., 2012; Haga et al., 2012; Letourneau et al., 2007, 2012; Svensson et al., 2006), d'avoir la possibilité de se plaindre sans se sentir coupables (Cronin, 2003); d'être rassurées sur leurs capacités à bien s'occuper de l'enfant (Abriola, 1990; Darvill et al., 2010; Evans et al., 2012; Hogg & Worth, 2009; Letourneau et al., 2012; Razurel et al., 2011) et enfin, d'être soutenues dans leurs efforts pour maintenir leur estime d'elles-mêmes (Abriola, 1990; Darvill et al., 2010; Hogg & Worth, 2009; O'Connor, 2001; Phillips & Pitt, 2011; Razurel et al., 2011).

Des pères, dont la conjointe est atteinte de psychose postpartum, expriment le besoin de bénéficier d'une écoute attentive et d'avoir accès à un espace qui leur permette d'évacuer le trop-plein émotionnel. Ils souhaitent aussi être rassurés et validés dans ce qu'ils vivent par une personne ayant vécu la même expérience qu'eux (Doucet et al., 2012). Parce qu'ils doivent soutenir leur partenaire et, dans certains cas, prendre soin de plus d'un enfant, ils vivent une situation importante de stress (Doucet et al.). L'étude réalisée par Letourneau et al. (2012) rapporte toutefois que les pères interrogés, dont la conjointe est atteinte de dépression postpartum, n'expriment pas de besoins personnels de soutien, mais mentionnent plutôt des besoins de soutien du couple en tant qu'unité.

### **3.5 Les conditions sociales**

Les conditions sociales de vulnérabilité concernent trois composantes : (1) le rôle : l'endossement d'un titre ou d'une position particulière; (2) l'affiliatif : les relations interpersonnelles et d'appartenance; (3) le récréatif : les loisirs; (4) l'instrumental : les soins aux enfants, les obligations financières et les tâches familiales et domestiques. Il apparaît que les conditions sociales de vulnérabilité, telles que l'endossement d'un nouveau rôle, la transformation des liens sociaux ou l'augmentation des responsabilités à assumer suite à la naissance d'un enfant, influent aussi sur les conditions psychologiques préalablement décrites. Les conditions sociales de vulnérabilité relatives aux composantes du *rôle*, de l'*affiliatif* et de l'*instrumental* sont bien documentées. Par contre, la composante *récréative* l'est de façon indirecte et marginale, essentiellement à partir du besoin exprimé par certains parents de prendre une pause hors du quotidien. Cet enjeu est intégré à la composante instrumentale des conditions sociales de vulnérabilité présentée à la section 3.5.3.

#### **3.5.1 Le rôle**

Deux éléments liés au rôle se dégagent de l'analyse des écrits en ce qui concerne les conditions sociales de vulnérabilité : la transformation du quotidien associée au fait de devenir un parent et le besoin de se reconnaître et d'être reconnu comme de bons parents.

##### **3.5.1.1 Un quotidien transformé par l'endossement de nouveaux rôles**

La grossesse et l'arrivée d'un nouveau-né sont une période d'ajustement à de nouveaux rôles et à de nouvelles responsabilités qui implique d'importants changements au mode de vie des parents (Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; Cronin, 2003; Hanley & Long, 2006; Kanotra et al., 2007; Svensson et al., 2006; Wilkins, 2006). La réalité quotidienne après la naissance se présente souvent de façon bien différente de ce qui avait été anticipé et planifié en période prénatale par les mères; des attentes trop élevées et trop spécifiques à l'égard de la période postnatale occasionnant des sentiments de déception et de confusion après la naissance (Darvill et al., 2010; Razurel et al., 2011; Wilkins, 2006).

Certaines mères vivent cette période de transition en ayant le sentiment d'avoir perdu tout contrôle sur leur vie (Haga et al., 2012; Wilkins, 2006).

En fait, selon Haga et al. (2012) et Hanley et Long (2006), plusieurs femmes croyaient être en mesure de contrôler les conditions de leur maternité de la même manière qu'elles avaient maîtrisé d'autres aspects ou rôles de leur vie antérieure. Celles qui expriment un fort désir de contrôle et de maîtrise à l'égard de la période postnatale présenteraient davantage de symptômes dépressifs en début de période postnatale (Haga et al.). La transition à une seconde maternité serait par contre facilitée par le fait que les femmes savent davantage à quoi s'attendre et qu'elles sont plus détendues par rapport aux responsabilités qu'elles doivent assumer (O'Reilly, 2004).

### **3.5.1.2 Le besoin de se reconnaître et d'être reconnu comme de bons parents**

Plusieurs études rapportent qu'en période périnatale et plus particulièrement au moment du retour à la maison, d'importantes pressions sont ressenties par les parents pour être de « super-parents ». La pression pour « bien faire les choses » est intense selon plusieurs nouvelles mères et contribue à alimenter leur doute sur leurs capacités à bien jouer leur rôle (Wilkins, 2006). Les parents ont besoin d'aide pour bien performer en tant que parents et expriment le besoin de connaître « les meilleures façons de faire » (Svensson et al., 2006). L'allaitement apparaît comme l'un des indicateurs les plus importants de la définition de ce qu'est une « bonne mère »; parce qu'il faut « réussir » l'allaitement, les difficultés rencontrées à ce niveau sont une source importante de stress et de détresse pour les mères (Haga et al., 2012; Razurel et al., 2011). La capacité à bien s'acquitter des tâches domestiques et familiales apparaît comme un second indicateur de la « réussite maternelle » parce qu'elle témoignerait, selon certaines mères, de leur habileté à faire face aux différents stress qui suivent la naissance d'un enfant (Negron et al., 2012). Les mères qui vivent un épisode dépressif et qui ont de la difficulté à répondre aux attentes sociales de la « bonne mère » développent un sentiment de honte et de gêne et ont le sentiment que les autres mères s'en tirent mieux qu'elles (Letourneau et al., 2007).

### **3.5.2 L'affiliatif**

Selon les études recensées, la période de transition à la parentalité se caractérise par une transformation des liens conjugaux et sociaux susceptible de créer une situation de vulnérabilité chez les nouveaux parents. Au cours de cette période de transition, les parents expriment différents besoins de soutien social, notamment par les pairs, et rencontrent différents obstacles dans la réponse à leurs besoins.

#### **3.5.2.1 Une relation conjugale en changement**

Avec l'arrivée d'un enfant, la relation conjugale se transforme. Trois études en font mention. Des mères interrogées par Börjesson et al. (2004) et O'Reilly (2004) rapportent les difficultés qu'elles éprouvent à s'entendre avec leur conjoint. L'étude réalisée par O'Reilly précise un peu plus en rapportant que pour certaines mères, l'arrivée d'un enfant au sein de la famille a eu pour effet d'exacerber les tensions existantes, de créer une distance émotionnelle avec le conjoint et de réduire le temps passé ensemble comme « mari et femme ». La difficulté de trouver une gardienne (surtout lorsqu'il y a plus d'un enfant), la priorité accordée au temps passé en famille plutôt qu'en couple ainsi que la fatigue ressentie après une journée chargée vont également contribuer à réduire le temps consacré à la relation conjugale, et ce, malgré le fait que le maintien de cette relation soit considéré prioritaire par plusieurs des mères interrogées (O'Reilly).

#### **3.5.2.2 Des relations sociales transformées**

Les liens que les parents entretiennent avec leur réseau social se transforment aussi au moment de la naissance de leur enfant (Hanley & Long, 2006; Kanotra et al., 2007; Kearns et al.). Particulièrement pour les mères, l'arrivée d'un nouveau-né s'accompagne d'une rupture plus ou moins importante avec le réseau social et professionnel d'avant la naissance (Kearns et al.). Des mères font état d'un sentiment d'isolement lorsqu'elles demeurent à la maison avec leur nouveau-né (Abriola, 1990; Börjesson et al., 2004; Hogg & Worth, 2009; Kanotra et al., 2007; MacPherson et al., 2010; Kearns et al., 1997; Svensson et al., 2006). D'autres mères soutiennent que leurs amis qui n'ont pas d'enfants ne peuvent pas les comprendre et que ceux qui en ont sont eux-mêmes trop occupés par leurs propres responsabilités (Letourneau et al., 2007).

Des liens sociaux se perdent, mais de nouveaux se créent. Lors de l'arrivée d'un nouveau-né, certains parents vont développer des liens plus étroits avec des amis qui ont des enfants, mais perdre de vue ceux qui n'en ont pas (Hogg & Worth, 2009; Kearns et al., 1997). D'autres vont se rapprocher des membres de leur famille (Hogg & Worth). Le besoin de voir des gens, de relaxer, de prendre une pause, de se changer les idées, de prendre soin de soi et de faire autre chose que de s'occuper des enfants est exprimé par les deux parents (Börjesson et al., 2004; Doucet et al., 2012; O'Reilly, 2004).

### **3.5.2.3 L'essentiel soutien social par les pairs et les mentors**

Le contact avec des pairs est très recherché (Börjesson et al., 2004; Cronin, 2003; Darvill et al., 2010; Negron et al., 2012; Kanotra et al., 2007). Il permet aux mères de comparer leurs expériences à celles des autres et d'avoir le sentiment d'une certaine normalité (Haga et al., 2012; Wilkins, 2006). Selon Svensson et al. (2006), ce n'est pas par « essais et erreurs » que les parents veulent acquérir les connaissances requises par leurs nouvelles responsabilités, mais en profitant de l'expérience vécue par d'autres parents. Le soutien par rétroaction est, selon l'étude de Leahy Warren (2005), corrélé modérément à la confiance en ses capacités à prendre soin de son enfant. Darvill et al. soutiennent qu'une absence de liens avec d'autres mères au moment de la grossesse, particulièrement au début de celle-ci, pourrait influencer l'expérience de la transition postnatale chez les nouvelles mères et accroître leur sentiment de vulnérabilité. Ce manque de liens pendant la grossesse est d'autant plus marqué que les femmes poursuivent leur activité professionnelle presque jusqu'à la fin de leur grossesse.

Le contact répété avec une personne ayant vécu une situation semblable et jouant le rôle de leader ou de mentor facilite la transition à la parentalité et donne espoir que tout ira mieux ultérieurement (Abriola, 1990; Darvill et al., 2010; Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Phillips & Pitt, 2011; Svensson et al., 2006), plus particulièrement encore pour les parents qui vivent une situation difficile (Doucet et al., 2012; Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Letourneau et al., 2007). Certaines études soutiennent que l'accessibilité au soutien social joue un rôle préventif lorsque les circonstances entourant la naissance sont éprouvantes. Selon l'étude de Singer, Davillier, Bruening, Hawkins, et Yamashita (1996),

le soutien social a un effet modérateur chez les mères d'un enfant de petit poids à l'égard de la détresse psychologique maternelle : les deux groupes de mères qui ont eu un enfant de petit poids à la naissance et qui rapportent avoir bénéficié de soutien social positif ont un niveau de détresse psychologique équivalent à celui des mères qui ont eu un enfant en santé. Selon cette étude, c'est le soutien social perçu, plutôt que l'état de santé de l'enfant, qui prédit le mieux la détresse maternelle (Singer et al.).

Dans tous les cas, le soutien social recherché par les parents est un soutien « sans jugement » et « sans critique »; il doit être « encourageant », « chaleureux » et « empathique » (Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Letourneau et al., 2012; MacPherson et al., 2010; O'Reilly, 2004; Wilkins, 2006). Pour les pères, ce soutien doit être offert par une personne avec laquelle ils ont créé des liens de proximité (Hess et al., 2010; Letourneau et al., 2012). Par ailleurs, Hogg et Worth (2009) rapportent que certains parents demeurent isolés parce qu'ils n'aiment pas s'engager au sein de groupes de soutien ou s'y sentent mal à l'aise. À cet égard, Letourneau et al. précisent que les pères interrogés dans le cadre de leur étude sont moins intéressés à participer à des groupes de soutien, notamment à cause du trop grand nombre de personnes qui y assistent.

### **3.5.2.4 Des obstacles à la demande et à l'accès à l'aide**

#### *La demande d'aide et la réponse du réseau*

La vulnérabilité est accrue lorsque les parents hésitent à aller chercher l'aide dont ils ont besoin lors de situations plus difficiles. La peur d'être jugé par ses proches ou d'être stigmatisé est notamment présente chez les mères atteintes de dépression ou de psychose postnatale, ainsi que chez celles vivant dans de plus petites communautés (Letourneau et al., 2007; Negron et al., 2012; Phillips & Pitt, 2011). La honte, la colère, le dégoût et le déni sont encore bien souvent des émotions associées à la dépression postpartum (Hanley & Long, 2006). La crainte d'être une charge ou un fardeau est également une raison invoquée par certaines mères qui ne demandent pas l'aide de leurs proches (Hogg & Worth, 2009; MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012). Ces derniers sont considérés comme trop occupés, trop âgés ou malades pour apporter de l'aide (Hogg & Worth).



Les proches connaissent parfois mal les difficultés auxquelles les mères font face, surtout lorsqu'il est question de dépression postpartum ou de psychose postnatale (Letourneau et al., 2007; Negron et al., 2012). Des mères interrogées par Letourneau et al. rapportent que les membres de leur famille tendent à attribuer les symptômes de dépression postpartum au manque de sommeil et à la fatigue plutôt qu'à la maladie. Enfin, les conseils et avis reçus des proches n'apportent pas toujours le soutien souhaité parce qu'ils ont pour effet de miner la confiance en soi des nouveaux parents et de créer certaines tensions familiales (Cronin, 2003; Hogg & Worth, 2009).

*L'accès à l'aide : Un soutien limité ou absent*

Plusieurs études rapportent que le réseau de soutien social des nouveaux parents est trop souvent limité, voire même absent, dans certains cas (Börjesson et al., 2004; Darvill et al., 2010; de Montigny, Lacharité, & Amyot, 2006; Hanley & Long, 2006; Hogg & Worth, 2009; MacPherson et al., 2010; Phillips & Pitt, 2011). Pour expliquer cette situation, l'étude de Hanley et Long invoque les transformations des structures familiales et professionnelles alors que Darvill et al., Hogg et Worth, ainsi que Phillips et Pitt mentionnent l'éloignement géographique de certains parents de leur famille immédiate. Darvill et al. soulignent cependant que bien que l'accès à une aide de proximité apparaisse difficile lorsque les nouveaux parents demeurent loin de leur famille respective, certaines formes de soutien émotionnel demeurent tout de même possibles.

Selon de Montigny et al. (2006), la transition à la parentalité en période postnatale se déroule de façon refermée autour du couple, des grands-parents et des professionnels de la santé; les proches, les amis et les collègues de travail n'étant pas perçus par les nouveaux parents comme une source valable de soutien. Selon Leahy Warren (2005) et Leahy Warren et al. (2011), le réseau social de soutien des nouvelles mères dans les six semaines suivant le retour à la maison est restreint, se limitant presque essentiellement aux grands-mères, aux conjoints et aux sœurs.

De plus, les pères et les mères ne partagent pas les mêmes perceptions quant à l'utilité des différentes formes de soutien social (de Montigny et al., 2006). Les pères

perçoivent les membres de leur propre famille (parents, frères et sœurs) comme habituellement peu aidants et nécessaires, au contraire des mères. En ce qui concerne le soutien des organisations sociales, moins de mères que de pères disent avoir besoin de l'aide d'associations de parents, de prêtres ou de membres du clergé et de professionnels de la santé autres que les infirmières, alors que les pères trouvent ces sources de soutien utiles à certains moments. Plus de pères que de mères soutiennent ne pas avoir besoin d'aide de clubs sociaux ou considèrent ce soutien non aidant. Contrairement aux mères, les pères considèrent que leurs amis sont parfois aidants (de Montigny et al.).

Par ailleurs, le soutien reçu des frères et des sœurs des nouveaux parents tend à diminuer au fur et à mesure que l'effet de nouveauté de la naissance s'atténue (Cronin, 2003). Kearns et al. (1997) rapportent que le soutien social apporté aux nouvelles mères, tel que perçu par celles-ci, varie de la période qui précède la naissance à celle qui la suit : le soutien reçu du conjoint apparaît plus élevé en période postnatale (10 semaines après l'accouchement) qu'en période prénatale, alors que celui reçu de la parenté et des amis diminue de la période prénatale à la période postnatale.

Ce manque ou cette absence de soutien social par les proches est d'autant plus préoccupant que plusieurs études établissent des liens significatifs entre le soutien social perçu et l'état de bien-être des mères. Leahy Warren et al. (2011) rapportent que la dépression postpartum six semaines après la sortie de l'hôpital est négativement associée au soutien social perçu par les mères d'un premier enfant (faiblement au soutien informationnel et instrumental et modérément au soutien émotionnel et par validation). De plus, le soutien informel perçu est faiblement lié au sentiment d'efficacité maternelle. L'étude réalisée par Gottlieb et Mendelson (1995) rapporte qu'en période postnatale, la satisfaction quant au soutien social reçu est faiblement à modérément corrélée négativement à des humeurs de colère et de dépression chez les nouvelles mères. Les mères qui manquent de soutien en période postnatale se sentent incapables de répondre aux demandes générées par l'arrivée d'un nouvel enfant et à leurs propres attentes. Kearns et al. (1997) rapportent une forte relation entre le manque de soutien social des amis et la détresse postnatale. Enfin, l'étude de Castle et al. (2008) présente des liens

significatifs entre le soutien social perçu en période prénatale et l'état de bien-être six semaines après l'accouchement. Les mères qui ont le sentiment de bénéficier d'un bon soutien social avant la naissance présentent un niveau de détresse postnatale faiblement moins élevé alors que chez les pères, des corrélations faibles à modérées sont observées.

### **3.5.3 L'instrumental**

Trois angles de vulnérabilité sont dégagés sur le plan de la composante instrumentale : le besoin d'aide tangible au quotidien, les besoins accrus d'assistance instrumentale en période de crise et la nécessité pour les nouveaux parents d'avoir accès à des moments de pause hors du quotidien de la parentalité.

#### **3.5.3.1 De l'aide tangible au quotidien**

Différentes études soulignent le fait que plusieurs parents expriment le besoin de bénéficier d'assistance instrumentale en période postnatale afin de répondre aux nouvelles exigences du quotidien (Börjesson et al., 2004; Doucet et al., 2012; MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012; Razurel et al., 2011). Selon Negron et al., cette aide est essentielle afin de permettre aux mères de faire face aux stressseurs physiques et émotionnels inhérents à cette période de transition. Le manque de soutien à ce niveau est d'ailleurs perçu par des mères comme un facteur important d'apparition de symptômes dépressifs durant les premiers mois qui suivent l'accouchement (Haga et al., 2012; Negron et al., 2012).

L'aide souhaitée par les mères concerne surtout les tâches domestiques à accomplir (Börjesson et al., 2004; Doucet et al., 2012; Negron et al., 2012), la prise en charge des enfants plus âgés (MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012), les soins au nouveau-né ou sa prise en charge complète lorsque la mère doit s'absenter pour un rendez-vous (Cronin, 2003; Doucet et al., 2012; MacPherson et al., 2010; O'Reilly, 2004) et même, de l'accompagnement afin que les mères parviennent à prendre soin d'elles-mêmes plus adéquatement en période postnatale (Doucet et al.; Negron et al.). Des mères font état des difficultés qu'elles éprouvent à organiser leur temps et à gérer les différents problèmes qui surviennent, surtout lorsque leur famille immédiate est absente ou que leur

réseau social est perçu comme non disponible ou inadéquat (Razurel et al., 2011). Gottlieb et Mendelson (1995) insistent sur l'importance d'apporter « de l'aide pratique » aux nouvelles mères qui ont plus d'un enfant afin qu'elles puissent passer du temps avec leurs enfants plus âgés et ainsi, minimiser le sentiment de fatigue et de perte de contact avec leur premier-né.

Le conjoint et la famille immédiate sont identifiés par plusieurs comme les sources principales d'assistance instrumentale (Cronin, 2003; Darvill et al., 2010; Haga et al., 2012; Negron et al., 2012; O'Reilly, 2004; Razurel et al., 2011). Les modalités et l'intensité de l'aide apportée par les proches sont variables. Les trois quarts des mères interrogées par Börjesson et al. (2004) mentionnent recevoir de l'aide domestique de leurs proches alors que 25 % disent n'en recevoir aucune; parmi ces dernières, la moitié aimerait recevoir de l'aide de leur conjoint ou des membres de leur famille. Des mères qui vivent éloignées de leur famille immédiate témoignent de la difficulté de ne pas pouvoir bénéficier d'aide dans les tâches quotidiennes (Darvill et al.). Par ailleurs, certaines mères préfèrent ne pas demander cette forme d'aide afin de maintenir une certaine distance avec leur mère et faciliter ainsi la construction de leur propre unité familiale et domestique (Darvill et al.).

### **3.5.3.2 Des besoins particuliers en période difficile**

Les mères et leurs conjoints affectés par une dépression ou une psychose postpartum expriment des besoins particuliers à l'égard de l'aide instrumentale. Des participantes à l'étude de Letourneau et al. (2007) soutiennent que cette forme d'aide est indispensable lorsque les symptômes de la dépression font surface ou deviennent difficiles à gérer. Des mères atteintes de psychose postpartum interrogées par Doucet et al. (2012) expriment un besoin d'accompagnement continu afin de répondre à leurs propres besoins (par exemple, prendre un bain, se faire à manger) lorsqu'elles sont aux prises avec des problèmes de confusion, de désorientation ou de pertes de mémoire liés à leur maladie. Des pères dont la conjointe est atteinte de psychose postpartum témoignent eux aussi de ce besoin d'assistance pour réaliser certaines tâches domestiques (Doucet et al.).

### 3.5.3.3 La nécessité de prendre une pause

Selon certaines études, l'un des besoins trop souvent négligés des nouveaux parents est celui de pouvoir prendre une pause hors des responsabilités du quotidien (Börjesson et al., 2004; Doucet et al., 2012; O'Reilly, 2004; Phillips & Pitt, 2011). Selon O'Reilly, les nouvelles mères sont dans un état constant de vigilance qui leur laisse bien peu de répit et elles ont besoin de moments d'arrêt afin de se changer les idées. Certaines mères soutiennent n'avoir jamais accès à ces moments de pause, soit parce qu'elles se sentent coupables à l'idée de laisser leur enfant à d'autres ou parce qu'elles n'ont pas le temps ou l'aide nécessaires pour le faire (O'Reilly). Des pères interrogés par Doucet et al., dont les conjointes sont atteintes de psychose postpartum, expriment le besoin d'une aide « pratique » leur permettant de sortir de la maison et de faire une activité de loisir afin d'évacuer stress et frustrations accumulés.

## 3.6 Les conditions cognitives

Les conditions cognitives de vulnérabilité se rapportent aux composantes suivantes : (1) la transmission d'information : le langage, la parole et les séquences/processus de la pensée; (2) l'entretien de l'information : la conscience, l'attention et la mémoire; (3) l'acquisition d'information : la compréhension et l'apprentissage; (4) l'utilisation d'information : la résolution de problème et la prise de décision. Certains résultats, en rapport avec l'information reçue en période prénatale, auraient pu être présentés sous la composante *transmission de l'information*, par rapport à l'inadéquation de la séquence des informations reçues. Étant donné qu'ils portent sur des parents qui, en période postnatale, sont vulnérables parce qu'ils doivent résoudre des problèmes et prendre des décisions à partir d'informations reçues qui leur semblent inadéquates, ces résultats ont été intégrés à la composante *utilisation de l'information*. Sous la composante *acquisition de l'information* se retrouvent les écrits traitant de besoins spécifiques de compréhension et d'apprentissage en période postnatale qui, s'ils ne sont pas comblés, sont susceptibles d'accroître la vulnérabilité des nouveaux parents. Enfin, aucune des études retenues ne semble avoir abordé les éléments relatifs à la composante *entretien de l'information*.

### **3.6.1 L'acquisition de l'information**

La composante de l'*acquisition de l'information* inclut deux thèmes principaux, soit celui du besoin d'apprendre à prendre soin et celui des besoins accrus de compréhension et d'apprentissage en période plus difficile.

#### **3.6.1.1 Des besoins à combler : apprendre à prendre soin**

Plusieurs études font état des besoins d'information exprimés par les mères sur les soins à apporter à leur nouveau-né (Doucet et al., 2012; Kanotra et al., 2007; Letourneau et al., 2007; Moran et al., 1997). Plus spécifiquement, des études rapportent que plusieurs mères espèrent recevoir davantage d'information sur l'allaitement et l'alimentation du nourrisson (Abriola, 1990; Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; Kanotra et al., 2007; MacPherson et al., 2010; Razurel et al., 2011), sur les questions relatives au sommeil des nouveau-nés (Börjesson et al., 2004; MacPherson et al., 2010) ou sur les ressources disponibles dans la communauté pour les nouveaux parents (Doucet et al.). L'étude réalisée par Moran et al. mentionne que les besoins d'information ressentis par les mères varient en fonction de certains facteurs socioéconomiques ou de caractéristiques liées au déroulement de la grossesse. Ainsi, selon ces auteurs, les jeunes femmes qui donnent naissance à un premier enfant exprimeraient de plus grands besoins en termes d'information, et ce, probablement parce qu'elles ont moins de proches autour d'elles sur lesquels elles peuvent prendre exemple.

#### **3.6.1.2 Des besoins particuliers en contexte accru de vulnérabilité**

Les mères atteintes de dépression postpartum, de psychose postpartum ou de cardiomyopathie périnatale, ainsi que leurs conjoints, expriment des besoins spécifiques d'information sur la maladie qui les touche (Doucet et al., 2012; Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Letourneau et al., 2007, 2012). Les mères atteintes souhaitent que les membres de leur famille, incluant le conjoint, aient davantage accès à de l'information spécifique sur leur maladie afin qu'ils soient en mesure de mieux les soutenir et les comprendre (Letourneau et al., 2007, 2012). Des pères interrogés par Letourneau et al. (2012) expriment également ce besoin de recevoir plus d'informations sur la dépression postpartum; ils estiment que la documentation qui leur est remise sur la

dépression postpartum ne tient pas suffisamment compte du rôle de soutien qu'ils assument à l'égard de leur partenaire et des difficultés auxquelles ils font face.

### **3.6.2 L'utilisation de l'information**

Le sentiment de ne pas être suffisamment prêt à l'expérience de la parentalité se dégage de certaines des études consultées, et ce, même lorsque les participantes à l'étude présentent un profil démographique favorable en termes d'éducation ou de composition familiale et qu'elles ont eu accès à de multiples sources d'information avant la naissance (Barnes et al., 2008; Wilkins, 2006). Ainsi, bien que 43 % des nouvelles mères interrogées par Barnes et al. se soient senties bien préparées en termes d'information reçue quant aux soins à donner à un nouveau-né, moins de 15 % d'entre elles se sentaient suffisamment préparées à prendre soin de leur enfant, 35 % d'entre elles ne se sont pas senties suffisamment préparées à l'expérience physique suivant la naissance et 20 %, à l'expérience émotionnelle de la prise en charge d'un bébé.

Selon certaines mères, les cours prénataux auraient été trop centrés sur la préparation de la naissance et ne leur auraient pas permis d'acquérir les connaissances suffisantes pour prendre soin d'un nouveau-né (Barnes et al., 2008). Des participantes de l'étude de Wilkins (2006) estiment que l'information et les conseils donnés lors des classes prénatales sont irréalistes et inapplicables. Castle et al. (2008) et Svensson et al. (2006) soutiennent pour leur part que les cours prénataux ne s'intéressent pas suffisamment à l'expérience et aux besoins spécifiques des nouveaux pères. L'étude réalisée par Svensson et al. suggère que les futurs et nouveaux parents ont besoin de réaliser les apprentissages requis sous un mode davantage participatif, faisant appel à l'expérience des autres parents. Par ailleurs, l'étude de Darvill et al. (2010) mentionne que les classes prénatales répondent parfois aux besoins d'information des participants, surtout si ces classes débutent tôt en début de grossesse et si elles permettent aux futures mères de créer des liens avec d'autres mères qui vivent une situation semblable à la leur.

Ainsi, selon Moran et al. (1997), il n'existe pas de lien entre la participation aux rencontres prénatales et l'expression de besoins non comblés en période postnatale : les

mères qui ont participé à de telles activités aux États-Unis n'ont pas exprimé moins de besoins d'information que celles qui n'y ont pas participé. Selon les auteurs, ce résultat pourrait indiquer que les rencontres prénatales ne répondent pas à la totalité des besoins d'information des nouveaux parents, soit parce qu'elles n'abordent pas suffisamment les réalités de la période postnatale ou parce que les parents ne retiennent pas ces informations, qui surviendraient trop tôt dans le processus de transition à la parentalité. Ce constat rejoint celui d'autres études parmi celles recensées (notamment, Hanley & Long, 2006; Razurel et al., 2011; Svensson et al., 2006) qui soutiennent que les cours suivis lors de la période prénatale ne répondent pas à l'entièreté des besoins d'information ressentis en période postnatale.

Svensson et al. (2006) soutiennent que le manque d'information et de préparation affecte la confiance qu'ont les pères et les mères dans leur capacité à être de bons parents. Kanotra et al. (2007) abondent dans le même sens en mentionnant que le manque d'information à propos des soins à donner à un nouveau-né est un facteur de stress important pour les nouvelles mères. Des études rapportent toutefois qu'une surabondance d'information pourrait être tout aussi nuisible qu'un manque, en provoquant chez les parents des sentiments d'anxiété, de panique et de confusion (Svensson et al., 2006; Wilkins, 2006). Des participants à l'étude de Svensson et al. insistent d'ailleurs sur l'importance que les informations qui sont transmises aux parents soient à jour et fiables et le soient par une personne facile d'approche en qui ils ont confiance.





## 4. Discussion

L'objectif visé par cette recension des écrits était de produire une synthèse des connaissances empiriques à propos des conditions de vulnérabilité en période périnatale associées au soutien social postnatal informel ou semi-formel. Certains éléments de discussion se dégagent de l'analyse réalisée, soit : 1) l'orientation théorique des études recensées; 2) la transition à la parentalité, une expérience parentale intense, génératrice de besoins multiples; 3) la transition à la paternité, une expérience distincte, mais encore méconnue; 4) la nécessaire harmonisation du soutien afin de répondre à un ensemble de conditions de vulnérabilité parentale.

### 4.1. L'orientation théorique des études recensées

Le corpus d'études retenues a permis de documenter les quatre conditions de vulnérabilité identifiées dans le cadre de référence initial adapté de Lessick et al. (1992) et de Rogers (1997), soit les conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives. Les conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité sont davantage documentées que le sont les conditions biologiques. Sans doute que le choix de ne retenir que les études qui s'intéressaient aux conditions de vulnérabilité qui génèrent le recours au soutien social informel ou semi-formel (donc, en dehors du réseau médical et institutionnel) explique en partie pourquoi les conditions biologiques de vulnérabilité sont moins abordées dans les écrits retenus.

En ce qui concerne les conditions biologiques de vulnérabilité, le manque de sommeil, la fatigue et les difficultés liées à l'allaitement sont les principales conditions de vulnérabilité relevées. Les composantes *locomotrices* et *régulatrices* ne sont pas abordées dans les études recensées. Au plan psychologique, des conditions de vulnérabilité relatives aux trois composantes - *expression de soi*, *conception de soi* et *autogestion* - sont présentes dans les études analysées. Trois composantes des conditions sociales de vulnérabilité, soit le *rôle*, l'*affiliatif* et l'*instrumental* sont bien documentées dans les études alors que la quatrième composante, le *récréatif*, l'est de façon indirecte et marginale à travers le besoin exprimé de prendre une pause hors du quotidien de la parentalité. Enfin, les conditions cognitives de vulnérabilité ne sont illustrées que par

deux des quatre composantes, soit l'*acquisition* et l'*utilisation* de l'information. Les composantes de l'*entretien* et de la *transmission* ne sont pas abordées directement.

Il est à remarquer que même si le modèle théorique a conduit à un classement selon différentes conditions et composantes de vulnérabilité, certaines d'entre elles partagent une proximité évidente. C'est notamment le cas pour les conditions sociales et psychologiques, dont les données extraites des études se recoupaient de différentes manières. À titre d'exemple, le besoin de reconnaissance exprimé par de nombreux parents dans les études retenues concerne à la fois les conditions psychologiques (composante de la conception de soi) et les conditions sociales (composante du rôle). Notons aussi que certains aspects traités au niveau psychologique, comme la dépression, peuvent être induits par la condition biologique. Dans les études qui en traitaient, ce n'était toutefois par les composantes biologiques de vulnérabilité qui étaient identifiées, mais bien celles se rapportant aux conditions psychologiques et parfois même, sociales (Evans et al., 2012; Leahy Warren, 2011; Letourneau et al., 2012). Ces observations conduisent à considérer une proximité importante entre les composantes sociales et psychologiques, de même qu'une forme d'interrelation entre les composantes des quatre conditions. Ces interrelations seront approfondies à travers la discussion des principaux constats qui ont été dégagés.

## **4.2 La transition à la parentalité, une expérience parentale intense, génératrice de besoins multiples**

Les résultats de cette recension des écrits abondent dans le même sens que de nombreuses études antérieures (de Montigny et al., 2010; de Montigny & Lacharité, 2005; Kurtz Landy et al., 2008), à l'effet que la naissance d'un nouveau-né au sein d'une famille est une période importante de transition à travers laquelle les individus sont susceptibles d'expérimenter de multiples conditions de vulnérabilité, plus intenses encore s'ils ne disposent pas des ressources personnelles ou du soutien requis (Lessick et al., 1992; Rogers, 1997). Certaines conditions de santé, comme la dépression, la psychose postnatale ou la cardiomyopathie périnatale, par exemple, accroissent ce risque de

vulnérabilité, tel qu'en témoignent les écrits recensés (Hess et al., 2010; Leahy Warren et al., 2011; Letourneau et al., 2007, 2012).

Un constat novateur de la présente analyse est de mettre en évidence l'interrelation entre les conditions de vulnérabilité. En effet, celles-ci apparaissent imbriquées les unes avec les autres, de manière à ce qu'une vulnérabilité au plan biologique, par exemple, des difficultés liées à l'allaitement, entraînent ou découlent en une plus grande fatigue, et résultent ou encore causent, des besoins non comblés au plan cognitif, en termes d'information (Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; Razurel et al., 2011). Au plan social, la rupture de certains liens sociaux et professionnels, le manque de temps pour soi ou l'absence de soutien vont contribuer à créer une situation de plus grande vulnérabilité psychologique et parfois même induire un état de détresse postnatale chez l'un ou l'autre des parents (Castle et al., 2008; Gottlieb & Mendelson, 1995; Kearns et al., 1997; Leahy Warren, 2011). Le stress inhérent au processus d'adaptation à la parentalité va entraîner quant à lui certains besoins d'assistance instrumentale (Negron et al., 2012).

Ainsi, qu'elle se vive sans grand problème ou qu'elle s'accompagne de difficultés particulières (dépression ou psychose postpartum, par exemple), la période postnatale demeure, tant pour les mères que pour les pères, une expérience émotionnelle intense dans laquelle se côtoient et s'entrechoquent la fierté et la joie d'être parent, mais aussi l'inquiétude, l'insécurité, le stress, la fatigue et la détresse devant les nouvelles exigences de la parentalité. La disponibilité du soutien social telle que perçue par les nouveaux parents, une expérience antérieure ou non de la parentalité ainsi que le temps écoulé depuis la naissance influencent de façon diverse l'état de vulnérabilité des parents (Darvill et al., 2010; Gottlieb & Mendelson, 1995; Hogg & Worth, 2009; Leahy Warren et al., 2011; O'Reilly, 2004; Wilkins, 2006).

Ces résultats rejoignent en partie ceux rapportés par Nyström et Örhling (2004) dans leur recension d'écrits portant sur l'expérience des parents au cours de la première année de vie de l'enfant. Ces derniers rapportent que la première année qui suit la

naissance est une expérience excitante, mais combien déroutante pour les parents, à travers laquelle les mères et les pères traversent des émotions multiples, tant positives que négatives. Au-delà de la description des émotions ressenties par les nouveaux parents, les résultats de la recension des écrits présentés ici démontrent les interrelations qui existent entre les conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité et mettent en lumière l'importance pour tout nouveau parent d'avoir accès à des formes de soutien social diversifiées et adaptées. La vulnérabilité en période périnatale n'apparaissant pas uniquement réservée à des populations dites « à risque ».

### **4.3 La transition à la paternité : une expérience distincte, mais encore méconnue**

Les conditions de vulnérabilité chez les pères n'ont pu être documentées autant que l'ont été celles des mères, compte tenu des écrits disponibles. Sur les 30 études retenues, 25 études s'intéressent spécifiquement aux mères, une s'intéresse aux pères et 4 portent à la fois sur les mères et sur les pères. Parce qu'elles ne portaient pas spécifiquement sur la période périnatale ou qu'elles n'établissaient pas de liens explicites avec le soutien social informel ou semi-formel, des études portant sur la transition à la paternité ont dû être mises de côté (Boyce, Condon, Barton, & Corkindale, 2007; Fletcher & St George, 2011; Widarsson, Kerstis, Sundquist, Engström, & Sarkadi, 2012).

Cette recension des écrits permet tout de même de dégager quelques besoins qui sont spécifiques aux pères (Castle et al., 2008; Doucet et al., 2012; Letourneau et al., 2012; Svensson et al., 2006). Il est question ici d'une écoute attentive en cas de difficultés, d'accès à des lieux et des activités permettant d'évacuer le trop-plein émotionnel, d'assistance pour réaliser certaines tâches domestiques et d'obtention d'information adaptée sur la dépression postpartum. De plus, il y est noté que l'information offerte aux parents ne tient pas suffisamment compte de l'expérience et des besoins spécifiques des pères (Castle et al.; Svensson et al.).

Comme le dénotent Dubeau et al. (2010), les besoins des pères sont encore méconnus, et le réseau social, formel, semi-formel ou informel, peine à s'organiser pour y

répondre. Cette méconnaissance de la vulnérabilité des pères est alimentée par l'existence de paradigmes contradictoires. Dans l'un, le père y est décrit comme « pareil à la mère ». Il est alors perçu comme ayant les mêmes besoins que celle-ci, et donc, nécessitant une même forme de soutien (de Montigny et al., 2009). Il n'y a alors pas lieu d'explorer son expérience spécifique, ni de définir une réponse particulière à ses besoins. L'autre courant définit le père comme étant « différent de la mère » et insiste alors sur les différences qui existent entre les mères et les pères à cet égard (de Montigny, Devault, Este, & Fleurant, 2011), et donc, d'une nécessaire adaptation d'une réponse à ses besoins. Un troisième courant préconise que les pères sont à la fois pareils et différents des mères, tant dans leur expérience, leurs besoins, que la réponse requise pour ceux-ci (Buckelew, Pierrie, & Chabra, 2006; Gagnon & Paquette, 2009; Gervais, de Montigny, & Lacharité, 2012). Ce courant invite à une exploration du vécu de chaque parent, comme individu et comme couple, afin de mieux saisir les différences et similitudes, et de définir une réponse appropriée à chacun. Il reste donc beaucoup à faire pour comprendre le phénomène dans toute sa complexité. Ce faisant, il serait opportun de poursuivre des recherches afin de considérer les composantes de vulnérabilité permettant de définir une réponse de soutien appropriée aux besoins non comblés des pères et des mères.

#### **4.4 La nécessaire harmonisation du soutien**

Enfin, cette recension des écrits met en évidence que les conditions de vulnérabilité parentale sont diversifiées et imbriquées les unes avec les autres. Un même parent peut présenter plus d'une composante de vulnérabilité, ce qui exige que le soutien social soit harmonisé de manière à répondre à un ensemble de conditions de vulnérabilité parentale. Plusieurs sources de soutien ont été mentionnées dans les études analysées, que ce soit celui de l'autre parent, de la famille, des amis, des collègues, ou encore, celui de ressources semi-formelles (organismes communautaires et bénévoles), et parfois même formelles (services professionnels). Souvent, les mères semblent trouver l'accompagnement qu'elles désirent auprès de pairs ou de mentors vivant ou ayant vécu une expérience similaire à la leur. Il est possible que cette forme de soutien social comble un vide laissé par la disparition ou la transformation de configurations plus anciennes

d'aide, offertes auparavant par les grands-mères et autres femmes de la parenté étendue (Fortin & Gagnon, 2007). Ainsi, plusieurs études, tout en reconnaissant l'importance du réseau informel rapproché (grands-parents, frères et sœurs), font état de ses difficultés à répondre à l'entière et à la particularité des besoins de soutien des nouveaux parents en période postnatale (Börjesson et al., 2004; Darvill et al., 2010; de Montigny et al., 2006; Hanley & Long, 2006; Hogg & Worth, 2009; MacPherson et al., 2010).

Au-delà de la source de soutien, des constantes prédominent. Les mères soulignent leurs besoins d'être écoutées et validées dans leur expérience. Elles déplorent les formes de soutien prescriptives et normatives qui ne prennent pas en compte les particularités de leur expérience et qui, parfois, les infantilisent (Hogg & Worth, 2009; Razurel et al., 2011). Les deux parents demandent un espace pour expérimenter leur rôle de nouveaux parents et développer leurs propres stratégies d'adaptation, ainsi qu'un accompagnement respectueux de ce qu'ils ont envie de vivre, sans jugement (Doucet et al., 2012; Evans et al., 2012; Hess et al., 2010; Letourneau et al., 2012; MacPherson et al., 2010; O'Reilly, 2004; Wilkins, 2006).

En ce sens, et comme l'ont souligné d'autres auteurs (Small, Taft, & Brown, 2011), il apparaît clairement qu'il est nécessaire de faire cohabiter plusieurs stratégies de soutien, une seule approche ne pouvant répondre à l'ensemble des conditions de vulnérabilité parentale. La recension des écrits présentée ici permet de constater l'intensité des besoins ressentis par les nouveaux parents ainsi que les difficultés des réseaux familiaux et sociaux restreints à y répondre totalement. Elle met en lumière la demande d'aide à l'égard des réseaux semi-formels au sein desquels les parents peuvent espérer un accompagnement souple, de proximité, par des personnes qui partagent une expérience similaire à la leur.

L'une des forces de cette recension des écrits est d'avoir démontré comment le soutien social semi-formel est incontournable pour répondre aux besoins des parents en période postnatale. Il serait toutefois pertinent de poursuivre des recherches visant une meilleure harmonisation des réseaux informels et semi-formels avec le soutien formel,

relevant notamment des services professionnels de la santé et des services sociaux. Cette harmonisation soulève d'importants défis, que ce soit en termes de ressources, de financement ou d'échange d'information. À cela s'ajoute l'enjeu de l'établissement d'un lien de confiance entre les professionnels, les parents et leurs proches, ainsi qu'avec les intervenants des milieux communautaires. Qu'on en parle en termes d'intégration des services (Rodrigès & des Rivières-Pigeon, 2007), de collaborations intersectorielles (Milbourne, 2009; Proulx, Bourque, & Savard, 2007) ou parfois même de soins centrés sur la personne (Starfield, 2011), la reconnaissance des multiples conditions de vulnérabilité en période périnatale requiert une concertation visant l'harmonisation des différentes formes de soutien existantes.





## Conclusion

Cette recension des écrits est la première à s'intéresser aux conditions de vulnérabilité susceptibles de toucher l'ensemble des mères, des pères et des familles en situation périnatale, quelle que soit leur situation socioéconomique préalable. La perspective théorique adoptée permet de considérer la période périnatale comme une étape de transition importante susceptible de générer un état de vulnérabilité chez tout parent, même en l'absence de facteurs de risque reconnus. La notion de « conditions de vulnérabilité » et celle de « besoins non comblés », qui ont pour effet de générer un état de vulnérabilité selon Rogers (1997) et Lessick et al. (1992), ont servi de cadre de référence à cette analyse.

La sélection des publications pertinentes s'est effectuée en ciblant celles qui s'intéressaient aux conditions de vulnérabilité en période périnatale en les liant à des formes de soutien social postnatal informel (amis, membres de la famille, voisinage) ou semi-formel (organismes communautaires, secteur bénévole). Cette stratégie fut adoptée afin d'assurer la cohérence des résultats en regard des objectifs poursuivis par l'étude dans laquelle s'inscrit cette recension des écrits, soit l'évaluation des services de relevailles offerts par les centres de ressources périnatales du Québec.

De même, les études qui traitaient de conditions particulières de vulnérabilité induites par la réalité de la grossesse, de l'accouchement ou de l'arrivée d'un nouveau-né (par exemple, la dépression ou la psychose postpartum) ont été incluses, puisque celles-ci font partie de l'expérience de nombreux parents. Enfin, la démarche de recension intégrative privilégiée a permis d'inclure différents types de devis de recherche et ainsi, de bénéficier des apports d'études qualitatives et d'études quantitatives et de mettre leurs résultats en relation lorsque c'était possible.

Le cadre de référence analytique adapté de Lessick et al. (1992) et de Rogers (1997) a permis de regrouper les conditions de vulnérabilité en quatre grandes catégories (biologiques, psychologiques, sociales et cognitives). À chacune de ces conditions sont associées des composantes qui viennent préciser les angles par lesquels survient la vulnérabilité en période périnatale.

Les résultats démontrent que les conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité sont davantage documentées que le sont les conditions biologiques lorsqu'il est question de soutien social informel ou semi-formel. Ils démontrent également que la transition à la parentalité est une expérience parentale intense, porteuse de nombreuses conditions de vulnérabilité et génératrice de besoins multiples. Par ailleurs, la transition à la paternité comporte des conditions de vulnérabilité distinctes et peu documentées. Enfin, il apparaît que le soutien doit être harmonisé afin de répondre à un ensemble de conditions de vulnérabilité parentale diversifiées et imbriquées les unes avec les autres. Cette recension des écrits démontre la pertinence de poursuivre des recherches visant l'harmonisation des réseaux informels et semi-formels avec le soutien formel. Cette harmonisation soulève d'importants défis, que ce soit en termes de ressources, de financement ou d'échange d'information.

## Références

- Abriola, D. V. (1990). Mothers' perceptions of a postpartum support group. *Maternal-Child Nursing Journal*, 19(2), 113-134. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1992148603&lang=fr&site=ehost-live>
- Barnes, M., Pratt, J., Finlayson, K., Courtney, M., Pitt, B., & Knight, C. (2008). Learning about baby: what new mothers would like to know. *Journal of Perinatal Education*, 17(3), 33-41. doi: 10.1624/105812408X329584
- Börjesson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 588-594. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02950.x
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-time fathers' study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 718-725. doi: 10.1080/00048670701517959
- Brotherson, S. E. (2007). From partners to parents: couples and the transition to parenthood. *International Journal of Childbirth Education*, 22(2), 7-12. Récupéré de <http://www.ag.ndsu.edu/pubs/yf/famsci/fs604.pdf>
- Buckelew, S. M., Pierrie, H., & Chabra, A. (2006). What fathers need: a countywide assessment of the needs of fathers of young children. *Maternal and Child Health Journal*, 10(3), 285-291. doi: 10.1007/s10995-005-0014-6
- Castle, H., Slade, P., Barranco-Wadlow, M., & Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3), 180-194. doi: 10.1080/02646830701691319
- Clemmens, D. (2003). Adolescent motherhood: a meta-synthesis of qualitative studies. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(2), 93-99. doi: 10.1097/00005721-200303000-00010
- Cronin, C. (2003). First-time mothers – identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 260-267. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003080160&lang=fr&site=ehost-live>
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-377. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.006
- de Montigny, F., Devault, A., Este, D., & Fleurant, A. (2011). Nursing students' perceptions of their experiences with fathers during their family nursing clinical practicum. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(4), 649-657. doi: 10.1590/S0104-07072011000400002
- de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., & Dubeau, D. (2010). À la rencontre des parents: des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 1-5. Récupéré de <http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/vol6no2.php>
- de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Quéniart, A., Dubeau, D., Miron, J.-M., Fleurant, A., Gervais, C., Dragon, J.-F., Este, D., St-Amand, N., Bélanger, J.-M., & Lozier, F. (2009). L'enseignement des enjeux de la paternité dans les

- universités canadiennes. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 15(1), 102-119. doi : 10.7202/029589ar
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Devenir père: un portrait des premiers moments. *Enfances, familles, générations*, 3, 40-55. doi: 10.7202/012535ar
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Amyot, E. (2006). The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texte & Contexte Enfermagem*, 15(4), 601-609. doi : 10.1590/S0104-07072006000400008
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Devault, A. (2012). Transition to fatherhood: modeling the experience of fathers of breastfed infants. *Advances in Nursing Science*, 35(3), E11-E22. doi: 10.1097/ANS.0b013e3182626167
- Doucet, S., Letourneau, N., & Blackmore, E. R. (2012). Support needs of mothers who experience postpartum psychosis and their partners. *Journal of Obstetric, Gynecologic & neonatal nursing*, 41, 236-245. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01329.x
- Dubeau, D., Houle, D., Pontbriand, M., & Gauthier, J.-F. (2010). *Théraktion – Défi Hors piste, une approche novatrice pour rejoindre les hommes*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Evans, M., Donelle, L., & Hume-Loveland, L. (2012). Social support and online postpartum depression discussion groups: a content analysis. *Patient Education and Counseling*, 87, 405-410. doi: 10.1016/j.pec.2011.09.011
- Fletcher, R., & St George, J. (2011). Heading into fatherhood--nervously: support for fathering from online dads. *Qualitative Health Research*, 21(8), 1101-1114. doi: 10.1177/1049732311404903
- Fortin, A., & Gagnon, É. (2007). Familles en mutation. Dans H. Dorvil. (Ed.), *Problèmes sociaux Tome III : Théories et méthodologies de la recherche*, (pp. 231-248). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gagnon, M.-N., & Paquette, D. (2009). La coparentalité dans le système familial. Dans D. Dubeau, A. Devault et G. Forget. (Eds), *La paternité au XXIe siècle* (pp. 123-152). Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Gervais, C., de Montigny, F., & Lacharité, C. (2012). Intervenir auprès des pères: L'Initiative Amis des Pères au sein des familles. Dans de Montigny, F., Devault, A., Gervais, C. (Eds). *La naissance d'une famille: accompagner les parents et leurs enfants en période périnatale*. Chenelière Éducation.
- Gottlieb, L. N., & Mendelson, M. J. (1995). Mothers' moods and social support when a second child is born. *Maternal-Child Nursing Journal*, 23(1), 3-14. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=flh&AN=MED-7791380&lang=fr&site=ehost-live>
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 458-466. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., MacNevin, R., & Nelson, M. A. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse*, 31(1), 57-70. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19117501>

- Hanley, J., & Long, B. (2006). A study of welsh mothers' experiences of postnatal depression. *Midwifery*, 22, 147-157. doi: 10.1016/j.midw.2005.08.004
- Hess, R. F., Weinland, J. A., & Beebe, K. (2010). 'I am not alone'- A survey of women with peripartum cardiomyopathy and their participation in an online support group. *Computers, Informatics, Nursing*, 28(4), 215-221. doi: 10.1097/NCN.0b013e3181e1e28f
- Hogg, R., & Worth, A. (2009). What support do parents of young children need? A user-focused study. *Community Practitioner*, 82(1), 31-34. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=flh&AN=40208721&lang=fr&site=ehost-live>
- Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Points saillants sur certains indicateurs de 2009-2010 relatifs à l'accouchement au Canada*. Récupéré de [https://secure.cihi.ca/free\\_products/quickstats\\_childbirth\\_2009\\_10\\_highlight\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/quickstats_childbirth_2009_10_highlight_fr.pdf)
- Institut de la statistique du Québec (2012). *Données démographiques*. Récupéré de [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn\\_decés/index.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/index.htm)
- Kanotra, S., D'Angelo, D., Phares, T. M., Morrow, B., Barfield, W. D., & Lansky, A. (2007). Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) survey. *Maternal and Child Health Journal*, 11, 549-558. doi: 10.1007/s10995-007-0206-3
- Kearns, R. A., Neuwelt, P. M., Hitchman, B., & Lennan, M. (1997). Social support and psychological distress before and after childbirth. *Health and Social Care in the Community*, 5(5), 296-308. Récupéré de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=df986f66-c613-4c38-8b12-a50f1f9524e2%40sessionmgr111&vid=1&hid=128&bdata=Jmxhbmc9ZnImc210ZT1laG9zdC1saXZl#db=flh&AN=MRB-FSD0074675>
- Kurtz Landy, C., Sword, W., & Ciliska, D. (2008). Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 8, 1-9. doi: 10.1186/1472-6963-8-203
- Leahy Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=flh&AN=MED-15882364&lang=fr&site=ehost-live>
- Leahy Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 388-397. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S., & Halstead, L. (1992) Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 6(3), 1-14. Récupéré de [http://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/1992/12000/Vulnerability\\_A\\_conceptual\\_model\\_applied\\_to.3.aspx](http://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/1992/12000/Vulnerability_A_conceptual_model_applied_to.3.aspx)

- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C. L., Rinaldi, C. M., & Stoppard, J. (2007). Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & neonatal nursing*, 36, 441-449. doi: 10.1111/J.1552-6909.2007.00174.x
- Letourneau, N., Panagiota, D., Tryphonopoulos, P., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Benzies, K., Dennis, C. D., & Joschko, J. (2012) Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 69-80. doi: 10.1097/JPN.0b013e318241da87
- Logsdon, C., Birkimer, J. C., Ratterman, A., Cahill, K., & Cahill, N. (2002) Social support in pregnant and parenting adolescents: research, critique, and recommendations. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15(2), 75-83. Récupéré de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=5da0271a-3395-489e-ba61-47da5343b0e1%40sessionmgr114&vid=1&hid=128&bdata=Jmxhbm9ZnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2002132591>
- MacPherson, K., Barnes, J., Nichols, M., & Dixon, S. (2010). Volunteer support for mothers with new babies: perceptions of need and support received. *Children & Society*, 24, 175-187. doi: 10.1111/j.1099-0860.2009.00227.x
- Milbourne, L. (2009). Remodelling the third sector: advancing collaboration or competition in community-based initiatives? *Journal of Social Policy*, 38(2), 277-297. doi: 10.1017/S0047279408002845
- Moran, P., Ghate, D., & van der Merwe, A. (2004). *What works in parenting support? A review of the international evidence*. London: Department for Education and Skills.
- Moran, C. F., Holt, V. L., & Martin, D. P. (1997). What do women want to know after childbirth? *BIRTH*, 24(1), 27-34. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1997020014&lang=fr&site=ehost-live>
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2012). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal-Child Nursing Journal*, 17(4), 616-623. doi: 10.1007/s10995-012-1037-4
- Nyström, K., & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319-330. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x
- O'Connor, P. (2001). Supporting mothers: issues in a community mothers programme. *Community, Work & Family*, 4(1), 63-85. doi: 1080/136688000200032425
- O'Reilly, M. M. (2004). Achieving a new balance: women's transition to second-time parenthood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & neonatal nursing*, 33, 455-462. doi: 10.1177/0884217504266911
- Phillips, S., & Pitt, L. (2011). Maternal mental health: making a difference. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 23(3), 31-37. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1997020014&lang=fr&site=ehost-live>

- Proulx, J., Bourque, D., & Savard, S. (2007). The government – third sector interface in Québec. *Voluntas, 18*, 293-307. doi: 10.1007/s11266-007-9045-5
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery, 27*, 237-242. doi: 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Rodriguez, C., & des Rivières-Pigeon, C. (2007). A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care, 7*, 1-15. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963469/pdf/ijic2007-200728.pdf>
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing, 26*, 65-72. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x
- Ryan, R. M., Tolani, N., & Brooks-Gun, J. (2009). Relationship trajectories, parenting stress, and unwed mothers' transition to a new baby. *Parenting: Science & Practice, 9*(1-2), 160-177. doi: 10.1080/15295190802656844
- Singer, L. T., Davillier, M., Bruening, P., Hawkins, S., & Yamashita, T. S. (1996). *Family Relations, 45*, 343-350. Récupéré de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1997020014&lang=fr&site=ehost-live>
- Small, R., Taft, A., & Brown, S.J. (2011). The power of social connection and support in improving health: lessons from social support interventions with childbearing women. *BMC Public Health, 11*(Suppl 5), S4, 1-11. doi: 10.1186/1471-2458-11-S5-S4
- Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal, 15*(2), 63-69. Récupéré de <http://www.thepermanentejournal.org/files/Spring2011/PatientCenteredCare.pdf>
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2006). The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *Journal of Perinatal Education, 15*(4), 18-27. doi: 10.1624/105812406X151385
- Whittemore, R. (2005). Combining evidence in nursing research. Methods and implication. *Nursing Research, 54*(1), 56-62. doi: 10.1097/00006199-200501000-00008
- Whittemore, R., & Knafli, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), 546-553. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>
- Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engström, G., & Sarkadi, A. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers: a qualitative study. *The Journal of Perinatal Education, 21*(1), 36-44. doi: 10.1891/1058-1243.21.1.36
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery, 22*, 169-180. doi: 10.1016/j.midw.2005.07.001





## Annexe A : Regroupement des conditions de vulnérabilité

La période périnatale comporte des conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives et de nombreux besoins qui conduisent à une situation complexe de vulnérabilité lorsqu'ils ne sont pas comblés.

### **Conditions biologiques (physiologiques)**

Locomotrice : le mouvement et l'exercice

Restauratrice : le sommeil, le repos et la relaxation

Régulatrice : la fonction endocrinienne, métabolique ou neurale

### **Conditions psychologiques**

Expression de soi : l'affect et l'humeur (émotions)

Conception de soi : l'image corporelle et le concept de soi

Autogestion : l'adaptation

### **Conditions sociales**

Rôle : l'endossement d'un titre ou d'une position particulière

Affiliative : les relations interpersonnelles et d'appartenance

Récréative : les loisirs

Instrumentale : les soins aux enfants, les obligations financières, les tâches domestiques et familiales

### **Conditions cognitives**

Transmission d'information : le langage, la parole et les séquences/processus de la pensée

Entretien de l'information : la conscience, l'attention et la mémoire

Acquisition d'information : la compréhension et l'apprentissage

Utilisation d'information : la résolution de problème et la prise de décision

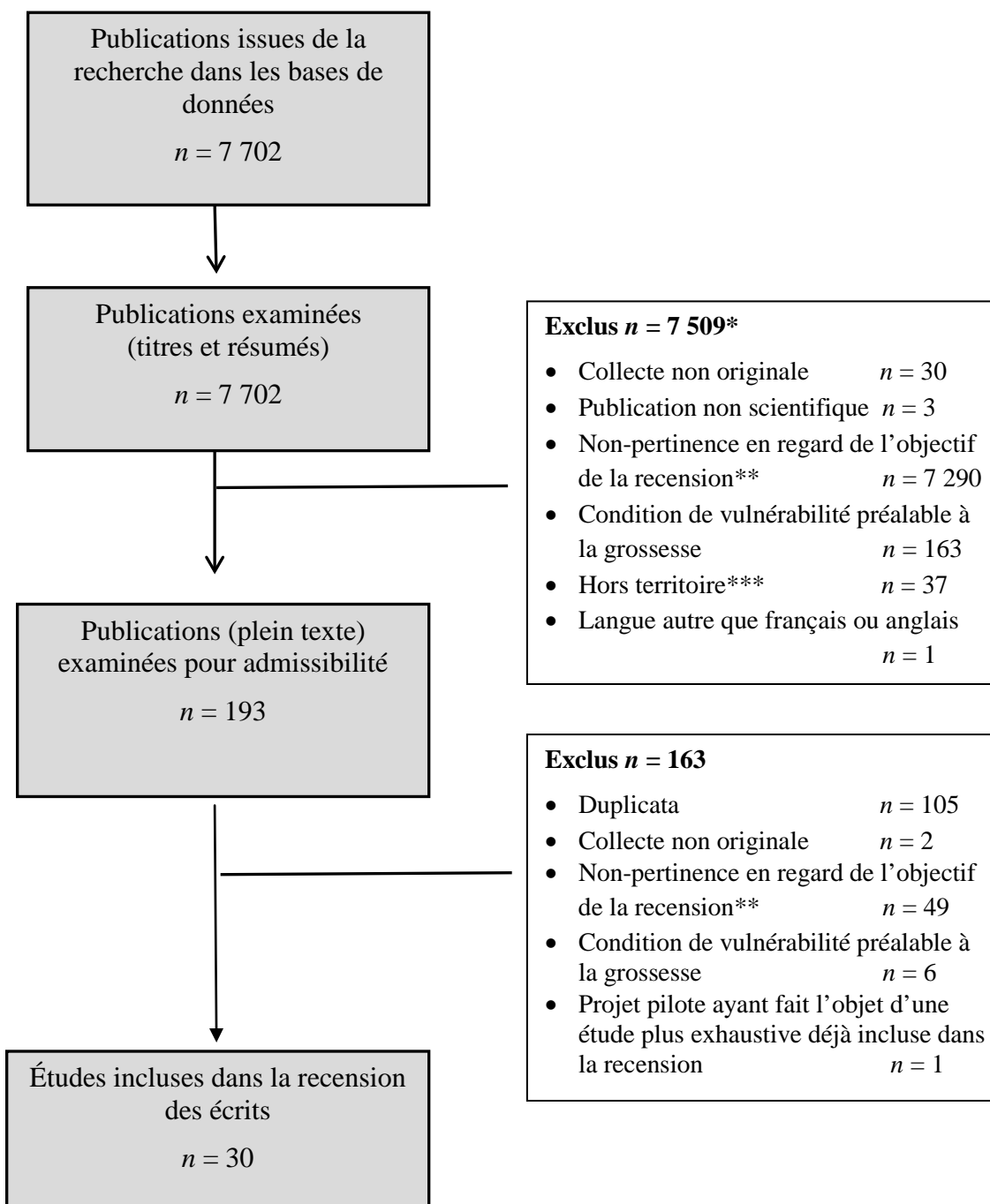


## Annexe B : Plan de concepts de la recherche documentaire

<b>Vulnérabilité</b>	<b>Besoins</b>	<b>Période périnatale</b>	<b>Soutien social</b>	
<i>Vulnerability</i>	<i>Needs</i>	<i>Perinatal (period)</i>	<i>Social support</i>	<i>Community-based social services</i>
<i>Distress</i>	<i>Support needs</i>	<i>Postnatal (period)</i>	<i>Support, psychosocial</i>	<i>Community-based intervention</i>
<i>Emotional</i>	<i>Learning needs</i>	<i>Prenatal (period)</i>	<i>Psychosocial support</i>	<i>Community-based programmes</i>
<i>distress</i>	<i>Information needs</i>	<i>Antenatal (period)</i>	<i>Family support</i>	<i>Community-based preventive</i>
<i>Maternal distress</i>	<i>Needs assessment</i>	<i>Postpartum (period)</i>	<i>Informal support</i>	<i>programmes</i>
<i>Psychological</i>	<i>Family assessment</i>	<i>Peripartum</i>	<i>Volunteer support</i>	<i>Community workers</i>
<i>distress</i>	<i>Family needs</i>	<i>Prenatal care</i>	<i>Non professional support</i>	<i>Community health workers</i>
<i>Psychological</i>	<i>Human needs</i>		<i>Support services</i>	<i>Community volunteers</i>
<i>factors</i>	<i>Basic needs</i>	<i>Mothers</i>	<i>Social networks</i>	<i>Home care</i>
<i>Social isolation</i>	<i>Personal needs</i>	<i>Fathers</i>	<i>Community networks</i>	<i>Home care services</i>
<i>Adjustment</i>	<i>Health services needs</i>	<i>Expectant mothers</i>	<i>Support networks</i>	<i>Home visits</i>
<i>disorders</i>	<i>and demand</i>	<i>Expectant fathers</i>	<i>Community support</i>	<i>Home nursing</i>
		<i>Expectant parents</i>	<i>Community groups</i>	<i>Volunteers</i>
		<i>New parents</i>	<i>Social groups</i>	<i>Voluntary</i>
		<i>First-time mothers</i>	<i>Support groups</i>	<i>Volunteer service</i>
		<i>First-time fathers</i>	<i>Self-help</i>	<i>Voluntary associations</i>
		<i>Parenting</i>	<i>Self-help groups</i>	<i>Voluntary organizations</i>
		<i>Mothering</i>	<i>Community</i>	<i>Voluntary health agencies</i>
		<i>Fathering</i>	<i>Community resources</i>	<i>Volunteer workers</i>
		<i>Parenthood</i>	<i>Community care</i>	<i>Volunteer workers</i>
		<i>Motherhood</i>	<i>Community programs</i>	<i>Volunteer workers in social</i>
		<i>Fatherhood</i>	<i>Community organization</i>	<i>service</i>
		<i>Childbearing</i>	<i>Community services</i>	<i>Paraprofessional</i>
		<i>Childbirth</i>	<i>Community support programs</i>	<i>Paraprofessional workers</i>
		<i>Birth</i>	<i>Community health programs</i>	<i>Informal sector</i>
		<i>Pregnancy</i>	<i>Health care services</i>	<i>Non-profit sector</i>
		<i>Pregnant women</i>	<i>Community health services</i>	<i>Non-profit organizations</i>
			<i>Community information services</i>	



## Annexe C : Organigramme de sélection des études



\*La somme des publications exclues selon les différents motifs excède le nombre total de publications exclues parce qu'une publication peut avoir été rejetée pour plusieurs raisons.

\*\* Non-pertinence : publications qui ne concernent pas les conditions de vulnérabilité ET le soutien social postnatal informel ou semi-formel.

\*\*\* Résultats d'une recherche réalisée hors de l'Amérique du Nord, de l'Europe ou de l'Océanie.



## Annexe D : Tableau synthèse de la littérature

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Abriola (1990) États-Unis	Identifier les facteurs qui contribuent au maintien de la participation à un groupe de soutien postpartum tels que perçus par les femmes qui y participent.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Période postnatale comme période de crise (LeMasters, 1957) et de transition (Rubin, 1961, 1975, 1977, 1984)	Étude qualitative descriptive transversale  Entretiens individuels semi- structurés  Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) avoir participé à au moins une rencontre du groupe de soutien en tant que participantes ou animatrices (n=13).  Participantes : 12 mères (10 participantes et deux animatrices du groupe) âgées de 30 à 42 ans et ayant entre 1 et 3 enfants.	Quatre principaux facteurs de maintien ont été identifiés : a) le soutien reçu et le réconfort; b) les savoirs, l'expérience et l'engagement de l'animatrice du groupe; c) l'aide obtenue dans le processus de transition vers la maternité; d) l'opportunité d'être en contact avec d'autres enfants du même âge que le sien.



Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Barnes et al. (2008) <i>Australie</i>	Explorer les besoins de soutien et d'information ressentis par les nouvelles mères d'un premier enfant et évaluer si elles se sentent bien préparées à assumer leurs nouvelles responsabilités.	Besoins non comblés  Conditions biologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel  Besoins (outil de mesure développé par les auteurs)	Aucun	Étude mixte descriptive transversale  Questionnaire téléphonique et entretiens collectifs  Analyses statistiques descriptives et analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) participer au projet d'évaluation d'un nouveau modèle de soin au centre de santé communautaire pour enfants de Brisbane; 2) être la mère d'un premier enfant; 3) ne pas présenter de facteurs de risque (violence familiale, maladie mentale, consommation, enfants de petits poids, prématurés ou malades).  Participant(e)s : 151 nouvelles mères rejointes 3 mois après l'accouchement (questionnaire téléphonique) et 8 nouvelles mères rejointes 7 à 9 mois après l'accouchement (entretiens collectifs). L'âge moyen des mères est de 32 ans.	Les participant(e)s ont rapporté avoir recherché de l'information auprès de multiples sources lors de la grossesse. Peu de répondant(e)s se sont senties bien préparées à faire face à l'expérience physique et émotionnelle des premières semaines après l'accouchement et aux différents problèmes qui surviennent dans les premiers mois de la vie d'un enfant. Les résultats suggèrent que les approches courantes d'information périnatale ne répondent pas aux besoins des mères d'un premier enfant, même chez celles disposant de multiples ressources.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Börjesson et al. (2004) Suède	Décrire l'expérience vécue par les mères lors de la grossesse, de l'accouchement et du retour à la maison et développer de nouvelles connaissances quant au soutien qu'elles reçoivent et aux besoins de soutien qu'elles expriment.	Besoins non comblés  Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel  Sentiment de bien-être pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (questionnaire incluant une échelle de type Likert)	Aucun	Étude mixte descriptive transversale  Questionnaire postal autoadministré  Analyses statistiques et analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un bébé en janvier 1997 dans l'une des 60 cliniques visées (n=196); 2) habiter encore la ville visée un an après la naissance; 3) ne pas avoir eu de naissance multiple.  Participant(e)s : 122 mères d'enfants (42 % primipares et 58 % multipares) dont l'âge moyen est de 30 ans.	Les mères ressentent un grand besoin de parler de leur expérience tôt après la naissance et dans les mois qui suivent. La plupart des mères rejointes ont reçu du soutien de leur partenaire. Dans certains cas, des personnes issues du réseau personnel des mères ou du réseau de la santé leur ont apporté un plus grand soutien que leurs propres partenaires. L'étude met en lumière combien il est important pour les nouveaux parents d'être rassurés dans leurs rôles.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Castle et al. (2008) <i>Grande- Bretagne</i>	Déterminer si le soutien social prénatal perçu durant la grossesse est lié à la détresse postnatale et au bien-être et si l'attitude quant à l'expression émotionnelle est liée au soutien social perçu et à la détresse postnatale tant chez les mères que chez les pères.	Ressources personnelles limitées  Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social  Attitude par rapport à l'expression émotionnelle ( <i>Attitudes towards Emotional Expression</i> ); soutien social ( <i>DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire</i> ); détresse durant la grossesse ( <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> ); bien-être ( <i>Well-being Questionnaire</i> ); détresse postnatale ( <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> ).	Aucun	Étude quantitative corrélationnelle longitudinale  Questionnaire autoadministré au troisième trimestre de la grossesse et entre la 6 <sup>e</sup> et la 8 <sup>e</sup> semaine après l'accouchement  Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir participé à l'une des classes prénatales de deux hôpitaux du Yorkshire; 2) être le parent d'un premier enfant; 3) être âgé de 18 ans ou plus; 4) être marié ou cohabiter avec un conjoint; 5) avoir une connaissance suffisante de l'anglais pour répondre adéquatement aux questionnaires; 6) ne pas avoir eu un bébé prématuré ou hospitalisé plus de 48 heures à l'unité des soins spéciaux.  Participants : 86 mères âgées de 30,7 ans en moyenne et 66 pères âgés de 32,9 ans en moyenne.	Les mères et les pères qui estiment bénéficier d'un soutien social élevé en période prénatale rapportent un niveau plus faible de détresse postnatale 6 semaines après l'accouchement. Les parents démontrant des attitudes plus positives à l'égard de l'expression des émotions font état d'un niveau plus élevé de soutien social. Les attitudes à l'égard de l'expression des émotions ne sont pas associées à la détresse postnatale. Le soutien social perçu pourrait être un facteur protecteur tant pour les pères que pour les mères.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Cronin (2003) <i>Irlande</i>	Identifier les besoins, perceptions et expériences des nouvelles mères d'un premier enfant en période postnatale.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité  Soutien social informel	Aucun	Étude qualitative transversale  Entretiens collectifs et individuels non structurés  Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) avoir été contacté par l'un des deux travailleurs sociaux de la communauté; 2) être la jeune mère d'un premier enfant.  Participant(e)s : 13 mères d'un premier enfant âgé de moins de 9 mois; 46 % d'entre elles sont âgées de 18 à 20 ans, 31 % sont âgées de 21 à 25 ans et 15 % sont âgées de moins de 18 ans.	La participation des mères à une classe prénatale est variable. La perception d'avoir été insuffisamment préparées à l'expérience de l'accouchement et de la maternité prédomine. La mère de la nouvelle mère est la figure centrale en matière de soutien émotionnel et pratique. Des problématiques de dépression maternelle, de solitude et de difficultés à déléguer les soins à son enfant ont été rapportées par les mères.
Darvill et al. (2010) <i>Grande-Bretagne</i>	Explorer le processus de transition à la maternité à partir de la perspective des mères et identifier leurs besoins de soutien non comblés.	Besoins non comblés  Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale par théorisation ancrée  Entretiens individuels semi-structurés  Méthode de comparaison constante	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant récemment; 2) avoir plus de 16 ans; 3) ne pas avoir de problème de santé physique ou mentale; 4) avoir eu un enfant en bonne santé; 5) parler l'anglais couramment.  Participant(e)s : 13 femmes âgées de 17 à 39 ans ayant donné naissance à un premier enfant 6 à 15 semaines auparavant.	Trois grands thèmes liés au changement de la perception de soi émergent de l'analyse : 1) le sentiment d'une perte de contrôle sur sa vie dans les semaines suivant la naissance; 2) le besoin de soutien d'un mentor pour guider la transition et normaliser l'expérience vécue; 3) le passage d'un couple à une famille. Les femmes enceintes d'un premier enfant entament leur transition à la maternité tôt en début de grossesse. Elles font face à des périodes difficiles tôt dans la grossesse et après la naissance et mentionnent avoir de multiples besoins de soutien non comblés à cette période, plus particulièrement un besoin de soutien de la part d'autres nouvelles mères.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
de Montigny et al. (2006) Canada	Déterminer quelles sources de soutien sont les plus appréciées par les nouveaux parents durant la période postnatale, quelles en sont les caractéristiques et examiner la nature des relations existant entre les perceptions quant au soutien social reçu, l'efficacité parentale et l'anxiété parentale.	Ressources personnelles limitées  Conditions sociales de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel  Soutien social ( <i>Social Support Questionnaire</i> ); efficacité parentale (version française du <i>Reece's Parent Expectations Survey</i> ).	Perspective écologique du développement humain (Bronfenbrenner et Morris, 1998)	Étude quantitative corrélacionnelle transversale  Questionnaire autoadministré 16 semaines après la sortie de l'hôpital  Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un premier enfant dans l'un des hôpitaux de la région concernée; 2) parler, comprendre et écrire le français; 3) vivre avec l'autre parent de l'enfant; 4) ne pas avoir eu de problème de santé pendant la période postnatale (mère et enfant).  Participants : 160 nouveaux pères et 160 nouvelles mères d'enfants âgés en moyenne de 16 semaines de la région ouest du Québec. L'âge moyen des pères est de 29,9 années et celui des mères est de 27,2.	Le soutien reçu du partenaire est la forme de soutien la plus importante pour les pères et les mères pendant la période postnatale. Les grands-parents maternels jouent également un rôle important. Les professionnels de la santé sont cités comme source importante de soutien. Les proches, amis et collègues de travail ne sont pas considérés comme une source importante de soutien pour les parents. Les analyses multivariées révèlent que le soutien social n'agit pas, pour ces parents, comme un facteur protecteur à l'égard de l'efficacité parentale perçue.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Doucet et al. (2012) <i>Canada et États-Unis</i>	Explorer les besoins et les préférences de femmes atteintes de psychose postpartum et de leurs partenaires en matière de soutien, les façons dont ils perçoivent l'accessibilité aux ressources et les obstacles qu'ils rencontrent.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Il existe différentes formes de soutien social (instrumental, informationnel, émotionnel, affirmationnel) et différentes sources (réseau formel et informel) (Stewart, 2000).	Étude qualitative exploratoire descriptive transversale  Entretiens individuels semi-structurés (par téléphone ou en personne)  Analyse thématique	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) pour les mères, avoir souffert de symptômes psychotiques dans les 4 semaines suivant l'accouchement; 2) avoir obtenu un diagnostic de psychose postpartum par un professionnel; 3) être âgé de 18 ans ou plus au moment du diagnostic; 4) avoir eu ce diagnostic dans les 10 années précédentes; 5) pour les partenaires, avoir eu une relation prolongée avec une mère admissible à l'étude; 6) être âgé de 18 ans au moment du diagnostic de psychose postpartum.  Participants : 9 mères ayant vécu un épisode de psychose postpartum dans les 10 dernières années et 7 de leurs partenaires.	Les couples qui expérimentent une psychose postpartum recherchent auprès des professionnels de la santé des informations sur la maladie et son traitement. Tous les participants de l'étude estiment que les groupes de soutien aident à normaliser l'expérience de la psychose et à briser le sentiment d'isolement. Les participants rapportent que le réseau informel de soutien apporte différentes aides pratiques, mais demeure limité dans sa capacité à soutenir le rétablissement par manque de connaissance de la maladie. Les partenaires demeurent réticents à reconnaître leurs propres besoins et à demander de l'aide des professionnels ou de leur réseau informel.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Evans et al. (2012) <i>Canada</i>	Examiner l'importance pour les femmes atteintes de dépression postpartum du soutien reçu à travers les groupes de discussion en ligne et décrire les diverses formes de soutien qui leur sont offertes.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Typologie des formes de soutien social (émotionnel, informationnel et instrumental) (Kalichman, Sikkema, & Somlai, 1996) et modèle de caractérisation du soutien social lors d'une grossesse (Oakley, 1992).	Étude qualitative transversale  Analyse de contenu dirigée	Échantillonnage non probabiliste : choix de 11 groupes de discussion jugés pertinents à l'étude; sélection de 512 messages liés à l'expérience postnatale et comportant au moins une phrase complète.	Le soutien social est un enjeu important du processus de rétablissement lors d'une dépression postpartum. Les communautés en ligne permettent aux femmes atteintes de dépression postpartum de créer des liens et de bénéficier de soutien émotionnel, informationnel et instrumental. Les professionnels de la santé doivent développer une meilleure compréhension des bénéfices, des limites et des risques potentiels du soutien apporté par les groupes de soutien en ligne afin de mieux répondre aux besoins des femmes.
Gottlieb et Mendelson (1995) <i>Canada</i>	Examiner la relation entre les humeurs et les dimensions du soutien social durant et après la grossesse. Évaluer l'influence du soutien social avant et après la naissance sur les humeurs de la mère en fonction du niveau de stress et de la période périnatale.	Ressources personnelles limitées  Conditions sociales de vulnérabilité  Soutien social informel  Humeurs et fatigue ( <i>The Profile of Moods Support</i> ); soutien social ( <i>Norbeck Social Support Questionnaire</i> et questionnaire construit par les auteurs); stress ( <i>Stress Checklist</i> ).	Le soutien social : a) est multidimensionnel et joue différents rôles dans la modération du stress et des émotions; b) peut agir comme un réducteur de stress ou comme une ressource; c) peut avoir différents effets dépendamment du moment où il est offert.	Étude quantitative corrélationnelle longitudinale  Questionnaire autoadministré (6 à 10 semaines avant la naissance et 5 à 6 semaines après la naissance)  Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) être enceinte d'un second enfant.  Participant : 50 mères enceintes ayant un premier enfant âgé de 28 à 54 mois; l'âge moyen des mères est de 29 ans.	Les humeurs des mères et la fatigue sont associées au soutien en période prénatale et postnatale. Différents types de soutien réalisent différentes fonctions avant et après la naissance. Le soutien donné aux mères doit correspondre à leurs besoins et sera plus efficace s'il est offert au bon moment.

<b>Auteur Année Pays d'origine</b>	<b>But principal de l'étude</b>	<b>Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social</b>	<b>Modèle conceptuel</b>	<b>Approche méthodologique et devis</b>	<b>Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants</b>	<b>Principaux résultats</b>
Haga et al. (2012) <i>Norvège</i>	Explorer comment les mères d'un premier enfant vivent l'expérience de la transition à la maternité afin de mieux comprendre pourquoi certaines mères trouvent cette expérience difficile d'un point de vue émotionnel alors que d'autres la vivent bien.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale  Entretiens individuels semi-structurés  Analyse thématique	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant dans la dernière année.  Participant : 13 mères d'un premier enfant; l'âge des mères varie de 24 à 44 ans.	Deux façons d'appréhender la maternité émergent des entretiens, l'une est qualifiée de « détendue » et l'autre de « contrôlante ». La façon d'appréhender la maternité a une influence sur la façon dont les mères perçoivent la période postnatale, sur leur besoin de maîtriser la situation et sur la façon de vivre émotionnellement cette période. Le soutien social reçu et la gestion de l'allaitement sont des enjeux importants du sentiment de bien-être ou de dépression en période postnatale.
Hanley et Long (2006) <i>Grande-Bretagne</i>	Examiner l'expérience de dépression postpartum de femmes galloises et questionner la détermination sociale de la dépression postnatale.	Ressources personnelles limitées  Conditions biologiques, psychologiques et sociales de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale  Étude de cas fondée sur des entretiens individuels semi-structurés  Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) avoir eu un diagnostic de dépression postpartum dans les trois dernières années (n=30); 2) obtenir un score de 12 ou plus sur une échelle de mesure de dépression (EPDS).  Participant : 10 mères d'un à 3 enfants ayant eu un diagnostic de dépression postnatale dans les 3 dernières années; l'âge des mères varie de 17 à 33 ans.	Les mères avaient des connaissances limitées des effets de la dépression postpartum avant de devenir enceinte et étaient, au départ, peu enclines à partager leurs sentiments. Les pressions économiques obligent les femmes à retourner travailler, leur laissant ainsi disposer de peu de temps de qualité pour leur bébé et leur famille. Le soutien premier qu'étaient autrefois les grands-mères est désormais absent et les mères doivent se tourner vers les services sociaux et les groupes de soutien volontaires.



<b>Auteur Année Pays d'origine</b>	<b>But principal de l'étude</b>	<b>Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social</b>	<b>Modèle conceptuel</b>	<b>Approche méthodologique et devis</b>	<b>Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants</b>	<b>Principaux résultats</b>
Hess et al. (2010) <i>États-Unis</i>	Enquêter auprès des membres d'un groupe de soutien en ligne portant sur la cardiomyopathie périnatale afin de connaître les bénéfices associés à cette participation.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Support social informel et semi-formel  Caractéristiques et bénéfices des groupes de soutien en ligne (outil adapté d'un mémoire de maîtrise)	Aucun	Étude mixte descriptive transversale  Questionnaire par courriel autoadministré  Analyses statistiques et analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) être membre d'un groupe de soutien en ligne portant sur la cardiomyopathie périnatale.  Participants : 12 participantes au groupe de soutien en ligne âgées de 19 à 34 ans.	Le groupe de soutien en ligne est une ressource cruciale pour les femmes vivant avec une cardiomyopathie périnatale. Les principaux bénéfices retirés sont les suivants : obtenir et partager de l'information; échanger leurs histoires de vie; se sentir comprises par d'autres femmes et développer de l'espoir face à la maladie.
Hogg et Worth (2009) <i>Grande-Bretagne</i>	Décrire l'expérience des parents de jeunes enfants quant au soutien reçu afin d'orienter le développement des services qui leur sont destinés.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale  Entretiens individuels et collectifs semi-structurés  Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) être le parent d'un premier enfant; 2) ne pas être suivi par le service de la protection de l'enfance ou avoir un enfant ayant un besoin spécial.  Participants : 25 mères et un père (entretiens collectifs) et 9 couples et 9 mères (entretiens individuels) d'enfants âgés d'environ 2 ½ ans.	Les premiers jours de vie de l'enfant semblent être particulièrement problématiques pour les parents. La confiance en soi, l'expérience de soins antérieure à l'égard de jeunes enfants et la présence d'un réseau social sont désignées par les parents comme des conditions essentielles à une transition à la parentalité réussie. L'isolement social est souligné comme l'une des causes principales de difficultés. L'établissement d'un nouveau réseau social apparaît important pour faciliter l'acquisition de nouvelles compétences parentales et accroître le soutien émotionnel.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Kanotra et al. (2007) <i>États-Unis</i>	Identifier et explorer l'éventail de défis auxquels les femmes font face entre 2 et 9 mois après l'accouchement.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale  Questionnaire autoadministré et questionnaire téléphonique  Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste: 366 commentaires portant sur la période postnatale formulés par 324 femmes de 10 états américains qui ont participé à l'étude <i>Pregnancy Risk Assessment Monitoring System</i> (PRAMS).  Participantantes : 324 répondantes dont une majorité (53,1 %) est âgée de 25 ans ou plus.	Les principaux thèmes qui émergent selon l'ordre d'importance sont : 1) le besoin de soutien social; 2) les enjeux relatifs à l'allaitement; 3) le manque d'éducation relatif aux soins d'un nouveau-né lors du retour à la maison; 4) le besoin d'aide lors d'une dépression postpartum; 5) le besoin ressenti d'un séjour hospitalier plus long après l'accouchement; 6) le besoin d'une assurance maladie maternelle étendue après l'accouchement.
Kearns et al. (1997) <i>Nouvelle-Zélande</i>	Examiner comment la transition à la maternité peut être problématique pour certaines femmes.	Ressources personnelles limitées  Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité  Soutien social informel  Dépression maternelle ( <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> ); contacts sociaux et soutien social reçu (7 items de l'échelle « amis » et 4 items de l'échelle « parenté » du <i>Modified Social Adjustment Scale</i> ).	Cadre conceptuel combinant des éléments de modèles biomédicaux et psychosociaux cherchant à lier le soutien social, la détresse psychologique et la naissance.	Étude quantitative corrélationnelle longitudinale  Entretiens individuels et questionnaire autoadministré  Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir fréquenté une classe prénatale dans la région concernée; 2) ne pas avoir eu un enfant né avant terme.  Participantantes : 83 femmes, dont 55 % sont primipares et 45 % sont multipares.	Durant la grossesse, un faible soutien social de la part du conjoint est associé à de la détresse vécue en période prénatale. En période postnatale, un manque de soutien social de la part des amis et l'âge de la mère sont également liés à de la détresse. La détresse en période prénatale est aussi associée à de la détresse vécue en période postnatale.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Leahy Warren (2005) <i>Irlande</i>	Explorer la relation entre le soutien social dont bénéficient les jeunes mères et leur confiance en elles concernant les soins à donner à leur enfant et identifier les sources de soutien des jeunes mères en période postnatale.	Ressources personnelles limitées  Conditions sociales de vulnérabilité  Soutien social informel  Confiance (outil développé par les auteurs); soutien social (questionnaire incluant une échelle de type Likert).	Théorie des échanges sociaux (Blau, 1964, Homans, 1961) et théorie de l'auto-efficacité (Bandura, 1969, 1995). Le soutien social est conceptualisé en termes d'éléments structuraux et fonctionnels étroitement liés entre eux (House, 1981).	Étude quantitative descriptive corrélationnelle transversale  Questionnaire autoadministré  Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) avoir donné naissance à un premier bébé dans l'une des deux maternités du sud de l'Irlande au cours d'une période déterminée.  Participant(e)s : 99 mères d'un premier enfant dont 26 % ont entre 27 et 30 ans et 23 % ont entre 18 et 22 ans.	Le soutien de rétroaction et le soutien informationnel sont liés à la confiance des mères dans leur capacité à prendre soin de leur enfant. Les personnes les plus significatives à l'égard du soutien de validation pour les nouvelles mères sont leurs conjoints et leurs mères. Les infirmières et les mères constituent les sources de soutien informationnel des nouvelles mères.
Leahy Warren et al. (2011) <i>Irlande</i>	Examiner la relation entre le soutien social, la perception d'auto-efficacité maternelle et la dépression postnatale chez les mères six semaines après l'accouchement.	Ressources personnelles limitées  Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité  Soutien social informel  Soutien social (questionnaire développé par les auteurs); sentiment d'efficacité maternelle ( <i>Perceived Maternal Parental Self-Efficacy</i> ); dépression postnatale ( <i>Edinburgh postnatal Depression Scale</i> ).	Théorie des échanges sociaux (Blau, 1964, Homans, 1961) et théorie de l'auto-efficacité (Bandura, 1969, 1995). Le soutien social est conceptualisé en termes d'éléments structuraux et fonctionnels étroitement liés entre eux (House, 1981).	Étude quantitative descriptive corrélationnelle transversale  Questionnaire postal autoadministré  Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) être la mère d'un premier enfant; 2) être âgée de 18 ans ou plus; 3) avoir eu une grossesse et un accouchement à terme sans complication; 4) ne pas avoir eu une naissance multiple; 5) ne pas avoir eu un bébé hospitalisé; 6) avoir l'anglais comme langue maternelle; 7) être d'origine caucasienne.  Participant(e)s : 410 mères dont 33,6 % sont âgées entre 31 et 35 ans et 30,1 % sont âgées entre 27 et 30 ans.	Une relation significative a été trouvée entre les dimensions fonctionnelles du soutien social et la dépression postpartum; entre le soutien social informel et la dépression postpartum; entre la perception d'auto-efficacité maternelle et la dépression postpartum et enfin, entre le soutien social informel et l'efficacité maternelle. Les infirmières et les sages-femmes doivent être sensibles à l'importante contribution du soutien social, particulièrement celui provenant de la famille et des amis, à la santé mentale et au bien-être des mères en période postnatale.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Letourneau et al. (2007) Canada	Évaluer les besoins, les ressources, les obstacles et les préférences de mères en situation de dépression postpartum à l'égard du soutien postnatal.	Besoins non comblés  Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative exploratoire et descriptive transversale  Entretiens individuels et entretiens collectifs semi-structurés  Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) avoir été affectée par des symptômes de dépression postpartum dans les 2 années précédentes; 2) avoir eu ces symptômes dans les 12 semaines suivant la naissance; 3) avoir eu ces symptômes pendant plus de 2 semaines; 4) avoir eu des symptômes qui affectent sa capacité à prendre soin d'elle-même ou de ses enfants.  Participant(e)s : 41 mères (entretiens individuels) et 11 mères (entretiens collectifs); l'âge moyen est de 31 ans.	Plusieurs mères préfèrent bénéficier d'un soutien individuel au moment du diagnostic postnatal. Les groupes de soutien sont préférés par les mères lorsqu'elles commencent à se sentir mieux et se sentent à l'aise d'interagir avec d'autres mères dans un contexte de groupe. Ces préférences en matière de soutien doivent être prises en compte par les organismes publics concertés.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Letourneau et al. (2012) Canada	Décrire l'expérience vécue par les pères dont la conjointe est atteinte de dépression postpartum et identifier leurs besoins et leurs préférences en matière de soutien.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Notion de soutien social proposée par Stewart, Cohen et Wills (1985) qui établit une relation entre les événements stressants qui surviennent, les stratégies d'adaptation adoptées, le bien- être psychologique et le soutien social.	Étude qualitative exploratoire et descriptive transversale  Entretiens individuels téléphoniques semi- structurés  Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) être le conjoint d'une femme ayant expérimenté un épisode de dépression postpartum dans les 10 dernières années; 2) être capable de lire, d'écrire et de parler l'anglais; 3) être âgé de 18 à 59 ans; 4) être en relation continue avec une dyade mère-enfant qui a été affectée par la dépression postpartum; 5) être le père biologique, adoptif ou le beau-père de l'enfant en question.  Participants : 40 pères issus de de différentes provinces canadiennes dont l'âge varie entre 23 et 46 ans.	Les pères souhaitent recevoir du soutien social tant du réseau formel (professionnels) que du réseau informel (amis et familles) et estiment que le soutien idéal doit inclure un éventail de sujets, notamment de l'information sur la dépression postpartum et de l'aide concrète sur la façon d'interagir avec leur conjointe. Les pères rapportent que le programme de soutien doit chercher à couvrir l'ensemble des besoins, de la façon la plus accessible et la plus souple possible, compte tenu des fonds disponibles.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
MacPherson et al. (2010) <i>Grande- Bretagne</i>	Évaluer si le programme <i>Home-Start</i> répond aux besoins des nouvelles mères, déterminer ce qu'elles apprécient de ce type de soutien semi-formel et identifier les difficultés rencontrées (volet qualitatif d'une étude d'intervention randomisée).	Besoins non comblés  Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale  Entretiens individuels semi-structurés  Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) fréquenter un centre de soins prénatal; 2) avoir 18 ans ou plus; 3) comprendre et parler l'anglais; 4) vivre en dehors d'une région où le programme <i>Sure Start</i> est offert; 5) obtenir un score de 9 ou plus sur une échelle de défavorisation (faible revenu, famille monoparentale, voisinage défavorisé, sans qualification) (n=527).  Participant·es : 55 mères dont 23 ont reçu des visites du programme <i>Home-Start</i> , 13 ont refusé les visites et 19 à qui les visites n'ont pas été proposées.	La plus grande part du soutien reçu par les mères provient de sources informelles telles que la famille ou les amis. Une plus petite part du soutien provient des professionnels. Les mères qui ont participé au programme <i>Home-Start</i> mentionnent en avoir retiré différents bénéfices, dont celui d'avoir reçu de l'aide pratique plutôt que d'avoir eu à en demander aux proches. Les difficultés identifiées au programme par les mères sont liées à son caractère volontaire et à des problèmes administratifs. Les programmes volontaires sont importants pour compléter le soutien informel et formel, mais doivent être l'objet d'une bonne planification.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Moran et al. (1997) États-Unis	Étudier les prédicateurs du désir de recevoir plus d'information à propos de 18 soins personnels et à l'enfant, sept semaines après l'accouchement, chez les femmes primipares et multipares en relation avec les classes prénatales, le séjour écourté à l'hôpital et autres variables.	Besoins non comblés  Conditions cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel  Analyse secondaires des données du <i>Statewide Obstetrical Review and Quality System Patient Assessment Survey</i>	Aucun	Étude quantitative corrélationnelle transversale  Questionnaire postal autoadministré ou entrevue téléphonique  Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de type accidentel  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant dans l'un des trois hôpitaux visés par l'étude; 2) ne pas avoir eu de naissance multiple; 3) ne pas avoir eu un enfant admis au centre intensif de soin néonatal ou transféré à un autre hôpital après la naissance.  Participant(e)s : 1 161 femmes (540 primipares et 621 multipares), dont 62 % sont âgées de 25 à 34 ans.	Les trois quarts des femmes auraient souhaité davantage d'information sur au moins un sujet et les plus hauts pourcentages concernent : l'exercice, la diète et la nutrition; s'occuper des autres enfants; reconnaître la maladie chez l'enfant. Les primipares et multipares qui désirent le plus d'information sont âgées de moins de 25 ans et bénéficient d'un soutien social moindre. De plus, les multipares qui font état de besoins d'information non comblés ont un niveau d'éducation plus faible et ont eu un temps de séjour plus court à l'hôpital. L'éducation prénatale reçue n'est pas liée au désir de recevoir plus d'informations en période postnatale.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Negron et al. (2012) <i>États-Unis</i>	Explorer les conditions qui facilitent et qui contraignent le recours à diverses formes de soutien social parmi un groupe diversifié de mères.	Besoins non comblés  Conditions biologiques, psychologiques et sociales de vulnérabilité  Soutien social informel	Aucun	Étude qualitative transversale  Entretiens collectifs semi-structurés  Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion: 1) avoir participé à une étude d'intervention randomisée sur la dépression postpartum.  Participant(e)s : 33 mères d'un enfant âgé entre 6 et 12 mois; l'âge moyen des mères est de 31 ans et leur origine ethnique est variée.	Toutes les femmes interrogées ont identifié le soutien instrumental comme une condition essentielle à leur rétablissement physique et émotionnel pendant la période postnatale. Un soutien de la part du partenaire et de la famille est souhaité par les mères et devrait être accordé, selon les mères, sans avoir besoin d'en faire la demande. Des différences existent entre différents groupes ethniques quant au soutien reçu du réseau social environnant. Les attentes des mères quant au soutien social pourraient avoir un impact sur leur capacité à mobiliser ce soutien. Identifier les besoins de soutien et les attentes des mères à cet égard est important afin d'assurer le rétablissement des mères après l'accouchement.
O'Connor (2001) <i>Irlande</i>	Examiner les effets d'un programme communautaire de soutien postnatal à partir des perceptions des mères qui en ont bénéficié et des femmes qui ont contribué à sa réalisation.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques, sociales, cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude mixte transversale  Entretiens individuels semi-structurés	Échantillonnage aléatoire simple Critères d'inclusion: 1) avoir reçu au minimum trois visites dans le cadre du programme communautaire évalué (mères qui ont bénéficié).  Échantillonnage non probabiliste volontaire. Critères d'inclusion: 1) avoir contribué à la réalisation du programme (femmes qui y ont contribué).  Participant(e)s : 26 mères qui ont bénéficié du programme et 26 femmes qui y ont contribué.	Le programme est un succès en termes d'impacts perçus sur les femmes qui y contribuent et celles qui en bénéficient parce qu'il procure du soutien et permet de renforcer les liens entre la communauté et les acteurs du secteur volontaire. Cependant, le développement d'un volontariat rémunéré qui perpétue la dépendance économique des femmes entraîne certains questionnements quant à la dévaluation du travail des femmes.



<b>Auteur Année Pays d'origine</b>	<b>But principal de l'étude</b>	<b>Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social</b>	<b>Modèle conceptuel</b>	<b>Approche méthodologique et devis</b>	<b>Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants</b>	<b>Principaux résultats</b>
O'Reilly (2004) <i>États-Unis</i>	Décrire l'expérience d'être mère pour la seconde fois à partir du point de vue des mères.	Besoins non comblés  Conditions biologiques, psychologiques et sociales de vulnérabilité  Soutien social informel	Aucun	Étude qualitative phénoménologique transversale  Entretiens individuels semi- structurés  Méthode phénoménologique de Colaizzi (1978)	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) être marié; 2) avoir un second enfant âgé entre 6 et 24 mois du même conjoint que le premier; 3) parler l'anglais.  Participant : 10 mères d'un second enfant; l'âge des mères varie de 26 à 44 ans.	Les mères considèrent généralement de façon positive l'arrivée d'un second enfant malgré les efforts nécessaires pour en arriver à répondre aux besoins des deux enfants. Sept thèmes communs émergent des entretiens : a) balancer les éléments positifs et négatifs des premières semaines; b) savoir à quoi s'attendre; c) établir une nouvelle routine; d) maintenir la relation maritale; e) prendre une pause; f) rechercher du soutien; g) nourrir les relations entre les membres de la famille.
Phillips et Pitt (2011) <i>Nouvelle- Zélande</i>	Explorer ce qui fait une différence dans le processus de rétablissement de mères vivant une détresse postpartum à partir de leur propre point de vue.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale  Questionnaire autoadministré et entretiens individuels semi- structurés  Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de type accidentel  Critères d'inclusion : 1) avoir répondu à un questionnaire adressé aux femmes ayant utilisé les services d'un centre maternel de santé mentale depuis ses débuts en 2001 à l'exclusion de celles ayant utilisé les services dans les 12 mois précédents (n=25); 2) avoir été sélectionnée au hasard parmi celles ayant répondu au questionnaire.  Participant : 6 mères	Les femmes qui ont participé à l'étude disent avoir retiré des bénéfices du soutien individuel et collectif qui leur a été accordé tout au long de leur médication, mais l'élément qui a été crucial dans leur rétablissement a été le soutien reçu des membres de leur famille et de leurs amis. Alors que domine le discours fondé sur les évidences scientifiques, ces femmes nous apprennent que c'est un soutien sans jugement (inconditionnel) qui les a aidées à se rétablir. Lorsque les femmes n'ont pas accès à un tel type de soutien de la part de leur famille, de leurs amis ou de professionnels, le processus de rétablissement est entravé.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Razurel et al. (2011) Suisse	Étudier les événements perçus comme potentiellement stressants par les mères primipares pendant la période postnatale, le soutien social dont elles bénéficient et les stratégies d'adaptation qu'elles utilisent pour faire face aux difficultés rencontrées.	Besoins non comblés  Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel	Aucun	Étude qualitative transversale  Entretiens individuels semi-structurés  Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un premier enfant à l'unité maternelle de l'hôpital universitaire de Genève entre octobre 2006 et mars 2007 après au moins 37 semaines de gestation; 2) avoir eu une grossesse normale sans pathologie ou hospitalisation; 3) parler français (n=68).  Participant(e)s : 60 femmes d'un premier enfant âgé de six semaines; l'âge moyen des mères est de 31 ans.	Les interactions avec les professionnels des soins constituent une source importante de stress pour les mères au début de la période postnatale. Lors du retour à la maison, le conjoint est considéré comme la source première de soutien social, mais le premier besoin exprimé est celui de soutien matériel. L'allaitement est perçu négativement par les mères et il est possible que ce soit dû à l'écart entre les problèmes rencontrés et l'idéal espéré. Les informations transmises par le personnel médical en période prénatale ne sont pas mises en pratique par les mères en période postnatale. Les mères expriment le besoin d'être accompagnées et conseillées lorsque les problèmes surviennent et regrettent l'absence de soutien postpartum à long terme.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Singer et al. (1996) États-Unis	Étudier la détresse psychologique maternelle, les perceptions quant au soutien social reçu et le stress associé à la parentalité après la naissance d'un enfant de très petit poids.	Ressources personnelles limitées  Conditions sociales de vulnérabilité  Soutien social informel  Soutien social et conjugal reçu par la mère ( <i>Social Isolation</i> et échelle <i>Relationship with Spouse</i> du questionnaire <i>Parenting Stress Index</i> ); détresse psychologique (mesure globale dérivée de l'échelle <i>General Severity Index</i> du questionnaire <i>Brief Symptom Inventory</i> ).	Cadre conceptuel inspiré de Cohen et Will (1985) qui relie la situation de risque reliée à la naissance d'un bébé de petit poids, le soutien social, le sentiment de compétence et la détresse postpartum.	Étude quantitative corrélationnelle transversale  Questionnaires autoadministrés  Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de type accidentel  Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant de petit poids souffrant de dysphasie bronchopulmonaire du prématuré; ou avoir donné naissance à un enfant prématuré de très petit poids ne souffrant pas de dysphasie bronchopulmonaire; ou avoir donné naissance à un enfant à terme; 2) ne pas avoir consommé de drogue durant la grossesse; 3) ne pas souffrir d'un handicap mental ou d'un problème de santé mentale.  Participant(e)s : 193 mères réparties en 3 groupes : 63 mères d'un enfant de petit poids ayant développé la dysphasie bronchopulmonaire; 32 mères d'un enfant de petit poids n'ayant pas développé la dysphasie bronchopulmonaire; 98 mères d'un enfant en santé et à terme.	Comparativement aux mères d'enfants nés à terme, les mères d'enfants de très petit poids ont une incidence plus élevée de détresse psychologique durant la période néonatale, mais ne diffèrent pas quant à leurs perceptions relatives à leur capacité à remplir leur rôle parental, leurs compétences parentales ou leur soutien social. Un soutien social plus faible prédit un niveau plus élevé de stress, mais seulement pour les mères d'un enfant de très petit poids. Les mères ayant un sentiment de compétence parentale faible, mais qui bénéficient d'un bon soutien par leur conjoint, rapportent des niveaux de stress plus faibles.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Svensson et al. (2006) <i>Australie</i>	Explorer les préoccupations et les intérêts de futurs parents et de nouveaux parents et leur transformation au cours de la première année de vie de l'enfant. Vérifier quels sont les processus d'apprentissage qui conviennent le mieux aux parents afin d'ajuster les programmes prénataux en ce sens.	Besoins non comblés  Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative longitudinale  Entretiens de couples, entretiens collectifs, observations participantes et questionnaires  Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) futurs parents ou nouveaux parents d'un premier bébé.  Participants : 205 femmes et leurs partenaires dont l'âge varie de 26 à 34 ans.	Les préoccupations et intérêts des futurs parents et des nouveaux parents d'un premier bébé peuvent être regroupés sous 5 grands thèmes : 1) la perception d'un accomplissement ou d'un échec; 2) la prise de risque; 3) vivre dans des « montagnes russes » émotionnelles ; 4) le besoin de savoir ce qui est normal; 5) le besoin d'aide pour « bien performer » en tant que parents.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
Wilkins (2006) Grande- Bretagne	Comprendre l'expérience des nouvelles mères dans les premières semaines suivant l'accouchement afin d'identifier les formes de soutien qu'elles valorisent au cours de cette période d'adaptation à la maternité.	Besoins non comblés  Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité  Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale par théorisation ancrée  Entretiens individuels semi- structurés  Méthode de comparaison constante	Échantillonnage non probabiliste de volontaires  Critères d'inclusion : 1) avoir donné naissance par voie vaginale à un premier bébé; 2) être retournée à la maison avec un bébé en santé; 3) parler l'anglais; 4) être âgée de 18 ans ou plus.  Participant(e)s : 8 nouvelles mères âgées de 20 à 39 ans d'un enfant d'environ 6 semaines.	Cinq catégories (« d'expert à novice »; « la perte de contact »; « percevoir l'expertise »; « restaurer un équilibre »; « la vie reprend son cours ») révèlent la trajectoire parcourue par les femmes lorsqu'elles délaissent une vie contrôlée et confortable dans lesquelles elles sont expertes, pour le monde inconnu de la maternité. Éventuellement, la pratique concrète de la maternité, le soutien reçu et les connaissances partagées avec d'autres mères vont faciliter le développement des compétences maternelles. Au cours de cette transition, la préoccupation centrale des mères est de développer la confiance et les habiletés leur permettant d'offrir des soins optimaux à leur nouveau-né. « Bien faire » émerge alors comme catégorie centrale.



# Caractéristiques des centres de ressources périnatales (CRP) et de leur programme de relevailles

## Rapport de recherche volet 2

### D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec

**Geneviève Roch**, Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

**Marie-Hélène Deshaies**, Professionnelle de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

**Yvan Comeau**, Professeur titulaire, Faculté des sciences sociales, École de service social, Université Laval, Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique

**Louise Hamelin-Brabant**, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**Roxane Borgès Da Silva**, Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)

**Francine de Montigny**, Professeure titulaire, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles

**Ginette Mbourou Azizah**, Chargée d'enseignement, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

#### Collaborateurs :

**Pamela A.-Lizotte**, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

**Marie-Christyne Élie**, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

**Jonathan Mercier**, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

**Chantale Picard**, Stagiaire IRSC, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

**Emilie Raizenne**, Professionnelle de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

**Christophe Tremblay**, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec, Axe SP-POS

Juin 2014

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien financier :

- d'Avenir d'enfants, via le projet VICTOIRES du Réseau des Centres de ressources périnatales (CRP) du Québec;
- du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source de la façon suivante :

Roch, G., Deshaies, M.-H., Comeau, Y., Hamelin-Brabant, L., Borgès Da Silva, R., de Montigny, F., & Mbourou Azizah, G. (2014). *Caractéristiques des centres de ressources périnatales (CRP) et de leur programme de relevailles. Rapport de recherche volet 2. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec.

ISBN : 978-2-9810983-3-7 (PDF)

Dépôt légal - 2<sup>e</sup> trimestre 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014



## Faits saillants

- Les CRP relèvent à la fois de l'action communautaire et du mouvement de l'économie sociale. Cette configuration hybride leur confère un **fonctionnement misant sur l'action citoyenne, l'apport de bénévoles et de salariées et le croisement de différentes formes économiques** afin de répondre à une diversité de besoins.
- Les bénévoles sont habituellement des parents et des membres de la communauté. Leur implication se rapporte à **dix types d'activités bénévoles** qui contribuent à la gestion et à la réalisation du mandat des CRP, tels qu'organiser des événements, participer à un comité, donner des conseils ou solliciter des fonds.
- Les CRP se présentent à la fois comme des milieux de vie (où l'on peut être), des milieux d'apprentissage (où l'on peut apprendre) et des milieux où sont produites **dix catégories d'activités et de services en périnatalité dont l'offre se veut universelle**. Cinq CRP visent aussi à rejoindre les familles au-delà de la période périnatale.
- Au cours de la période 2011-2012, les neuf CRP étudiés indiquent avoir rejoint, toutes catégories d'activités et de services confondues, 7 925 familles, avec un total de 160 salariées et 774 bénévoles. Ces neuf **CRP réussissent annuellement à rejoindre de nombreuses familles, tout en créant des emplois et en dynamisant l'implication bénévole**. La précarité des statuts d'emploi et le maintien des effectifs en réponse à l'accroissement des besoins des familles demeurent toutefois au cœur des préoccupations des CRP.
- Par leur présence au sein de regroupements, de tables de concertation et de coalitions, ainsi que par les liens qu'ils entretiennent avec les acteurs de différents secteurs, les CRP contribuent à **dynamiser l'environnement au sein duquel ils interviennent**.
- Les CRP ont développé une **structure financière reposant sur des assises multiples** pouvant constituer un élément positif d'autonomisation. Le financement par projet et par entente de services pose toutefois différentes contraintes en regard du maintien de cette autonomie et de l'obligation de prioriser certaines populations.

- Le **programme de relevailles** met l'emphase sur la santé comme un état de bien-être, sur une offre universelle et sur l'importance des influences de l'environnement. Les **cinq composantes** qui le caractérisent sont étroitement liées les unes aux autres : 1) promotion et recrutement; 2) évaluation initiale; 3) visites à domicile; 4) suivi des familles, évaluation de la qualité et de l'adéquation des services; 5) encadrement et formation des assistantes périnatales.
- Le programme de relevailles s'inscrit dans une approche de promotion de la santé, dont les **résultats auprès des familles visent principalement le renforcement des habiletés parentales, le développement des liens d'attachement, l'optimisation de la croissance et du développement des enfants**. Dans certains cas, il visera aussi la prévention d'incidents sociaux ou de santé, tels que la dépression ou la négligence.
- Bien qu'étant animés par une volonté d'accroître le nombre de familles bénéficiant de relevailles, les CRP sont contraints à en limiter l'offre en raison des ressources dont ils disposent. Ce paradoxe soulève l'importance d'identifier des stratégies assurant le **maintien d'une offre universelle et adaptée aux besoins des familles**.
- En 2011-2012, le nombre de familles ayant reçu des relevailles a varié de 31 à 139 selon les CRP. Le nombre de visites à domicile par famille varie quant à lui de 3,6 à 23,2 visites. Au cours de cette période, ce sont 554 familles qui ont bénéficié de 19 789 heures de relevailles à travers 6 541 visites par les neuf CRP étudiés. Les CRP sont confrontés à l'enjeu de **desservir un maximum de familles, en maintenant un nombre et une durée de visite répondant à l'étendue des besoins**.
- **Trois grands facteurs contributifs à la réalisation du programme de relevailles** sont identifiés : 1) la présence d'une **vie démocratique et associative**; 2) l'existence d'une **offre d'activités de groupe** stimulant la demande de relevailles et consolidant l'atteinte des résultats à court terme; 3) **l'adhésion et la participation des CRP à divers regroupements et associations** au plan régional et national contribuant à la reconnaissance des CRP et au renouvellement de leurs pratiques.

## Résumé

**Problématique :** Le Québec compte aujourd'hui dix centres de ressources périnatales (CRP) dont les caractéristiques témoignent d'un secteur en constante évolution. Tous ont maintenu un programme de relevailles prenant la forme de visites de soutien à domicile en période postnatale. Les caractéristiques contemporaines des CRP, de même que celles propres à leur programme de relevailles n'ont toutefois jamais fait l'objet d'une description systématique.

**Objectif :** Deux objectifs sont poursuivis : 1) documenter les caractéristiques des CRP reconnus par le MSSS, en relevant les aspects bénévoles qui s'y rapportent et 2) modéliser les caractéristiques du programme de relevailles mis en œuvre par les CRP.

**Méthode :** C'est par une démarche d'échange d'informations stratégiques que les caractéristiques des neuf CRP à l'étude ont d'abord été documentées. L'adaptation sommaire d'une grille descriptive a permis une analyse rigoureuse et systématique des caractéristiques des CRP. Un modèle logique du programme de relevailles a ensuite été dégagé à partir d'une démarche incluant une dynamique de co-construction.

**Résultats :** La caractérisation des CRP fait ressortir une approche de service qui se veut universelle et des activités complémentaires par lesquelles les familles peuvent obtenir une réponse à de multiples besoins. Pour ce faire, leur fonctionnement mise sur l'action citoyenne et le croisement de différentes formes économiques. La modélisation du programme de relevailles offert par les CRP permet de préciser cinq composantes et les résultats visés, tout en reconnaissant les variations relatives à sa mise en œuvre.

**Conclusion :** Les CRP apparaissent comme des organisations hybrides, relevant à la fois de l'action communautaire et du mouvement de l'économie sociale. Leur programme de relevailles s'inscrit dans une approche de promotion de la santé qui se veut universelle.

**Mots clés :** économie sociale, action communautaire, périnatalité, programme de visite à domicile, soutien social, soutien semi-formel



## Table des matières

Faits saillants.....	i
Résumé.....	iii
Table des matières .....	v
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures .....	ix
Introduction.....	1
1. Concepts et notions d'intérêt .....	5
1.1 Organismes à but non lucratif, action communautaire et économie sociale : définitions et contours.....	5
1.1.1 Les organismes à but non lucratif .....	5
1.1.2 L'action communautaire .....	6
1.1.3 L'économie sociale .....	7
1.2 Centre de ressources périnatales et relevailles.....	8
2. Méthode de recherche .....	11
2.1 Outils et déroulement de la collecte des données .....	11
2.2 Traitement et analyse .....	13
3. Résultats .....	15
3.1 Caractérisation des CRP .....	15
3.1.1 Contexte d'émergence .....	15
3.1.2 Environnement actuel .....	23
3.1.3 Dimension institutionnelle.....	33
3.1.4 Dimension organisationnelle .....	37
3.1.5 Acteurs .....	49
3.2 Modélisation du programme de relevailles.....	58
3.2.1 Un modèle logique pour une définition commune de la mise en œuvre du programme de relevailles.....	58
Conclusion : synthèse et principaux constats .....	79
Les CRP : une réponse originale à des besoins multiples.....	79
Les relevailles : des composantes communes aux variations spécifiques .....	82
Limites et apports de l'étude.....	86
Références.....	89
Annexe A : Liste des documents à acheminer .....	97
Annexe B : Sources documentaires internes.....	99
Annexe C : Sources documentaires externes .....	101
Annexe D : Guide d'entretien .....	103
Annexe E : Grille de collecte des données pour l'étude des activités de l'économie sociale et solidaire.....	105
Annexe F : Grille sommaire.....	107
Annexe G : Grille de vérification .....	111



## Liste des tableaux

Tableau 1 : Territoires couverts par les CRP et RLS correspondants .....	25
Tableau 2 : Densité de population en 2011, pour chacun des territoires d'intervention des CRP .....	26
Tableau 3 : Population totale et répartition selon le sexe en 2011, pour chacun des territoires d'intervention des CRP .....	27
Tableau 4 : Répartition de la population en pourcentage selon la tranche d'âge en 2011, pour chacun des territoires d'intervention des CRP .....	28
Tableau 5 : Nombres et pourcentages des types de familles de recensement en 2011, pour chacun des territoires d'intervention de CRP .....	29
Tableau 6 : Nombre de naissances et taux de natalité en 2011, pour chacun des territoires d'intervention des CRP .....	30
Tableau 7 : Répartition de la population âgée de 25 à 64 ans en pourcentage selon le niveau de scolarité atteint en 2006, pour chacun des territoires d'intervention des CRP .....	31
Tableau 8 : Solde migratoire international en 2011-2012, pour chacun des territoires d'intervention des CRP .....	33
Tableau 9 : Nombre de CRP selon le nombre de familles rejointes en 2011-2012 pour l'ensemble des activités et services .....	38
Tableau 10 : Catégories d'activités et de services en périnatalité offerts par les CRP en 2011-2012 .....	41
Tableau 11 : Catégories d'activités et de services offerts par les CRP en 2011-2012 au-delà de la période périnatale .....	43
Tableau 12 : Classification des principales tâches réalisées par les bénévoles au sein des CRP en 2011-2012.....	52
Tableau 13 : Nombre de CRP selon la proportion de salariées occupant différents statuts d'emploi en 2011-2012.....	54
Tableau 14 : Secteurs d'activités et exemples d'organisations avec lesquelles les CRP ont développé des liens et des ententes.....	66





## Liste des figures

Figure 1 : Nombre de CRP selon leur période de constitution en tant qu'OBNL.....	22
Figure 2 : Nombre de CRP selon la période à laquelle ils ont commencé à offrir des relevailles .....	23
Figure 3 : Taux de faible revenu après impôt des familles en 2010, pour chacun des territoires d'intervention des CRP .....	32
Figure 4 : Nombre de salariées selon le type de postes occupés et leur statut d'emploi en 2011-2012 .....	55
Figure 5 : Modèle logique du programme de relevailles .....	60
Figure 6 : Nombre de CRP bénéficiant de différentes sources de financement pour les relevailles en 2011-2012 .....	62



## **Introduction**

On estime à 88 600 le nombre de naissances au Québec en 2013, soit l'un des nombres les plus élevés depuis les seize années précédentes (Institut de la statistique du Québec, 2014b). D'un point de vue démographique, il s'agit là d'une excellente nouvelle, mais au niveau de l'offre des services, ces naissances soulèvent d'importants enjeux. En effet, la durée moyenne des séjours hospitaliers au moment de l'accouchement a été réduite de 12 % depuis 2005 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011) et avec la pénurie d'effectifs professionnels, le soutien apporté aux parents, au cours et au-delà de la période périnatale, se trouve aussi plus limité. Il est pourtant reconnu que la période périnatale est une situation de transition à travers laquelle différentes conditions de vulnérabilité peuvent compromettre ou fragiliser la santé des familles (Lessick, Woodring, Naber, & Halstead, 1992; Rogers, 1997).

Dans une optique de consolidation des services en périnatalité, il importe de bien cibler l'apport de chacun des acteurs pouvant y contribuer, incluant celui d'entreprises d'économie sociale comme les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Le soutien social que ces organismes dispensent se traduit notamment par un service relevant d'un programme de visite à domicile appelé « relevailles », qui consiste à offrir une assistance familiale dans les premières semaines suivant l'accouchement et parfois même en cours de grossesse, afin d'écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation du quotidien. En vue d'optimiser cette offre de services, il convient non seulement d'en évaluer l'utilisation et la portée, mais aussi de mieux cerner en quoi le soutien qu'elle apporte répond à la vulnérabilité en période périnatale. La réalisation d'une recherche collaborative en trois volets, s'appuyant sur l'intégration de méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives), a été privilégiée pour répondre à ces préoccupations qui sont partagées par les membres du Réseau des CRP. Le premier volet a consisté à produire une recension d'écrits sur la vulnérabilité périnatale, le second vise à caractériser les CRP du Québec et leur programme de relevailles, alors que le troisième a pour objectif d'évaluer l'utilisation des relevailles et leurs retombées auprès des familles.

Le présent rapport fait état des travaux réalisés dans le deuxième volet de cette recherche collaborative. Très peu d'études se sont intéressées jusqu'à maintenant aux caractéristiques des CRP et de leur programme de relevailles. En 2002, dans la foulée de l'évaluation du Plan d'action d'économie sociale (Comeau et al., 2001), cinq CRP<sup>1</sup> ont fait l'objet d'une évaluation qui avait pour but d'examiner leur implantation et leur fonctionnement (Beaudoin et al., 2002). À l'époque, le déploiement de ces organismes visait à favoriser le développement de groupes communautaires œuvrant dans le secteur de la périnatalité afin qu'ils puissent actualiser leur mission, en répondant à la demande des parents, tout en élargissant et diversifiant leur gamme de services. Des quinze CRP dont la création était prévue, le Québec en compte aujourd'hui dix<sup>2</sup>, dont neuf ont fait l'objet de la présente étude.

Dressant un portrait actuel des caractéristiques contemporaines de ces organismes, l'accent a été mis sur la reconnaissance d'un programme de relevailles que tous ont maintenu à même leur gamme de services. Ce programme de visite à domicile se situe entre tradition et innovation. Historiquement, l'expression « relevailles » au Québec est née du soutien qu'apportait l'entourage immédiat à la mère après la naissance d'un enfant, pour lui permettre de se reposer, de s'adapter et pour l'aider dans l'organisation du quotidien. La structure familiale a largement évolué depuis, mais les besoins des familles sont demeurés nombreux (Deave, Johnson, & Ingram, 2008; Fahey & Shenassa, 2013; MacPherson, Barnes, Nichols, & Dixon, 2010). C'est en réponse à ces besoins que le programme de relevailles mis en œuvre par les CRP s'est développé en vue de promouvoir la santé et le développement des enfants. Force est toutefois de constater que les caractéristiques propres à ce programme n'ont jamais fait l'objet d'une description systématique et explicite, ce qui rend difficile sa comparaison avec d'autres programmes de visite à domicile (Avellar, Paulsell, Sama-Miller, & Del Grosso, 2012; Sweet & Appelbaum, 2004). Aussi, de manière à évaluer l'utilisation et les retombées de ce

---

<sup>1</sup> Au moment de la réalisation de cette évaluation, six CRP avaient été mis sur pied et quatre autres étaient alors en voie d'implantation.

<sup>2</sup> Le MSSS reconnaît et finance dix organismes à but non lucratif en tant que CRP. Le Réseau des CRP, pour sa part, en reconnaît un plus grand nombre. Voir la section 3.1.1.1 pour plus de détails.

programme auprès des familles qui y ont recours, il était essentiel de saisir la logique derrière la mise en œuvre que les CRP en font.

Voilà pourquoi le présent volet a pour **objectifs** de : 1) documenter les caractéristiques des CRP reconnus par le MSSS, en relevant les aspects bénévoles qui s'y rapportent et de 2) modéliser les caractéristiques du programme de relevailles mis en œuvre par les CRP.

La première section du rapport présente les concepts et notions d'intérêts pour la compréhension du fonctionnement des organismes à l'étude. Elle est suivie de la présentation de la méthode de recherche utilisée pour maximiser la rigueur des analyses et produire les résultats présentés à la section suivante. Ces résultats sont exposés de manière à rendre compte des caractéristiques des CRP à travers une description de leur contexte d'émergence, de leur environnement actuel, de leurs dimensions institutionnelles et organisationnelles, de même que des acteurs impliqués dans la réalisation de leurs activités. Viennent ensuite les résultats propres aux caractéristiques du programme de relevailles, tel qu'illustré par le modèle logique découlant de la mise en œuvre qu'en font les neuf CRP à l'étude. Les intrants, les composantes, les résultats et les facteurs contributifs et externes de ce programme sont plus spécifiquement présentés en mettant en relief les points communs et les variations entourant la mise en œuvre du programme de relevailles dans chacun des CRP à l'étude. Une discussion des principaux constats fait suite à la présentation des résultats en concluant sur leurs limites et apports.



# **1. Concepts et notions d'intérêt**

Cette section vise à présenter quelques concepts et notions d'intérêt pour la compréhension des résultats des caractéristiques des CRP et de leur programme de relevailles. Il s'agit, dans un premier temps, de présenter ce qui distingue les concepts d'organismes à but non lucratif (OBNL), d'action communautaire et d'économie sociale et, dans un second temps, de présenter une définition des CRP et des relevailles.

## **1.1 Organismes à but non lucratif, action communautaire et économie sociale : définitions et contours**

Les CRP sont des OBNL, associés à l'action communautaire et reconnus comme entreprise d'économie sociale. Alors que le statut d'OBNL impose certaines règles de fonctionnement aux CRP, c'est davantage leur appartenance à l'univers de l'action communautaire et de l'économie sociale qui influence leur mission, leur mode de gestion et leurs façons d'intervenir auprès des populations.

### **1.1.1 Les organismes à but non lucratif**

D'un point de vue juridique, les CRP sont des OBNL constitués en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies (L.R.Q., chapitre C-38). De ce fait, les CRP sont des entités juridiques distinctes, constituées en personne morale, ayant une existence indépendante, disposant de droits et soumises à certaines obligations (Comité sectoriel de main-d'oeuvre de l'économie sociale et de l'action communautaire, 2007).

L'OBNL profite ainsi d'une responsabilité limitée (c'est-à-dire qu'il ne serait pas possible d'exiger de lui plus d'argent qu'il ne possède) et détient une existence perpétuelle, au-delà de la vie de ses membres. L'OBNL peut posséder des biens, conclure des contrats, utiliser ses pouvoirs d'agir dans les limites prévues par ses lettres patentes et ses règlements généraux, et intenter des poursuites en justice. Par ailleurs, les conseils d'administration des OBNL doivent répondre à certaines obligations dont celles de maintenir à jour et rendre disponibles un registre des membres, un registre des administrateurs, un registre financier et une copie des lettres patentes et des règlements généraux. Le conseil d'administration d'un ONBL doit convoquer une assemblée

générale annuelle après la fin de l'année financière de l'organisme et produire un rapport annuel au Registraire des entreprises.

À l'assemblée des membres des OBNL sont reconnus les pouvoirs fondamentaux (ratifier les règlements internes, élire les administrateurs, disposer des rapports, nommer le vérificateur externe, par exemple). Entre les assemblées générales, le conseil d'administration voit à la réalisation de la planification et assume la pleine responsabilité de l'organisation, selon la Loi sur les compagnies.

### **1.1.2 L'action communautaire**

De par leurs origines et leurs pratiques, les CRP s'inscrivent dans une tradition bien particulière, celle de l'action communautaire. Présente au Québec depuis les années 1960 sous différentes appellations (Lavoie & Panet-Raymond, 2011), l'action communautaire se définit comme :

[...] une action collective fondée sur des valeurs de solidarité, de démocratie, d'équité et d'autonomie. Elle s'inscrit essentiellement dans une finalité de développement social et s'incarne dans des organismes qui visent l'amélioration du tissu social et des conditions de vie ainsi que le développement des potentiels individuels et collectifs. Ces organismes apportent une réponse à des besoins exprimés par des citoyennes ou des citoyens qui vivent une situation problématique semblable ou qui partagent un objectif de mieux-être commun (Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec, 2004a, p. 6).

Les organismes d'action communautaire agissent sur des problématiques multiples et variées (périnatalité, petite enfance, famille, consommation, logement, pauvreté, etc.). Leurs interventions s'appuient sur la participation citoyenne de leurs membres et bénévoles à travers une démarche démocratique et associative. La Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire distingue l'action communautaire au sens large de l'action communautaire autonome (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001, p. 21). L'action communautaire dans son ensemble est constituée des organismes qui répondent aux critères de base suivants : 1) avoir un statut d'organisme à but non lucratif; 2) démontrer un enracinement dans la



communauté; 3) entretenir une vie associative et démocratique; 4) être libre de déterminer sa mission, ses orientations, ainsi que ses approches et ses pratiques. À ces critères s'ajoutent, pour les organismes communautaires autonomes : 5) la nécessité d'avoir été constitué à l'initiative des gens de la communauté; 6) la poursuite d'une mission sociale propre à l'organisme et qui favorise la transformation sociale; 7) la démonstration de pratiques citoyennes et d'approches larges axées sur la globalité de la problématique abordée; 8) la présence d'un conseil d'administration indépendant du réseau public. Ainsi, bien que tous les organismes communautaires soient des OBNL, il est à noter que tous les OBNL ne relèvent pas nécessairement de l'action communautaire ou de l'action communautaire autonome<sup>3</sup>.

### **1.1.3 L'économie sociale**

Le projet d'implantation d'entreprises d'économie sociale de 1998 (voir section 3.1.1.1) a permis la création de dix CRP au Québec. L'univers de l'économie sociale étant complexe et ses frontières sujettes à contestation (Lévesque & Mendell, 2005), le recours à plusieurs auteurs permet de mieux cerner cette réalité et d'en comprendre la portée dans le contexte québécois (Comeau, 2000; D'Amours, 2006; Lévesque & Ninacs, 1997).

L'économie sociale se caractérise d'abord par le statut juridique d'organisations (mutuelles, coopératives et organismes à but non lucratif) qui adoptent un mode de fonctionnement démocratique selon la règle « une personne, un vote » (Desroche, 1983). Elle se définit ensuite par la combinaison de groupes d'acteurs, d'activités et de règles dont celles de l'égalité des personnes, du fonctionnement démocratique et de la propriété collective (Vienney, 1986). Elle se démarque aussi par des activités économiques fondées sur des principes de primauté des personnes et du travail dans la répartition des revenus, de processus de décision démocratique, d'autonomie de gestion et de finalité de services aux membres ou à la collectivité plutôt que de profit (Defourny, 1992). De plus, selon Laville (1994), elle implique une hybridation entre différentes formes économiques soit

---

<sup>3</sup> Ainsi, seulement 8 000 des 50 000 organismes à but non lucratif enregistrés au Québec sont considérés des organismes communautaires et 4 000 d'entre eux sont des organismes communautaires autonomes (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001, p. 15).

l'économie marchande (vente de biens ou de services), l'économie non marchande (redistribution par l'État) et l'économie non monétaire (réciprocité et don)<sup>4</sup>.

Afin de préciser les contours de cette économie sociale au Québec dans le cadre de la réalisation d'un portrait régional, Comeau (2009) propose quant à lui une définition opérationnelle fondée sur des critères empiriques. Au statut juridique de mutuelle, de coopérative ou d'OBNL, s'ajoute la nécessité d'un certain seuil d'activité économique défini comme l'offre, contre rémunération, d'un bien ou d'un service quantifiable (une heure de service de garde, trois heures de cours, un repas, par exemple). Ces biens ou ces services peuvent être achetés par un individu, une organisation ou une entreprise, mais ils peuvent l'être également par une municipalité ou un ministère qui, selon un principe de redistribution, vont financer en totalité ou en partie leur production.

## **1.2 Centre de ressources périnatales et relevailles**

Selon le Cadre de référence adopté par le Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec, un CRP est un organisme à but non lucratif reconnu pour son intervention d'économie sociale en périnatalité, dont la mission consiste à :

1) Préparer, accompagner et soutenir les parents dans toutes les étapes et les difficultés normales de la naissance et de l'acquisition des connaissances et de compétences liées au rôle parental en leur offrant un milieu d'appartenance qui stimule l'échange et l'entraide entre parents et l'implication de la communauté; 2) Être un leader sur le territoire dans la promotion, la reconnaissance et la défense des intérêts et des besoins des familles et du développement de services d'environnements adaptés aux besoins des familles durant la période périnatale; 3) agir auprès des parents et des partenaires pour amener des changements dans le sens du respect de la physiologie de la maternité et du développement de pratiques favorables à la santé globale de tous les membres de la famille (Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec, 2009, p. 2).

---

<sup>4</sup> Laville distingue l'économie sociale (forme ancienne et institutionnalisée) de l'économie solidaire (forme innovante apparue depuis les années 1980).

Le CRP a pour mandat d'offrir une gamme de services de base couvrant la période périnatale, définie de la conception jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans, à laquelle peuvent s'ajouter des services complémentaires. (Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec, 2009, pp. 5-6). Une tarification tenant compte de la capacité de payer des parents ainsi que des ressources financières dont disposent les CRP est assujettie à l'offre de services.

Le programme de relevailles offert par les CRP se définit comme une intervention qui consiste à offrir un soutien postnatal à domicile qui s'adapte aux besoins spécifiques de chaque famille, afin d'écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation du quotidien. Dans certains cas, les relevailles peuvent être offertes en période prénatale et sont habituellement réservées aux seules familles résidant sur le territoire d'intervention visé par un CRP. Les autres activités et services offerts sont accessibles à toutes les familles intéressées, même si elles habitent hors du territoire d'intervention du CRP, lorsque des places sont disponibles (Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec, 2009, pp. 4,7).



## **2. Méthode de recherche**

C'est par une démarche d'échange d'informations stratégiques que les caractéristiques des CRP ont d'abord été documentées en s'appuyant sur une adaptation sommaire de la grille développée par Comeau (2000) pour permettre la réalisation d'étude de cas sur des entreprises d'économie sociale. Un modèle logique du programme de relevailles a ensuite été dégagé sur la base des spécificités de sa mise en œuvre dans chacun des CRP pour l'année de référence 2011-2012. Plus connue sous le nom de « environmental scan » (Côté, Lauzon, & Kyd-Strickland, 2008; Pashiardis, 1996), la démarche d'échange d'informations stratégiques est un moyen efficace et organisé pour recueillir des informations sur l'environnement interne et externe d'une institution. Dans le cadre de cette étude, elle a été utilisée pour compléter le portrait des caractéristiques des CRP et de leur programme de relevailles. Des dix CRP ciblés au départ, notons qu'un d'entre eux s'est retiré avant le début de l'étude et qu'un autre n'a pas pu donner suite à la vérification du modèle logique spécifique à la mise en œuvre de son programme.

En complément des résultats présentés dans ce rapport, quatre monographies (ou étude de cas) ont été réalisées à partir de la grille complète de Comeau (2000) par des étudiants de différents domaines disciplinaires sous la supervision des membres de l'équipe de recherche. Elles permettent un approfondissement des caractéristiques de quatre des neuf CRP à l'étude, soit : 1) La Mèreveille; 2) Ressources-Naissances; 3) Les Relevailles de Montréal; 4) l'Association Parents-Ressources des Bois-Francs. Elles peuvent être consultées directement sur Internet dans les cahiers de la [Chaire de recherche Marcelle-Malette sur la culture philanthropique](#).

### **2.1 Outils et déroulement de la collecte des données**

Les résultats présentés ici sont issus de l'analyse de quatre sources de données : 1) sources documentaires internes aux CRP (n = 423); 2) sources documentaires externes aux CRP (n = 50); 3) entretiens pour informations complémentaires auprès des représentants des CRP (n = 13); 4) entretiens de vérification des modèles logiques spécifiques à la mise en œuvre du programme de relevailles auprès des représentantes des CRP (n = 8).

**Sources documentaires internes :** De manière à faciliter l'échange d'informations stratégiques en provenance des CRP, un Comité des sages formé de six représentantes des CRP et du Réseau des CRP a accompagné l'équipe de recherche pour constituer une liste de documents internes susceptibles de contenir l'information sur les dimensions de la grille de caractérisation de Comeau (2000). Cette liste (Annexe A) a été transmise aux directrices des CRP qui ont acheminé, par courriels ou courrier postal, l'ensemble des sources documentaires pertinentes entre le 9 avril et le 3 mai 2013. Tous les sites Internet des CRP ont aussi été consultés pour extraire des sources internes complémentaires pertinentes. La liste des sources documentaires internes est disponible à l'Annexe B.

**Sources documentaires externes :** Au cours de l'été et de l'automne 2013, différentes sources documentaires externes ont aussi été recueillies et examinées par la consultation de sites Internet et de bases de données statistiques. Ces données visaient principalement à compléter la caractérisation des CRP au niveau de leur environnement actuel, des politiques publiques qui les encadrent et des acteurs externes qui influencent leurs services. L'Annexe C présente la liste complète et la provenance des sources documentaires externes.

**Entretiens pour informations complémentaires :** Suivant l'analyse de l'ensemble des sources documentaires, un guide d'entretien structuré a été élaboré de manière à recueillir les informations permettant de compléter la caractérisation des CRP. Le canevas de ce guide (Annexe D) a été adapté pour les entretiens de caractérisation en profondeur de quatre CRP, conduit du 16 juillet au 13 août 2013, puis pour la caractérisation sommaire ici présentée, les entretiens se sont poursuivis du 15 octobre au 1<sup>er</sup> novembre 2013. Au total, 13 entretiens ont été conduits avec les directrices des CRP.

**Entretien de vérification des modèles logiques spécifiques :** Des modèles logiques spécifiques à la mise en œuvre du programme de relevailles de chacun des CRP pour la période 2011-2012 ont été produits à partir des sources documentaires et des entretiens pour informations complémentaires. Ils ont ensuite été acheminés et vérifiés par le biais d'entretiens conduits du 12 au 25 février 2014 auprès de huit des neuf directrices.

## 2.2 Traitement et analyse

La démarche d'analyse des données s'est déroulée en deux temps. Il s'agissait d'abord de documenter les caractéristiques des CRP et par la suite, de modéliser le programme de relevailles en ciblant les caractéristiques communes et les variations entourant sa mise en œuvre. Différentes mesures ont été prises pour assurer la vérification des constats qui émanent de ces démarches d'analyse, auprès des CRP participants et du Réseau des CRP.

***Démarche d'analyse pour la caractérisation des CRP :*** L'analyse en profondeur des données recueillies a été réalisée à partir de la grille de Comeau (2000) présentée en Annexe E. L'élaboration d'une grille sommaire (Annexe F) a permis de procéder à l'extraction et à l'analyse des données issues des sources documentaires internes et externes, ainsi que des entretiens téléphoniques pour les neuf CRP. Pour faire ressortir le bénévolat se rapportant au fonctionnement des CRP, les tâches réalisées par les acteurs agissant comme bénévoles ont été analysées selon la classification proposée par Vézina et Crompton (2012).

***Démarche d'analyse pour la modélisation du programme de relevailles :*** L'analyse du programme de relevailles a été réalisée à partir de la mise en forme d'un modèle logique. Ce dernier a été développé selon une démarche de co-construction de modèles logiques spécifiques à la mise en œuvre du programme de relevailles pour l'année de référence 2011-2012 dans chacun des neuf CRP participants. La démarche de co-construction des modèles logiques spécifiques s'est inspirée de celle proposée par Porteous (2009) : 1) extraction de données issues des sources documentaires et d'entretiens; 2) développement d'ébauches des neuf modèles logiques spécifiques; 3) soumission des ébauches aux CRP, en les invitant à commenter le contenu à partir d'une grille de vérification (Annexe G); 4) entretien avec les directrices pour finaliser la vérification. L'analyse des éléments communs aux neuf modèles logiques spécifiques a conduit à la modélisation du programme de relevailles. Cette analyse a été complétée par la mise en relief des points communs et des variations entourant la mise en œuvre de ce programme dans chacun des CRP.





## **3. Résultats**

Cette section est consacrée à la présentation des résultats de l'étude des caractéristiques des neuf CRP<sup>5</sup> et du modèle logique de leur programme de relevailles.

### **3.1 Caractérisation des CRP**

La caractérisation des CRP est composée de cinq sous-sections. La première décrit le contexte d'émergence des CRP. La seconde porte sur l'environnement actuel dans lequel interviennent les CRP. La troisième s'intéresse à leur dimension institutionnelle et la quatrième à leur dimension organisationnelle. La cinquième sous-section présente les principaux acteurs<sup>6</sup>, tant à l'interne qu'à l'externe, qui interviennent dans la vie des CRP.

#### **3.1.1 Contexte d'émergence**

Cette section relate les principaux éléments du contexte d'émergence des CRP. Elle débute par la présentation du développement du secteur d'activité des CRP et se poursuit avec l'origine des organismes communautaires desquels sont issus huit des neuf CRP à l'étude. Vient ensuite la présentation de moments-clés du développement typique de ces organisations que sont leur constitution légale, leur reconnaissance en tant que CRP et, enfin, le début de leurs activités de relevailles.

##### **3.1.1.1 Déploiement d'un secteur d'activité**

C'est en 1995, à l'occasion de la Marche des femmes contre la pauvreté « Du pain et des roses », que l'idée de l'économie sociale<sup>7</sup> refait surface au Québec. Se référant au programme d'infrastructures de routes et de bâtiments dans lequel le gouvernement fédéral vient d'investir des sommes importantes, les marcheuses demandent la mise en place d'un programme d'infrastructures sociales offrant des emplois accessibles aux femmes et permettant d'offrir des services d'utilité sociale à la collectivité (Comeau et

---

<sup>5</sup> Les résultats présentés se rapportent à neuf des dix CRP reconnus et financés par le MSSS. Voir la section 2 pour plus de détails sur la méthode de recherche.

<sup>6</sup> Prendre note que, considérant la prédominance des femmes dans les organismes à l'étude, l'usage du féminin pour qualifier les acteurs (directrice, travailleuse, salariée, employée, assistante périnatale, animatrice, intervenante, bénévole, etc.) inclut aussi le genre masculin.

<sup>7</sup> L'économie sociale est présente au Québec depuis le milieu du 19<sup>e</sup> siècle, mais celle qui apparaît dans les années 1990 présente une configuration inédite (D'Amours, 2006; Lévesque, 2007).

al., 2002; Couillard & Côté, 2000). Le gouvernement québécois s'engage alors à investir un montant de 225 millions de dollars sur une période de cinq ans pour le développement de projets d'économie sociale.

En mars 1996, au terme du premier sommet socioéconomique, le gouvernement met sur pied un Groupe de travail sur l'économie sociale composé de représentants de groupes de femmes, du mouvement communautaire, syndical et coopératif, du milieu culturel et du secteur privé. En octobre 1996, lors du Sommet sur l'économie et l'emploi, ce groupe de travail dépose son rapport dans lequel il propose la mise en œuvre d'une vingtaine de projets d'économie sociale<sup>8</sup>. Parmi ces projets figure une proposition d'implantation de centres de services continus en périnatalité portée par le regroupement provincial Naissance-Renaissance<sup>9</sup>, quatre groupes communautaires en périnatalité et le Chantier de l'économie sociale (Beaudoin et al., 2002; Regroupement Naissance-Renaissance, 2004). Cette proposition, validée préalablement auprès de différents partenaires dont la Fédération des CLSC et les régies régionales de santé et de services sociaux, vise les objectifs suivants :

- Regrouper les services et les activités communautaires en périnatalité autour d'un même organisme;
- Développer ces organisations sur un ou deux territoires de CLSC;
- Offrir, pendant la période entourant la naissance d'un enfant, un soutien à toutes les familles;
- Structurer une offre de services continus sur un territoire donné;
- Atteindre des objectifs de prévention, tels qu'énoncés dans la Politique de santé et de bien-être (1992) et la Politique de périnatalité (1993) du Québec;

---

<sup>8</sup> Voir la section 1.1.3 pour une définition de la notion d'économie sociale.

<sup>9</sup> Le regroupement provincial Naissances-Renaissances a été fondé en 1979 dans la foulée de l'important mouvement d'humanisation des naissances qui a pris place dans les années 1970 et 1980 au Québec. En 2000, Naissance-Renaissance change de nom et devient le Regroupement Naissance-Renaissance.

- Établir un montage financier sur la base d'un partage des coûts entre l'État, les familles usagères et d'autres partenaires économiques (Comité aviseur en périnatalité, 2004, p. 4; Thibodeau, 2002, p. 81).

À la suite d'une étude de marché réalisée en avril 1997<sup>10</sup>, le MSSS accepte de s'impliquer dans le projet qui prévoit la mise en place sur une base expérimentale de 15 centres péri-ressources dans différentes régions du Québec sur une période de trois ans. L'objectif est alors de rejoindre environ 4 000 familles et de créer une centaine d'emplois. Un comité aviseur d'économie sociale en périnatalité formé de représentants de Naissance-Renaissance, du Chantier de l'économie sociale, de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, de la Fédération des CLSC et du MSSS est instauré.

Un cadre de référence précisant les services, les conditions de réussite à l'implantation ainsi que les paramètres du financement nécessaire est déposé en 1998 (Naissance-Renaissance & Chantier de l'économie sociale, 1998). À l'époque, un centre péri-ressources y est défini comme « une corporation autonome à but non lucratif qui offre un éventail de services de soutien en périnatalité adaptés aux caractéristiques locales et régionales, en complémentarité avec les ressources du réseau socio-sanitaire et communautaire présentes dans son milieu » (p. 5). Il y est mentionné que l'implantation d'un centre péri-ressources peut se faire à partir d'un organisme communautaire existant ou par la création d'un nouvel OBNL. Le cadre de référence précise que les CLSC demeurent imputables de la dispensation des services en périnatalité sur leur territoire et qu'ils doivent maintenir leurs services de base, mais que les centres péri-ressources ont

---

<sup>10</sup> Cette étude de marché, réalisée par la firme Léger et Léger et financée par le MSSS, s'est tenue dans quatre régions (Québec, Montréal, Laurentides et Saguenay-Lac-Saint-Jean) à l'aide d'enquêtes téléphoniques auprès de femmes enceintes ou ayant des enfants de moins de trois ans. Elle a permis de démontrer la faisabilité du projet ainsi que l'intérêt des familles pour les services de soutien, les rencontres prénatales alternatives et les relevailles (Comité aviseur en périnatalité, 2004).

pour objectif d'offrir « des services de soutien alternatifs et complémentaires à ceux dispensés par les CLSC : "Des services de mères à mères" » (p. 5).

Contrairement aux organismes communautaires dont le financement les oriente vers les clientèles à risque, les centres péri-ressources ont pour mission d'offrir des services de soutien à l'ensemble de la population incluant « les familles pouvant assumer la tarification normale des services, les familles à revenus moyens nécessitant parfois une modulation de la tarification et les familles à revenus modestes nécessitant la gratuité » (Naissance-Renaissance & Chantier de l'économie sociale, 1998, p. 11). Les centres péri-ressources se voient alors attribuer le mandat d'offrir une diversité de services : information, documentation, référence, accueil et écoute, rencontres prénatales alternatives, accompagnement à la grossesse et à l'accouchement, visites de soutien après la naissance, services complets de relevailles, rencontres et ateliers favorisant le soutien et l'engagement paternel, etc. Lorsqu'il est question de relevailles, il s'agit :

[...] de tâches reliées au bébé par exemple changer les couches, le bercer, le langer, donner le bain. Pour la mère, il s'agit de lui offrir un soutien personnalisé en terme d'écoute, de conseil, d'information et/ou de référence ainsi qu'en terme de répit, particulièrement quand il y a d'autres enfants dans la famille. Il peut s'ajouter du soutien concret tel que le lavage, la vaisselle; un coup de main au ménage ou encore les courses. Le service de relevailles s'adresse aux familles, particulièrement aux mères au cours de la période postnatale et exceptionnellement aux femmes enceintes qui ont des problèmes de santé en période prénatale (Naissance-Renaissance & Chantier de l'économie sociale, 1998, p. 7).

De 1998 à 2001, dix centres de ressources périnatales (CRP)<sup>11</sup> sont mis sur pied dans huit régions différentes du Québec. Huit de ces dix centres sont issus d'organismes communautaires existants alors que deux sont de nouvelles corporations à but non lucratif. En avril 1999, Naissance-Renaissance se retire comme promoteur du projet

---

<sup>11</sup> Appellation adoptée à partir de 1999.

d'économie sociale en périnatalité<sup>12</sup>. Son retrait est motivé par trois préoccupations : 1) l'accessibilité des services à toutes les femmes et familles; 2) la fragilisation du volet communautaire des organismes qui s'implantent; et enfin, 3) des préoccupations relatives à la poursuite des projets après les trois ans d'expérimentation (Regroupement Naissance-Renaissance, 2004, p. 29). Les dix centres de ressources périnatales se regroupent et forment alors, en septembre 1999, le Réseau des Centres de ressources périnatales afin d'échanger leur expertise, se donner des outils de gestion et assurer la pérennité des centres et leur expansion sur tout le territoire du Québec (Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec, n.d.).

Le projet d'expérimentation prend fin en mars 2004. Le comité aviseur d'économie sociale en périnatalité se voit alors attribuer le mandat de déterminer et de démontrer la place de l'économie sociale dans le champ de la périnatalité et de transmettre des recommandations afin d'alimenter la mise à jour des travaux de révision de la Politique de périnatalité de 1993. Le rapport déposé par le comité aviseur entérine l'ensemble des recommandations issues d'un rapport d'évaluation des CRP publié en 2002<sup>13</sup> et recommande : 1) que soit reconnu l'apport d'entreprises d'économie sociale, telles que les centres de ressources périnatales, dans le champ de la périnatalité, afin d'assurer le développement d'une offre de services structurante; 2) que cette offre de services soit complémentaire à celle du réseau public et des organismes communautaires; 3) qu'elle s'inscrive dans le sens de la prévention et de la promotion de la santé globale des familles et qu'elle se développe en conformité avec le concept d'économie sociale (Comité aviseur en périnatalité, 2004, p. 19).

---

<sup>12</sup> Malgré son retrait comme promoteur des projets d'économie sociale en périnatalité, Naissance-Renaissance a maintenu son engagement auprès des femmes et des familles en période périnatale.

<sup>13</sup> En 2002, dans la foulée de l'évaluation du Plan d'action d'économie sociale (Comeau et al., 2001), une équipe de chercheurs du Centre de recherche sur les services communautaires dépose au MSSS un rapport d'évaluation des centres de ressources périnatales ayant pour objectif de cerner l'évolution et le fonctionnement des CRP à partir de l'étude spécifique de cinq CRP situés dans différentes régions du Québec et de l'examen, en parallèle, des services de périnatalité offerts dans deux territoires où il n'y a pas de CRP (Beaudoin et al., 2002).

Malgré les recommandations favorables au développement des projets d'économie sociale en périnatalité formulées par le comité avisier, les sommes nécessaires à la consolidation des CRP, à l'accroissement de l'offre de services aux parents et à l'implantation de nouvelles ressources sur l'ensemble du territoire québécois n'ont pas été engagées par le gouvernement québécois. En effet, selon les acteurs consultés, le MSSS reconduit annuellement depuis 2004, le financement accordé aux dix CRP créés lors du projet d'expérimentation et au Réseau des CRP sans toutefois y investir de nouvelles sommes outre l'indexation au coût de la vie. Le développement des services aux familles ainsi que le déploiement des CRP s'en sont trouvés entravés.

Depuis, les CRP ont consolidé leurs liens et poursuivi leurs demandes à l'égard du MSSS à travers leur participation au Réseau des CRP. Au cours des dernières années, une dizaine d'organismes communautaires désireux de développer des services en périnatalité ont joint les rangs du Réseau des CRP. Au sein d'un même regroupement se sont alors retrouvés des organismes issus du projet d'expérimentation et bénéficiant d'un partenariat financier avec le MSSS et de nouveaux membres qui offrent aussi des services périnataux, sans bénéficier de ce même partenariat.

### **3.1.1.2 À l'origine des CRP**

Huit des neuf CRP étudiés dans le cadre de cette recherche<sup>14</sup> ont été implantés à partir d'organismes communautaires offrant déjà, dans leur milieu respectif, différents services aux familles. Cinq étaient des organismes communautaires intervenant déjà en périnatalité et trois étaient des organismes communautaires famille c'est-à-dire des maisons de la famille.

Les sources documentaires recueillies indiquent que l'un des organismes communautaires à l'origine des CRP a été créé dans la foulée du mouvement d'humanisation des naissances des années 1980 avec comme visée d'apporter des changements dans l'organisation des services et des pratiques entourant le processus de la

---

<sup>14</sup> Des dix CRP ciblés au départ, notons qu'un d'entre eux s'est retiré avant le début de l'étude. C'est pourquoi l'étude ne porte que sur neuf CRP.

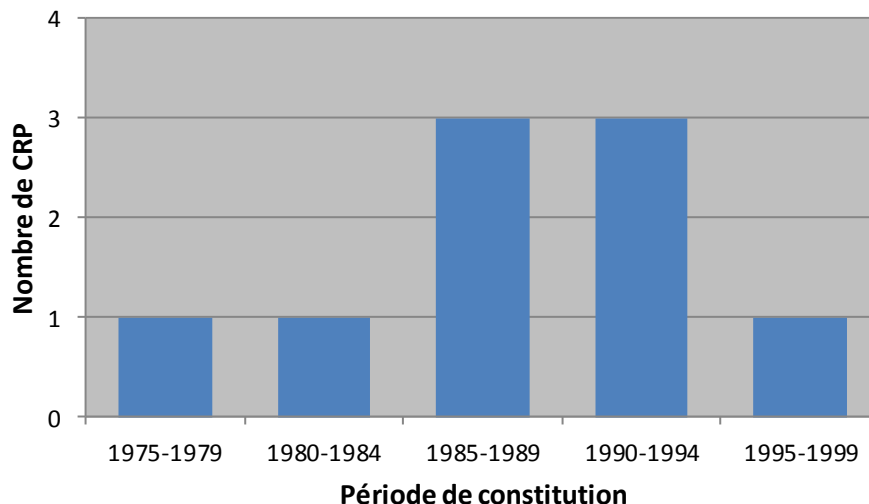
naissance. Quatre sont nés de la volonté du milieu (qu'il s'agisse de professionnels du réseau de la santé, de bénévoles ou de nouveaux parents) d'offrir des services prénataux et postnataux aux nouveaux parents; services qui étaient, à cette époque, jugés inexistantes, inadéquats ou insuffisants aux yeux des promoteurs. Enfin, trois organismes communautaires desquels sont issus les CRP proviennent du mouvement des organismes communautaires famille qui s'est développé au Québec dans les années 1950, mais a pris de l'ampleur dans les années 1990 avec l'Année internationale des familles (Fédération québécoise des organismes communautaires Famille, 2011). Pour les organismes communautaires existants, l'intégration d'un volet d'économie sociale à leur mission initiale a été identifiée comme un moyen d'actualiser les objectifs de la politique de périnatalité de 1993. Cela leur permettait aussi d'élargir l'offre de services à l'ensemble des familles en période périnatale plutôt que de les restreindre à celles considérées plus à risque par les programmes de subvention. Cette volonté d'élargir le bassin de familles rejointes reposait alors sur la conviction que la période entourant la naissance d'un enfant en est une de transition et de vulnérabilité pour toutes les familles, peu importe leur revenu, leurs caractéristiques ou leurs ressources.

Un seul CRP parmi les neuf étudié s'est constitué en tant que nouvel organisme à l'occasion du projet d'implantation débuté en 1998. Il est né à l'initiative de ressources du milieu offrant déjà des services aux familles. Cet organisme a depuis élargi sa mission et est en démarche pour devenir une maison de la famille avec activités périnatales.

### **3.1.1.3 Constitution (OBNL) et reconnaissance en tant que CRP**

Les neuf CRP à l'étude sont des organismes à but non lucratif (OBNL) constitués entre les années 1979 et 1998 en tant que personne morale à but non lucratif selon la partie III de la Loi sur les compagnies (Figure 1). Deux CRP ont une existence légale de plus de 30 ans en tant qu'OBNL alors que six ont une existence légale de plus de 20 ans.

**Figure 1 : Nombre de CRP selon leur période de constitution en tant qu'OBNL**



Ces neuf organisations ont été reconnues comme CRP entre les années 1998 et 2001 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) lors de la mise en place du projet d'expérimentation. Deux l'ont été en 1998, une en 1999, trois en 2000 et trois en 2001. Il s'est ainsi écoulé entre 2 et 21 ans, avec une moyenne de 11,7 ans, entre l'année de constitution en tant qu'organisme à but non lucratif et l'année de reconnaissance en tant que CRP.

#### **3.1.1.4 Début des activités de relevailles**

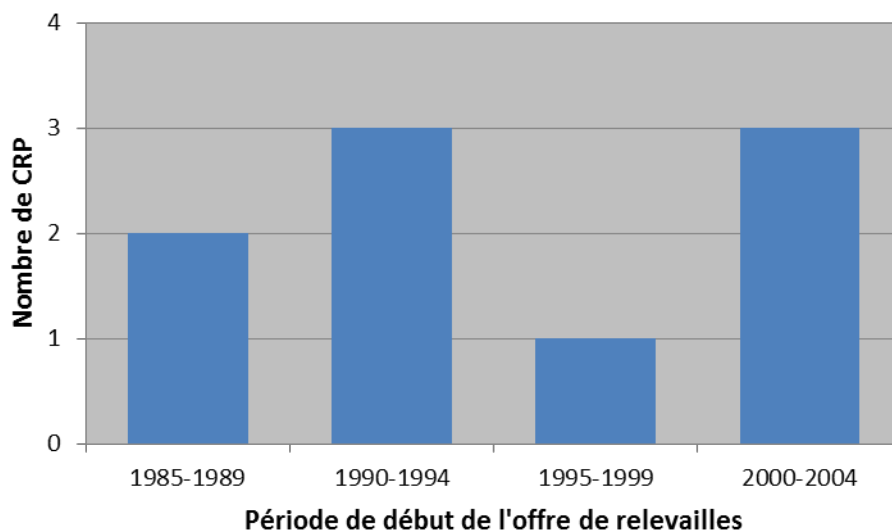
Les CRP ont entrepris leurs activités de relevailles entre les années 1987 et 2001 (Figure 2). Cinq l'ont fait avant 1995 et quatre l'ont fait à partir de 1995. En fait, cinq des neuf CRP à l'étude offrent des relevailles aux parents depuis plus de 20 ans. Les CRP comptent en moyenne 20 années d'expérience en offre de relevailles.

Il s'est écoulé de deux à dix ans entre la constitution légale en tant qu'organisme à but non lucratif et le début de l'offre de relevailles aux parents. L'écart entre la constitution légale et l'offre de relevailles aux parents est de moins de deux ans pour deux CRP, il est de cinq à huit ans pour six CRP et de dix ans pour un CRP. Enfin, il importe de souligner que parmi les neuf organismes étudiés, six avaient entrepris leur offre de



relevailles aux parents avant d’être reconnus à titre de CRP par le MSSS alors que trois ont commencé leurs activités de relevailles au moment de cette reconnaissance.

**Figure 2 : Nombre de CRP selon la période à laquelle ils ont commencé à offrir des relevailles**



### 3.1.2 Environnement actuel

Cette section présente l’étendue des territoires d’intervention des CRP ainsi que les données sociodémographiques les plus pertinentes se rapportant à ces territoires. Cette présentation vise l’acquisition d’une meilleure compréhension des milieux dans lesquels interviennent les CRP (Comeau, 2000). À l’exception des informations relatives au territoire couvert, à la densité de population, au nombre de naissances, au taux de natalité, au taux de faible revenu et au solde migratoire international, les données présentées proviennent des recensements 2006 et 2011 de Statistique Canada. Elles ont été extraites pour chacune des MRC concernées à l’aide du logiciel Beyond 20 20 disponible sur le site du Centre GéoStat de l’Université Laval. Il est à noter qu’en vue de préserver la confidentialité des données, les chiffres présentés dans les totalisations des recensements de Statistique Canada font l’objet d’un arrondissement aléatoire qui consiste à transformer les chiffres bruts en chiffres arrondis aléatoirement. C’est pourquoi certains totaux des tableaux ne correspondent pas nécessairement à la somme des termes.

En ce qui concerne le CRP 9, une moyenne pondérée en fonction du pourcentage de chacune des MRC se trouvant sur le territoire du CRP 9 est appliquée : la MRC Deux-Montagnes étant entièrement située sur le territoire d'intervention du CRP 9 alors que la MRC de Mirabel est située à 39 % sur ce territoire. Enfin, en ce qui concerne le CRP 4 dont le territoire d'intervention ne correspond pas à celui d'une MRC, à moins d'indications contraires, les données présentées sont celles des secteurs de recensement du territoire du CRP. Elles ont été extraites par un professionnel des services-conseils du Centre GéoStat de l'Université Laval.

### **3.1.2.1 Territoire d'intervention des CRP**

Les CRP interviennent dans des territoires dont l'étendue est variable (Tableau 1). Parmi les neuf étudiés, cinq CRP interviennent dans leur MRC respective alors qu'un seul étend son action à toute sa région sociosanitaire. Les trois autres couvrent des territoires d'étendue variable (quelques arrondissements, une ville, plus d'une MRC). Deux des neuf CRP couvrent l'entièreté du territoire ou des territoires des Réseaux locaux de services (RLS) correspondants, les sept autres n'en couvrent qu'une partie.

**Tableau 1 : Territoires couverts par les CRP et RLS correspondants**

<b>CRP</b>	<b>Territoires couverts</b>	<b>Réseaux locaux de services correspondants</b>
CRP 1	MRC Les Moulins	RLS de Lanaudière-Sud <i>En partie</i>
CRP 2	MRC Antoine-Labelle	RLS d'Antoine-Labelle <i>En totalité</i>
CRP 3	Ville de Lévis	RLS Alphonse-Desjardins <i>En partie</i>
CRP 4	Arrondissements : - Rivière-des-Prairies-Pointe-aux-Trembles; - Anjou; - Mercier-Hochelaga-Maisonneuve (portion Mercier-Est et Mercier-Ouest); Ville de Montréal-Est	RLS de Rivière-des-Prairies-Anjou-Montréal-Est <i>En totalité</i>  RLS Hochelaga-Mercier-Ouest-Rosemont <i>En partie</i>
CRP 5	MRC d'Arthabaska	RLS d'Arthabaska-de l'Érable <i>En partie</i>
CRP 6	MRC La-Vallée-du-Richelieu	RLS de Richelieu-Yamaska <i>En partie</i>
CRP 7	Région de l'Estrie	RLS de Coaticook; RLS de Memphrémagog; RLS d'Asbestos; RLS du Granit; RLS du Haut-Saint-François; RLS de Val Saint-François; RLS de Sherbrooke <i>En totalité</i>
CRP 8	MRC du Haut-Richelieu	RLS du Haut-Richelieu-Rouville <i>En partie</i>
CRP 9	MRC Deux-Montagnes MRC Mirabel (en partie seulement)	RLS Deux-Montagnes <i>En partie</i>

Sources : Pages Internet des MRC (MRC d'Antoine Labelle, n.d.; MRC d'Arthabaska, 2013; MRC de Deux-Montagnes, 2010; MRC de la Vallée-du-Richelieu, n.d.; MRC Haut-Richelieu, 2011; MRC Les Moulins, 2004), de la ville de Montréal (n.d.), de la ville de Lévis (2014), de la ville de Mirabel (2014) et ministère de la Santé et des Services sociaux (2004)

La densité de population des territoires d'intervention des CRP varie également de façon notable (Tableau 2). Le territoire du CRP 2 a la plus faible densité populationnelle avec seulement 2,3 habitants par kilomètre carré. Les CRP 5 et CRP 7 présentent tous deux une densité relativement faible avec respectivement 36,6 et 30,4 habitants par kilomètre carré. À l'autre extrême, tout indique qu'en fonction des données disponibles pour le grand Montréal, le CRP 4 dont le découpage couvre trois arrondissements et la ville de Montréal-Est, a la plus forte densité de population avec 3779,1 habitants par kilomètre carré. Les autres CRP se distribuent entre ces deux extrêmes.

**Tableau 2 : Densité de population en 2011, pour chacun des territoires d'intervention des CRP**

	CRP 1	CRP 2	CRP 3	CRP 4	CRP 5	CRP 6	CRP 7	CRP 8	CRP 9
<b>Densité de population (hab./km<sup>2</sup>)</b>	569,3	2,3	308,8	3779,1	36,6	198,3	30,4	122,1	307,0

Source : Statistique Canada, Recensement 2011, adapté par l'Institut de la statistique du Québec (2012)

Des défis particuliers en termes d'organisation des activités, des services et du transport sont susceptibles de se poser pour les CRP dont la densité de population est faible ou très faible. Elle suppose en effet une dispersion des services et des activités sur le territoire et de plus grands déplacements pour les assistantes périnatales à domicile.

### 3.1.2.2 Données sociodémographiques

Le Tableau 3 présente la population totale et sa répartition selon le sexe pour chacun des territoires d'intervention des neuf CRP à l'étude. Le CRP 4 et le CRP 7 sont les deux CRP dont la taille de la population du territoire desservi est la plus grande, soit nettement supérieure à 150 000 résidents. Ces deux territoires cumulent respectivement 343 440 et 310 730 résidents. Le CRP 2 et le CRP 5 sont ceux qui interviennent sur des territoires dont la taille de la population est la plus petite. Leurs populations respectives se situent très nettement sous la barre des 100 000 résidents avec 35 160 résidents pour le CRP 2 et

69 240 résidents pour le CRP 5. Les autres CRP interviennent sur des territoires présentant par rapport aux autres CRP une population de taille intermédiaire se situant de 100 000 à 149 000 résidents. On observe sensiblement autant d'hommes que de femmes pour chacun des territoires desservis.

**Tableau 3 : Population totale et répartition selon le sexe en 2011, pour chacun des territoires d'intervention des CRP**

	CRP 1	CRP 2	CRP 3	CRP 4	CRP 5	CRP 6	CRP 7	CRP 8	CRP 9
<b>Population totale (n)</b>	148 815	35 160	138 770	343 440	69 240	116 775	310 730	114 345	112 035
<b>% hommes</b>	49,6	50,5	48,8	47,8	49,5	49,1	49,3	49,4	49,4
<b>% femmes</b>	50,4	49,4	51,2	52,2	50,5	50,9	50,7	50,6	50,6

Source : Statistique Canada, Recensement 2011 (2012b, 2012c)

Le Tableau 4 présente la répartition des populations des territoires d'intervention des CRP selon leur tranche d'âge. L'analyse du tableau permet de constater que le territoire du CRP 1 est celui dont la population est la plus jeune. D'une part, on y retrouve la proportion la plus élevée de personnes de 14 ans et moins (19,9 %), de même que les proportions les plus faibles d'individus âgés de 60 à 74 ans (11,5 %) et de 75 ans et plus (3,2 %). Il cumule également les plus fortes proportions de 15-29 ans et de 30-44 ans (total de 42,2 %), parmi lesquels se retrouvent les individus les plus susceptibles de fonder une famille.

**Tableau 4 : Répartition de la population en pourcentage selon la tranche d'âge en 2011, pour chacun des territoires d'intervention des CRP**

	CRP 1	CRP 2	CRP 3	CRP 4	CRP 5	CRP 6	CRP 7	CRP 8	CRP 9
<b>14 ans et moins</b>	19,9	13,2	17,1	15,0	16,5	19,1	15,8	16,7	18,5
<b>15 à 29 ans</b>	19,4	14,3	18,3	18,7	17,1	17,2	18,4	18,5	18,6
<b>30 à 44 ans</b>	22,8	15,3	20,3	18,9	18,0	21,9	17,6	19,4	21,7
<b>45 à 59 ans</b>	23,2	27,6	23,8	23,9	23,7	23,2	23,3	23,8	23,5
<b>60 à 74 ans</b>	11,5	22,3	15,1	15,2	17,0	13,8	17,1	15,5	13,1
<b>75 ans et plus</b>	3,2	7,4	5,5	8,4	7,7	4,8	7,8	6,2	4,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : Statistique Canada, Recensement 2011 (Statistique Canada, 2012b, 2012c)

Le Tableau 5 présente la dynamique des types de structures familiales pour chacun des territoires d'intervention des CRP. Bien que le nombre total de familles de recensement<sup>15</sup> varie d'un territoire de CRP à l'autre, le pourcentage de familles de recensement biparentales avec enfants et monoparentales est semblable d'un territoire de CRP à l'autre. Le pourcentage de familles biparentales est de 65,4 % à 77,0 % et celui des familles monoparentales est de 23,0 % à 34,6 %. C'est dans le territoire du CRP 4 que se retrouve la plus importante proportion de familles monoparentales. Le tableau permet également de constater que les familles biparentales comptent plus d'enfants que celles qui sont monoparentales.

<sup>15</sup> Une famille de recensement désigne : un couple marié (avec ou sans enfants du couple et/ou de l'un ou l'autre des conjoints), un couple vivant en union libre (avec ou sans enfants du couple et/ou de l'un ou l'autre des partenaires) ou parent seul, peu importe son état matrimonial, demeurant avec au moins un enfant. Un couple peut être de sexe opposé ou de même sexe (Statistique Canada, 2012a).

**Tableau 5 : Nombres et pourcentages des types de familles de recensement en 2011, pour chacun des territoires d'intervention de CRP**

	CRP 1	CRP 2	CRP 3	CRP 4	CRP 5	CRP 6	CRP 7	CRP 8	CRP 9
<b>Nombres de familles de recensement</b>									
<b>Nombre total de familles de recensement</b>	43 835	10 560	40 455	94 145	19 795	34 505	87 310	32 820	32 791
<b>Nombre total de familles de recensement sans enfant à la maison</b>	15 360	5 795	17 345	34 645	9 320	13 580	41 935	14 060	12 389
<b>Nombre total de familles de recensement avec enfants à la maison</b>	28 480	4 765	23 110	59 500	10 465	20 925	45 375	18 765	20 407
<b>Pourcentages de familles de recensement avec enfants à la maison</b>									
<b>Pourcentage de familles de recensement biparentales avec enfants à la maison (%)</b>	75,8	70,2	75,9	65,4	72,6	77,0	71,4	72,0	73,3
<b>Avec 1 enfant</b>	38,4	44,7	38,6	42,5	37,0	36,9	39,0	40,1	40,1
<b>Avec 2 enfants</b>	45,2	40,4	45,6	41,1	43,0	46,1	41,1	42,4	43,4
<b>Avec 3 enfants ou plus</b>	16,5	14,6	15,8	16,3	20,1	17,0	19,9	17,6	16,4
<b>Pourcentage de familles de recensement monoparentales (%)</b>	24,2	29,8	24,1	34,6	27,4	23,0	28,6	28,0	26,7
<b>Avec 1 enfant</b>	59,5	65,5	61,5	63,1	58,6	58,3	60,4	62,3	60,0
<b>Avec 2 enfants</b>	31,6	26,1	30,6	27,0	31,6	33,1	29,5	29,6	31,7
<b>Avec 3 enfants ou plus</b>	8,7	8,5	7,6	9,7	9,8	8,6	10,1	8,1	8,2

Source : Statistique Canada, Recensement 2011 (2012b, 2012c)

Le Tableau 6 présente le nombre de naissances et le taux de natalité<sup>16</sup> en 2011 selon chacun des territoires d'intervention des CRP. Avec un taux de 13,4 naissances pour mille habitants, le territoire du CRP 1 est celui qui a connu la natalité la plus forte au cours de l'année 2011. Ce taux représente 1993 naissances en 2011. À l'autre extrême se retrouvent le CRP 2 avec un taux de natalité de 7,5 en 2011. Les autres CRP ont un taux de natalité qui se situe entre 10,4 et 12,1 pour cette même période. Les données relatives au nombre de naissances et au taux de natalité n'étant pas disponibles pour le territoire d'intervention du CRP 4, les données indiquées proviennent des rapports de gestion 2010-2011 et 2011-2012 du CSSS de la Pointe-de-l'Île. Celui-ci ne couvre cependant qu'une partie du territoire d'intervention du CRP 4 et ne représente que 56,7 % de la population du territoire du CRP 4<sup>17</sup>.

**Tableau 6 : Nombre de naissances et taux de natalité en 2011, pour chacun des territoires d'intervention des CRP**

	CRP 1	CRP 2	CRP 3	CRP 4	CRP 5	CRP 6	CRP 7	CRP 8	CRP 9
<b>Nombre de naissances</b>	1993	263	1602	2026	775	1416	3271	1282	1352
<b>Taux de natalité (pour mille)</b>	13,4	7,5	11,5	10,6	11,2	12,1	10,4	11,2	12,1

Source : Institut de la statistique du Québec (2014c) et Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île (2011, 2012)

Sur les neuf CRP à l'étude, quatre se distinguent nettement des autres sur le plan du niveau de scolarité atteint par la population âgée de 25 à 64 ans de leur territoire d'intervention (Tableau 7). La population du territoire d'intervention du CRP 2 cumule le pourcentage d'individus sans diplôme (28,5 %) le plus élevé de tous les territoires de CRP. Elle cumule également la plus faible proportion d'individus possédant un diplôme

<sup>16</sup> Le taux de natalité est le rapport entre les naissances et la population totale (Institut de la statistique du Québec, 2013).

<sup>17</sup> Selon les données du Recensement 2011, la population du territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île était de 194 610 alors que celle du territoire du CRP 4 était de 343 330 (Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île, 2012; Statistique Canada, 2012b).



d'études collégiales (12,5 %) ou universitaires (12,8 %). La population du CRP 5 présente également une proportion élevée de personnes sans diplôme (24,3 %) et une proportion relativement faible de diplômés universitaires (15,7 %). La population du territoire du CRP 3 présente la plus faible proportion d'individus sans aucun diplôme (9,5 %) et présente des pourcentages élevés de diplômés du niveau collégial (24 %) et universitaire (27,6 %). La population du territoire du CRP 6 se distingue également par sa faible proportion d'individus sans diplôme (11,4 %) et par la proportion la plus élevée de diplômés universitaires (29 %). Notons finalement que la proportion d'individus possédant un diplôme d'études secondaires varie relativement peu entre les territoires d'intervention des CRP, passant de 19,7 % pour le CRP 3 à 24,9 % pour le CRP 1. La proportion d'individus détenant un diplôme d'études professionnelles est également assez stable entre les territoires des CRP, variant entre 18,0 % et 25,6 %.

**Tableau 7 : Répartition de la population âgée de 25 à 64 ans en pourcentage selon le niveau de scolarité atteint en 2006, pour chacun des territoires d'intervention des CRP**

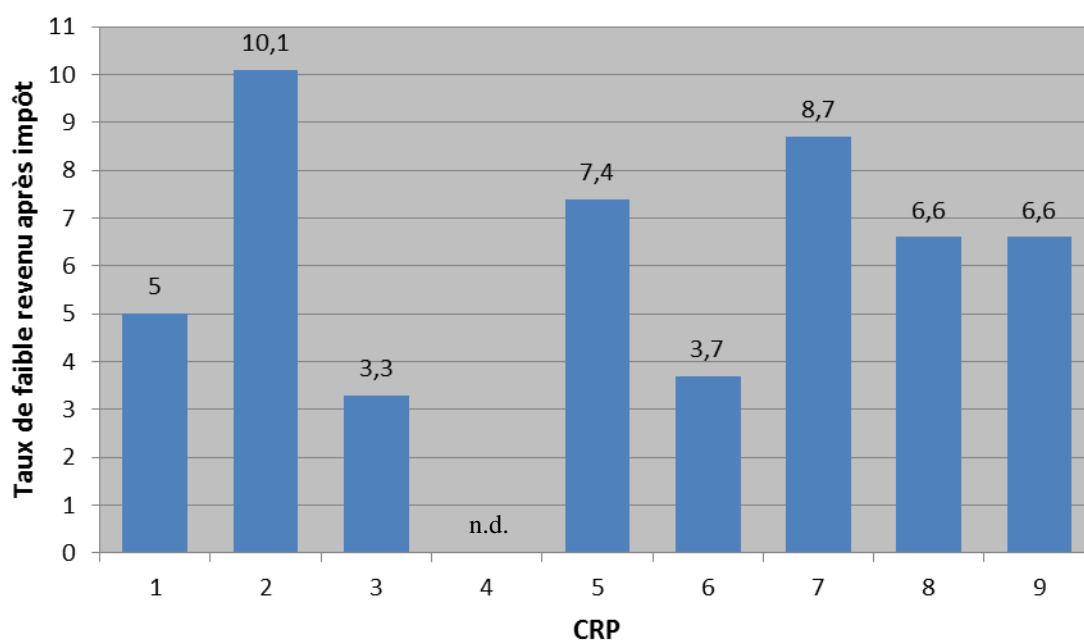
	CRP 1	CRP 2	CRP 3	CRP 4	CRP 5	CRP 6	CRP 7	CRP 8	CRP 9
<b>Sans diplôme</b>	17,2	28,5	9,5	17,7	24,3	11,4	19,7	19,5	18,0
<b>Diplôme secondaire ou l'équivalent</b>	24,9	20,7	19,7	23,5	20,0	21,0	21,0	23,4	24,7
<b>Diplôme d'études professionnelles</b>	22,3	25,6	19,2	18,3	21,8	18,0	20,9	20,9	21,1
<b>Diplôme d'études collégiales</b>	18,2	12,5	24	17,4	18,3	20,6	16,4	17,9	18,6
<b>Diplôme d'études universitaires</b>	17,7	12,8	27,6	23,0	15,7	29,0	22,0	18,4	17,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : Statistique Canada, Recensement 2006 (2007a, 2007b)

Le taux de faible revenu après impôts des familles de recensement est variable pour la majorité des territoires d'intervention des CRP (Figure 3). Ce taux s'étend de

3,3 % à 10,1 %. Les territoires des CRP 3 et CRP 6 ont les plus faibles taux avec respectivement 3,3 % et 3,7 %. Les familles du territoire du CRP 2 ont le taux de faible revenu le plus élevé avec 10,1 %. Il est à noter que le taux de faible revenu pour le territoire du CRP 4 n'est pas disponible, mais qu'à titre indicatif, celui de l'ensemble de la région de Montréal est de 16,6 %. Ceci suggère que le CRP 4 puisse desservir les familles ayant le plus haut taux de faible revenu. À noter également que pour le CRP 9, la donnée indiquée correspond à la MRC des Deux-Montagnes seulement en excluant ainsi la partie de la MRC de Mirabel couverte ce CRP.

**Figure 3 : Taux de faible revenu après impôt des familles en 2010, pour chacun des territoires d'intervention des CRP**



Source : Institut de la statistique du Québec (2014d)

En ce qui concerne le solde migratoire international<sup>18</sup>, le Tableau 8 démontre que le territoire du CRP 7, qui correspond en fait à la totalité d'une région sociosanitaire, se

<sup>18</sup> Le solde migratoire correspond au nombre d'immigrants moins le nombre d'émigrants (Institut de la statistique du Québec, 2013).

démarque par un solde migratoire plus élevé que dans les autres territoires de CRP. Il est cependant à noter que les données ne sont pas disponibles pour le territoire du CRP 4 mais que celui-ci a sans doute également un solde migratoire élevé si l'on se fie au solde migratoire de l'ensemble du territoire de Montréal qui est de 32 998. Les CRP 2 et CRP 9 sont ceux dont les territoires affichent le solde migratoire le moins élevé.

**Tableau 8 : Solde migratoire international en 2011-2012, pour chacun des territoires d'intervention des CRP**

	CRP 1	CRP 2	CRP 3	CRP 4	CRP 5	CRP 6	CRP 7	CRP 8	CRP 9
<b>Solde migratoire international (n)</b>	283	16	143	n.d.	122	108	1 130	45	6

Source : Institut de la statistique du Québec (2014a)

Bien que les données sociodémographiques accessibles soient limitées en raison de la configuration des territoires d'intervention de chacun des CRP, elles nous permettent d'apprécier le profil des populations desservies. À cet effet, retenons que le nombre de familles avec enfant et le nombre de naissances sont déterminants de la demande pour les types de services offerts par les CRP. Pour ce qui est du niveau d'éducation et du taux de faible revenu, souvent identifiés comme facteurs de vulnérabilité, ils sont variables d'un CRP à l'autre. On observe toutefois que la population habitant le territoire CRP 2 est sensiblement plus pauvre et moins éduquée. Pour ce qui est de l'immigration, la population du CRP 7 présente un solde migratoire plus élevé, mais c'est probablement aussi le cas pour le CRP 4 qui intervient dans un territoire où ce taux est très élevé.

### **3.1.3 Dimension institutionnelle**

La dimension institutionnelle s'intéresse d'une part à la répartition des pouvoirs dans l'organisation (droits et responsabilités) et d'autre part, aux procédures de prise de

décision (Comeau, 2000). Pour comprendre cette dimension, cette section s'attarde à la mission et aux orientations des CRP, ainsi qu'à leur structure démocratique et associative.

### **3.1.3.1 Mission et orientations**

Les CRP ont la responsabilité, à l'égard de leurs membres et des populations qu'ils rejoignent, d'agir selon la mission qui leur a été confiée. Cette mission, définie par les membres fondateurs au moment de la mise sur pied des organismes, est généralement révisée à certains moments-clés de la vie des organisations (ex. : planification stratégique, crise interne, etc.). La mission adoptée détermine tout autant les grandes orientations adoptées par l'organisme que les actions mises en œuvre au quotidien (Comité sectoriel de main-d'oeuvre de l'économie sociale et de l'action communautaire, 2007). Son appropriation par les membres et les travailleuses s'avère essentielle au développement et au bon fonctionnement de l'organisme.

Parmi les neuf CRP à l'étude, quatre ont adopté une mission circonscrite autour de la période périnatale soit de la période préparatoire avant la naissance jusqu'à la fin de la première ou deuxième année de vie de l'enfant. Un CRP élargit sa mission de la période préparatoire avant la naissance jusqu'à la fin de la cinquième année de vie de l'enfant. Les quatre autres sont des organismes communautaires famille (maisons de la famille) qui ont un volet CRP et dont les activités et services sont destinés aux familles de tout âge. Les services offerts par les CRP s'adressent à l'ensemble des familles de leur territoire, qu'elles présentent ou non des facteurs de risque particuliers.

Les documents énonçant la mission et les grandes orientations adoptées par les CRP démontrent que tous visent à être à la fois des *milieux de vie* (milieux d'appartenance, de rencontre et de création de réseaux), des *milieux d'apprentissage* (milieux dans lesquels on apprend et développe ses compétences parentales) et des *milieux de production de services* (milieux dans lesquels sont produits des cours, des

ateliers, des relevailles à l'intention des parents, par exemple)<sup>19</sup>. De façon un peu moins soutenue, les CRP visent également à être des *milieux de défense et de promotion* de la famille (faire valoir les intérêts des familles, améliorer les ressources offertes aux familles dans la communauté).

### **3.1.3.2 Structure démocratique et associative**

La structure démocratique et associative des CRP est composée de l'assemblée générale des membres, du conseil d'administration, de divers comités *ad hoc* de travail et de l'équipe des travailleuses. Le statut d'OBNL détermine certaines règles minimales à respecter par les organismes, mais ce sont les règlements généraux adoptés par chaque CRP ainsi que les cultures organisationnelles établies qui sont souvent les plus déterminants dans les modes d'organisation et de fonctionnement des structures démocratiques et associatives.

#### *L'assemblée générale des membres*

Les assemblées générales (annuelles ou spéciales) des CRP sont constituées des membres, comme il est défini aux règlements généraux de chacun des organismes. Les règlements généraux des CRP prévoient l'existence d'une à trois catégories de membres. La première grande catégorie de membres, commune à l'ensemble des CRP, est celle à qui est accordée les droits d'assister aux assemblées générales, d'y prendre la parole, d'y exercer leur droit de vote et d'être élus au conseil d'administration. Ces membres sont appelés « membre », « membre actif », « membre régulier » ou « membre ordinaire », selon les CRP. Dans tous les CRP, les membres ne disposent que d'un seul droit de vote par personne et il est précisé, dans un CRP, que les familles ne détiennent qu'un seul droit de vote par famille. La cotisation annuelle à verser par les membres varie de 5 à 15 \$ selon les CRP. En plus des droits liés à la vie démocratique et associative, certains privilèges, variables d'un CRP à l'autre, peuvent être associés au statut de membres tels

---

<sup>19</sup> Classification tirée de Belleau (1999) et adaptée par le Comité sectoriel de main-d'œuvre de l'économie sociale et de l'action communautaire (2007, p. 30).

que la possibilité de faire des emprunts au centre de documentation du CRP ou de bénéficier de tarifs réduits sur les cours et ateliers offerts.

Six des neuf CRP prévoient, dans leurs règlements généraux, l'existence d'une seconde catégorie de membres soit des « membres de soutien » ou des « membres honoraires » à qui on accorde le droit d'assister aux assemblées générales et dans le cas de deux CRP, le droit d'y voter. Cette catégorie de membre ne détient cependant pas le privilège d'être élue au conseil d'administration. Enfin, deux des neuf CRP acceptent que des organisations du milieu puissent devenir membres à titre de « groupe membre » ou de « membre corporatif ». Ce statut permet à des organisations de devenir membre du CRP et d'assister aux assemblées générales sans toutefois pouvoir y exercer un droit de vote ou être élues au conseil d'administration.

Les règlements généraux d'un CRP indiquent que le personnel régulier et les autres personnes détenant des contrats avec la corporation impliquant des avantages financiers n'ont pas de droit de vote aux assemblées générales. Dans un autre CRP, les règlements mentionnent que les membres de l'équipe de travail sont obligatoirement membres actifs de l'organisme.

#### *Le conseil d'administration et l'exécutif*

Le conseil d'administration est le lieu où se prennent les décisions importantes concernant la gestion et les opérations des CRP. Le nombre de membres au conseil d'administration prévu par les règlements généraux est très variable d'un CRP à l'autre. Il est de 5 membres pour un CRP, de 7 membres pour quatre CRP, de 9 membres pour deux CRP, de 10 membres pour un CRP et de 13 membres pour un dernier CRP. Cinq CRP prévoient la présence de personnes de la communauté extérieure sur leur conseil d'administration et quatre CRP prévoient un nombre minimum de membres utilisateurs de services. Les règlements généraux de huit CRP prévoient la présence de la directrice au conseil d'administration : quatre CRP spécifient qu'elle ne peut pas y exercer un droit de vote; un CRP précise qu'elle y a droit de vote et trois n'en font pas mention. Tous les CRP prévoient la nomination d'officiers (présidente, vice-présidente, secrétaire,

trésorière) parmi les membres du conseil d'administration. Les règlements généraux de quatre CRP prévoient la possibilité de nommer un exécutif, composé des principaux officiers, lorsque la situation de l'organisme l'exige.

#### *Les comités ad hoc*

Les conseils d'administration ont le pouvoir de constituer au besoin les comités nécessaires au bon fonctionnement des activités de l'organisme. Ces comités *ad hoc*, composés à la fois de salariées et de bénévoles, sont des lieux importants de participation et de démocratisation de la vie des CRP. Ils interviennent, ponctuellement, sur différents enjeux liés à la gestion des organismes (mise en place de politiques, comité d'embauche), au financement (campagnes de collecte de fonds, activités d'autofinancement) ou à la réalisation des activités et services (comité « friperie » ou « rencontre-parents »).

### **3.1.4 Dimension organisationnelle**

La dimension organisationnelle s'intéresse à la façon dont se combinent des moyens techniques et des ressources permettant à l'organisation de réaliser sa mission et d'atteindre ses objectifs (Bélanger & Lévesque, 1992). Il sera question ici des familles rejointes, des champs d'intervention, du financement des activités et des services offerts.

#### **3.1.4.1 Familles rejointes**

Selon les informations fournies par les CRP, le nombre de familles desservies par l'ensemble des activités et services varie d'un organisme à l'autre (Tableau 9). En 2011-2012, il fluctue de 309 à 2 017 familles selon les CRP, avec une moyenne d'environ 881 familles par CRP. Le nombre total de familles rejointes par l'ensemble des CRP en 2011-2012 est de 7 925. Trois des neuf CRP indiquent avoir rejoint plus de mille familles durant l'année de référence. Les CRP dont les activités et services s'adressent aux familles dans leur ensemble, et non seulement en période périnatale, ainsi que le CRP dont le territoire d'intervention est constitué d'une région sociosanitaire complète rejoignent un plus grand nombre de familles.

**Tableau 9 : Nombre de CRP selon le nombre de familles rejointes en 2011-2012 pour l'ensemble des activités et services**

Nombre de familles rejointes	250 à 499	500 à 749	750 à 999	1000 à 1249	1250 à 1499	1500 à 1749	1750 à 1999	2000 à 2249
Nombre de CRP	3	1	3	0	0	1	0	1

Les CRP rejoignent des familles répondant aux différents critères d'admissibilité établis par les programmes de financement (par exemple, faible revenu, grossesse précoce, faible scolarité, monoparentalité, etc.) et des familles dont le profil ne présente pas de tels facteurs de risque. Les familles peuvent participer à des activités de groupe et recevoir des services individualisés, selon leurs besoins et préférences.

### 3.1.4.2 Champs d'intervention

Les CRP offrent un large éventail d'activités et de services aux parents et aux familles. L'étendue des activités et services offerts ainsi que les variations observées quant aux populations visées s'expliquent tant par l'origine des organismes, la mission qu'ils se sont donnée, les ressources financières dont ils disposent, les besoins spécifiques aux familles de leur territoire d'intervention et l'offre de services des partenaires locaux.

#### *Programmation d'activités et de services en périnatalité*

Les activités et services offerts en périnatalité par les CRP en 2011-2012 peuvent être regroupés en dix grandes catégories définies selon leur orientation principale (Tableau 10). Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives puisque les objectifs poursuivis par un service ou une activité peuvent se rapporter à plus d'une catégorie. Cette classification n'inclut pas les activités et services réalisés par les CRP à l'intention d'autres clientèles que les familles (par exemple, la prestation de formation par des travailleuses du CRP à des intervenants sociaux d'autres organisations).

La première de ces catégories concerne *la préparation à la naissance et à l'arrivée du bébé*. On y retrouve, entre autres, des rencontres prénatales individuelles et



de groupe, de l'accompagnement à l'accouchement, du chant prénatal, des activités d'information sur la césarienne et sur l'AVAC<sup>20</sup>, des ateliers sur la gestion de la douleur pendant l'accouchement ou le massage prénatal et des cours sur l'alimentation prénatale. La deuxième catégorie vise la *mise en forme en période pré et postnatale*, il s'agit de cours de yoga prénatal, postnatal avec bébé ou de cardio-bébé, de clubs de marche et poussette, de danse pour femmes enceintes ou avec bébé, d'ateliers de rééducation du périnée, etc. La troisième catégorie est liée à *l'apprentissage des soins à donner au bébé et au développement des compétences parentales*. Il est notamment question ici d'ateliers de portage ou de massage pour bébé, de cours sur l'alimentation des nourrissons, l'introduction des aliments solides, le développement du bébé ou les soins d'urgence. La quatrième catégorie concerne le *soutien à domicile*. Elle est constituée essentiellement des relevailles. La cinquième catégorie a pour objectif de donner un *répit* aux parents. Il s'agit en fait des services de halte-garderie. La sixième catégorie se rapporte au *soutien à l'allaitement*. S'y retrouvent des activités telles que du soutien téléphonique et des services de consultation (marraine et conseillère d'allaitement), la vente, le prêt ou la location de tire-lait, des rencontres d'allaitement de groupe, des activités publiques d'information et de sensibilisation, la collaboration à la mise en place d'espaces publics dédiés à l'allaitement et des ateliers de formation sur l'allaitement.

La septième catégorie est constituée d'activités visant la *stimulation des bébés et le développement du lien parent-enfant*. En font notamment partie des activités d'éveil sensoriel et de motricité pour jeunes enfants, des ateliers de développement du langage et des périodes de jeux pour parents-enfants. La huitième catégorie est consacrée à *l'échange entre parents* et elle inclut, par exemple, des cafés-rencontres, des rencontres-parents, des fêtes familiales et des soupers-partage. La neuvième catégorie regroupe des activités et services ayant pour objectif d'apporter un *soutien pré ou postnatal à des parents vivant des situations particulières*. Elle est constituée d'activités d'intervention individuelle et d'accompagnement auprès de familles en difficulté, d'aide au budget, de

---

<sup>20</sup> Accouchement vaginal après une césarienne.

groupe de soutien pour parents d'enfants prématurés, vivant un deuil périnatal, parents de jumeaux ou triplés ou parents affectés par la dépression postpartum, etc. Enfin, la dixième et dernière catégorie se rapporte au *soutien matériel* à travers, notamment, la vente d'articles pour la famille (boutique), des services de prêt ou de location d'articles pour bébé, la vente ou le don de vêtements usagers (friperie), le prêt de documentation et de jouets, l'échange de gardiennage, les paniers de Noël, les joujouthèques et autres.

La majorité des catégories *d'activités et de services* sont offertes par l'ensemble des CRP. Seuls le *répit*, le *soutien à l'allaitement*, le *soutien pré et postnatal aux parents vivant des difficultés particulières* ainsi que le *soutien matériel* ne sont pas offerts par tous les CRP, que ce soit par manque de ressources financières, par manque d'espace, parce que ces services sont déjà offerts par des partenaires locaux à proximité ou autres.

Une partie des actions menées par les CRP en périnatalité l'est selon une logique d'économie sociale c'est-à-dire que les CRP produisent des biens ou des services quantifiables offerts contre rémunération (Comeau, 2009). Les biens ou les services peuvent être offerts aux familles selon un tarif fixe (produits achetés à la boutique de l'organisme, par exemple), selon une tarification variable prenant en compte leurs situations familiales et économiques (notamment, halte-garderie et relevailles) ou sans que le parent lui-même ait à verser un montant (gratuité dans le cadre d'une entente de services). Une autre partie des actions menées par les CRP n'est pas sujette à tarification. C'est notamment le cas d'activités telles que les cafés-rencontres, les soupers-partage, les groupes de soutien, etc. Les activités et services offerts contre rémunération et ceux qui ne sont pas sujets à tarification se côtoient dans la vie quotidienne des organisations et ne constituent pas des univers étrangers l'un à l'autre. Ainsi, des parents bénéficient à la fois de services tarifés tout en participant à des activités non sujettes à tarification.

**Tableau 10 : Catégories d'activités et de services en périnatalité offerts par les CRP en 2011-2012**

<b>Catégorie d'activités et de services</b>	<b>Exemples d'activités/services</b>	<b>Nombre de CRP dans cette catégorie</b>
Préparation à la naissance et à l'arrivée du bébé	Rencontres prénatales Accompagnement à la naissance Chant et massage prénatal	9
Mise en forme en période pré et postnatale	Yoga pré et postnatal Danse pour femmes enceintes Club de marche et poussettes	9
Apprentissage des soins à donner au bébé et développement des compétences parentales	Cours de portage et de massage pour bébé Cours sur l'alimentation du nourrisson Cours de premiers soins pour bébés	9
Soutien à domicile	Relevailles	9
Répit	Halte-garderie	5
Soutien à l'allaitement	Rencontres-échanges Soutien téléphonique Espaces publics dédiés à l'allaitement Prêt ou location de tire-lait	7
Stimulation des bébés et développement du lien parent-enfant	Ateliers de développement sensoriel et moteur Ateliers de jeux et de développement du langage	9
Échange entre parents	Cafés-rencontres Rencontres-parents Fêtes familiales Ateliers thématiques	9
Soutien pré et postnatal aux parents vivant des situations particulières	Groupe de soutien pour parents affectés par la dépression postpartum Groupe de soutien pour parents confrontés à un deuil périnatal Accompagnement et soutien individuel	7
Soutien matériel	Boutique Location, prêt et don de matériel pour bébé Friperie Centre de documentation Joujouthèque Vérification de siège d'auto	8

Enfin, il importe de souligner que parmi l'ensemble des actions menées en périnatalité, certaines visent plus particulièrement à rejoindre les pères. C'est notamment le cas d'activités de rencontres d'échange entre pères (groupes de pères) ainsi que d'activités ludiques réservées aux pères accompagnés de leur bébé (massage et jeux, entre autres). Ces activités sont généralement offertes en soirée ou le samedi afin de tenir compte des horaires de travail des pères. Au moins un CRP parmi les neuf a adopté une politique de gestion interne visant à favoriser la participation des pères à l'organisme.

#### *Programmation d'activités et de services au-delà de la période périnatale*

Comme mentionné précédemment, cinq CRP offrent des activités et des services au-delà de la période périnatale, dont quatre qui s'adressent aux familles de tous les âges et un à celles comptant au moins un enfant d'âge préscolaire. Ces activités et ces services peuvent être regroupés en sept catégories (Tableau 11). Six d'entre elles sont semblables à celles offertes dans la programmation décrite précédemment bien que les activités et services offerts à l'intérieur de chacune des catégories varient. Une catégorie est cependant spécifique à cette programmation soit celle des activités récréatives et éducatives destinées aux enfants et adolescents.

**Tableau 11 : Catégories d'activités et de services offerts par les CRP en 2011-2012 au-delà de la période périnatale**

<b>Catégorie d'activités et de services</b>	<b>Exemples d'activités et de services</b>	<b>Nombre de CRP dans cette catégorie</b>
Stimulation des enfants et développement du lien parents-enfants	Ateliers de développement du langage et de la motricité Ateliers de cuisine	4
Échange entre parents	Cafés-rencontres Fêtes familiales Groupes de pères	5
Développement des compétences parentales	Ateliers pour parents d'enfants d'âge préscolaire, scolaire ou pour parents d'adolescents Premiers soins	5
Répit	Halte-garderie	5
Activités récréatives et éducatives pour enfants et adolescents	Activités et sports enfants Ateliers de cuisine Gardiens avertis Journal	4
Soutien aux parents vivant des situations particulières	Aide au budget Accompagnement individuel Rencontres pour parents d'enfants avec difficultés d'apprentissage Service de courrier	5
Soutien matériel	Aide pour la production des rapports de déclaration de revenus Prêt de documentation Joujouthèque	3

### 3.1.4.3 Financement des activités et services

La réalisation de la mission des CRP est rendue possible par la combinaison de multiples sources de financement. Ces sources peuvent être regroupés en cinq grandes catégories : 1) le financement de la mission globale; 2) la subvention volet économie sociale; 3) les

revenus tirés de la vente de biens et de services; 4) le financement par projet et; 5) les revenus d'autofinancement. Lorsque les données recueillies le permettent, les montants tirés de chacune de ces grandes catégories sont précisés ainsi que leur proportion par rapport au financement total annuel des CRP. Il importe par ailleurs de préciser que le financement total des CRP inclue parfois des sommes dédiées à des projets de concertation particuliers dans le milieu pour lesquels les CRP agissent en tant que gestionnaire. Ces montants viennent alors « gonfler » momentanément le financement total des CRP.

### *1) Le financement de la mission globale*

En 2011-2012, huit des neuf CRP reçoivent un financement en appui à la mission globale en provenance d'un ministère selon les règles édictées par la politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire et un CRP demeure en attente de décision pour l'obtention de ce financement<sup>21</sup>. Le financement à la mission globale a pour objectif de soutenir de façon récurrente le fonctionnement de base des organismes communautaires incluant les frais liés aux infrastructures (loyer, équipement de bureau, téléphone, etc.) et à l'accomplissement de leur mission (salaires, frais généraux d'activités, vie associative et démocratique, représentation, etc.) (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001). Ce mode de financement vise à soutenir le caractère alternatif des actions menées par les organismes tout en établissant une distance entre les orientations ministérielles et la réalisation de la mission des organismes. Il permet aux organismes de bénéficier d'une marge de manœuvre dans la détermination de leur mission et de leurs activités (White & Équipe d'évaluation de la Politique, 2008, p. 88).

---

<sup>21</sup> La politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire reconnaît trois modes de financement des organismes : 1) un soutien en appui à la mission globale; 2) un soutien pour des projets ponctuels; 3) un soutien par entente de service (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001). Réservé au départ aux seuls organismes d'action communautaire autonome, l'accès au financement en appui à la mission globale a été élargi aux organismes communautaires lors du dépôt du Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire en 2004 (Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec, 2004b).

Chaque organisme financé en appui à sa mission globale se voit rattaché à un ministère particulier. Cinq CRP sont ainsi rattachés au MSSS et financés, pour leur mission globale, par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), alors que trois sont rattachés au ministère de la Famille et soutenus par le Programme de soutien financier à l'action communautaire auprès des familles (Emploi et Solidarité sociale, 2014). En 2011-2012, le montant reçu par les huit CRP soutenus pour leur mission globale varie de 44 316 \$ à 146 080 \$ avec une moyenne de 94 116 \$. Le montant moyen de soutien à la mission globale obtenu des CRP financés au MSSS est de 96 005 \$ alors que celui des CRP financés au ministère de la Famille est de 90 968 \$. Les sommes reçues en soutien à la mission globale par l'ensemble des neuf CRP représentent 16,9 % du financement total de ces organismes.

### *2) La subvention volet économie sociale*

L'entente conclue avec le MSSS lors du processus d'implantation débuté en 1998 a permis aux CRP de bénéficier d'une subvention annuelle pour leur volet d'économie sociale. Établi à l'origine selon différents critères, le montant versé à chacun des CRP a été plafonné depuis, mais avec indexation au coût de la vie selon les acteurs consultés. Depuis 2008, ce sont les agences de la santé et des services sociaux qui sont responsables du versement de ces sommes aux CRP. En 2011-2012, les CRP reçoivent un montant variant de 101 775 \$ à 316 580 \$ avec une moyenne de 183 427 \$. Les sommes reçues à ce titre représentent en moyenne 37,0 % du financement total annuel des CRP. Selon les CRP, elles représentent de 21,5 % à 65,3 % de leur financement total annuel.

### *3) Les revenus tirés de la vente de biens ou de services*

Les CRP tirent une part importante de leur financement de la vente de biens ou de services quantifiables. Il est d'abord question ici des revenus tirés de la tarification pour les produits et services demandée aux usagers selon un principe marchand. S'y retrouvent les sommes versées par les parents lorsqu'ils participent à des ateliers et à des cours, lorsqu'ils reçoivent les services d'une assistante périnatale à domicile (relevailles) et

lorsqu'ils font des achats de matériel et d'équipement à l'organisme<sup>22</sup>. S'y retrouvent également, dans certains cas, des revenus tirés de la location d'espaces à d'autres organismes ainsi que les contributions volontaires versées par des parents lors d'activités sujettes à tarification. Étant donné que ce ne sont pas tous les CRP qui distinguent les revenus tirés de la vente de biens et de services quantifiables de ceux provenant d'activités d'autofinancement, il n'est pas ici possible d'en préciser les montants.

Une deuxième source de revenus tirés de la vente de biens ou de services est fondée sur un principe de redistribution par l'État et se concrétise par l'établissement d'ententes de financement de services entre les CRP et divers paliers gouvernementaux. L'État finance ici, en tout ou en partie, la prestation de services à des parents. Ces services se veulent complémentaires à ceux offerts par les services publics (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001, p. 32). Ces ententes de service sont en général récurrentes, mais sont renégociées périodiquement (White & Équipe d'évaluation de la Politique, 2008, p. 75). Tous les CRP étudiés ont conclu, avec différents partenaires, ce qui peut être considéré comme des ententes de financement de services selon Comeau (2009). Ces ententes de financement de services sont de nature et d'ampleur variables<sup>23</sup>. Parmi les principales, se retrouvent :

- 1) *Les sommes reçues de l'Agence de santé publique du Canada dans le cadre du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)<sup>24</sup> et du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)<sup>25</sup>. Selon les informations disponibles, en*

---

<sup>22</sup> Certains CRP ont des boutiques dans lesquelles ils vendent différents produits en prolongement de leur mission tels que des coussins et des écharpes d'allaitement, des couches lavables, des produits de soins naturels pour bébé, etc.

<sup>23</sup> Certaines de ces sources de financement, telles que le PACE, présentent certaines caractéristiques du financement par projet parce qu'elles permettent aux organismes de présenter une offre diversifiée de services. Cependant, parce qu'elles visent un financement à plus long terme et fixent certaines balises en matière de populations rejointes, elles ont été classifiées comme ententes de financement de service.

<sup>24</sup> Le PACE a pour objectif de fournir du financement à long terme à des groupes communautaires pour leur permettre de mettre sur pied et d'offrir des services qui répondent aux besoins de santé et de développement des enfants de la naissance à l'âge de six ans qui vivent dans des conditions à risque (Agence de la santé publique du Canada, 2010).

<sup>25</sup> Le PCNP a pour objectif de fournir un financement à long terme à des groupes communautaires pour l'élaboration ou l'amélioration de programmes à l'intention des femmes enceintes qui sont dans des



2011-2012, au moins quatre CRP bénéficient d'un montant moyen de 51 591 \$ du PACE afin d'offrir des services à des familles d'enfants de 0 à 12 ans présentant différents facteurs de risque, alors qu'au moins trois CRP reçoivent un montant moyen de 9 120 \$ afin d'offrir des services à des femmes enceintes dans le cadre du PCNP. Selon les acteurs consultés, les critères de ces programmes sont jugés trop restrictifs en regard des réalités et besoins constatés sur le terrain.

- 2) *Les ententes conclues avec les CSSS que ce soit dans le cadre du programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) ou d'ententes de gré à gré visant la prestation de relevailles à des familles ciblées.* Au moins quatre CRP ont reçu des sommes en provenance du SIPPE mais les données disponibles ne permettent pas de déterminer la nature exacte des ententes conclues à ce titre. Trois autres CRP mentionnent l'achat de relevailles de gré à gré avec facturation au CSSS sans toutefois les relier à un programme particulier.
- 3) *Les sommes reçues du ministère de la Famille pour des activités de halte-garderie communautaires.* Cinq CRP offrent un service de halte-garderie dont le financement provient, en tout ou en partie, du Programme de soutien des haltes-garderies communautaires.

Le financement des activités par ententes de services n'est pas sans poser de défis particuliers aux CRP. D'une part, les critères d'admissibilité définis par ces ententes sont parfois en décalage avec les besoins et la réalité des familles tels que perçus par les CRP. Les CRP sont ainsi confrontés à une demande de services de la part de familles qui ont de grands besoins mais qui ne répondent pas aux critères déterminant l'admissibilité aux ententes de financement de services. D'autre part, les CRP ne réussissent pas toujours à négocier les conditions de l'entente de telle sorte qu'elle couvre l'entièreté des frais encourus pour offrir le service aux parents concernés. Il est aussi parfois onéreux de rencontrer l'éventail des exigences de reddition de compte des différents organismes de

---

situations menaçant leur santé ou la santé de leur nourrisson (Agence de la santé publique du Canada, 2013).

financement. Les CRP ont développé différentes stratégies pour financer le manque à gagner lié à l'inadéquation ou à l'insuffisance des ententes de financement de services (développement de fonds social, utilisation d'une partie du financement à la mission globale, multiplication des demandes de financement pour des projets, etc.), mais celles-ci ne sont pas sans conséquence sur la charge de travail et sur les possibilités d'élargir l'offre de services à un plus grand nombre de familles.

#### *4) Le financement par projet*

En plus du financement en appui à la mission globale et des revenus tirés de la vente de biens et de services, les CRP reçoivent du financement pour différents projets qu'ils mènent. C'est notamment le cas pour des projets liés à la promotion de l'allaitement, à la valorisation de la paternité ou à la mise sur pied de groupe de soutien pour des parents endeuillés ou vivant une dépression postnatale. En principe, le financement par projet est une subvention non récurrente visant à soutenir des projets ponctuels de courte durée. Dans les faits, la réalisation de certaines des activités des CRP repose, année après année, sur cette forme de financement. Celle-ci est « coûteuse » pour les organismes en temps et en énergie (multiplication des demandes de financement et des démarches de reddition de compte) et n'assure souvent pas de pérennité aux actions mises en œuvre. Le financement par projet des CRP provient de différentes sources dont des ministères (Santé et Services sociaux, Famille, Emploi et Solidarité sociale), des municipalités, des fondations privées, des députés ainsi que des organisations issues de partenariats entre la philanthropie privée et l'État (Québec en forme, Avenir d'enfants).

#### *5) Les revenus d'autofinancement*

Enfin, les CRP tirent une partie de leurs revenus d'activités d'autofinancement. Elles sont de trois ordres. Il y a d'abord les contributions volontaires versées par des familles ainsi que les dons reçus de particuliers ou d'entreprises du milieu. Il y a aussi les cotisations des membres dont le montant est variable d'un CRP à l'autre. Il y a enfin, les revenus tirés de l'organisation d'activités-bénéfiques telles que des ventes de garage, des soupers spaghetti, des « vélothons », des « dansethons », des soirées de quilles ou autres.

### **3.1.5 Acteurs**

Cette section s'intéresse aux acteurs (personnes et groupes) impliqués dans la réalisation des activités menées par les CRP (Comeau, 2000). La première partie porte sur les acteurs à l'interne soit les membres, les bénévoles et les travailleuses. La seconde partie est consacrée aux acteurs externes c'est-à-dire aux organisations avec lesquelles les CRP ont développé différents liens de collaboration et de partenariat au cours des années.

#### **3.1.5.1 Acteurs à l'interne**

Les acteurs à l'interne sont les membres, les bénévoles (incluant les administratrices) et les travailleuses. Tous ces groupes d'acteurs assument, à différents niveaux, une fonction essentielle dans la réalisation de la mission des CRP.

##### *Les membres*

Comme mentionné précédemment (section 3.1.3.2), les membres actifs, réguliers ou ordinaires<sup>26</sup> peuvent assister aux assemblées générales, y exercer leur droit de vote et être élus au conseil d'administration. En 2011-2012, le nombre de membres actifs, réguliers ou ordinaires est de 40 à 1800 d'un CRP à un autre, avec une moyenne de 583,4. Pour quatre des neuf CRP, toutes les familles qui utilisent les services sont considérées d'emblée comme membre.

En plus de la catégorie de membres actifs, réguliers ou ordinaires, les règlements généraux de six des neuf CRP prévoient l'existence d'autres catégories de membres soit des membres de soutien, honoraires ou corporatifs. En 2011-2012, trois des six CRP qui prévoient l'existence de telles catégories de membres n'en ont aucun. Enfin, au cours de la même année, au moins quatre CRP comptent quelques employés de l'organisme parmi leurs membres actifs, réguliers, ordinaires ou de soutien.

##### *Les bénévoles*

Gagnon et ses collaborateurs (2013) concluent dans leur ouvrage que le bénévolat est constitué, à un premier niveau, d'actions gratuites qui produisent des services, qui sont à

---

<sup>26</sup> Ces trois appellations ont été regroupées parce qu'elles réfèrent à une même réalité.

l'origine de liens sociaux et qui favorisent l'appropriation du monde. À un second niveau, il correspond à une institution qui s'est développée avec des organisations, des politiques et un discours. Si on s'en tient au premier niveau, en 2011-2012, le nombre total de bénévoles, incluant les administrateurs élus au CA, est de 774. Pour chacun des CRP, le nombre de bénévoles varie de 31 à 187 avec une moyenne de 86 par organisme. Le nombre d'heures effectuées par les bénévoles au cours de l'année 2011-2012 varie, selon les CRP, de 1228 à 9857 avec une moyenne de 3668,8 par organisme. Bien que le nombre de bénévoles et le nombre d'heures effectuées en 2011-2012 soient variables d'un CRP à l'autre, le nombre moyen d'heures effectuées par bénévole varie peu et se situe entre 31,5 et 52,7 selon les CRP avec une moyenne de 42,7 heures par année. La majorité de ces bénévoles sont des femmes selon les informations fournies par les CRP.

Selon des proportions variables d'un CRP à l'autre, les bénévoles sont les plus souvent des parents ayant déjà utilisé les services de l'organisme, des parents actuellement utilisateurs de services, des membres de la communauté (organismes communautaires et sociaux, milieux d'affaires, etc.), des personnes retraitées et des étudiants de niveau secondaire ou postsecondaire. Au moins un CRP considère et comptabilise les heures non rémunérées effectuées par les travailleuses salariées (formation continue, lecture de documents, présence aux AG, par exemple) comme des heures de bénévolat.

Certains bénévoles ont une implication additionnelle à travers leur participation au conseil d'administration. Bien que toutes les tâches exécutées par les bénévoles soient importantes, celle-ci revêt un caractère particulier par l'aspect décisionnel qui lui est lié. Les conseils d'administration des CRP se sont réunis de sept à dix fois au cours de l'année de référence. Leurs membres se sont impliqués sur des comités *ad hoc* et ont assuré divers suivis administratifs en collaboration avec les directrices des CRP. Trois des neuf conseils d'administration sont composés exclusivement de femmes, alors que la proportion d'hommes varie de 16,7 à 66,7 % pour les sept autres.

De plus, les bénévoles assument différentes tâches en soutien aux activités menées par les CRP. Ainsi, elles offrent du soutien en allaitement aux nouveaux parents; elles donnent du temps à la boutique ou à la friperie; elles assistent les animatrices en donnant un coup de main à l'installation des locaux et en s'occupant des bébés pendant les ateliers; elles assument différentes tâches de secrétariat et de comptabilité; elles participent à l'entretien des locaux et des installations, elles soutiennent et, parfois prennent en charge, l'organisation d'activités de financement entre autres choses.

Le Tableau 12 présente les principales tâches réalisées par les bénévoles au sein des CRP en 2011-2012 en les classifiant selon le modèle proposé par Vézina et Crompton (2012, p. 49). Il est possible d'y constater que les bénévoles des CRP sont actifs dans 10 des 15 types d'activités bénévoles proposés. La catégorie « autres activités » des deux auteurs précédents regroupe ici diverses tâches réalisées par les bénévoles en soutien aux activités régulières de l'organisme mais qui ne peuvent être classifiées dans les autres catégories proposées. Il s'agit par exemple d'offrir un soutien à la réalisation des cafés-rencontres et des ateliers ou encore, d'assurer l'accueil à l'organisme.

**Tableau 12 : Classification des principales tâches réalisées par les bénévoles au sein des CRP en 2011-2012**

Types d'activités bénévoles (Vézina & Crompton, 2012)	Tâches réalisées par les bénévoles des CRP
Organiser des événements	Aider à l'organisation d'événements spéciaux : cérémonie pour les enfants décédés, fête de Noël, fête de la famille, etc.  Tenir des kiosques d'information sur l'organisme et représenter l'organisme à divers événements
Enseigner, offrir du mentorat	Animer un atelier pour les parents Offrir une formation aux bénévoles Offrir du soutien à l'allaitement
Participer à un conseil ou à un comité	Siéger au conseil d'administration Participer à des comités de travail
Solliciter des fonds	Participer à l'organisation d'une activité de financement
Travail de bureau, tenue de livres	Tenir les livres comptables Corriger des documents Secrétariat Aider à la production du journal des membres
Donner des conseils	Offrir du soutien à l'allaitement Offrir de l'information aux parents Soutenir les usagers dans la production de leur déclaration de revenus
Recueillir, servir ou distribuer de la nourriture ou d'autres biens	Apporter une aide à la friperie ou à la boutique Fabriquer des cadeaux de Noël Cuisiner des collations
Entretien ou réparations	Faire des réparations sur l'immeuble Participer à la gestion de l'immeuble Faire de l'entretien ménager
Transport bénévole	Assurer le transport de participantes à des activités
Autres activités	Soutenir le déroulement des ateliers, des rencontres-parents, des activités de plein air, etc. Donner de l'aide à la halte-garderie Répondre au courrier des enfants Assurer l'accueil des personnes à l'organisme et aux activités

*Les travailleuses*

La taille et la structure des équipes de travail des CRP sont variables d'un organisme à un autre. Ces variations sont le reflet de différents facteurs dont les ressources financières dont disposent les CRP, leur trajectoire organisationnelle, les caractéristiques des milieux dans lesquels ils interviennent et leur façon respective de structurer les activités et les services offerts. En 2011-2012, la taille des équipes de travail des CRP varie de 7 à 33 travailleuses avec une moyenne de 17,8 salariées par organisme. Au total, les CRP emploient 160 salariées et parmi celles-ci, une très grande majorité sont des femmes. En effet, six des neuf CRP n'ont aucun homme salarié en 2011-2012, un n'en a qu'un seul alors que deux CRP en ont deux. En 2011-2012, parmi l'ensemble des salariées, on compte un total de 155 femmes et 5 hommes.

Les salariées travaillent à temps plein (35 heures et plus par semaine), à temps partiel (moins de 35 heures par semaine) ou selon un mode occasionnel ou sur appel<sup>27</sup> (horaire et nombre d'heures de travail variables). Selon les données recueillies, en 2011-2012, environ un tiers (32,5 %) de l'ensemble des 160 salariées des CRP travaillent à temps plein, un peu plus d'un tiers (36,9 %) à temps partiel et un peu moins d'un tiers (30,6 %) travaillent selon un mode occasionnel ou sur appel.

La répartition des salariées selon le statut d'emploi est toutefois très variable d'un CRP à un autre (Tableau 13). On observe qu'une majorité de CRP compte 21 à 40 % de salariées à temps plein ou avec statut occasionnel/sur appel. En contrepartie, deux CRP se distinguent par une plus faible proportion de salariées à temps plein, alors que trois autres se caractérisent par une plus faible proportion de statut occasionnel ou sur appel. Enfin, un seul CRP compte plus de 61 % de salariées à temps complet et deux autres se démarquent par une proportion équivalente de salariées à temps complet ou partiel.

---

<sup>27</sup> Certains CRP assurent aux travailleuses occasionnelles ou sur appel un nombre minimum d'heures par semaine.

**Tableau 13 : Nombre de CRP selon la proportion de salariées occupant différents statuts d'emploi en 2011-2012**

<b>Proportion de salariées</b>	<b>0 à 20 %</b>	<b>21 à 40 %</b>	<b>41 à 60 %</b>	<b>61 à 80 %</b>	<b>81 à 100 %</b>
<b>Statut à temps plein</b>					
Nombre de CRP	2	5	1	1	0
<b>Statut à temps partiel</b>					
Nombre de CRP	2	3	2	2	0
<b>Statut occasionnel ou sur appel</b>					
Nombre de CRP	3	5	1	0	0

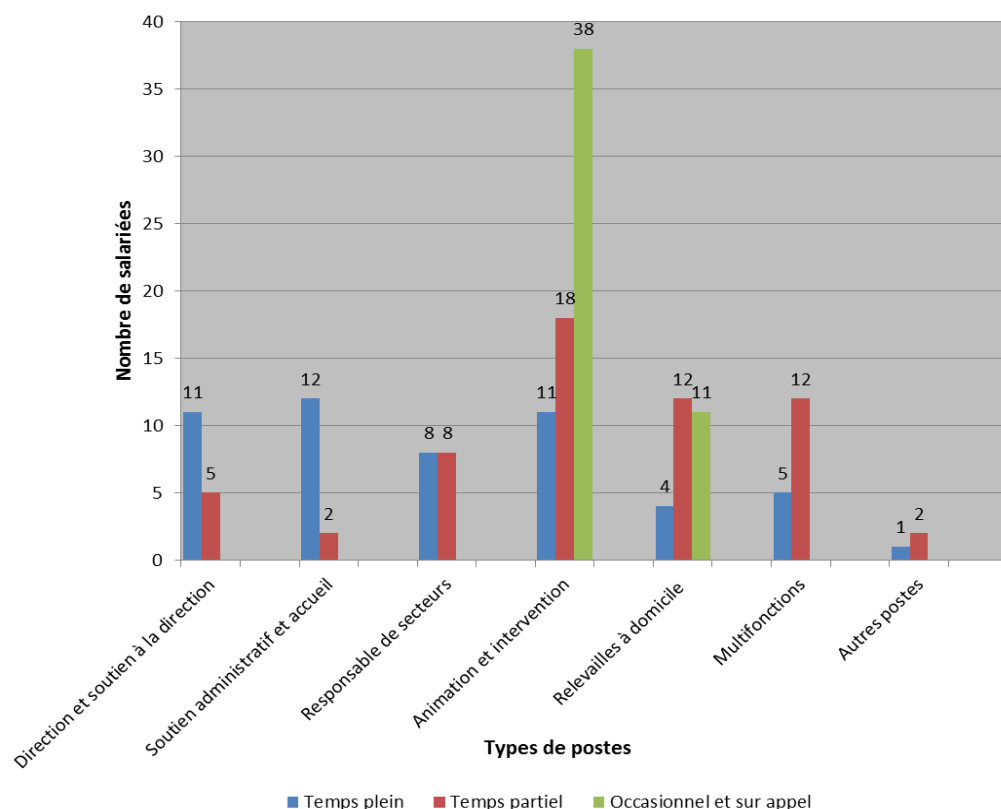
Il est possible de distinguer six types de postes en 2011-2012 :

- 1) les postes de direction et de soutien à la direction (directrice, directrice adjointe, coordonnatrice générale, etc.);
- 2) les postes de soutien administratif et d'accueil (secrétaire, réceptionniste, agente de communication, adjointe administrative, commis-comptable, etc.);
- 3) les responsables de coordination de secteurs (responsable des services à domicile, responsable de la halte-garderie, responsable périnatalité, etc.);
- 4) les postes d'animation et d'intervention (animatrice, intervenante, éducatrice et aide-éducatrice, etc.);
- 5) les postes de soutien périnatal à domicile (assistante périnatale, aide-mamans, soutien postnatal); et enfin,
- 6) les autres postes (essentiellement, préposée à l'entretien).



La Figure 4 présente le nombre de salariées selon le statut et le type de postes occupés en 2011-2012. Il permet de constater que les personnes occupant les postes de direction et de soutien à la direction, de soutien administratif et d'accueil travaillent surtout à temps plein. Les personnes qui assument les postes de responsable de secteurs travaillent tout autant à temps plein qu'à temps partiel, alors qu'une majorité de personnes occupant les postes d'animation et d'intervention sont à temps partiel ou occasionnel et sur appel. Les personnes aux postes de relevailles à domicile travaillent surtout à temps partiel ou en tant que travailleuse occasionnelle et sur appel. Enfin, plusieurs salariées remplissent des postes multifonctions c'est-à-dire qu'elles cumulent plusieurs responsabilités pouvant les amener à travailler soit à temps plein ou soit à temps partiel. Les travailleuses occupant de tels postes sont surtout affectées à l'animation et au soutien à domicile, plus rarement, comme responsable de secteurs. Ces postes multifonctions sont présents dans sept des neuf CRP, ce qui n'exclut toutefois pas que dans les deux autres CRP, certaines salariées puissent cumuler des tâches connexes.

**Figure 4 : Nombre de salariées selon le type de postes occupés et leur statut d'emploi en 2011-2012**



En plus des salariées, les CRP font appel à des travailleuses contractuelles pour effectuer différentes tâches nécessitant des compétences particulières. Ces travailleuses contractuelles assument principalement l'animation ponctuelle d'ateliers spécialisés (ex. : yoga, premiers soins, hypno-vie) ainsi que des tâches liées à la comptabilité ou à l'entretien des locaux et des bâtiments. Les données recueillies ne permettent cependant pas d'en comptabiliser le nombre et l'apport.

#### *Les stagiaires*

Les CRP accueillent régulièrement des étudiantes en stage d'études. En 2011-2012, les CRP ont accueilli 37 stagiaires (36 femmes et un homme) en provenance de différents champs disciplinaires : travail social (n = 16), technique éducation spécialisée (n = 8), sexologie (n = 4), pratique sage-femme (n = 3), orientation (n = 2), auxiliaire familiale (n = 2), bureautique (n = 1) et psychoéducation (n = 1).

#### **3.1.5.2 Acteurs à l'externe**

Au cours des années, les CRP ont développé des liens, de nature et d'intensité variables, avec plusieurs organisations œuvrant tant sur le plan local, régional que national. Ces organisations proviennent de plusieurs secteurs : organismes communautaires et entreprises d'économie sociale, milieux de la santé et des services sociaux, secteur municipal, milieux de l'éducation, entreprises privées, etc. Fondée sur les données disponibles, la section qui suit décrit, sans prétendre à l'exhaustivité, les principaux liens développés avec le secteur des organismes communautaires et entreprises d'économie sociale et avec celui de la santé et des services sociaux.

#### *Les organismes communautaires et entreprises d'économie sociale*

Différents liens sont créés par les CRP avec des organismes communautaires et entreprises d'économie sociale et ce, tant au plan local, régional que national. Ces liens se tissent directement, d'organisme à organisme ou d'intervenant à intervenant mais aussi, à travers différents rassemblements d'acteurs. Ces derniers peuvent être classifiés en trois grandes catégories soit les *regroupements*, les *tables de concertation* et les *coalitions* (Lavoie & Panet-Raymond, 2011).

Un *regroupement* est une « association de groupes autonomes qui décident de mettre en commun une orientation et une action et de se donner les services nécessaires au développement et à la promotion de leur activité spécifique » (Lavoie & Panet-Raymond, 2011, p. 349). Sur le plan national, les CRP sont tous membres du *Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec*. Cette adhésion est importante pour le développement et la reconnaissance des CRP et de l'approche particulière qui les caractérise. Des CRP ont également fait le choix d'adhérer à d'autres regroupements nationaux selon les champs d'intervention développés et les préoccupations portées. Par exemple, certains CRP sont membres de la *Fédération québécoise des organismes communautaires Famille*, du *Regroupement Naissance-Renaissance*, de l'*Association des haltes-garderies communautaires du Québec*, du *Regroupement des cuisines collectives du Québec* ou du *Regroupement pour la valorisation de la paternité*.

Les CRP sont également présents et actifs sur un grand nombre de *tables de concertation* dans leur milieu respectif. Une table de concertation se définit comme « un processus formel de gestion et de coordination, mais qui n'est pas fortement hiérarchisé ni fortement institutionnalisé. » (Lavoie & Panet-Raymond, 2011, p. 351). Les tables de concertation poursuivent généralement des objectifs d'échange d'information, de formation et de réalisation d'actions concrètes. Ainsi, des CRP participent à des comités d'action locale (promotion des saines habitudes de vie), à des tables de concertation en petite enfance, en économie sociale ou en développement social et à des tables régionales d'organismes communautaires.

Dans une moindre mesure, les CRP participent à des *coalitions* locales lorsque celles-ci rejoignent certaines de leurs préoccupations. Une coalition est « l'association ponctuelle de groupes autonomes autour d'une action collective de changement social » (Lavoie & Panet-Raymond, 2011, p. 350). Cette coalition s'organise généralement autour d'une action de nature sociopolitique et circonscrite dans le temps. Par exemple, des CRP participent à des coalitions locales ou régionales mises sur pied autour de la lutte à la pauvreté, de l'accessibilité à la pratique sage-femme, de la promotion du logement social ou de l'allaitement maternel.

### *Les organisations du réseau de la santé et des services sociaux*

Les CRP développent de nombreux liens avec des organisations du réseau de la santé et des services sociaux. Tous les CRP côtoient des représentants des CSSS et des CLSC de leur territoire d'intervention à des tables locales ou régionales de concertation en périnatalité ou petite enfance. Tous ont également développé des liens directs de collaboration et de partenariat avec les CSSS ou CLSC de leur territoire concernant la promotion et la référence de familles vers les CRP, l'établissement d'ententes de financement de services (SIPPE ou autres), la participation des travailleuses salariées à des formations, la mise en place de services spécifiques sur le territoire, etc.

Cinq des neuf CRP mentionnent avoir développé des liens avec un ou des centres hospitaliers à l'égard de la promotion de leurs activités et services auprès des familles. Deux mentionnent avoir établi des collaborations avec le centre jeunesse de leur territoire et un CRP fait mention des liens créés avec la maison de naissance présente à proximité.

## **3.2 Modélisation du programme de relevailles**

Cette section s'intéresse au programme de relevailles offert par les CRP. Elle débute par la présentation d'un *modèle logique du programme de relevailles*. Elle se poursuit avec la description de chacun des éléments qui le composent en insistant sur les points communs et les variations entourant sa mise en œuvre dans chacun des CRP au cours de l'année de référence 2011-2012.

### **3.2.1 Un modèle logique pour une définition commune de la mise en œuvre du programme de relevailles**

Le modèle logique du programme de relevailles présenté à la Figure 5 a été développé à partir des modèles logiques *spécifiques* à la mise en œuvre de ce programme dans chacun des neuf CRP participant à l'étude<sup>28</sup>. Selon les CRP, ce programme peut être identifié sous différentes appellations, telles que « Coup de main », « Répît à domicile » ou « Aide

---

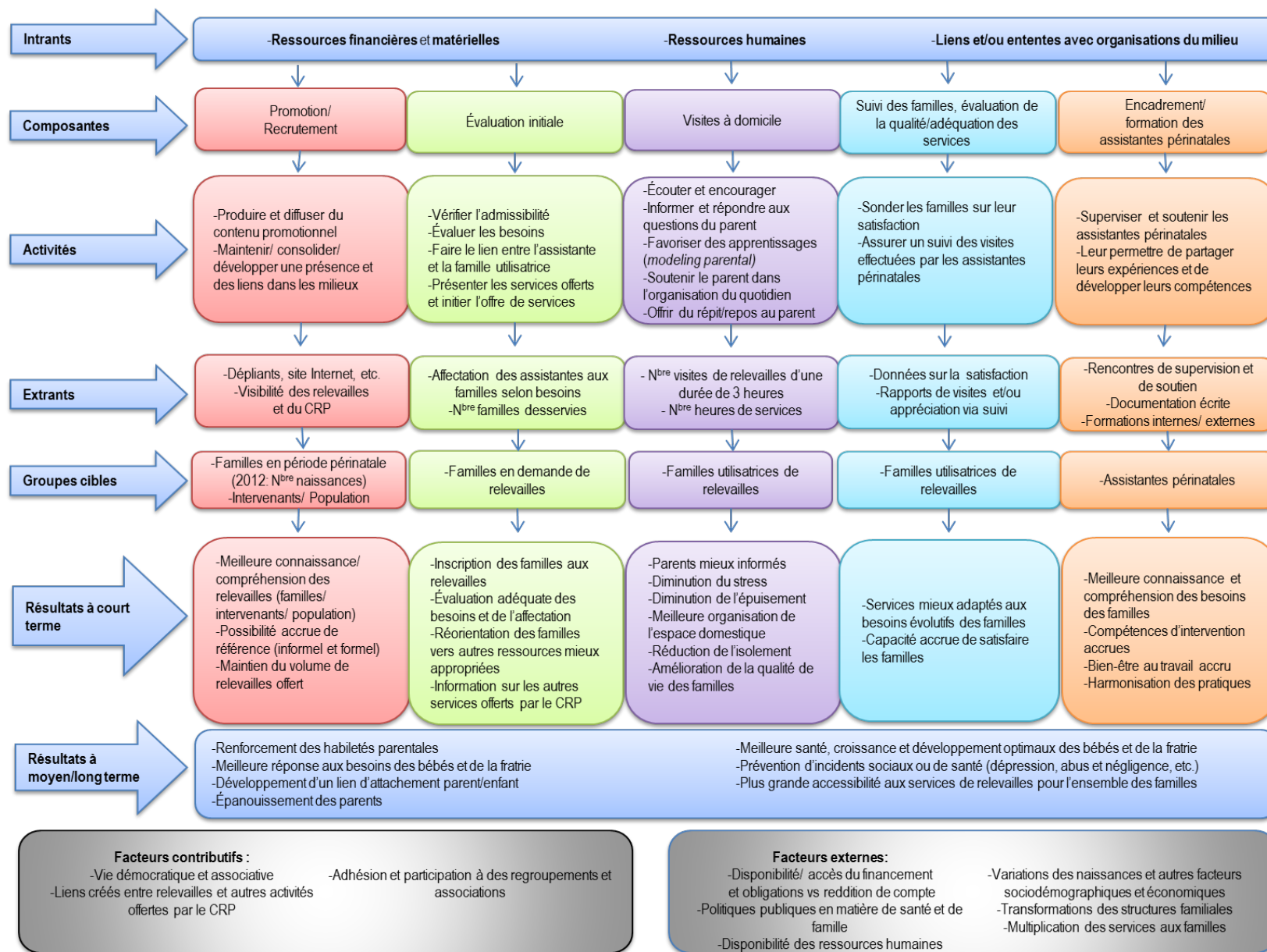
<sup>28</sup> Un modèle logique spécifique n'a pu être vérifié pour des raisons internes à un des neuf CRP à l'étude. Voir la section 2 pour plus de détails sur la méthode de production et de vérification des modèles logiques spécifiques à la mise en œuvre du programme de relevailles dans chacun des CRP.

à domicile ». Ce programme s'adresse principalement aux familles en période postnatale et consiste à offrir un soutien à domicile qui s'adapte aux besoins spécifiques de chaque famille, afin d'écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation du quotidien. Le modèle logique présenté offre une image synthèse des éléments communs à la mise en œuvre de ce programme par les CRP. On y observe des éléments constitutifs qui permettent de décrire et d'illustrer « le contenu (quoi?), les destinataires (qui?), et la raison d'être (pourquoi?) du programme » (Porteous, 2009, p. 87). Il facilite ainsi le développement d'une vision commune de la logique du programme et constitue un important outil facilitant les processus de planification et d'évaluation.

Un modèle logique de programme est composé de plusieurs éléments tous liés les uns aux autres. Les *intrants* désignent les ressources qui permettent la réalisation des activités du programme. Ils sont décrits plus en détail, à la section 3.2.1.1. Les *composantes* sont une série d'activités nécessaires au bon fonctionnement du programme. Pour chacune des composantes sont détaillés : les *activités* soit les mesures mises en œuvre afin de réaliser les résultats visés par chaque composante du programme; les *extrants* c'est-à-dire les services, événements ou biens produits par chacune des activités; les *groupes cibles* formés des individus ou des groupes visés par chaque composante du programme et enfin; les *résultats à court terme* soit les changements qui affectent directement les groupes cibles. Chaque composante fait l'objet d'une description détaillée à la section 3.2.1.2.

La description des composantes est suivie de la présentation : 1) des *résultats à moyen/long terme* du programme de relevailles c'est-à-dire de ses conséquences dans la communauté plus large; 2) des *facteurs contributifs* représentant les facteurs internes de l'organisme qui permettent aux activités et extrants du programme d'atteindre les résultats visés; ainsi que 3) des *facteurs externes* soit les facteurs situés à l'extérieur de l'organisme qui exercent une influence relative sur la mise en œuvre du programme.

**Figure 5 : Modèle logique du programme de relevailles**



### 3.2.1.1 Des intrants multiples en constant renouvellement

Trois grandes catégories de ressources composent les intrants du programme de relevailles. La première se rapporte aux *ressources financières et matérielles* utilisées par les CRP pour réaliser leur programme de relevailles, la seconde, aux *ressources humaines* et la troisième, aux *liens et ententes* (autres que financiers) établis par les CRP avec différentes organisations du milieu.

#### *Ressources financières et matérielles*

Les CRP tirent le financement nécessaire à la réalisation de leur programme de relevailles de différentes sources<sup>29</sup>. Certaines de ces sources sont communes à l'ensemble des CRP alors que d'autres ne sont utilisées que par une partie d'entre eux (Figure 6). Ainsi, en 2011-2012, tous les CRP ont reçu une subvention CRP du MSSS par l'entremise des agences de la santé et des services sociaux et ils ont aussi tiré des revenus de la contribution financière des parents utilisateurs de services. Huit des neuf CRP ont mentionné avoir conclu des ententes de financement de services avec leur CSSS ou leur table régionale de concertation en petite enfance. Trois des neuf CRP mentionnent avoir reçu un montant annuel du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) à travers lequel ont été financées des activités de relevailles. Enfin, trois CRP mentionnent des montants autres (fondations privées, Postes Canada) leur permettant de financer quelques visites de relevailles au cours de l'année.

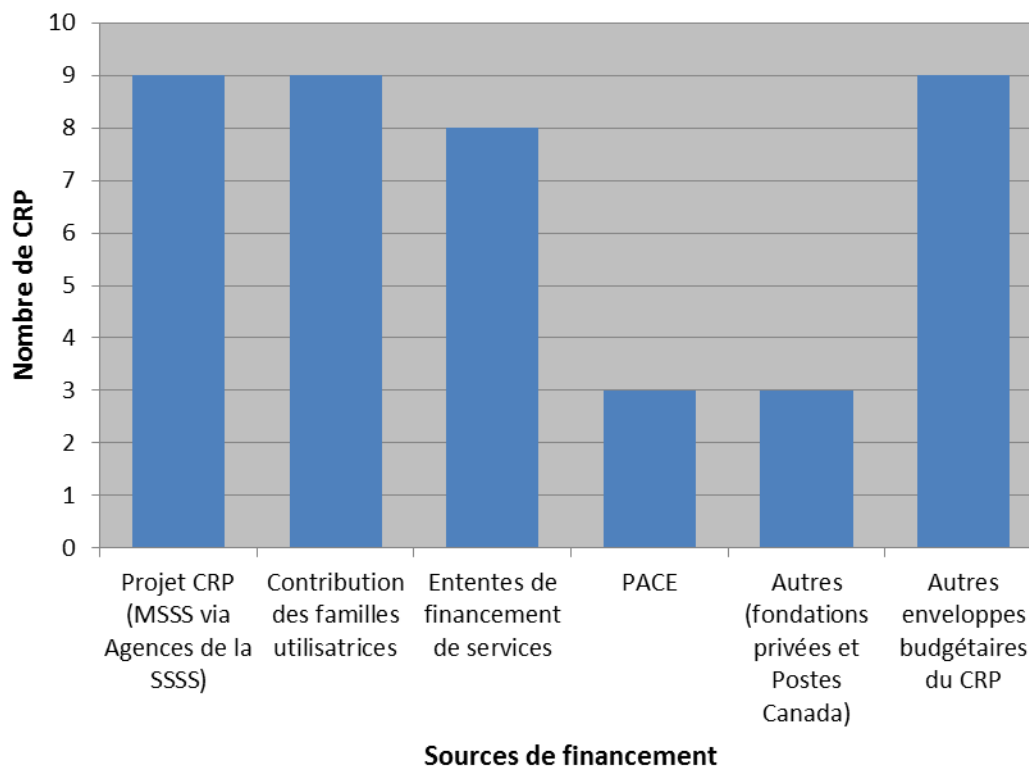
Lors des entretiens téléphoniques, toutes les responsables de CRP interrogés ont mentionné avoir été dans l'obligation de piger dans d'autres enveloppes budgétaires de l'organisme pour financer les relevailles offertes. Certains ont mentionné qu'ils comblaient l'écart à l'aide de la subvention reçue du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)<sup>30</sup> ou de montants recueillis lors d'activités-bénéfices. Il importe par ailleurs de mentionner que les données disponibles ne permettent pas de distinguer, parmi les différentes sources financières mentionnées plus

<sup>29</sup> Pour une description détaillée des sources de financement des CRP, voir la section 3.1.4.3.

<sup>30</sup> Le PSOC est le programme du MSSS dédié au financement à la mission des organismes communautaires du champ de la santé et des services sociaux.

haut, la part attribuée exclusivement aux activités de relevailles puisque la plupart de ces sources servent à financer plusieurs activités offertes aux parents utilisateurs, dont celle des relevailles (notamment, ateliers de groupe, intervention individuelle et relevailles dans le cas du PACE).

**Figure 6 : Nombre de CRP bénéficiant de différentes sources de financement pour les relevailles en 2011-2012**



La participation financière des familles varie selon qu'il s'agit de familles répondant aux critères du PACE et d'ententes de financement de services particulières ou de familles faisant partie de la clientèle dite « universelle ». Alors que les premières bénéficient d'une gratuité totale des relevailles (avec dans certains cas, une invitation à verser une contribution volontaire), les secondes sont sujettes à une tarification selon des grilles préétablies par chacun des CRP. Certaines familles vont d'abord bénéficier de



relevailles gratuites et poursuivre, après la fin du financement accordé en vertu du programme PACE ou d'ententes de financement de services, avec des relevailles tarifées.

Les grilles de tarification établies par les CRP prennent en compte différents facteurs, dont le revenu annuel familial (brut ou net), le nombre d'enfants ou de membres du ménage et le statut biparental ou monoparental de la famille. Des réductions de tarif sont prévues par certains CRP en présence de jumeaux ou de triplés. En 2011-2012, le montant horaire demandé varie de 2 à 16 \$ alors que le montant demandé pour une visite de trois heures est de 10 à 40 \$. Deux CRP ne demandent qu'une contribution volontaire en bas d'un certain seuil de revenu. Enfin, un CRP se distingue par le fait qu'il demande une contribution volontaire minimum de 3 \$ l'heure à toutes les familles faisant partie de la clientèle dite « universelle » peu importe leur revenu ou leur situation familiale. Tous les CRP mentionnent faire preuve de souplesse à l'égard des parents dans l'application de leur politique de tarification.

Les principales ressources matérielles mises à contribution dans la réalisation du programme de relevailles sont les locaux (réception et coordination des demandes de relevailles, rencontres de coordination et de formation des assistantes périnatales, archivage, entreposage du matériel, etc.) et les installations (lignes téléphoniques, sites Internet, ordinateurs, photocopieurs, etc.). Pour les déplacements au domicile des parents, ce sont les véhicules des assistantes périnatales ou les transports en commun qui sont mobilisés avec échelles de remboursement variables. L'étendue du territoire couvert et la faible densité de population posent, à certains CRP, des défis particuliers en matière de logistique et d'organisation des visites à domicile.

#### *Ressources humaines*

La deuxième catégorie de ressources est composée des ressources humaines qui œuvrent à la réalisation du programme de relevailles au sein des CRP. De par le mode de gestion démocratique et associatif qui anime les CRP, l'ensemble des acteurs internes (membres, administrateurs, bénévoles, équipe de travail) est appelé à collaborer à la réalisation des relevailles notamment, en participant aux processus décisionnels en conseil

d'administration et en assemblée générale et en assurant la promotion du programme auprès des familles. Il existe cependant, au sein de chacun des CRP, un nombre restreint de travailleuses plus étroitement associées au processus de production des relevailles.

Bien que la taille de ce « noyau dur » varie d'un CRP à un autre, il est en général composé d'une personne assurant la coordination du programme (parfois la directrice, mais plus souvent une responsable générale ou de secteur) et d'assistantes périnatales (parfois appelées accompagnatrices en soutien postnatal ou aides-mamans) offrant le service à domicile. La directrice et les personnes assurant l'accueil jouent également des rôles particuliers au sein du programme de relevailles en assumant pour l'une, l'encadrement et la supervision des travailleuses impliquées et en permettant, pour l'autre, que se crée un lien entre le parent demandeur et la personne responsable de la coordination du programme.

Les visites à domicile sont assurées par des travailleuses salariées. Le nombre d'assistantes périnatales est variable d'un CRP à l'autre et leur statut d'emploi l'est également, tel que décrit à la section 3.1.5.1. Lors des entretiens téléphoniques, le renouvellement des effectifs a été soulevé comme un enjeu justifiant l'importance des composantes de suivi et d'encadrement du programme de relevailles. Ces entretiens ont également permis de constater qu'au moins deux CRP, à leurs débuts, comptaient sur des bénévoles pour assurer des services apparentés aux relevailles. Les exigences multiples liées aux visites à domicile et la nécessité d'assurer une continuité auprès des familles ont motivé le recours à des travailleuses salariées.

#### *Liens et ententes avec les organisations du milieu*

Une troisième catégorie de ressources permettant la réalisation du programme est constituée des *liens et ententes* établis par les CRP avec diverses organisations du milieu qui n'impliquent pas le financement direct des activités de relevailles<sup>31</sup>. Ces liens et ces ententes ne sont pas nécessairement spécifiques au programme de relevailles, ils se sont

---

<sup>31</sup> Ces liens et ces ententes ont plutôt été traités précédemment dans les ressources financières.

créés et établis selon une perspective plus large soit celle de l'ensemble de l'offre de services destinée aux parents en période périnatale. Ils ont ici été conservés dans les intrants, plutôt que dans les facteurs contributifs, en raison de l'importance que les CRP leur accordent et de l'influence directe, bien que partagée, qu'ils exercent sur cet élément.

Les organisations avec lesquelles les CRP ont développé des liens et des ententes contributives au programme de relevailles proviennent de trois grands secteurs (Tableau 14). Le premier de ces secteurs est celui des organismes communautaires et entreprises d'économie sociale. Il s'agit, par exemple, des organisations communautaires famille, des organismes de promotion de l'allaitement, des haltes-garderies. Le second secteur est composé des organisations du secteur de la santé et des services sociaux. Mentionnons, à ce titre, les CLSC, les départements d'obstétrique des hôpitaux, les maisons de naissances, les cliniques privées. Les personnes qui y travaillent réfèrent des familles aux relevailles, font un suivi auprès de familles référées par les CRP et participent à la formation des assistantes périnatales (notamment, formations sur les thèmes de l'allaitement, du dépistage de la violence conjugale, des premiers soins, etc.). Le troisième secteur est celui de l'éducation. Ce dernier contribue plus précisément au programme de relevailles à travers la participation de stagiaires de niveau collégial et universitaire à la formation des assistantes périnatales (par exemple, la formation donnée par une étudiante en sexologie sur la sexualité après l'arrivée de bébé) ainsi qu'aux échanges et discussions en équipes de travail.

**Tableau 14 : Secteurs d'activités et exemples d'organisations avec lesquelles les CRP ont développé des liens et des ententes**

<b>Secteurs d'activités</b>	<b>Exemples d'organisations</b>	<b>Exemples d'apports au programme de relevailles</b>
Secteur communautaire et de l'économie sociale	Organismes communautaires famille Organismes de promotion de l'allaitement Haltes-garderies Organismes intervenant auprès des femmes victimes de violence conjugale Centres de la petite enfance	Promotion des relevailles auprès des familles en période périnatale Référence des familles vers les relevailles
Réseau de la santé et des services sociaux	Hôpitaux Maisons de naissance CLSC Agence de la santé et des services sociaux Cliniques médicales privées Centres jeunesse	Accueil des familles référées par les CRP Interventions conjointes auprès de familles ayant des besoins particuliers Formation des assistantes périnatales
Milieu de l'éducation	Universités (stagiaires en travail social, en sexologie, en pratique sage-femme, etc.)	Participation aux échanges et discussions d'équipe Formation des assistantes périnatales

### **3.2.1.2 Des composantes communes avec variations dans leur mise en œuvre**

La démarche de caractérisation du programme de relevailles a permis de mettre en relief cinq composantes essentielles : 1) la promotion et le recrutement; 2) l'évaluation initiale; 3) les visites à domicile; 4) le suivi des familles et l'évaluation de la qualité/adéquation des services, et enfin; 5) la formation et l'encadrement des assistantes périnatales. Chaque composante conduit sensiblement aux mêmes activités, mais elles se distinguent par une intensité et des manières de faire qui peuvent sensiblement varier d'un CRP à l'autre. L'analyse des spécificités relatives à la mise en œuvre du programme a aussi révélé différentes nuances relatives à l'envergure des extrants et à la délimitation des groupes

cibles. L'exercice de co-construction a par ailleurs conduit à l'identification de résultats à court terme pouvant être attendus de l'une ou l'autre des composantes du programme.

#### *Composante promotion/recrutement*

L'action de promotion/recrutement mise en œuvre par les CRP vise trois **groupes cibles**. Il s'agit, dans un premier temps, de rejoindre l'ensemble des familles en période périnatale du territoire, qu'elles présentent ou non des facteurs de risque reconnus par les programmes de santé publique. Le nombre de familles en période périnatale visé varie selon l'étendue et la densité populationnelle de chacun des territoires couverts par les CRP<sup>32</sup>. Le second groupe ciblé est constitué des organisations et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau des organismes communautaires et entreprises d'économie sociale susceptibles d'être en contact avec des familles en période périnatale. Le troisième groupe cible est constitué de la population en général puisque celle-ci peut jouer un rôle important auprès des familles de leur entourage en termes de promotion des relevailles et de diffusion de l'information.

Cette composante se réalise de façon continue, tout au long de l'année, à travers différentes activités mises en place par les CRP. La promotion et le recrutement pour le programme de relevailles sont faits de façon concomitante à la promotion effectuée pour les autres activités et services offerts par les CRP. Les relevailles ne donnent pas lieu, en général, à des activités spécifiques de promotion et de recrutement.

Deux grandes **activités** de promotion/recrutement sont mises en œuvre par les CRP. La première d'entre elles est la production et la diffusion de contenu promotionnel. Ce contenu promotionnel peut prendre une forme écrite à travers des **extrants** se traduisant par des dépliants, des bulletins d'information, des encarts dans les journaux locaux ou bottins municipaux de loisirs, des références dans le guide *Mieux naître avec notre enfant*, etc. Ce matériel écrit varie énormément d'un CRP à l'autre. Il est diffusé en différents lieux publics tels que cliniques médicales, maisons de naissance, CLSC,

---

<sup>32</sup> Voir la section 3.1.2.2 pour un aperçu de cette variabilité à partir des données relatives aux nombres de naissances sur chacun des territoires de CRP.

organismes communautaires, etc. Il est parfois inclus à la documentation remise aux nouveaux parents lors de leur sortie de l'hôpital ou lors des contacts avec les infirmières des CLSC. Le contenu promotionnel est également diffusé à travers les médias traditionnels (entrevues radio et télévision) et les médias sociaux sont mobilisés par les neuf CRP (sites Internet, pages Facebook).

La deuxième activité de promotion et de recrutement mise en œuvre par les CRP consiste à maintenir, consolider et développer une présence et des liens dans les milieux où sont présents des parents en période périnatale, ainsi que dans les milieux qui sont en relation avec ces parents. Les CRP vont ainsi être actifs à divers événements auxquels participent des parents (salon de l'allaitement ou de la maternité/paternité, activités familiales communautaires, cours prénataux, etc.). Ils vont participer à des conseils d'administration et assemblées générales d'organismes communautaires famille ainsi qu'à divers lieux de concertation et d'action concernés par la périnatalité (tables de concertation régionale, assemblées de consultation, etc.). La visibilité du CRP résume alors l'*extrant* recherché par cette activité, dont l'intensité varie d'un CRP à l'autre.

À travers la composante promotion/recrutement, les CRP visent comme *résultats à court terme* à ce que les familles en période périnatale, les organisations et intervenants du milieu et la population connaissent davantage les relevailles et qu'ils en aient une meilleure compréhension. L'enjeu est ici de se faufiler à travers l'avalanche d'information remise aux parents en période périnatale afin de rejoindre les familles qui ont besoin de relevailles, et ce, tout en déconstruisant l'idée que ce programme n'est destiné qu'à des familles ciblées. Les CRP visent également à accroître les possibilités de référence sur le territoire. La référence peut se dérouler dans un cadre informel, communément appelé le bouche-à-oreille, comme dans l'exemple d'un proche, d'un voisin ou d'un intervenant qui encourage un parent à recourir aux relevailles, mais elle peut également se faire selon des modalités plus formelles. La mise en place d'ententes formelles permet que se pérennise le processus de référence même lorsqu'il y a roulement de personnel, par exemple, au sein d'un CLSC. Enfin, la composante promotion/recrutement du programme de relevailles vise à maintenir le volume actuel de

relevailles et non pas, à l'accroître, compte tenu des ressources financières limitées dont disposent actuellement les CRP.

### *Composante évaluation initiale*

Lorsqu'un parent s'adresse à un CRP pour bénéficier de relevailles<sup>33</sup>, un processus d'évaluation de la demande et des besoins est initié par l'organisme. Chez une majorité de CRP, ce processus se déroule par téléphone ou au domicile des parents, selon les circonstances. Trois CRP ont quant à eux systématisé les visites d'évaluation initiale à domicile. Dans tous les cas, les **activités** consistent, à vérifier dans un premier temps l'admissibilité du parent aux relevailles selon trois critères : 1) la demande est bien une demande de relevailles et non pas, par exemple, une demande d'aide pour de l'entretien ménager ou du soutien psychosocial spécialisé; 2) le parent demeure sur le territoire desservi par le CRP; 3) l'âge du bébé pour lequel le service est demandé correspond à celui visé par le programme de relevailles (0-1 an ou 0-2 ans selon le CRP). Au niveau du **groupe cible**, six CRP limitent l'offre de relevailles aux parents d'enfants d'un an et moins et trois CRP étendent le programme de relevailles aux parents d'enfants de deux ans et moins. Bien que tous les CRP offrent des relevailles en prénatal lors de circonstances particulières (grossesse à risque, présence d'enfants plus âgés, épuisement, etc.) et lorsque les ressources le permettent, ce programme s'adresse principalement aux familles en situation postnatale.

Lorsque l'admissibilité de la demande est établie, la personne responsable de l'évaluation initiale<sup>34</sup> discute alors avec le parent afin de préciser la nature des besoins (rattraper du sommeil ou avoir de l'aide dans l'organisation du quotidien, par exemple) ainsi que l'intensité des besoins (fréquence souhaitée de visites à domicile). Elle en profite également pour expliquer plus en détail en quoi consistent les relevailles ainsi que

---

<sup>33</sup> La demande peut survenir par téléphone (avec ou sans avoir eu de contact préalable avec le parent) ou en « personne » (un parent se présente au CRP à ce sujet ou fait une demande à la suite de sa participation à une autre activité offerte par le CRP).

<sup>34</sup> Selon les CRP, il peut s'agir de la directrice ou directrice adjointe, d'une coordonnatrice de secteur ou d'une intervenante communautaire. Dans certains cas, la personne responsable de la réception des appels est responsable d'établir un premier contact avec le parent.

leur mode de fonctionnement. Un jumelage est alors effectué avec une assistante périnatale en tenant compte des disponibilités de celles-ci et des besoins particuliers des familles. Les relevailles peuvent alors débuter, dans un délai d'environ une à deux semaines après la demande initiale.

Les *extrants* se traduisent donc par l'affectation d'assistantes pouvant répondre aux besoins individualisés des familles et par le nombre de familles desservies. L'affectation est variable selon le nombre d'assistantes périnatales et les ressources financières disponibles au sein de l'organisme. En 2011-2012, le nombre de familles desservies varie de 31 à 139 selon les CRP avec une moyenne de 61,6 par CRP. Au total, 554 familles ont reçu des relevailles par les neuf CRP à l'étude.

Tout ce processus d'évaluation initiale vise pour *résultats à court terme* à ce que l'inscription aux relevailles se fasse selon une évaluation adéquate des besoins des familles et un jumelage parent/assistante périnatale approprié. Lorsque la demande est jugée non admissible ou que certains besoins ne peuvent être répondus par les relevailles, le processus d'évaluation initiale vise également à orienter les parents vers les ressources appropriées (ex. : entreprise d'aide domestique ou CLSC). Enfin, à travers ce processus, les parents sont informés des autres activités et services offerts par le CRP susceptibles de répondre à leurs différents besoins

#### *Composante visites à domicile*

Les visites à domicile constituent la composante centrale du programme de relevailles et s'adressent à toutes les familles admises. Lors des visites, cinq grandes *activités* sont mises en œuvre, et ce, de façon variable d'une famille et d'une visite à l'autre, afin de respecter et de répondre aux besoins manifestés par les parents :

- 1) Écouter et encourager les parents : permettre aux parents d'exprimer leurs émotions, leurs doutes, leurs questionnements; leur permettre de normaliser leurs expériences;



- 2) Informer et répondre aux questions des parents : fournir de l'information sur les ressources, activités et services disponibles dans le milieu ou au CRP; sur les soins à apporter au bébé et sur son développement; sur l'allaitement; la discipline; etc.
- 3) Favoriser des apprentissages (*modeling parental*) : s'occuper du bébé et des autres enfants en présence des parents et leur permettre d'être en contact avec différentes façons de prendre soin et de s'occuper d'un enfant;
- 4) Soutenir les parents dans l'organisation du quotidien : apporter de l'aide dans les tâches ménagères (faire la vaisselle, plier du linge, réaliser de l'entretien ménager léger); apporter de l'aide dans la préparation des repas et des purées; permettre aux parents d'aller à un rendez-vous ou faire des courses sans le bébé ou les accompagner à ces rendez-vous avec le bébé; s'occuper du bébé et des autres enfants pendant que les parents effectuent d'autres tâches dans la maison;
- 5) Offrir du répit/repos aux parents : permettre aux parents de se reposer ou de dormir en prenant en charge le bébé ou les autres enfants dans la maison ou à l'extérieur de celle-ci; permettre aux parents ou au couple de s'aérer l'esprit en s'occupant du bébé pendant qu'ils font une sortie à l'extérieur de la maison; permettre aux parents de prendre un bain, de prendre soin d'eux.

Les *extrants* de cette composante peuvent être examinés sous trois angles soit : 1) la durée habituelle des visites à domicile chez une famille; 2) le nombre total de visites de relevailles effectuées par un CRP au cours d'une même année; 3) le nombre total d'heures de relevailles offertes par un CRP au cours d'une même année.

La question de la durée habituelle des visites à domicile soulève deux sous-questions, celle de la durée de chacune des visites et celle du nombre total d'heures ou de visites allouées à une même famille pour un même enfant. La durée ordinaire de chacune des visites est de trois heures pour huit des neuf CRP. Elle est occasionnellement allongée à 3,5 ou 6,5 heures pour répondre à des besoins particuliers et, chez un CRP, elle est

parfois réduite à 2,5 heures pour tenir compte du temps de déplacement requis pour se rendre au domicile de la famille. Un CRP module la durée des visites selon le nombre total de visites demandées. Cette durée peut être de trois heures (huit visites au total) ou de quatre heures (six visites au total) pour atteindre un maximum de 24 heures de relevailles pour un même enfant. Chez les huit autres CRP, le nombre total d'heures ou de visites allouées à une même famille pour un même enfant est variable mais limité selon la disponibilité des assistantes périnatales et l'âge du bébé (0-1 an ou 0-2 ans selon les CRP). Parmi ces huit CRP, un seul impose une limite maximum de quatre à six mois d'utilisation continue. Enfin, tous les CRP font preuve de souplesse en présence de situations particulières. Ainsi, une situation de grossesse multiple ou de dépression postpartum par exemple, peut inciter un CRP à intensifier le volume de visites à domicile ou à les poursuivre au-delà de la période prévue lorsque les ressources humaines et financières le permettent.

Le nombre total de visites de relevailles effectuées par un CRP au cours d'une même année varie considérablement d'un CRP à l'autre. En 2011-2012, le nombre total de visites à domicile effectuées par les CRP varie de 225 à 1587 avec une moyenne de 726,8. Le nombre de visites à domicile par famille varie quant à lui de 3,6 à 23,2 avec une moyenne de 11,8 visites par famille. En 2011-12, le nombre total d'heures de relevailles offertes par les CRP varie de 675 à 4762 avec une moyenne de 2198,9 heures de visite. Le nombre total d'heures par famille varie de 11,9 à 69,5 avec une moyenne de 35,7 heures par famille. Au total, les neuf CRP à l'étude ont offert, en 2011-2012, 19 789 heures de relevailles et 6 541 visites aux parents qu'ils desservent.

Les visites à domicile visent plusieurs *résultats à court terme* auprès des familles utilisatrices de relevailles. Elles visent à ce que les parents soient mieux informés des soins à donner aux enfants et des ressources existantes. Elles visent également à diminuer le stress et l'épuisement chez les parents et réduire l'isolement des familles. À travers les visites à domicile, les assistantes périnatales souhaitent contribuer à une meilleure organisation de l'espace domestique. En somme, les visites à domicile visent à améliorer très concrètement la qualité de vie des familles en période postnatale.

### *Composante suivi des familles et évaluation de la qualité/adéquation des services*

La quatrième composante du programme des relevailles a pour **groupe cible** les familles utilisatrices. Elle concerne les **activités** de suivi des familles qui reçoivent des relevailles et l'évaluation de la qualité et de l'adéquation des services offerts par les assistantes périnatales. La première activité mise en œuvre consiste à sonder les familles sur leur satisfaction. Cette collecte d'information se fait de façon informelle, par exemple lors de l'appel téléphonique de la coordonnatrice visant à planifier les prochaines visites et, de façon plus formelle, à l'aide de questionnaires (oraux ou écrits) soumis aux parents selon des périodicités préétablies (après une ou deux visites de relevailles, à tous les mois, à la mi-parcours, à la fin des relevailles). Les CRP qui offrent des relevailles dans le cadre du programme PACE sont tenus de produire plusieurs informations dans le cadre de leur reddition de compte dont notamment des données sur la satisfaction.

La seconde activité de cette composante consiste à effectuer un suivi du travail effectué par les assistantes périnatales afin de s'assurer que les visites répondent aux besoins manifestés par les parents. Ce suivi se fait de façon variable d'un CRP à l'autre selon le nombre d'assistantes périnatales en poste, le nombre d'heures qui leur est alloué en dehors des visites et l'étendue du territoire couvert par les visites à domicile. Bien qu'au moins deux CRP prévoient la tenue de rencontres d'équipe périodiques pour les assistantes périnatales, chez la majorité des CRP, ce suivi se fait de façon individualisée, par la directrice ou la coordonnatrice, auprès de chacune des assistantes périnatales. Dans un CRP, la coordonnatrice se rend disponible, trente minutes à tous les soirs, pour discuter avec les assistantes périnatales qui en ressentent le besoin.

Les données obtenues sur la satisfaction des familles ainsi que les rapports de suivi et de visites ont pour objectif de **résultats à court terme** d'assurer que les services soient adaptés aux besoins des familles et que celles-ci soient satisfaites des services qu'elles reçoivent. Les besoins des familles se transforment rapidement au fur et à mesure que la famille s'adapte à l'arrivée du bébé, que l'enfant grandit ou que de nouvelles situations apparaissent. Des besoins non exprimés au départ se manifestent parfois lorsque la relation de confiance s'établit entre la famille et l'assistante périnatale. Ils

permettent aux assistantes périnatales de référer les familles à d'autres services offerts par le CRP ou dans le milieu.

#### *Composante encadrement et formation des assistantes périnatales*

La dernière composante du modèle logique de programme de relevailles s'intéresse à la formation et à l'encadrement des assistantes périnatales. Il s'agit ici essentiellement d'assurer des *activités* de supervision et de soutien du travail des assistantes périnatales, de leur permettre de partager leurs expériences et de développer leurs compétences. Encore ici, les CRP s'adaptent aux caractéristiques de leur équipe de travail dans la mise en œuvre de cette composante. Les assistantes périnatales qui sont en poste depuis longtemps n'ont pas les mêmes besoins en termes d'encadrement et de formation que les assistantes périnatales nouvellement arrivées.

L'encadrement des assistantes périnatales se concrétise à travers les rencontres de supervision et de soutien (directrice/assistante ou coordonnatrice/assistante), les rencontres d'équipe (entre assistantes périnatales parfois mais le plus souvent en équipe périnatalité ou équipe de travail) et la remise de documentation pertinente (description de poste, code d'éthique ou de gestion de crise, politiques particulières liées aux visites à domicile, etc.). La formation offerte inclut généralement une formation initiale à l'embauche (mission, historique, fondements du CRP; politiques internes; base en allaitement; premiers soins et réanimation cardiorespiratoire, entre autres) et une formation continue selon les besoins manifestés par les assistantes périnatales (notamment, mise à jour RCR, dépistage de la violence conjugale, besoins des pères, santé mentale et dépression postpartum). La formation des assistantes périnatales peut être tout aussi bien offerte par les ressources à l'interne, par exemple lorsqu'une conseillère en allaitement est membre de l'équipe de travail, qu'à l'externe lorsque des opportunités se présentent dans le milieu (formation en allaitement offerte par l'agence de la santé et des services sociaux, par exemple).

Les activités d'encadrement et de formation visent pour *résultats à court terme* le développement, chez les assistantes périnatales, d'une connaissance et d'une

compréhension approfondie des besoins des familles et l'accroissement de leurs compétences d'intervention. Elles visent également à assurer que les assistantes périnatales soient confortables et à l'aise dans leur travail tout en favorisant une harmonisation des pratiques entre les assistantes périnatales.

### **3.2.1.3 Des résultats de promotion de la santé à moyen et long terme**

Alors que les résultats à court terme s'intéressent aux retombées immédiates du programme de relevailles, les résultats à moyen terme informent d'un changement dans les habitudes, les comportements ou les aptitudes des groupes ciblés visés et, les résultats à long terme, des conséquences sociales, économiques ou environnementales du programme (Porteous, 2009).

La synthèse des documents publiés par les CRP (rapports d'activités, documents d'orientation et de reddition de compte, etc.) fournit des indications quant aux résultats visés par le programme de relevailles à moyen et long terme. Comme pour les résultats à court terme, c'est par le biais de la démarche de co-construction du modèle logique spécifique au programme de relevailles de chaque CRP qu'ils ont été rendus explicites. À moyen terme, les différentes composantes du programme de relevailles visent à favoriser un renforcement des habiletés parentales, une meilleure réponse aux besoins des bébés et des autres membres de la fratrie, le développement d'un lien d'attachement parent/enfant ainsi que l'épanouissement des parents dans leur rôle et leurs responsabilités. À plus long terme, le programme de relevailles devrait contribuer à une croissance et un développement optimal des bébés et des autres enfants de la fratrie, participer à la prévention d'incidents sociaux ou de santé tels que la dépression postpartum ou la négligence, et enfin, permettre une accessibilité plus grande aux services de relevailles pour l'ensemble des familles. Il est à remarquer que ce résultat à moyen/long terme contraste avec la volonté de maintenir le volume de relevailles à court terme par le biais des activités de promotion et de recrutement. Cette réserve reflète le paradoxe auquel sont confrontés les CRP qui souhaitent pouvoir desservir plus de familles en fonction des besoins qu'ils perçoivent dans leur communauté, sans toutefois disposer actuellement des intrants suffisants pour y arriver.

#### **3.2.1.4 Des facteurs contributifs au cœur de l'action citoyenne**

Trois grands facteurs contributifs à la réalisation du programme de relevailles ont été identifiés auprès de tous les CRP participants. Premièrement, la présence d'une vie démocratique et associative dynamique au sein des CRP contribue de façon notable à ce que le programme de relevailles (ainsi que les autres activités et services offerts par le CRP) réponde et s'adapte aux besoins des familles. Parce qu'ils sont présents là où se prennent les décisions (assemblées générales, conseil d'administration) et qu'ils sont impliqués dans la vie quotidienne des CRP (en tant que bénévole ou comme participant), les parents sont en rétroaction constante avec les responsables de la mise en œuvre des activités (les travailleuses) : leurs préoccupations, leurs difficultés mais aussi leurs réussites et leurs joies sont constamment replacées au centre de l'action des CRP, qu'il s'agisse des relevailles ou des autres activités et services offerts.

Deuxièmement, l'existence d'une offre d'activités de groupe (notamment, ateliers et cours, rencontres-parents, fêtes et activités familiales) par les CRP stimule la demande de relevailles et consolide l'atteinte des résultats à court terme. Ainsi, certains parents font une demande pour recevoir des relevailles après avoir fréquenté l'organisme pendant quelques semaines à l'occasion d'activités de groupe. La relation de confiance établie avec les animatrices et les intervenantes les aide à dépasser leur crainte ou leur méfiance à l'égard de l'intrusion d'une personne de l'externe à domicile. L'inverse est également vrai, des parents dont les relevailles sont terminées vont maintenir un lien avec l'organisme et en développer avec d'autres parents en participant aux activités de groupe offertes par le CRP.

Enfin, l'adhésion et la participation des CRP à divers regroupements et associations au niveau régional et national (Réseau des CRP, Fédération québécoise des organismes communautaires Famille, corporation de développement communautaire, entre autres) contribuent plus largement à une reconnaissance politique de la pertinence de l'action des CRP. Cette reconnaissance est nécessaire afin d'assurer le financement du programme de relevailles et l'établissement de liens de collaboration et de concertation aux plans local et régional.

### **3.2.1.5 Des facteurs externes d'une influence déterminante**

Différents facteurs externes aux CRP doivent être considérés dans la caractérisation du programme de relevailles. Certains d'entre eux en raison de l'influence qu'ils exercent sur le développement du programme de relevailles et d'autres, parce qu'ils peuvent modifier, à la hausse ou à la baisse, la demande de relevailles.

L'un des facteurs externes exerçant l'influence la plus directe à l'égard du développement du programme de relevailles est la disponibilité et l'accès au financement ainsi que les obligations liées à la reddition de compte. Tous les CRP ont mentionné devoir passer beaucoup de temps et d'énergie à rechercher du financement et à remplir les obligations liées à l'obtention de ce financement. Les montants alloués au programme de relevailles tendent à plafonner depuis plusieurs années et correspondent rarement au coût réel de production des relevailles. Compte tenu des ressources disponibles et parce qu'ils ne veulent pas être confrontés à une demande supplémentaire de relevailles à laquelle ils ne pourraient répondre, les CRP limitent actuellement leurs efforts en matière de promotion et de recrutement.

Les politiques publiques adoptées en matière de santé et de famille exercent une influence notable sur le programme de relevailles en énonçant des priorités d'action et en reconnaissant plus ou moins intensément l'action menée par les organismes communautaires et entreprises d'économie sociale en ces domaines. À ce titre, la révision prochaine de la mise en œuvre de la politique québécoise de périnatalité pourrait avoir un impact direct si elle favorise la mise en place d'actions concrètes de soutien aux CRP et à leur programme de relevailles.

Un autre facteur important exerçant une influence sur le développement des relevailles est lié à la disponibilité de la main-d'œuvre. Plusieurs des assistantes périnatales qui travaillent actuellement dans les CRP y œuvrent depuis plusieurs années. Lorsqu'elles prendront leur retraite et devront être remplacées, les CRP devront recruter de nouvelles travailleuses sans nécessairement être en mesure de leur offrir des conditions comparables à celles offertes par d'autres organisations du secteur des services

aux personnes. La disponibilité de ressources humaines pourrait alors s'avérer un défi important pour le maintien et le développement du programme de relevailles.

Plusieurs facteurs sociodémographiques et économiques peuvent exercer une influence sur la demande à l'égard du programme de relevailles. Les variations du nombre de naissances sur un territoire donné, du nombre d'enfants par famille, du taux de naissances multiples ainsi que l'âge des mères à la naissance peuvent influencer à la hausse ou à la baisse les besoins de soutien à domicile en période périnatale. Ces variations peuvent se traduire en demandes de relevailles supplémentaires si les CRP disposent des ressources suffisantes pour développer leurs services et en faire la promotion. D'autres facteurs, tels que les transformations des structures familiales (taux de monoparentalité, recomposition familiale, éloignement géographique des proches, fratrie réduite, entre autres) peuvent inciter les CRP à intensifier leurs services auprès de certaines familles ou à les adapter à de nouvelles réalités. De plus, certains facteurs économiques (déclin de secteurs économiques en région, appauvrissement de quartiers urbains, par exemple) peuvent accroître le nombre de familles en situation de vulnérabilité nécessitant un soutien en période périnatale. Enfin, la multiplication et la diversification des activités offertes aux familles sur un territoire donné peuvent influencer la demande de relevailles.



## **Conclusion : synthèse et principaux constats**

Ce rapport présente une caractérisation des CRP et de leur programme de relevailles. Il expose ainsi des données récentes sur neuf CRP en regard de leur contexte d'émergence, de l'environnement actuel dans lequel ils évoluent, de leurs dimensions institutionnelles et organisationnelles ainsi que des acteurs qui y œuvrent. Il propose de plus une modélisation du programme de relevailles mettant en relief ses cinq composantes constitutives soit : 1) la promotion/recrutement; 2) l'évaluation initiale; 3) les visites à domicile; 4) le suivi des familles, l'évaluation de la qualité/adéquation des services; 5) l'encadrement et la formation des assistantes périnatales. Deux grands constats se dégagent de l'analyse : 1) les CRP comme réponse originale aux besoins multiples des familles; 2) un programme de relevailles aux composantes communes avec des variations de mise en œuvre spécifiques. En conclusion, quelques limites seront soulevées pour terminer en reconnaissant l'apport des résultats présentés et de leurs applications en contexte socio-organisationnel.

## **Les CRP : une réponse originale à des besoins multiples**

Bien qu'issus, en tant qu'organisation, du mouvement de développement et de reconnaissance de l'économie sociale au Québec de la fin des années 1990 (Lévesque, 2007; Vaillancourt, 2008), les CRP tirent leurs origines d'une double tradition soit celles de l'action communautaire famille et du mouvement d'humanisation des naissances. Les CRP apparaissent ainsi comme des organisations hybrides tant sur le plan des populations rejointes, des activités et des services offerts que sur celui des sources de financement avec lesquelles ils assurent leur fonctionnement et leur programmation.

La présente étude met ainsi en lumière la volonté qu'ont les CRP d'offrir leurs services à l'ensemble des familles en période périnatale, tant celles qui répondent aux critères d'admissibilité établis par des programmes de financement que celles qui n'y correspondent pas. Cette volonté d'offre universelle repose sur la conviction partagée par les CRP selon laquelle la période entourant la naissance d'un enfant constitue une période de transition et de vulnérabilité pour toutes les familles, indépendamment de leurs ressources, de leurs revenus ou de leurs caractéristiques familiales ou personnelles. Cette perspective rejoint celle de chercheurs qui considèrent que la période périnatale est, en soi,

un important moment de transition dans la vie des individus et des familles (Brotherson, 2007; de Montigny, Devault, Lacharité, & Dubeau, 2010; de Montigny, Lacharité, & Devault, 2012; Halle et al., 2008; Hamelin-Brabant et al., 2013; Landy, Sword, & Ciliska, 2008) au cours duquel s'accroît la possibilité d'expérimenter différentes formes de vulnérabilité (Rogers, 1997).

Les résultats de l'étude illustrent l'éventail d'activités et de services offerts aux familles et témoignent de l'effort consenti par les CRP pour répondre à la diversité des besoins et des préoccupations des parents en période périnatale (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010; MacPherson et al., 2010; Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2013; Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011). À la différence de Beaudoin (2002), l'analyse des données collectées a conduit au regroupement de ces activités et de ces services en dix grandes catégories selon leur orientation principale : 1) préparation à la naissance et à l'arrivée du bébé, 2) mise en forme en période pré et postnatale; 3) apprentissage des soins à donner au bébé et développement des compétences parentales; 4) soutien à domicile; 5) répit; 6) soutien à l'allaitement; 7) stimulation des bébés et développement du lien parent-enfant; 8) échange entre parents; 9) soutien pré et postnatal aux parents vivant des situations particulières; 10) soutien matériel. Ces activités et ces services sont offerts gratuitement ou selon une tarification ajustée à la situation financière des familles utilisatrices. Ils sont offerts soit sous un mode permettant aux parents de rencontrer d'autres parents (ateliers, cours, groupes de soutien, etc.) ou sous celui visant à répondre aux besoins particuliers d'un parent ou d'une famille (accompagnement à la naissance, relevailles, etc.). L'un nourrissant l'autre et constituant des ancrages complémentaires par lesquels les parents peuvent entrer en contact avec les CRP et obtenir une réponse à des besoins multiples.

Les CRP apparaissent ainsi à la fois comme des milieux de vie (où l'on peut être), des milieux d'apprentissage (où l'on peut apprendre) et des milieux où sont produits des services tels que les relevailles (Comité sectoriel de main-d'oeuvre de l'économie sociale et de l'action communautaire, 2007, p. 30) avec des variations quant à l'intensité de chacun de ces trois pôles d'un CRP à l'autre. Enfin, il importe de souligner que l'offre d'activités et

de services des CRP n'est pas fixe dans le temps, elle s'adapte aux nouveaux besoins et aux préoccupations émergentes. En témoigne notamment, l'effort consenti par les CRP à mieux intégrer les pères aux activités ou à en créer de nouvelles à leur attention.

Tant par leur trajectoire particulière de développement qu'en raison des populations rejointes et des activités et services offerts, les CRP ont développé une structure financière reposant sur des assises multiples. Huit des neuf CRP étudiés reçoivent un soutien à la mission globale en raison de leur appartenance au réseau de l'action communautaire et un est en attente de statut. Les neuf CRP reçoivent des sommes variables pour mener des projets ponctuels au sein de leur communauté. Tous bénéficient de revenus tirés de la vente de biens ou de services perçue directement auprès des familles utilisatrices ou par l'intermédiaire d'ententes de financement de services. Les neuf CRP se sont vu offrir une subvention du MSSS pour leur volet économie sociale, celle-ci constituant en moyenne 37,0 % de leurs revenus totaux en 2011-2012. Enfin, tous bénéficient de revenus tirés d'activités d'autofinancement soit d'activités-bénéfices, de dons, de contributions volontaires des familles utilisatrices et de cotisations des membres.

Bien que la diversification des sources de financement puisse apparaître comme un élément positif d'autonomisation des CRP à l'égard des bailleurs de fonds, les travaux menés par différentes équipes de chercheurs font état de préoccupations quant à la situation des organismes communautaires et entreprises d'économie sociale en regard du financement de leurs activités (Depelteau, Fortier, & Hébert, 2013). Ainsi, selon différentes analyses (Garon, 2005; René, 2009; White et al., 2007; White & Équipe d'évaluation de la Politique, 2008), le financement par projet et par entente de services pose diverses contraintes en regard du maintien de l'autonomie des organismes et de l'obligation de priorisation des populations à rejoindre. Bourque (2006) précise, qu'avec la mise en place des réseaux locaux de santé et de services sociaux, l'établissement d'ententes de financement de services entre les CSSS et les organismes communautaires et entreprises d'économie sociale peut mener à des voies différentes : celle d'une marchandisation des services offerts par les organismes communautaires et entreprises d'économie sociale pouvant compromettre l'originalité de l'apport spécifique de ces organisations ou celle

d'une reconfiguration de la régulation du système de santé et de services sociaux vers un modèle plus démocratique. En ce sens, une piste intéressante de recherche serait sans doute d'explorer quelles influences ont les ententes de financement de services sur l'autonomie et les pratiques des CRP, ainsi que sur les clientèles qu'ils rejoignent.

Enfin, cette discussion sur les constats relevant de la caractérisation des CRP ne pourrait se terminer sans rendre compte de l'importance de la participation des parents utilisateurs de services, ainsi que des membres de la communauté immédiate (bénévoles) dans les processus décisionnels (assemblée générale, conseil d'administration) et organisationnels (comités de travail, accueil des familles, soutien aux activités) de ces organismes. Bien qu'ils ne soient pas les premiers responsables de la mise en œuvre des activités ou de la prestation des services, la participation des parents et bénévoles demeure vitale pour les CRP, tant parce qu'ils contribuent à maintenir bien vivantes les préoccupations des parents au sein des organismes que parce que leur présence constitue un important véhicule de citoyenneté (Lesemann, 2002).

### **Les relevailles : des composantes communes aux variations spécifiques**

La démarche de caractérisation des relevailles à l'aide de la co-construction d'un modèle logique de programme a permis d'identifier ses composantes et de préciser, les intrants, les activités, les extrants, les groupes cibles et les résultats qui s'y rapportent. Des facteurs contributifs permettant d'atteindre les résultats visés, ainsi que des facteurs externes exerçant une influence relative sur la mise en œuvre du programme ont également été identifiés. Par ce travail de modélisation, il est maintenant possible d'établir certains rapprochements avec d'autres programmes de visites postnatales à domicile (Avellar et al., 2012; Bull, McCormick, Swann, & Mulvihill, 2004; Sweet & Appelbaum, 2004), tout en reconnaissant les fondements distinctifs et le potentiel de développement des relevailles.

Les programmes de visites à domicile figurent parmi les mesures les plus utilisées pour soutenir les parents et le développement des jeunes enfants (Bull et al., 2004). Cette stratégie d'intervention peut toutefois être implantée de différentes manières en fonction

des buts, clientèles cibles ou modalités privilégiées. Selon la méta-analyse de Sweet et Appelton (2004), seuls 6,7 % des programmes répertoriés dans les 60 études retenues s'adressaient à des clientèles universelles et 8,3 % avaient recours à des intervenants non-professionnels formés par les organismes. Le programme de relevailles offert par les CRP s'inscrit dans cette logique. Adoptant une approche de promotion de la santé similaire à celle décrite par Fahey et Shenassa (2013), le programme de relevailles met l'emphase sur la santé comme un état de bien-être, sur une offre universelle et sur l'importance des influences contextuelles relatives à l'environnement de la famille et de sa communauté. Les cinq composantes qui le caractérisent mettent en relief qu'il ne se limite pas à la prestation de visites postnatales à domicile. Ces visites sont rendues possibles par un travail préalable de promotion et de recrutement, ainsi que par une démarche d'évaluation initiale des besoins de la famille. Pour que le programme se poursuive dans le temps et atteigne ses objectifs, il y a un suivi des besoins des familles, une évaluation de la qualité et de l'adéquation des services, ainsi qu'un encadrement et une formation des assistantes périnatales. Les cinq composantes sont étroitement liées les unes aux autres et leur bon fonctionnement est nécessaire à l'atteinte des résultats visés à court, moyen et long terme.

La démarche de co-construction des programmes spécifiques à la mise en œuvre des relevailles par chacun des CRP a impliqué une prise de position explicite quant aux résultats visés. Alors que pour certains CRP les sources consultées rendaient compte des principaux résultats attendus, pour d'autres la démarche a permis des échanges visant à les rendre explicites. Il en ressort que les résultats à moyen/long terme auprès des familles visent principalement des aspects de promotion de la santé, tels que le renforcement des habiletés parentales, le développement des liens d'attachement, l'optimisation de la croissance et du développement des enfants. Dans certains cas, ce programme visera aussi la prévention d'incidents sociaux ou de santé, tels que la dépression postnatale, les abus ou la négligence. Dans un contexte où le financement public est de plus en plus orienté vers la reddition de compte et l'évaluation (Depelteau et al., 2013), les CRP gagneront à poursuivre la consolidation de la définition des résultats visés par la mise en œuvre de leur programme de relevailles auprès des familles.

De manière générale, il a été démontré que les programmes de visites postnatales à domicile permettent d'engager tous les membres de la famille, de proposer des activités adaptées aux besoins de chacun et de maximiser le développement d'un lien de confiance essentiel à l'efficacité de ces programmes (Bull et al., 2004). Cette efficacité dépend toutefois de la population ciblée, de l'adéquation des habiletés des intervenants par rapport aux besoins exprimés par les familles et de la durée de l'intervention (Asscher, Hermanns, Deković, & Reitz, 2007; Barlow et al., 2003). À cet effet, la démarche de caractérisation réalisée auprès des CRP a permis de soulever certaines variations de mise en œuvre. Des variations ont d'abord été identifiées au niveau des familles ciblées, certains CRP s'adressent aux familles ayant des enfants d'un an et moins alors que d'autres s'adressent à des familles ayant des enfants de deux ans et moins. De manière exceptionnelle, tous les CRP sont ouverts à la possibilité d'offrir des relevailles en période prénatale, mais de manière générale ce service s'adresse principalement aux familles en situation postnatale. Des variations importantes sont également observées en lien avec le nombre total de familles desservies en 2011-2012, le nombre de visites effectuées par famille et le nombre moyen d'heures de visites par familles au cours de cette même année. D'autres variations sont également identifiées dans les modalités de suivi et d'évaluation des familles, ainsi qu'au niveau de l'encadrement et de la formation des assistantes périnatales. Les ressources financières dont disposent les CRP, la composition des équipes de travail (taille de l'équipe, ancienneté de ses membres, notamment), ainsi que les particularités des territoires d'intervention respectifs (l'étendue du territoire et la densité de la population, caractéristiques sociodémographiques, entre autres) expliquent sans doute la plus grande part de ces variations, dont l'influence sur les résultats auprès des familles gagnerait à être évaluée.

Parmi les 35 programmes de visite à domicile recensés par Avellar et collaborateurs (2012), le programme de relevailles offert par les CRP se distingue notamment par les caractéristiques suivantes : 1) s'adresse à une clientèle dite « universelle »; 2) emploie des intervenantes formées par l'organisme et 3) vise principalement des résultats de promotion de la santé en s'adaptant aux besoins de chaque famille. Le programme *Home Start*, bien

que ne faisant appel qu'à des bénévoles et s'adressant à des familles ayant des enfants de cinq ans et moins, est celui qui rejoint le plus ces caractéristiques (Hermanns, Asscher, Zijlstra, Hoffenaar, & Dekovič, 2013). Offerts dans plus de 300 communautés du Royaume-Uni, les services de ce programme sont flexibles et s'adaptent aux besoins de chaque famille. Les bénévoles offrent un soutien émotionnel et social, aident au développement des compétences parentales, offrent de l'assistance et réfèrent au besoin à d'autres services. Outre les programmes recensés par Avellar et collaborateurs (2012), le *Sutherland Family Network* décrit par Taggart et collaborateurs (2000) est une initiative bénévole instaurée en Australie en 1994 pour soutenir les mères avec enfant de la naissance à trois ans, qui sont identifiées par les professionnels de la santé comme ayant des besoins additionnels relevant de leur isolement, de leur statut socioéconomique ou autres stressés. Le soutien offert à domicile consiste alors à socialiser, écouter, aider à l'organisation du quotidien et référer si nécessaire à d'autres ressources. Ce programme mise ainsi sur une référence professionnelle, à l'instar des familles qui sont référées aux CRP par les intervenants des CSSS à l'intérieur d'ententes de service ou plus souvent de contacts informels. Il n'en demeure pas moins qu'en comparaison avec les programmes de visites à domicile répertoriés dans les différentes méta-analyses disponibles (Avellar et al., 2012; Bull et al., 2004; Sweet & Appelbaum, 2004), le programme de relevailles offert par les CRP semble présenter des caractéristiques uniques misant sur l'économie sociale et une approche de promotion de la santé universelle adaptée aux besoins de chaque famille.

L'analyse des résultats visés par le programme de relevailles à court, moyen et long terme soulève par ailleurs une contradiction par rapport aux objectifs de déploiement. Bien qu'animés par une volonté d'accroître le nombre de familles bénéficiant de relevailles, tous les CRP sont actuellement contraints à en limiter l'offre au volume actuel compte tenu des ressources financières dont ils disposent. De par les ressources qu'il exige (une assistante pour une famille, déplacement de l'assistante au domicile), le programme de relevailles est sans doute l'un des plus coûteux parmi tous ceux offerts par les CRP. Ainsi, les activités de promotion/recrutement actuellement mises en œuvre par les CRP ne visent qu'à maintenir le programme à son niveau actuel et non pas, à accroître le nombre de demandes à court

terme. En contrepartie, on observe qu'à moyen et long terme, les CRP visent à augmenter l'accessibilité et ainsi desservir un plus grand nombre de familles. Cet écart entre ce résultat à court terme et celui visé à moyen/long terme soulève l'importance d'identifier des stratégies assurant son déploiement et le maintien d'une offre universelle auprès des familles. Dans un récent rapport sur la performance des soins et services en périnatalité et en petite enfance, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec révèle d'ailleurs que les besoins de la clientèle dite universelle sont actuellement les moins bien couverts par le système de santé (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011). À la lumière des résultats obtenus, il y aurait lieu d'étudier dans quelle mesure les relevailles peuvent contribuer à la consolidation d'offre universelle de soutien et de services durant la période postnatale.

### **Limites et apports de l'étude**

Malgré la rigueur des approches préconisées, certaines limites sont à noter. D'une part, les résultats sont limités à l'envergure et la nature des sources d'information qui ont pu être mobilisées auprès des CRP au cours de la période de collecte de données. Par exemple, seule l'année de référence 2011-2012 a été utilisée pour modéliser le programme de relevailles mis en œuvre par les CRP, ce qui ne permet pas de rendre compte de l'évolution de ce programme. La vérification par entretien n'a par ailleurs été réalisée que pour les modèles logiques spécifiques à la mise en œuvre de chaque programme et non pour le modèle logique du programme de relevailles qui a émergé de l'analyse des points communs. En contrepartie, l'implication des responsables des CRP dans le processus de vérification et la remise des outils utilisés pour la modélisation de leur programme pourra leur permettre de l'actualiser. D'autre part, les CRP ont des manières de nommer la réalité (par exemple, la fonction des employés) ou de comptabiliser certaines informations (par exemple, le nombre de bénévoles) qui ont pu influencer l'analyse qui en a été faite. Des mesures d'harmonisation et de catégorisation s'appuyant sur des cadres externes ont toutefois été prises pour contrer les impacts de cette limite sur les résultats présentés.

Il n'en demeure pas moins que ce rapport présente les résultats d'une démarche structurée et rigoureuse qui a permis de rendre compte du portrait d'un secteur d'activité en



constante évolution. Les CRP se définissent comme organismes à but non lucratif, relevant à la fois de l'action communautaire et du mouvement de l'économie sociale. Cette configuration qu'on pourrait qualifier « d'hybride » leur confère des caractéristiques qui relèvent de l'innovation sociale (Cloutier, 2003). Leur fonctionnement mise ainsi à la fois sur l'action citoyenne et le croisement de différentes formes économiques en vue de répondre aux besoins des familles en période périnatale. La caractérisation des CRP permet notamment de faire ressortir une approche de service qui se veut universelle et des activités complémentaires par lesquelles les parents peuvent obtenir une réponse à de multiples besoins. Par un processus de co-construction, cette étude a aussi conduit à la modélisation du programme de relevailles offert par les CRP. Cet apport a notamment permis de préciser ses composantes et les résultats qu'il vise à court, moyen et long terme, tout en reconnaissant les variations relatives à sa mise en œuvre dans les neuf CRP à l'étude.



## Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2010). PACE Répertoire des projets en direct. Repéré le 5 mars 2014 à <http://capc-pace.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2013). À propos du PCNP. Repéré le 12 mai 2014 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/cnpn-pcnp/about-apropos-fra.php>
- Asscher, J. J., Hermanns, J., Deković, M., & Reitz, E. (2007). Predicting the effectiveness of the Home-Start parenting support program. *Children and Youth Services Review*, 29(2), 247-263.
- Avellar, S., Paulsell, D., Sama-Miller, E., & Del Grosso, P. (2012). *Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.
- Barlow, J., Stewart-Brown, S., Callaghan, H., Tucker, J., Brocklehurst, N., Davis, H., & Burns, C. (2003). Working in partnership: the development of a home visiting service for vulnerable families. *Child Abuse Review*, 12(3), 172-189.
- Beaudoin, A., Champoux, L., Harvey, M.-È., Simard, P., St-Amand, A., & Turcotte, D. (2002). *Rapport d'évaluation des centres de ressources périnatales*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires.
- Bélanger, P. R., & Lévesque, B. (1992). Éléments théoriques pour une sociologie de l'entreprise: des classiques aux "néo-classiques". *Cahiers de recherche sociologique*, (18-19), 55-92.
- Belleau, J. (1999). *La gestion démocratique dans les organismes communautaires. Séminaire de réflexion*. Montréal: Centre de formation populaire et Relais-femmes.
- Bourque, D. (2006). Interfaces entre les organismes communautaires et le réseau public: continuité et rupture. *Économie et Solidarités*, 36(2), 13-29.
- Brotherson, S. E. (2007). From Partners to Parents: Couples and the Transition to Parenthood. *International Journal of Childbirth Education*, 22(2), 7-12.
- Bull, J., McCormick, G., Swann, C., & Mulvihill, C. (2004). *Ante-and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews: evidence briefing*. London: Health Development Agency London.
- Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Montréal: Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île.

- Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*. Montréal: Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île.
- Cloutier, J. (2003). *Qu'est-ce que l'innovation sociale?* Montréal: Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES).
- Comeau, Y. (2000). *Grille de collecte et de catégorisation des données pour l'étude d'activités de l'économie sociale*. (2<sup>e</sup> éd.). Montréal: Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES).
- Comeau, Y. (2009). *Réalités et dynamiques régionales de l'économie sociale. Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches*. Montréal: Éditions Vie économique.
- Comeau, Y., Beaudoin, A., Chartrand-beauregard, J., Harvey, M.-È., Maltais, D., Saint-Hilaire, C., . . . Turcotte, D. (2001). *L'économie sociale et le Plan d'action du Sommet sur l'économie et l'emploi*. Québec: ENAP et Centre de recherche sur les services communautaires.
- Comeau, Y., Turcotte, D., Beaudoin, A., Chartrand-beauregard, J., Harvey, M.-è., Maltais, D., . . . Simard, P. (2002). L'économie sociale et le Sommet socioéconomique de 1996 : le bilan des acteurs sur le terrain. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 15(2), 186-202.
- Comité aviseur en périnatalité (2004). *Implantation au Québec, de 1999 à 2003, de dix centres de ressources périnatales. Rapport du comité aviseur en périnatalité*.
- Comité sectoriel de main-d'oeuvre de l'économie sociale et de l'action communautaire (2007). *La gouvernance démocratique. Boîte à outils*. Montréal: CSMO-ÉSAC, Centre de formation populaire, Centre St-Pierre, Relais-femmes.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011. Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations. Résumé*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Côté, G., Lauzon, C., & Kyd-Strickland, B. (2008). Environmental scan of interprofessional collaborative practice initiatives. *Journal of Interprofessional Care*, 22(5), 449-460.
- Couillard, M.-A., & Côté, G. (2000). *Le virage ambulatoire et l'économie sociale à Québec: l'exemple de l'entraide après l'accouchement*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires.
- D'Amours, M. (2006). *L'économie sociale au Québec : cadre théorique, histoire, réalités et défis*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.006>
- de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., & Dubeau, D. (2010). À la rencontre des parents: des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 1-5.
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Devault, A. (2012). Transition to fatherhood: modeling the experience of fathers of breastfed infants. *Advances in Nursing Science*, 35(3), E11-E22.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1). doi: 10.1186/1471-2393-8-30
- Defourny, J. (1992). The origins, forms and roles of a third major sector. Dans J. Defourny & J. L. Monzon Campos (dir.), *Économie sociale, entre économie capitaliste et économie publique/The Third Sector, Cooperative, Mutual and Nonprofit Organizations* (p. 27-49). Bruxelles: De Boeck-Wesmael/CIRIEC.
- Depelteau, J., Fortier, F., & Hébert, G. (2013). *Les organismes communautaires au Québec. Financement et évolution des pratiques*. Montréal: Institut de recherche et d'informations socio-économiques.
- Desroche, H. (1983). *Pour un traité d'économie sociale*. Paris: Coopérative d'information et d'édition mutualiste (CIEM).
- Emploi et Solidarité sociale. (2014). Portrait du soutien financier gouvernemental versé aux organismes communautaires 2011-2012. Repéré le 29 mai 2014 à [http://www.mess.gouv.qc.ca/sacais/soutien-financier/soutien\\_gouvernemental/repertoires/portrait-du-soutien-financier.asp](http://www.mess.gouv.qc.ca/sacais/soutien-financier/soutien_gouvernemental/repertoires/portrait-du-soutien-financier.asp)
- Fahey, J., & Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 613-621.
- Fédération québécoise des organismes communautaires Famille. (2011). Historique. Repéré le 11 février 2014 à <http://www.fqocf.org/a-propos-de-la-fqocf/historique/>
- Gagnon, É., Fortin, A., Ferland-Raymond, A.-E., & Mercier, A. (2013). *L'invention du bénévolat. Genèse et institution de l'action bénévole au Québec*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Garon, S. (2005). Le financement. Dans M. Duval, A. Fontaine, D. Fournier, S. Garon & J.-F. René (dir.), *Les organismes communautaires au Québec. Pratiques et enjeux* (p. 109-128). Montréal: gaëtan morin éditeur.

- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., Macnevin, R., & Nelson, M. A. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 31(1), 57-70. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.673.31.1.57>
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., . . . Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale: une recension des écrits. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de "relevailles" offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec: Centre de recherche du CHU de Québec. Axe santé des populations et pratiques optimales en santé.
- Hermanns, J. M. A., Asscher, J. J., Zijlstra, B. J. H., Hoffenaar, P. J., & Dekovič, M. (2013). Long-term changes in parenting and child behavior after the Home-Start family support program. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 678-684. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.017>
- Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Points saillants sur certains indicateurs de 2009-2010 relatifs à l'accouchement au Canada*.
- Institut de la statistique du Québec. (2012). Recensement 2011. Repéré le 13 mai 2014 à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/recensement/2011/index.html>
- Institut de la statistique du Québec (2013). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2013*. Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2014a). Migrations internationales et interprovinciales. Repéré le 29 mai 2014 à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/migration/internationales-interprovinciales/index.html>
- Institut de la statistique du Québec. (2014b). Naissances et taux de natalité, Québec. Repéré le 27 mai 2014 à [http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213\\_Afich\\_Tabl.page\\_tabl?p\\_iden\\_tran=R\\_EPERM3JYQ20840040677642{u8.0&p\\_lang=1&P\\_M\\_O=ISQ&P\\_ID\\_SS\\_DOMN=819&P\\_ID\\_RAPRT=784](http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213_Afich_Tabl.page_tabl?p_iden_tran=R_EPERM3JYQ20840040677642{u8.0&p_lang=1&P_M_O=ISQ&P_ID_SS_DOMN=819&P_ID_RAPRT=784)
- Institut de la statistique du Québec. (2014c). Naissances, décès, accroissement naturel et mariages par MRC, Québec, 2002-2013. Repéré le 29 mai 2014 à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/208.htm>
- Institut de la statistique du Québec. (2014d). Profils statistiques par région et MRC géographiques. Repéré le 29 mai 2014 à [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region\\_00/region\\_00.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_00/region_00.htm)

- Landy, C. K., Sword, W., & Ciliska, D. (2008). Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey. *BMC health services research*, 8(1), 203.
- Laville, J.-L. (1994). *L'économie solidaire. Une perspective internationale*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Lavoie, J., & Panet-Raymond, J. (2011). *La pratique de l'action communautaire*. (3e éd.<sup>e</sup> éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lesemann, F. (2002). Le bénévolat: de la production «domestique» de services à la production de «citoyenneté». *Nouvelles pratiques sociales*, 15(2), 25-41.
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S., & Halstead, L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *J Perinat Neonatal Nurs*, 6(3), 1-14.
- Lévesque, B. (2007). *Un siècle et demi d'économie sociale au Québec: plusieurs configurations en présence (1850-2007)*. Montréal: CRISES, ÉNAP, ARUC-ÉS.
- Lévesque, B., & Mendell, M. (2005). L'économie sociale: diversité des définitions et des constructions théoriques. *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, (32).
- Lévesque, B., & Ninacs, W. A. (1997). *L'économie sociale au Canada: l'expérience québécoise*. Paris: Organisation de coopération et de développement économiques.
- MacPherson, K., Barnes, J., Nichols, M., & Dixon, S. (2010). Volunteer support for mothers with new babies: perceptions of need and support received. *Children & Society*, 24(3), 175-187.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2001). *L'action communautaire: une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). Instances locales (CSSS) / Réseaux locaux de services. Repéré le 15 janvier 2014 à <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02ListeInstLoc.asp>
- MRC d'Antoine Labelle. (n.d.). La MRC et les municipalités. Repéré le 18 février 2014 à <http://www.mrc-antoine-labelle.qc.ca/la-mrc-et-les-municipalites>
- MRC d'Arthabaska. (2013). Les municipalités. Repéré le 18 février 2014 à <http://www.mrc-arthabaska.qc.ca/municipalites>

- MRC de Deux-Montagnes. (2010). Le territoire de la MRC de Deux-Montagnes. Repéré le 18 février 2014 à <http://www.mrc2m.qc.ca/fr/mrc/mrc-de-deux-montagnes/>
- MRC de la Vallée-du-Richelieu. (n.d.). Municipalités. Repéré le 18 février 2014 à [http://www.mrcvr.ca/mrc\\_municipalites.php?menu2=1](http://www.mrcvr.ca/mrc_municipalites.php?menu2=1)
- MRC Haut-Richelieu. (2011). Nos municipalités. Repéré le 18 février 2014 à <http://www.mrchr.qc.ca/municipalites.php>
- MRC Les Moulins. (2004). Localisation géographique. Repéré le 18 février 2014 à [http://www.mrclesmoulins.ca/fr/a\\_propos\\_de\\_nous\\_territoire.asp](http://www.mrclesmoulins.ca/fr/a_propos_de_nous_territoire.asp)
- Naissance-Renaissance, & Chantier de l'économie sociale (1998). *Centre péri-ressources. Cadre de référence.*
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J*, 17(4), 616-623. doi: 10.1007/s10995-012-1037-4
- Pashiardis, P. (1996). Environmental scanning in educational organizations: uses, approaches, sources and methodologies. *International Journal of Educational Management*, 10(3), 5-9. doi: 10.1108/09513549610115055
- Porteous, N. L. (2009). La construction du modèle logique d'un programme. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 87-105). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242. doi: 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Regroupement Naissance-Renaissance (2004). *Les moments forts de l'histoire du Regroupement Naissance-Renaissance (1990-2003)*. Montréal: Regroupement Naissance-Renaissance.
- René, J.-F. (2009). L'individualisation de l'intervention dans les organismes communautaires: Levier ou barrière à la prise en charge démocratique? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(1), 111-124.
- Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec (2009). *Cadre de référence. Centre de ressources périnatales*. Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec.



- Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec. (n.d.). Historique. Repéré le 15 janvier 2014 à [http://www.reseaudescrp.org/index.php?view=article&catid=39%3Amenu-du-haut&id=64%3Ahistorique&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com\\_content&Itemid=97](http://www.reseaudescrp.org/index.php?view=article&catid=39%3Amenu-du-haut&id=64%3Ahistorique&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com_content&Itemid=97)
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65-72. doi: DOI 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x
- Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec (2004a). *Cadre de référence en matière d'action communautaire*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec (2004b). *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Statistique Canada. (2007a). Profil du recensement, Recensement de la population de 2006, extrait du tableau no 94-581-XCB2006001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 1er mai 2008.
- Statistique Canada. (2007b). Profil du recensement, Recensement de la population de 2006, extrait du tableau no 94-581-XCB2006005 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 1er mai 2008.
- Statistique Canada. (2012a). Famille de recensement. Repéré le 14 mai 2014 à <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/fam004-fra.cfm>
- Statistique Canada. (2012b). Profil du recensement, Recensement de la population de 2011, extrait du tableau no 98-314-20110010 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 24 octobre 2012.
- Statistique Canada. (2012c). Profil du recensement, Recensement de la population, extrait du tableau no 99-014-20110019 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 24 octobre 2012.
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children. *Child Development*, 75(5), 1435-1456.
- Taggart, A. V., Short, S. D., & Barclay, L. (2000). "She has made me feel human again" : an evaluation of a volunteer home-based visiting project for mothers. *Health and Social Care in the Community*, 8(1), 1-8.
- Thibodeau, L. (2002). Les centres de ressources périnatales pour les femmes et avec les femmes travailleuses, utilisatrices, gestionnaires. Dans Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales & Alliance de recherche IREF/Relais-femmes

- (dir.), *L'économie sociale du point de vue des femmes* (p. 81-88). Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Vaillancourt, Y. (2008). L'économie sociale au Québec et au Canada: configurations historiques et enjeux actuels *Cahiers du Larepps* (p. 59). Montréal: Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales/UQAM.
- Vézina, M., & Crompton, S. (2012). Le bénévolat au Canada *Tendances sociales canadiennes*: Statistique Canada.
- Vienney, C. (1986). *Les activités, les acteurs et les règles des organisations de l'économie sociale*. Paris: Centre d'éducation permanente.
- Ville de Lévis. (2014). Accueil. Repéré le 18 février 2014 à <http://www.ville.levis.qc.ca/Fr/Index.asp>
- Ville de Mirabel. (2014). Territoire. Repéré le 18 février 2014 à <http://www.ville.mirabel.qc.ca/page-territoire.php>
- Ville de Montréal. (n.d.). Arrondissements. Repéré le 18 février 2014 à [http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?\\_pageid=5798,85813661&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=5798,85813661&_dad=portal&_schema=PORTAL)
- White, D., Chartrand, S., Garon, F., Brum Schäppi, P., Lefrançois, É., & René, J.-F. (2007). *La mise en oeuvre de la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire dans le champ Famille*. Montréal: Centre de recherche sur les politiques et le développement social, Université de Montréal.
- White, D., & Équipe d'évaluation de la Politique (2008). *La gouvernance intersectorielle à l'épreuve. Évaluation de la mise en oeuvre et des premières retombées de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire*. Montréal: Centre de recherche sur les politiques et le développement social (CPDS), Université de Montréal.

## Annexe A : Liste des documents à acheminer

### Documents à acheminer à l'équipe de recherche

LISTE À IMPRIMER, À COCHER (✓) ET À NOUS RETOURNER AVEC LES DOCUMENTS

NOM DU CRP : \_\_\_\_\_

- Procès-verbaux des assemblées générales des 5 dernières années
- Rapports financiers des 5 dernières années financières complétées
- Documents relatant l'historique de votre CRP
- Documents descriptifs d'activités non déjà présentées sur votre site Internet
- Feuilles promotionnels
- Règlements généraux internes de votre CRP
- Autres politiques internes (code d'éthique, déclaration de principes, politique de gestion du personnel, etc.)
- Plan d'affaires
- Documents issus d'une démarche de planification stratégique
- Documents présentant les ententes de services avec des organisations externes
- Rapports PACE et d'autres bailleurs de fonds en lien avec les services de relevailles pour les 3 dernières années
- Rapport PACE pour activités financées autres que Relevailles pour la dernière année seulement
- Autre document que notre CRP juge pertinent de transmettre, **précisez** :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Merci de nous transmettre ces documents sur CD, sur clé USB (cette dernière vous sera retournée) et/ou en version papier s'ils ne sont pas disponibles en format électronique, à l'adresse suivante, **avant le 3 mai 2013** :

Marie-Hélène Deshaies  
 Centre de recherche du CHU de Québec  
 Axe santé publique et pratiques optimales en santé (SP-POS)  
 Hôpital Saint-François d'Assise  
 10, rue de l'Espinay, Édifice D (D6-708)  
 Québec (Québec)  
 G1L 3L5



## Annexe B : Sources documentaires internes

Types de documents consultés	Nombre
Rapports financiers	45
Rapports d'activités	45
Procès-verbaux d'assemblées générales	45
Documents relatant l'histoire des CRP	11
Documents promotionnels	51
Règlements généraux	12
Autres documents internes	158
Planification stratégique et plan d'affaires	25
Documents présentant des ententes de services avec des organisations externes	15
Rapports PACE	7
Sites Internet	9
<b>Total</b>	<b>423</b>



## Annexe C : Sources documentaires externes

Types de documents consultés	Nombre
Littérature scientifique	1
Rapports de recherche	2
Monographies	13
Sources de données statistiques	10
Publications et sites Internet des ministères, des agences de la santé et des services sociaux et des centres de santé et de services sociaux	11
Autres sites Internet	13
<b>Total</b>	<b>50</b>

Toutes les sources documentaires externes utilisées sont systématiquement citées dans le texte et ont été reportées dans la liste de référence.





## **Annexe D : Guide d'entretien**

Comme précisé dans la méthodologie, le guide d'entretien a été adapté à chacun des CRP afin de collecter des informations complémentaires permettant de compléter la caractérisation et la modélisation du programme de relevailles. Les questions ci-dessous ne sont indiquées qu'à titre d'exemple.

### *Contexte d'émergence*

- Quelles étaient les motivations à l'origine de la mise sur pied de votre organisme? Qui en étaient les initiateurs?

### *Dimension institutionnelle*

- Les membres de soutien peuvent-ils assister et voter aux assemblées générales? Peuvent-ils être élus au conseil d'administration?

### *Dimension organisationnelle*

- Avez-vous organisé des activités-bénéfices au cours de l'année 2011-2012? Si oui, quelles étaient-elles?

### *Les acteurs*

- Qui sont vos bénévoles? Quels sont leurs liens avec votre organisation? Quels sont leurs principaux apports?
- Quels ont été les postes occupés par vos travailleuses salariées en 2011-2012? Ces postes étaient-ils occupés à temps plein, à temps partiel ou de façon occasionnelle et sur appel?

### *Le programme de relevailles*

- Comment s'est déroulé le processus d'évaluation des besoins des familles qui ont fait appel aux relevailles en 2011-2012? Quels ont été les ressources mises à contribution, les activités réalisées, les résultats visés?
- Quels sont les principaux facteurs qui ont contribué à la réalisation du programme de relevailles en 2011-2012? Y a-t-il des facteurs externes qui ont influencé le déroulement de ce programme? Lesquels?



## Annexe E : Grille de collecte des données pour l'étude des activités de l'économie sociale et solidaire

Les sources de données	Les sources documentaires	
	Les entrevues	
	L'observation	
Le contexte d'émergence	Le milieu	
	Le secteur d'activités	
	Le projet initial	
	Les promoteurs/promotrices	
	Les appuis	
	Le démarrage	
La présentation des acteurs/actrices	Les acteurs/actrices présents dans l'activité	
	Le réseau	
La dimension institutionnelle	Les rapports de pouvoir à l'interne	Le pouvoir formel et informel
		L'inclusion des producteurs/productrices et des usagers/usagères
		Les acquis des producteurs/productrices salariés
	Les rapports avec l'extérieur	
	Les règles juridiques et législatives	
La dimension organisationnelle	Le profil organisationnel	Les objectifs
		Les aspects stratégiques
		Les biens et services produits
		Les données financières
	Les processus organisationnels	La production
		L'organisation du travail
		La formation
		La consommation
Éléments de synthèse et de bilan	Au plan des réalisations	
	Au plan de l'économie sociale et solidaire	
	Au plan sociétal	
Perspectives anticipées		

Tiré de : Comeau, Y. (2000). *Grille de collecte et de catégorisation des données pour l'étude d'activités de l'économie sociale*. (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), p. 4.



## Annexe F : Grille sommaire

	Dimensions à documenter	Informations requises	Précisions sur ce qui est recherché + sources
L'environnement actuel	Le territoire	Territoires de CLSC	Selon données du MSSS
		Urbain/semi-urbain/rural	Selon données du ministère concerné
	La population du territoire	Nombre de résidents	À préciser Selon données statistiques
		Données statistiques sur la natalité, la fécondité	À préciser Selon données statistiques
		Données statistiques sur la composition des ménages	À préciser Selon données statistiques
		Données statistiques sur le taux de pauvreté	À préciser Selon données statistiques
		Données statistiques sur la scolarité	À préciser Selon données statistiques
		Données statistiques sur l'adoption (à confirmer)	À préciser Selon données statistiques
		Données statistiques sur l'immigration	À préciser Selon données statistiques
Le contexte d'émergence	Éléments généraux	Année d'incorporation	Selon documents du CRP + entrevue
		Le projet initial de l'organisme (à confirmer pertinence et faisabilité)	Quel était le projet à l'origine de l'OBNL, les principales motivations, le contexte. En quelques lignes, selon documents du CRP + entrevue
		Année de début des activités de relevailles	Selon documents du CRP + entrevue
		Année de reconnaissance en tant que CRP	Selon documents du CRP + entrevue
Les acteurs et les actrices à l'interne	Les administrateurs	Les dirigeants (CA et exécutif)	CA : composition, nombre de membres, ratio h/f Selon documents du CRP + entrevue
	Les employés	La direction (directrice, coordonnatrice, cadre, etc.)	Direction : composition, nombre de personnes, ratio h/f
		Les employés à temps plein (35 hrs et plus par semaine)	Nombre, fonction, ratio h/f Selon documents du CRP + entrevue
		Les employés à temps partiel	Nombre, fonction, ratio h/f Selon documents du CRP + entrevue

	Dimensions à documenter	Informations requises	Précisions sur ce qui est recherché + sources
		Les employés occasionnels et sur appel	Nombre, fonction, ratio h/f Selon documents du CRP + entrevue
		Les contractuels	Nombre, fonction, ratio h/f Selon documents du CRP + entrevue
		<b>Les bénévoles et les membres</b>	Les bénévoles
		Les membres (nombre de membres famille, nombre de membres individus selon le cas)	Nombre, conditions pour être membre, ratio h/f Selon documents du CRP + entrevue
	<b>Les acteurs et les actrices à l'externe</b>		Organisations qui sont membres du CRP
		Organisations dont le CRP est membre	Nombre et type d'organisations Selon documents du CRP + entrevue
		Organisations avec lesquelles le CRP entretient des collaborations	Nombre et type d'organisations/type de collaborations Selon documents du CRP + entrevue
<b>La dimension institutionnelle</b>		Statut juridique	Selon documents du CRP + entrevue
		Date dernière AG	Selon documents du CRP
		Présence comité exécutif	Oui, non
		Employés représentés au CA	Oui, non
		Usagers représentés au CA	Oui, non
<b>La dimension organisationnelle</b>	<b>Éléments généraux</b>	Mission	Énoncé de mission Selon documents du CRP + entrevue
		Objectifs et priorités de l'année	Selon documents du CRP + entrevue
		Volume d'activités	Nombre de personnes ou de familles rejointes pour l'ensemble des activités du CRP et/ou nb d'heures (selon le cas)

	<b>Dimensions à documenter</b>	<b>Informations requises</b>	<b>Précisions sur ce qui est recherché + sources</b>
	<b>Les relevailles</b>	Volume de relevailles pour l'année	Nombre de familles rejointes Nombre d'heures offertes Selon documents du CRP + entrevue
		Format des relevailles	Nombre d'heures par visite, nombre maximal de visite ou d'heures offert aux familles, coûts défrayés par les familles
		Sources de financement des activités de relevailles	Selon documents du CRP + entrevue
		Prestation des services de relevailles (affectation multiple ou simple des personnes, %)	Nombre de personnes, statut, conditions d'emploi des personnes qui offrent les services de relevailles Selon documents du CRP + entrevue
		Entente de services spécifiques aux relevailles	Selon documents du CRP + entrevue
	<b>Les autres activités</b>	Autres activités offertes en périnatalité (-9mois à 1 an ou -9 mois à 2 ans selon les CRP)	Selon documents du CRP + entrevue
		Autres activités offertes (non-périnatalité)	Selon documents du CRP + entrevue
	<b>Les données financières</b>	Principales sources de financement	Principales sources, caractéristiques (mission, projet, ententes de services, autofinancement), montant Selon documents du CRP + entrevue
		État des résultats	Total des revenus Total des dépenses Part des salaires sur les dépenses Selon documents du CRP + entrevue
		Bilan financier	Actif/passif/surplus accumulé Selon documents du CRP + entrevue
<b>Bilan de l'organisation</b>	<b>Éléments de bilan de l'organisation</b>	Principaux acquis	Selon documents du CRP + entrevue
		Principaux défis et principales contraintes	Selon documents du CRP + entrevue

Inspiré de : Comeau, Y. (2000). *Grille de collecte et de catégorisation des données pour l'étude d'activités de l'économie sociale*. (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES).





## Annexe G : Grille de vérification

En vous basant sur le modèle logique de programme (MLP) spécifique à votre programme de relevailles, veuillez SVP répondre aux questions suivantes. Le but de cette démarche est de s'assurer que nous avons bien compris et bien illustré votre programme de relevailles par le MLP. Cette grille peut être complétée par la directrice de l'organisme ou par la coordonnatrice des services en périnatalité. Si vous souhaitez la remplir en consultant tous les membres de l'équipe du programme de relevailles, vous êtes invités à le faire.

	Oui	Non	Commentaires
<b>Pertinence et réalisme des éléments du MLP</b>			
Les activités et les résultats répondent-ils à un besoin manifeste au sein du groupe cible?			
Les ressources sont-elles suffisantes pour entreprendre les activités du programme?			
Les facteurs externes, y compris les imprévus, ont-ils été pris en compte?			
<b>Précisions suffisantes</b>			
Tous les éléments sont-ils clairement énoncés?			
Toutes les activités de relevailles, tous les groupes cibles et tous les résultats prévisibles sont-ils inclus?			
Existe-t-il un document écrit pour accompagner l'élément visuel?			
<b>Exactitude</b>			
Y a-t-il des erreurs ou des omissions?			
Les résultats inscrits sont-ils de véritables résultats, et non pas des extraits ou des activités?			
Tous les résultats annoncent-ils un changement projeté?			
Les perspectives des principaux intervenants ont-elles été prises en compte?			
Les intervenants sont-ils à l'aise avec le modèle logique?			
<b>Logique</b>			
Existe-t-il des lacunes, c'est-à-dire toutes les composantes conduisent-elles à un ou à plusieurs résultats par l'entremise d'activités			

et de groupes cibles (bref, manque-t-il quelque chose)?			
La séquence des résultats est-elle logique? Est-il raisonnable de prévoir que les activités du programme aboutiront réellement aux résultats escomptés? En d'autres mots, les relations causales sont-elles plausibles et corroborées par la documentation, l'expérience de l'équipe du programme ou celles d'autres personnes assurant la prestation de programmes semblables?			
Les résultats du programme sont-ils en harmonie avec la vision, la mission, les principes et le plan stratégique à long terme de l'organisme?			
Les résultats sont-ils mesurables?			
L'équipe du programme est-elle à l'aise pour accepter la responsabilité des résultats à court terme?			
<b>Simplicité visuelle</b>			
Le modèle logique tient-il en une seule page?			
Le modèle logique se lit-il facilement en un coup d'œil?			
A-t-on évité la multiplication abusive des cases ou un enchevêtrement de type « spaghetti »?			
<b>Autres commentaires :</b>			
<b>SVP indiquer qui a participé à la vérification du modèle logique de votre programme de relevailles (nombre de personnes et poste occupé) :</b>			

Tiré de : Porteous, N. L. (2009). La construction du modèle logique d'un programme. In *Approches et pratiques en évaluation de programme* edited by V. Ridde and C. Dagenais. Montréal : Presses de l'Université de Montréal. p. 104.



# Évaluation des services de relevailles et de leurs retombées auprès des familles

## Rapport de recherche volet 3 D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de relevailles offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec

**Geneviève Roch**, Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Centre de recherche du CHU de Québec - Université Laval, Axe SP-POS

**Roxane Borgès Da Silva**, Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)

**Francine de Montigny**, Professeure titulaire, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles

**Louise Hamelin Brabant**, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**Marie-Hélène Deshaies**, Professionnelle de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval, Axe SP-POS

**Stéphane Turcotte**, Biostatisticien, Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval

**Ginette Mbourou Azizah**, Chargée d'enseignement, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

**Christophe Tremblay**, Auxiliaire de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval, Axe SP-POS

**Yvan Comeau**, Professeur titulaire, Faculté des sciences sociales, École de service social, Université Laval, Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique

Avril 2015

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce au soutien financier :

- d'Avenir d'enfants, via le projet VICTOIRES du Réseau des Centres de ressources périnatales (CRP);
- du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



Remerciements à Irene Andrea Acosta Moscoso, Marc-Antoine Barré, Diane Paquet, Michèle Poitras, Emilie Raizenne et Kate St-Arneault qui ont contribué à soutenir différentes étapes de la réalisation du projet et de la mise en forme de ce rapport.

L'équipe de recherche remercie aussi chaleureusement les membres des comités d'encadrement du projet (comité de suivi et comité des sages), les membres et travailleurs des CRP, ainsi que tous les parents qui ont pris part à cette étude.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition d'en mentionner la source de la façon suivante :

Roch, G., Borgès Da Silva, R., de Montigny, F., Hamelin Brabant, L., Deshaies, M.-H., Turcotte, S., Mbourou Azizah, G., Tremblay, C., & Comeau, Y. (2015). *Évaluation des services de relevailles et de leurs retombées auprès des familles. Rapport de recherche volet 3. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec.

ISBN : 978-2-9810983-4-4 (PDF)

Dépôt légal - 2<sup>e</sup> trimestre 2015  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015  
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

## Faits saillants

- Le rapport présente une première classification des activités de relevailles en quatre profils, permettant de situer la spécificité du service et la globalité des tâches réalisées à domicile par les assistantes périnatales.
- Le profil sociodémographique des familles utilisatrices de relevailles suggère que les CRP desservent une clientèle variée, dont 22 % ont plus d'un enfant et dont seulement 37 % sont référées par un professionnel.
- Les résultats indiquent que les CRP offrent en moyenne 10 visites par famille, avec une étendue moyenne de 109 jours entre la première et la dernière visite, ce qui suggère une intensité de service appréciable.
- La productivité des CRP est variable considérant le nombre d'assistantes périnatales par CRP et le statut « temps partiel » ou « occasionnel » occupé par la majorité.
- L'exploration des associations potentielles avec les indicateurs d'utilisation des services indique que la majorité des liens se rapportent aux caractéristiques de l'organisation, mais aucune des variables n'a permis de prédire l'utilisation.
- Les retombées des relevailles vont au-delà de l'expérience de vulnérabilité et des besoins exprimés par les parents.
- Une même tâche effectuée par l'assistante périnatale, selon le contexte et les besoins, est porteuse de retombées multiples, qui peuvent être associées simultanément à plusieurs dimensions de vulnérabilité.
- Trois caractéristiques importantes des relevailles sont soulignées par les familles et rendent possibles les retombées du programme : 1) le caractère personnalisé et polyvalent des tâches assumées par les assistantes périnatales; 2) le maintien d'une continuité relationnelle; 3) l'expertise expérientielle des assistantes périnatales, qui se renouvelle au contact de nombreuses familles.

- L'intégration des constats quantitatifs et qualitatifs révèle cinq constats : 1) une cohérence dans les besoins exprimés par les parents; 2) la pertinence de la concentration des visites; 3) une force partagée en matière de continuité relationnelle; 4) une productivité maximisant des acquis expérientiels; 5) une polyvalence se traduisant par quatre profils de globalité adaptés à l'évolution des besoins familiaux.
- La globalité et la polyvalence des tâches réalisées par les assistantes périnatales permettent de rencontrer une majorité des résultats visés par la composante « visite à domicile » du modèle logique du programme de relevailles.
- La pertinence des relevailles se reflète par l'utilisation que les parents en font et l'appréciation des retombées qu'ils en retirent.

## Résumé

Les centres de ressources périnatales (CRP) sont des entreprises d'économie sociale qui offrent un programme de soutien postnatal à domicile appelé « relevailles ». L'utilisation et les retombées de cette innovation sociale demeurent largement méconnues. **Objectifs** : 1) Évaluer l'utilisation des services de relevailles offerts par les CRP à partir d'indicateurs; 2) Explorer les variations d'utilisation des relevailles; 3) Évaluer les retombées des relevailles pour les familles et expliquer en quoi ce programme répond à leur expérience de vulnérabilité et aux besoins pour lesquels elles font appel aux relevailles. **Méthode** : Recherche collaborative s'appuyant sur un devis de méthodes mixtes. **Volet quantitatif** : Données d'enquête sur l'utilisation des relevailles compilées par 8 CRP. Des analyses descriptives et de régressions multi-niveaux ont permis de dégager des indicateurs de continuité, de productivité et de globalité, puis d'explorer les associations avec différentes variables. **Volet qualitatif** : Dix-sept entretiens individuels et trois entretiens de groupe auprès de parents utilisateurs de relevailles (N = 28) ont été réalisés dans 3 CRP situés dans différentes régions du Québec. **Résultats** : Au cours de la période de collecte de données, 404 familles ont reçu des relevailles et un total de 4150 visites ont été réalisées. La concentration des visites sous-jacente à l'indicateur de *continuité* se traduit par une moyenne de 10,3 visites par famille, ainsi que par une étendue moyenne de 109 jours entre la première et la dernière visite. La continuité relationnelle indique que 88 % des visites sont réalisées par la même assistante périnatale. La *productivité* se traduit par un nombre moyen de 4 à 5 visites par mois, dont 3 visites par assistante périnatale. La *globalité* révèle des pourcentages de tâches qui varie pour chaque CRP selon les quatre profils suivants : 1) coaching; 2) instrumental; 3) nounou; 4) équilibré. Les retombées issues du volet qualitatif se traduisent par 3 constats : 1) les familles expriment des dimensions biologique, psychologique et sociale de vulnérabilité; 2) les besoins motivant le recours aux relevailles relèvent des composantes restauratrice (dormir), instrumentale (aide tâches/bébé et enfants), de l'autogestion (temps pour soi) et de l'expression de soi (soutien émotionnel et réconfort); 3) les retombées sont plus étendues que les besoins qui motivent le recours aux relevailles. L'intégration des constats quantitatifs et qualitatifs révèle que : 1) la continuité relationnelle se démarque comme une force prépondérante; 2) les activités réalisées par les assistantes périnatales répondent et vont au-delà des besoins exprimés par les parents; 3) la globalité et la polyvalence des tâches réalisées suggèrent un service personnalisé et pertinent, dont les retombées rejoignent une majorité des résultats visés par le programme. **Conclusion** : Les résultats témoignent d'une utilisation qui se démarque par une continuité relationnelle et une polyvalence qui assure un service pertinent, qui gagnera à se développer en complémentarité avec les services offerts par les établissements de santé. Miser sur les relevailles s'avère important pour maximiser le mieux-être des familles.

**Mots clés** : Programme de soutien postnatal; périnatalité; évaluation; méthodes mixtes; services; économie sociale; innovation sociale.





## Table des matières

Faits saillants.....	i
Résumé.....	iii
Table des matières .....	v
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures .....	ix
Liste des graphiques.....	xi
Introduction.....	1
1. Fondements théoriques et conceptuels .....	3
1.1 Évaluation de l'utilisation des services de relevailles : continuité, productivité et globalité .....	3
1.2 Évaluation des relevailles auprès des familles utilisatrices: expérience de vulnérabilité, besoins et retombées .....	4
2. Méthode .....	7
2.1 Un devis mixte de recherche.....	7
2.2 Volet quantitatif : évaluation de l'utilisation des services .....	8
2.2.1 Collecte de données d'enquête quantitative.....	8
2.2.2 Analyses quantitatives .....	8
2.3 Volet qualitatif : évaluation des retombées du programme auprès des familles utilisatrices .....	10
2.3.1 Collecte de données qualitatives.....	10
2.3.2 Analyses qualitatives .....	11
3. Résultats.....	13
3.1 Évaluation de l'utilisation des services de relevailles .....	13
3.1.1 Données descriptives .....	13
3.1.2 Description et appréciation des indicateurs .....	17
3.1.3 Exploration des variations d'utilisation des relevailles .....	22
3.2 Évaluation des retombées des relevailles pour les familles utilisatrices .....	27
3.2.1 Caractéristiques des participants et des visites de relevailles reçues.....	27
3.2.2 Expérience de vulnérabilité en période périnatale .....	28
3.2.3 Besoins exprimés à l'égard des relevailles .....	30
3.2.4 Retombées des relevailles selon les familles utilisatrices.....	31
3.3 Intégration des résultats .....	37
4. Discussion.....	41
4.1 Une utilisation qui témoigne d'une innovation sociale pertinente .....	41
4.2 Des retombées au-delà de l'expérience de vulnérabilité ressentie et des besoins exprimés par les familles utilisatrices.....	43
4.4 Limites et apports de l'étude.....	47
Conclusion .....	49
Références.....	51
Annexe 1 : Modèle logique du programme de relevaille.....	57
Annexe 2 : Cadre d'évaluation intégré .....	59
Annexe 3 : Cadre de référence analytique des entretiens .....	61
Annexe 4 : Description des composantes des dimensions de vulnérabilité.....	63

Annexe 5 : Fiche d'inscription.....	65
Annexe 6 : Fiche de visite.....	71
Annexe 7 : Variables indépendantes liées au contexte organisationnel .....	75
Annexe 8 : Variables indépendantes liées aux caractéristiques des familles .....	77
Annexe 9 : Variables indépendantes liées aux besoins motivant l'inscription aux relevailles .....	79
Annexe 10 : Guide d'entretien individuel.....	81
Annexe 11 : Guide d'entretien de groupe .....	83
Annexe 12 : Questionnaire sociodémographique .....	85
Annexe 13 : Organigramme de la sélection des données .....	87
Annexe 14 : Description des profils de globalité.....	89
Annexe 15 : Coefficients de corrélation intra-classe.....	91
Annexe 16 : Signification des liens ( $p$ ) – caractéristiques organisationnelles.....	93
Annexe 17 : Signification des liens ( $p$ ) - caractéristiques des familles .....	95
Annexe 18 : Signification des liens ( $p$ ) - besoins exprimés spontanément par les familles .....	97
Annexe 19 : Caractéristiques sociodémographiques des participants aux entretiens .....	99
Annexe 20 : Caractéristiques des visites de relevailles reçues par les parents participants .....	101
Annexe 21 : Catégories, sous-catégories et exemples de verbatim illustrant l'expérience de vulnérabilité .....	103
Annexe 22 : Catégories, sous-catégories et exemples de verbatim illustrant les besoins exprimés à l'égard des relevailles .....	105
Annexe 23 : Catégories, sous-catégories et exemples de verbatim illustrant les retombées des relevailles.....	107
Annexe 24 : Expérience de vulnérabilité, besoins exprimés à l'égard des relevailles et retombées du programme sur les parents utilisateurs selon les dimensions biologique, psychologique, sociale et cognitive de vulnérabilité .....	109

## Liste des tableaux

Tableau 1: Dimensions et indicateurs de l'utilisation des services de relevailles .....	4
Tableau 2: Caractéristiques organisationnelles des CRP .....	14
Tableau 3: Caractéristiques des familles utilisatrices .....	16
Tableau 4: Associations potentielles par indicateur .....	25



## Liste des figures

Figure 1: Devis parallèle convergent .....	7
Figure 2: Expériences de vulnérabilité, besoins exprimés à l'égard des relevailles et retombées selon les dimensions et composantes de vulnérabilité .....	36



## Liste des graphiques

Graphique 1: Besoins exprimés lors de l'inscription.....	17
Graphique 2: Pourcentage de visites associées à l'assistante périnatale principale pour une famille par CRP .....	18
Graphique 3: Nombre moyen de jours entre la première et la dernière visite par CRP ....	19
Graphique 4: Nombre moyen de visites pour une famille par CRP .....	19
Graphique 5: Nombre moyen de visites par mois pour une famille par CRP .....	20
Graphique 6: Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille par CRP .....	21
Graphique 7: Classification des profils de tâches réalisées lors des visites auprès des familles.....	22





## **Introduction**

On estime à 88 600 le nombre de naissances au Québec en 2013, soit l'un des nombres les plus élevés depuis les seize dernières années (Institut de la statistique du Québec, 2014). D'un point de vue démographique, il s'agit d'une excellente nouvelle, mais au niveau de l'offre des services, ces naissances soulèvent d'importants enjeux. En effet, la durée moyenne des séjours hospitaliers au moment de l'accouchement a été réduite de 12 % depuis 2005 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011) et avec la pénurie d'effectifs professionnels, le soutien apporté aux parents, au cours et au-delà de la période périnatale, se trouve aussi plus limité. Il est pourtant reconnu que la période périnatale est une situation de transition à travers laquelle différentes dimensions de vulnérabilité sont rencontrées. Dans un tel cas, la vulnérabilité se définit comme pouvant compromettre ou fragiliser la santé des familles peuvent être rencontrées (Lessick, Woodring, Naber, & Halstead, 1992; Rogers, 1997).

Dans une optique de consolidation des services en périnatalité, il importe de bien cibler l'apport de chacun des acteurs pouvant contribuer à la santé et au bien-être des familles, incluant celui d'entreprises d'économie sociale comme les centres de ressources périnatales (CRP). Le soutien social que ces organismes dispensent se traduit notamment par un service relevant d'un programme de visites à domicile appelé « relevailles », qui consiste à offrir une assistance familiale dans les premiers mois suivant l'accouchement et parfois même en cours de grossesse, afin d'écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation du quotidien. En vue d'optimiser l'offre de relevailles, il convient non seulement d'en évaluer l'utilisation et la portée, mais aussi de mieux cerner en quoi le soutien qu'elle apporte répond à la vulnérabilité en période périnatale. La réalisation d'une recherche collaborative en trois volets, s'appuyant sur l'intégration de méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives), a été privilégiée pour répondre à ces préoccupations qui sont partagées par les membres du Réseau des CRP. Le premier volet a consisté à produire une recension d'écrits sur la vulnérabilité périnatale pouvant générer le recours à un soutien informel ou semi-formel (Hamelin Brabant et al., 2013), alors que le second a permis de caractériser les CRP et leur programme de relevailles (Roch et al., 2014).

Le présent rapport fait état des travaux réalisés dans le troisième volet de cette recherche collaborative. Il avait pour but d'évaluer l'utilisation des relevailles et de leurs retombées auprès des familles utilisatrices, selon trois objectifs spécifiques : 1) évaluer de façon quantitative l'utilisation des services de relevailles offerts par les CRP du Québec à partir d'indicateurs de continuité, de productivité et de globalité<sup>1</sup>; 2) explorer les variations d'utilisation des relevailles en fonction du contexte organisationnel, des caractéristiques des familles utilisatrices et des besoins motivant l'inscription aux relevailles; 3) évaluer de façon qualitative les retombées des relevailles pour les familles et expliquer en quoi ce programme répond à leur expérience de vulnérabilité et aux besoins pour lesquels elles font appel aux relevailles.

La première section du rapport présente les fondements théoriques qui en soutiennent la réalisation. La seconde section expose la méthode utilisée pour répondre aux objectifs de recherche. La troisième section présente les résultats issus des analyses quantitatives puis qualitatives, ainsi que leur intégration. Enfin, une synthèse critique des résultats suit dans la discussion, avant de conclure avec un rappel des principales contributions scientifiques et limites de cette étude.

---

<sup>1</sup> À l'origine, il avait aussi été prévu de créer un indicateur d'accessibilité, mais la documentation de l'ensemble des demandes de services n'a pas été possible, étant donné qu'il n'est pas dans la culture des CRP de centraliser les demandes à un seul endroit, mais plutôt de les accueillir de différentes manières.

# 1. Fondements théoriques et conceptuels

Cette section présente les fondements théoriques et conceptuels qui ont soutenu l'analyse des données (Borgès Da Silva, Contandriopoulos, Pineault, & Tousignant, 2011; Lessick et al., 1992; Moran, Ghate, & van der Werwe, 2004; Rogers, 1997) dont l'intégration des résultats est interprétée en fonction du modèle logique du programme de relevailles (Annexe 1) issu de travaux préalables avec les CRP (Roch et al., 2014). Dans un premier temps est présenté le cadre théorique et conceptuel de l'évaluation de l'utilisation des services de relevailles (volet quantitatif) et, dans un second temps, celui relatif à l'évaluation des retombées des relevailles pour les familles utilisatrices (volet qualitatif). La conjugaison de ces fondements théoriques a conduit à un cadre d'évaluation intégré (Annexe 2) faisant référence au modèle logique du programme de relevailles.

## 1.1 Évaluation de l'utilisation des services de relevailles : continuité, productivité et globalité

L'évaluation de l'utilisation des services de relevailles a été réalisée en s'appuyant sur le cadre conceptuel développé par Borgès Da Silva et al. (2011) et inspiré de Starfield (1998). Ce cadre a été utilisé pour l'évaluation des services de santé offerts dans les soins de santé primaire. Pour les besoins du présent projet, il a été adapté aux services de relevailles. Ici, ce cadre conceptuel repose essentiellement sur trois dimensions : la *continuité*, la *productivité* et la *globalité* des services. La *continuité* fait référence au degré avec lequel les services s'effectuent sans interruption dans le temps, à l'intérieur d'un ou des épisodes de soins. La *productivité* se définit comme le rapport de la production de biens ou de services à la quantité de facteurs de production. Puis, la *globalité* fait conceptuellement référence à l'étendue des services de relevailles offerts par les CRP (Borgès Da Silva et al., 2011).

La *continuité* est opérationnalisée par deux indicateurs : la continuité relationnelle et la concentration des visites. La continuité relationnelle fait état de la continuité des services de relevailles par la même assistante périnatale dans le temps. La concentration des visites reflète le temps écoulé entre la première et la dernière visite (étendue) ainsi que le nombre moyen de visites par famille. La *productivité* se définit comme le rapport

de la production de biens ou de services sur la quantité de facteurs de production. La notion de productivité fait référence à la capacité d'un système, ici les CRP, à générer un volume de services en fonction des ressources disponibles. La *globalité* s'opérationnalise par les différentes tâches effectuées, à l'intérieur du panier de tâches possibles, lors de chacune des visites effectuées par les assistantes périnatales. Le Tableau 1 résume les indicateurs relevant de chacune des dimensions.

Tableau 1: Dimensions et indicateurs de l'utilisation des services de relevailles

<b>Dimensions</b>	<b>Indicateurs</b>
Continuité des services	Continuité relationnelle : continuité des services par la même assistante périnatale dans le temps  Concentration des visites : fréquence des visites au cours d'une période donnée
Productivité	Capacité des CRP à générer un volume de services en fonction des ressources disponibles
Globalité	Étendue des tâches effectuées à l'intérieur du panier de tâches possibles lors de chacune des visites

## **1.2 Évaluation des relevailles auprès des familles utilisatrices: expérience de vulnérabilité, besoins et retombées**

Les travaux de Lessick et al. (1992), Moran et al. (2004) et Rogers (1997) ont inspiré la construction du cadre de référence analytique des entretiens réalisés auprès des familles utilisatrices de relevailles (Annexe 3). La période périnatale constitue en soi un moment de transition important dans la vie des individus et des familles (Brotherson, 2007; de Montigny, Lacharité, & Devault, 2012; Halle et al., 2008; Ryan, Tolani, & Brooks-Gunn, 2009). Selon Rogers (1997), toute période de transition au cours d'une vie accroît la possibilité d'expérimenter différentes formes de vulnérabilité. L'expérience de la grossesse, de la naissance et de l'arrivée d'un nouvel enfant au sein d'une famille comporte des dimensions biologique, psychologique, sociale et cognitive et implique de nombreux besoins qui peuvent conduire à une situation complexe de vulnérabilité s'ils ne sont pas comblés (Lessick et al., 1992; Rogers, 1997). Chaque individu a un seuil de

vulnérabilité au-delà duquel un déséquilibre peut survenir. Ce déséquilibre se traduit par des comportements inefficaces, requérant plus d'énergie et constituant une menace au bien-être, à la santé ou à la survie de la personne ou de la famille (Lessick et al., 1992).

Dans le contexte de la présente étude, la **dimension biologique de vulnérabilité** se rapporte à quatre des composantes issues du modèle de la vulnérabilité périnatale de Lessick et al. (1992): 1) locomotrice; 2) restauratrice; 3) reproductive; 4) régulatrice. La **dimension psychologique de vulnérabilité** concerne trois composantes : 1) l'expression de soi; 2) la conception de soi; 3) l'autogestion. La **dimension sociale de vulnérabilité** est formée de quatre composantes : 1) le rôle; 2) l'affiliatif ; 3) le récréatif ; 4) l'instrumental. La **dimension cognitive de vulnérabilité** regroupe quatre composantes : 1) la transmission d'informations; 2) l'entretien de l'information; 3) l'acquisition d'information; 4) l'utilisation d'information. Des précisions sur chacune des composantes des dimensions de vulnérabilité sont présentées en Annexe 4.

Chez certains parents, l'expérience de vulnérabilité en période périnatale motive le recours à un soutien auprès des ressources disponibles dans leur environnement. Selon Moran et al. (2004), ce soutien peut être informel (voisins, famille, amis), semi-formel (secteur bénévole, organismes communautaires et entreprises d'économie sociale) ou formel (organisé par des services professionnels). Quant au programme de relevailles offert par les CRP, il est associé à une forme de soutien semi-formel. Le recours à ce type de soutien traduit des besoins pouvant relever des dimensions biologique, psychologique, sociale ou cognitive de vulnérabilité (Hamelin Brabant et al., 2013). Les impacts du recours aux relevailles observé par les parents, pour eux, leur bébé ou leurs enfants, sont compris comme des retombées de ce programme.



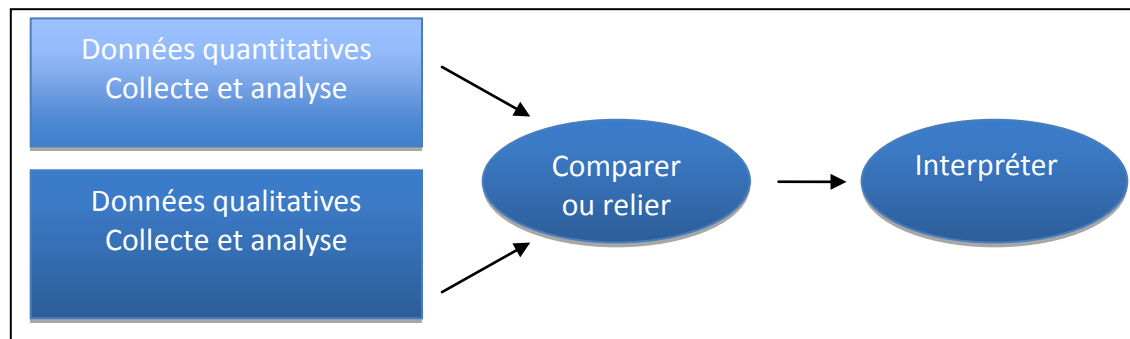
## 2. Méthode

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus de l'intégration de méthodes mixtes (quantitatives-qualitatives) selon un devis de recherche parallèle convergent (Creswell & Plano Clark, 2011). La première section présente les caractéristiques de ce devis, la seconde est consacrée à la méthode utilisée pour le volet quantitatif, alors que la troisième décrit celle du volet qualitatif. Le projet a préalablement été approuvé par les trois comités d'éthique et de la recherche requis par les affiliations des chercheurs.

### 2.1 Un devis mixte de recherche

Le recours à un devis parallèle convergent permet de collecter des informations différentes, mais complémentaires en combinant les potentialités des méthodes quantitatives (large échantillon, possibilité de généralisation) à celles des méthodes qualitatives (petit échantillon, profondeur) afin d'approfondir la connaissance d'un phénomène (Creswell & Plano Clark, 2011). Le but et la nature des objectifs ont ici justifié d'avoir recours à ce devis, afin d'obtenir une appréciation élargie de l'utilisation des relevailles, tout en dégagant ses retombées via l'expérience des parents. Une collecte et une analyse distinctes des données quantitatives et qualitatives ont ainsi été réalisées simultanément, puis leurs inférences ont été mises en relation par les analystes principaux (GR, RBDS, MHD) afin d'en arriver à une interprétation globale (Figure 1). Ce projet étant de nature évaluative, le modèle logique du programme de relevailles des CRP (Roch et al., 2014) a servi de base à l'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs.

Figure 1: Devis parallèle convergent



Traduite et adaptée de Creswell & Plano Clark, 2011, p. 69



## **2.2 Volet quantitatif : évaluation de l'utilisation des services**

L'évaluation de l'utilisation des services de relevailles a reposé sur la création d'une banque de données administratives permettant l'analyse d'indicateurs visant à qualifier les services de relevailles selon trois indicateurs soit la continuité, la productivité et la globalité (Borgès Da Silva et al., 2011).

### **2.2.1 Collecte de données d'enquête quantitative**

La collecte des données a été réalisée entre le 15 avril 2013 et le 15 avril 2014 auprès de neuf CRP. En raison d'un problème de standardisation de la procédure de collecte, les données de l'un d'eux n'ont pu être compilées, ramenant à huit le nombre de CRP considérés dans le cadre des analyses. Pour chaque demande de relevailles acceptée par le CRP, une fiche d'inscription était remplie (Annexe 5). Cette fiche comportait des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de la famille, des informations sur la grossesse, l'accouchement et le bébé pour lequel le service était demandé, les frères et sœurs ainsi que les besoins exprimés en termes de relevailles. Par la suite, chaque fois qu'une assistante périnatale du CRP se déplaçait dans la famille pour offrir un service de relevailles, une fiche de visite était complétée par l'assistante périnatale (Annexe 6). Cette fiche comportait des informations sur les besoins exprimés par la famille, les tâches effectuées et le déroulement de la visite.

Les données recueillies dans les fiches ont été saisies par les CRP dans une interface en ligne (Lime Survey), spécialisée dans le recueil de données d'enquêtes, hébergée sur l'un des serveurs sécurisés de l'Université Laval. Ces données ont été compilées de manière anonyme et traitées par l'équipe de recherche.

### **2.2.2 Analyses quantitatives**

#### **2.2.2.1 Validation des données et construction des indicateurs**

Les données transmises par les CRP ont été colligées dans Excel, puis transférées dans le logiciel SAS<sup>®</sup>. Avant de traiter les données, un minutieux travail de validation a été réalisé. Pour assurer la fiabilité du traitement des données, seules les fiches de visites n'ayant pas de fiches d'inscription ont été exclues et seules les fiches d'inscription pour

lesquelles il y a eu au moins une visite entre le 15 avril 2013 et le 15 avril 2014 ont été conservées. Étant donné que les informations contenues dans les fiches d'inscription se situent au niveau des familles, les variables descriptives et les indicateurs créés à partir des fiches de visites sont résumés au niveau des familles qui constituent donc ici l'unité d'analyse. Les indicateurs créés sont la **continuité**, la **productivité** et la **globalité**.

La **continuité** des services est décomposée en continuité relationnelle et concentration des visites. La continuité relationnelle correspond au pourcentage de visites faites par l'assistante périnatale principale, relativement au nombre de visites totales pour cette même famille. Par exemple, si toutes les visites auprès d'une famille sont faites par la même assistante périnatale, l'indicateur pour cette famille renvoie la valeur de 100 %. La concentration des visites est décomposée en deux indicateurs : l'étendue des visites, calculée à l'aide du nombre de jours écoulés entre la première visite et la dernière visite pour chaque famille, ainsi que le nombre moyen de visites par famille.

La **productivité** est évaluée en utilisant le nombre moyen de visites par mois par famille ainsi que le nombre moyen de visites par mois par famille par assistante périnatale.

La **globalité** des services est opérationnalisée à l'aide d'une classification construite sur les tâches effectuées lors des visites. Une analyse de correspondances multiples associée à une classification ascendante hiérarchique est utilisée (Greenacre & Blasius, 1994; Lebart, Morineau, & Piron, 2000). Les profils qui émergent selon les différentes tâches effectuées sont attribués selon leur prévalence pour chaque famille. Pour les familles dont 50 % des tâches réalisées lors des visites ne peuvent être associées à un profil de globalité, une catégorie « combinaison de profils » est dégagée.

#### **2.2.2.2 Analyses statistiques**

Pour répondre au **premier objectif**, consistant à évaluer l'utilisation des services de relevailles au moyen d'indicateurs, le portrait des CRP selon l'utilisation de leurs services de relevailles a été élaboré par le biais de tableaux synthèses répertoriant pour chacun des CRP (présentés anonymement) leur niveau moyen de continuité, de productivité et de

globalité. En réponse au **deuxième objectif**, visant l'exploration des variations d'utilisation des relevailles en fonction de plusieurs variables issues du contexte organisationnel, des caractéristiques des familles utilisatrices et des besoins motivant l'inscription aux relevailles, une série d'analyses a été menée. Des régressions multi-niveaux (les familles étant nichées dans les CRP) utilisant les indicateurs comme variables dépendantes et les variables pertinentes au contexte organisationnel, aux caractéristiques des familles et aux besoins motivant l'inscription aux relevailles comme variables indépendantes ont été produites (Fitzmaurice, Laird, & Ware, 2011). Ces variables sont issues des données recueillies au moyen des fiches et de celles disponibles en rapport à la caractérisation des CRP (Roch et al., 2014), elles sont présentées aux annexes 7, 8 et 9. Compte tenu du faible pouvoir explicatif des modèles multivariés, seules les analyses bi variées contrôlées pour le niveau du CRP (facteur aléatoire) ont été conservées.

## **2.3 Volet qualitatif : évaluation des retombées du programme auprès des familles utilisatrices**

L'évaluation des retombées du programme de relevailles auprès des familles utilisatrices s'est réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés, en s'appuyant sur un cadre de référence inspiré de différents travaux sur la vulnérabilité et le soutien semi-formel en période périnatale (Lessick et al., 1992; Moran et al., 2004; Rogers, 1997).

### **2.3.1 Collecte de données qualitatives**

Trois CRP présentant des caractéristiques distinctives en termes de territoire d'intervention et de type de mission<sup>2</sup> parmi les huit participant à la collecte de données sur l'utilisation de services ont été sélectionnés. Un échantillon de parents ayant eu recours au programme de relevailles de chacun de ces trois CRP a été constitué selon les critères d'inclusion suivants : 1) avoir eu recours au programme de relevailles du CRP désigné au cours des douze derniers mois; 2) s'exprimer en français; 3) avoir une bonne connaissance du programme de relevailles. Dix-sept entretiens semi-dirigés individuels

---

<sup>2</sup> Certains CRP sont des organismes communautaires famille (OCF) auxquels s'est greffée une mission en périnatalité alors que d'autres CRP ont une mission exclusivement centrée autour de la périnatalité.

(16F/1H) et trois entretiens de groupe (10F/1H) ont été réalisés dans les trois CRP désignés (N = 28). Ils ont été effectués en deux vagues, entre les mois de novembre 2013 et juin 2014, à l'aide de guides d'entretien individuel et de groupe (Annexes 10 et 11). Un questionnaire sociodémographique a aussi été utilisé afin de documenter les caractéristiques des participants (Annexe 12).

### **2.3.2 Analyses qualitatives**

Les données recueillies lors des entretiens ont été enregistrées, retranscrites, dénominalisées et analysées avec le soutien du logiciel de traitement informatisé (QDA Miner de Provalis). Une méthode d'analyse de contenu dirigé, combinant une approche déductive partant du cadre de référence et s'appuyant sur ce qui émerge des données, a été utilisée (Hsieh & Shannon, 2005). L'analyse a débuté avec une liste initiale de codes s'inspirant des concepts issus du cadre de référence (ex. : expériences de vulnérabilité, besoins, retombées). En cours d'analyse, certains codes ont été ajoutés, retranchés ou révisés après discussion entre les membres de l'équipe d'analyse principale (MHD, GR) et secondaire (LHB, GMA, FdM). Cette démarche de codage en équipe (Thompson, McCaughan, Cullum, Sheldon, & Raynor, 2004) a ultimement conduit à la liste finale des codes. Différentes mesures ont été prises pour assurer la qualité des résultats qualitatifs (ex. : intra et intercodage, codification précise, utilisation de mémos, généralisation analytique, etc.) et de leur intégration avec ceux du volet quantitatif (Fetters, Curry, & Creswell, 2013; Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002; O'Cathain, Murphy, & Nicholl, 2008; Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).



## **3. Résultats**

La première partie de cette section est consacrée à la présentation des résultats du volet quantitatif sur l'évaluation de l'utilisation des services de relevailles alors que la seconde porte sur l'évaluation qualitative des retombées des relevailles auprès des familles.

### **3.1 Évaluation de l'utilisation des services de relevailles**

Cette section présente les résultats des analyses statistiques réalisées dans le but d'évaluer l'utilisation des services de relevailles offerts par les CRP du Québec et d'explorer les variations d'utilisation des relevailles en fonction du contexte organisationnel des CRP, des caractéristiques des familles utilisatrices et des besoins exprimés au moment de l'inscription aux relevailles.

#### **3.1.1 Données descriptives**

Au cours de la période de collecte de données (15 avril 2013 au 15 avril 2014), 404 familles ont reçu des services de relevailles dans les 8 CRP (voir organigramme à l'Annexe 13). Le nombre de familles par CRP varie entre 21 et 89. Pendant la même période, un total de 4150 visites a été réalisé. Le nombre de visites par CRP varie entre 192 et 872. Les caractéristiques organisationnelles des CRP sont présentées au Tableau 2. En général, les CRP comptent moins de 8 assistantes périnatales et reçoivent une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) inférieure à 150 000 \$ pour le volet économie sociale de leurs activités (Roch et al., 2014). La moitié des CRP à l'étude ont offert plus de 2000 heures de relevailles durant la période de collecte de données. La plupart d'entre eux ne posent pas de limites dans le nombre de visites par famille, mais n'offrent plus de visites dès que le bébé a atteint un certain âge (un an ou deux selon les CRP).

Tableau 2: Caractéristiques organisationnelles des CRP

<b>Caractéristiques organisationnelles</b>	<b>n</b>
Nombre d'assistantes périnatales <sup>3</sup>	
1 à 4	3
5 à 8	4
Plus de 8	1
Type de mission	
Périnatalité	5
Périnatalité et famille	3
Montant de subvention CRP (2011-2012) <sup>4</sup>	
100 000 à 124 999 \$	2
125 000 à 149 999 \$	4
150 000 \$ et plus	2
Nombre total de familles rejointes (2011-2012) <sup>5</sup>	
250 à 499	3
500 à 749	1
750 à 999	3
1000 et plus	1
Total heures de relevailles offertes	
Moins de 1000 heures	3
Entre 1000 et 2000 heures	1
Plus de 2000 heures	4
Règles internes de limitation des relevailles <sup>6</sup>	
Pas de limite du nb de visites par famille, limite âge bébé 1 an	4
Pas de limite du nb de visites par famille, limite âge bébé 2 ans	3
Limite 6 ou 8 visites par famille (24 hrs max), limite âge bébé 1 an	1
Densité de population des territoires d'intervention des CRP <sup>7</sup>	
Moins de 100 habitants/km <sup>2</sup>	3
100 à 1000 habitants/km <sup>2</sup>	4
Plus de 1000 habitants/km <sup>2</sup>	1

<sup>3</sup> Les assistantes périnatales travaillent, pour la plupart, à temps partiel ou en tant que travailleuse occasionnelle ou sur appel (Roch et al., 2014). De plus, le nombre indiqué tient compte de l'ensemble des assistantes périnatales qui ont été en fonction au cours de la période de collecte de données. Il est possible que certaines d'entre elles n'aient été en fonction qu'une partie de l'année seulement.

<sup>4</sup> Montant reçu du MSSS à titre de subvention CRP par l'entreprise des agences de la santé et des services sociaux pour l'année 2011-2012. Source : données collectées pour le volet 2 de cette recherche (Roch et al., 2014).

<sup>5</sup> Nombre total de familles rejointes par l'ensemble des activités des CRP pour l'année 2011-2012. Source : données collectées pour le volet 2 de cette recherche (Roch et al., 2014).

<sup>6</sup> Source : données collectées pour le volet 2 de cette recherche (Roch et al., 2014).

<sup>7</sup> Source : Statistique Canada, Recensement 2011, adaptée par l'Institut de la statistique du Québec (2012).

Les principales caractéristiques des familles utilisatrices sont présentées dans le Tableau 3. Le parent demandeur est généralement de sexe féminin. La majorité des familles ne sont pas issues de l'immigration. Un cinquième des familles sont monoparentales. Dans plus de 50 % des familles, le niveau de scolarité de la mère est de type collégial ou supérieur. La majorité des familles a un revenu familial net pour l'année inférieur à 60 000 \$. Selon les assistantes périnatales ayant complété les fiches au cours de la période de collecte de données, 93 % des familles ont vécu différentes difficultés psychosociales telles que de l'isolement, des difficultés conjugales, la perte d'un emploi ou un deuil. Notons aussi que 72,3 % des familles font appel aux relevailles durant les trois premiers mois de vie du bébé et que 77,7 % comptent d'autres enfants.

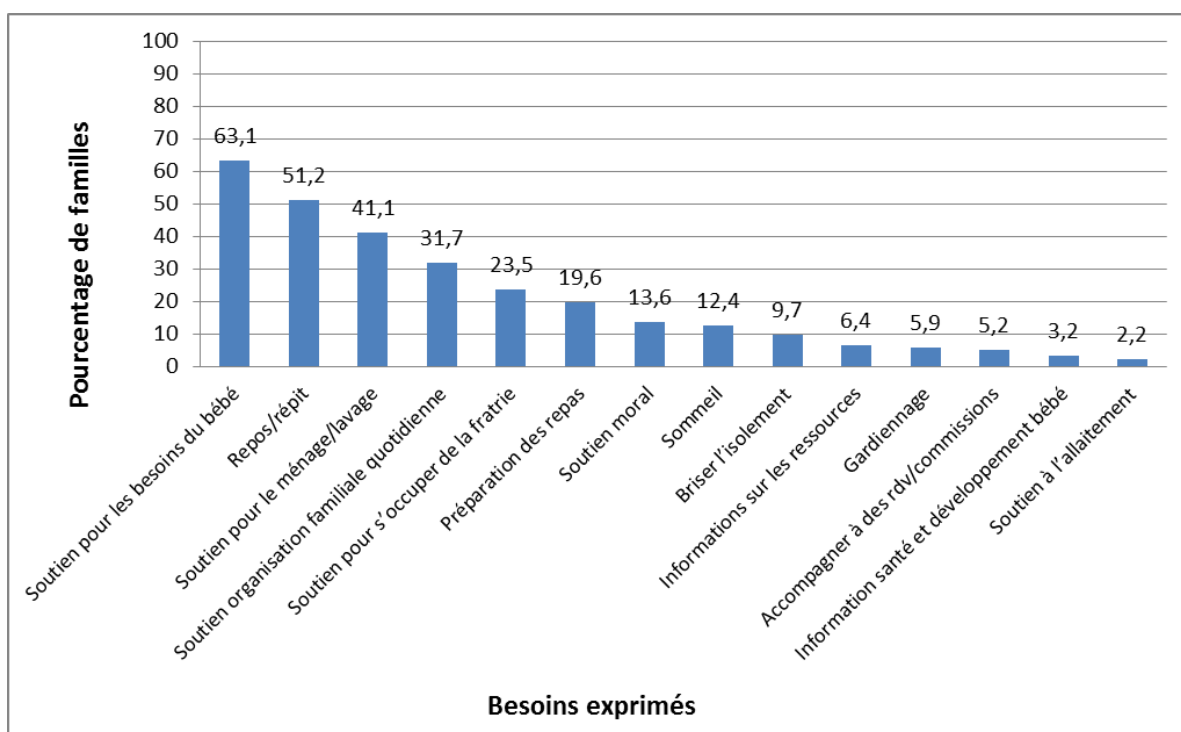


Tableau 3: Caractéristiques des familles utilisatrices

<b>Caractéristiques des familles</b>	<b>%</b>
Sexe du parent demandeur	
Féminin	98,3
Parent issu de l'immigration	
Oui	11,6
Situation familiale	
Monoparentale	20,0
Scolarité de la mère	
Primaire/secondaire	27,5
Professionnel	11,4
Collégial	17,6
Universitaire	34,4
Non évalué	9,2
Revenu familial net pour l'année en cours	
0-20 000 \$	24,5
20 001 à 40 000 \$	21,5
40 001 à 60 000 \$	13,6
60 000 à 80 000 \$	13,9
80 001 à 100 000 \$	10,4
100 001 et plus	6,9
Non évalué	9,2
Référence par un professionnel	
Oui	37,4
Grossesse multiple	
Oui	9,9
Présence d'autres enfants	
Oui	22,3
Accès régulier à d'autres sources de soutien formel et semi-formel	
Oui	79,5
Présence de difficultés psychosociales	
Oui	93,8
Âge du parent demandeur	
Moins de 18 ans	1,7
18 à 21 ans	3,7
22 à 25 ans	10,6
26 à 29 ans	19,8
30 à 33 ans	29,5
34 à 37 ans	22,0
38 à 41 ans	5,4
41 ans et plus	7,2
Nombre total autres enfants	
0 enfant	22,3
1 enfant	38,1
2 enfants	22,3
3 enfants et plus	17,3
Âge du bébé au début des relevailles	
0 à moins de 3 mois	72,3
3 à moins de 6 mois	14,1
6 à moins de 12 mois	11,6
12 mois et plus	2,0

Les besoins exprimés lors de l'inscription à l'égard des relevailles sont présentés au Graphique 1. Les besoins les plus souvent exprimés par les familles sont le soutien pour les différents besoins des bébés (63,1 %), le repos/répit (51,2 %), le soutien pour le ménage et le lavage (41,1 %) et le soutien pour l'organisation familiale quotidienne (31,7 %). Viennent ensuite le soutien pour s'occuper de la fratrie (23,5 %), l'aide dans la préparation des repas (19,6 %), le soutien moral (13,6 %) et le sommeil (12,4 %). Peu de familles ont exprimé spontanément avoir besoin d'information ou de soutien pour l'allaitement.

Graphique 1: Besoins exprimés lors de l'inscription



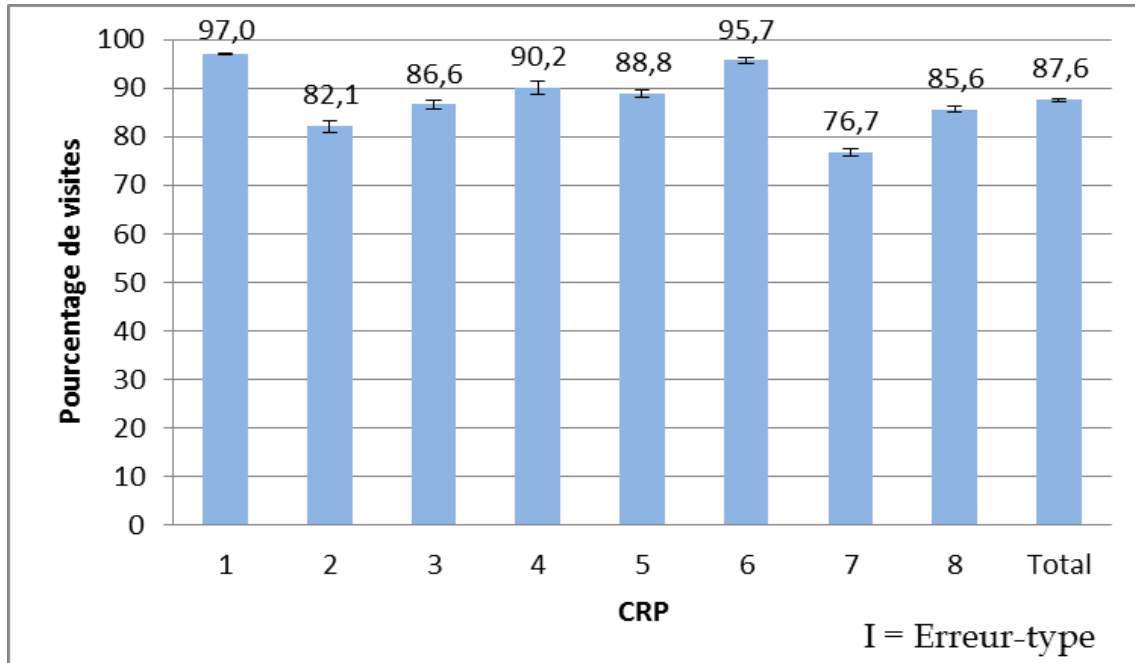
### 3.1.2 Description et appréciation des indicateurs

#### Continuité

La continuité des services est opérationnalisée par la continuité relationnelle et la concentration des visites. L'indicateur de continuité relationnelle (Graphique 2) montre que dans la plupart des CRP, les visites sont réalisées en grande partie (entre 76,7 et 97,0 %) par la même assistante périnatale. La continuité relationnelle indique qu'en

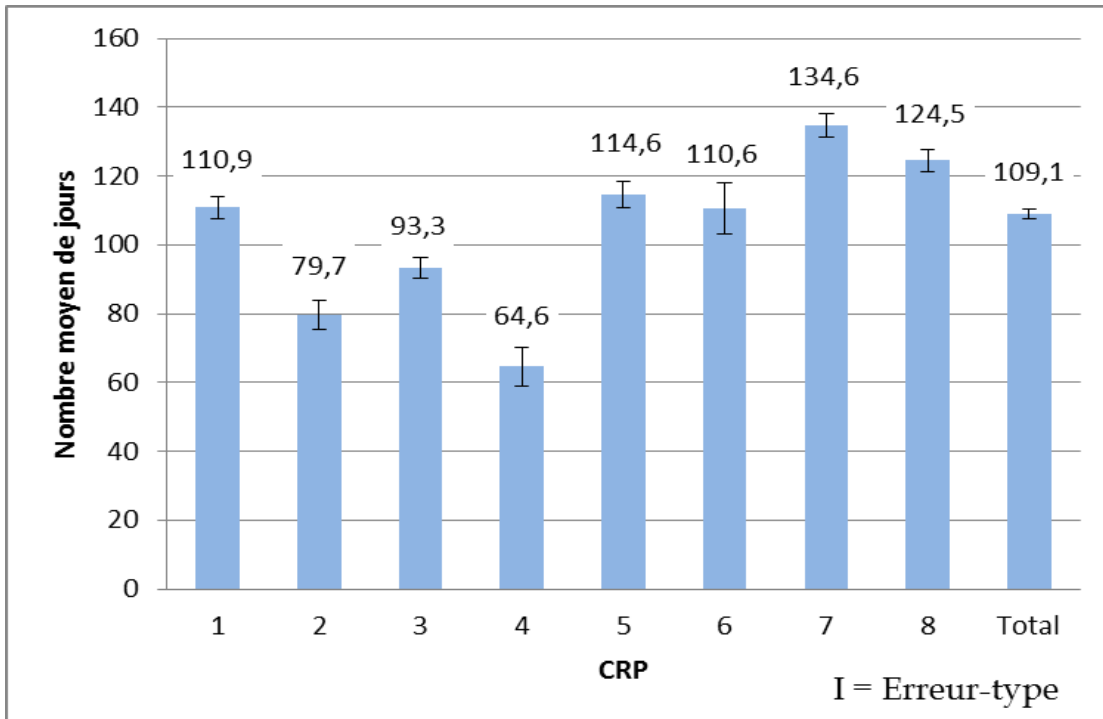
moyenne 87,6 % des visites de tous les CRP sont réalisées par la même assistante périnatale. On peut apprécier une continuité relationnelle similaire pour chacun des CRP.

Graphique 2: Pourcentage de visites associées à l'assistante périnatale principale pour une famille par CRP

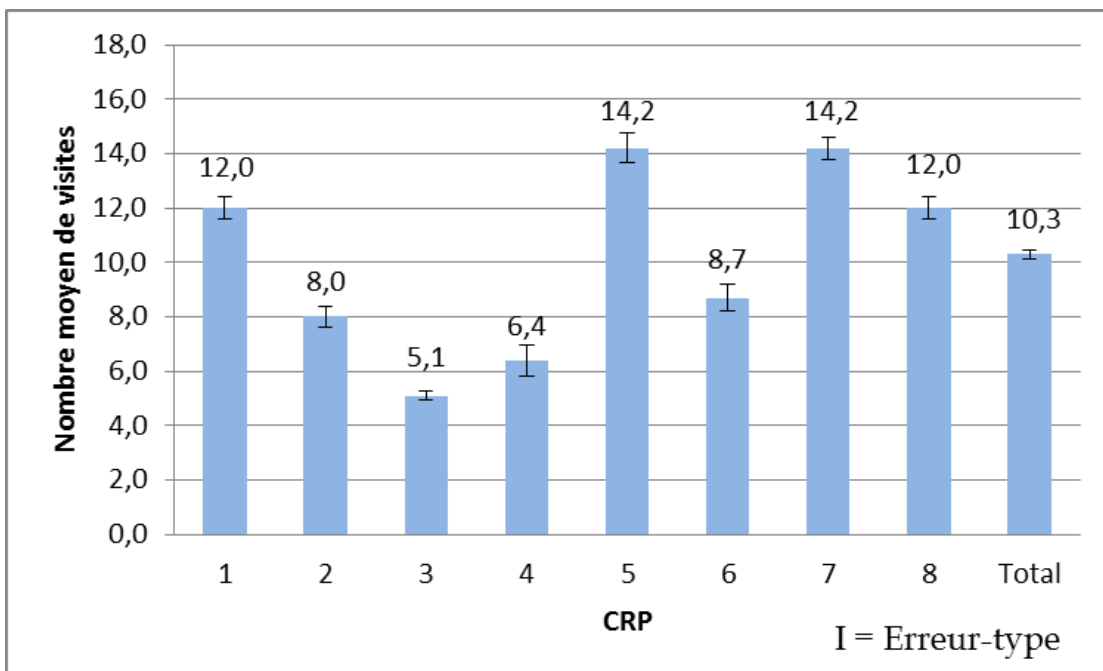


Le temps moyen écoulé entre la première et la dernière visite varie en moyenne de 64,6 à 134,6 jours selon le CRP avec une moyenne de 109,1 jours pour l'ensemble des CRP (Graphique 3). Le nombre moyen de visites par famille varie de 5,1 à 14,2 selon les CRP, avec une moyenne de 10,3 visites par famille pour l'ensemble des CRP (Graphique 4). Quatre CRP offrent en moyenne plus de 10 visites par famille. Les deux indicateurs de concentration des visites démontrent des variations entre certains CRP.

Graphique 3: Nombre moyen de jours entre la première et la dernière visite par CRP



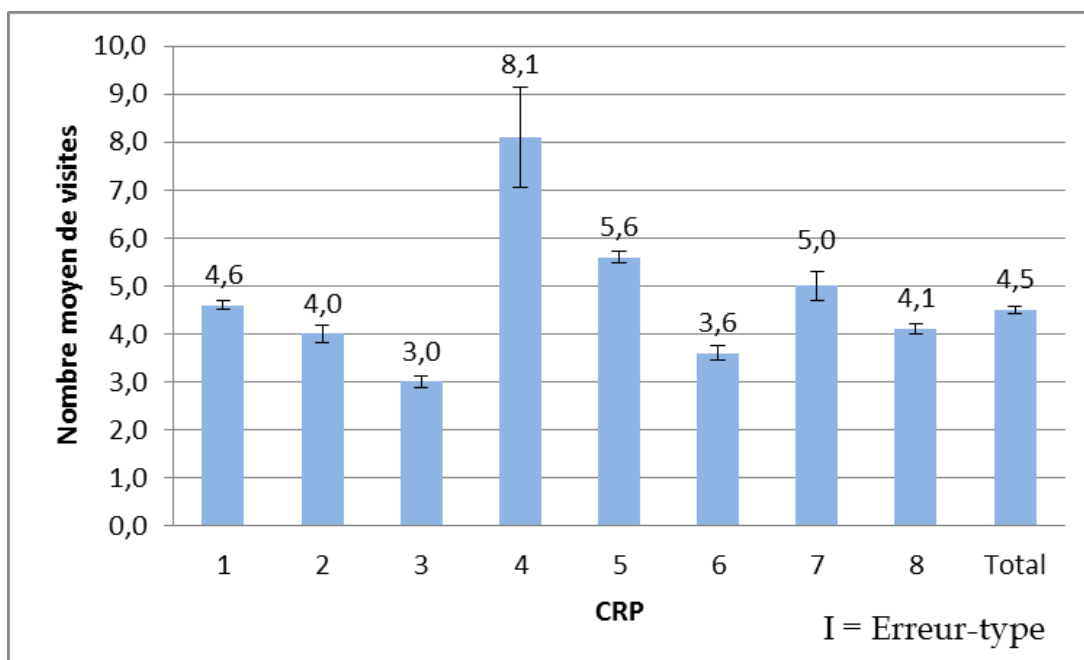
Graphique 4: Nombre moyen de visites pour une famille par CRP



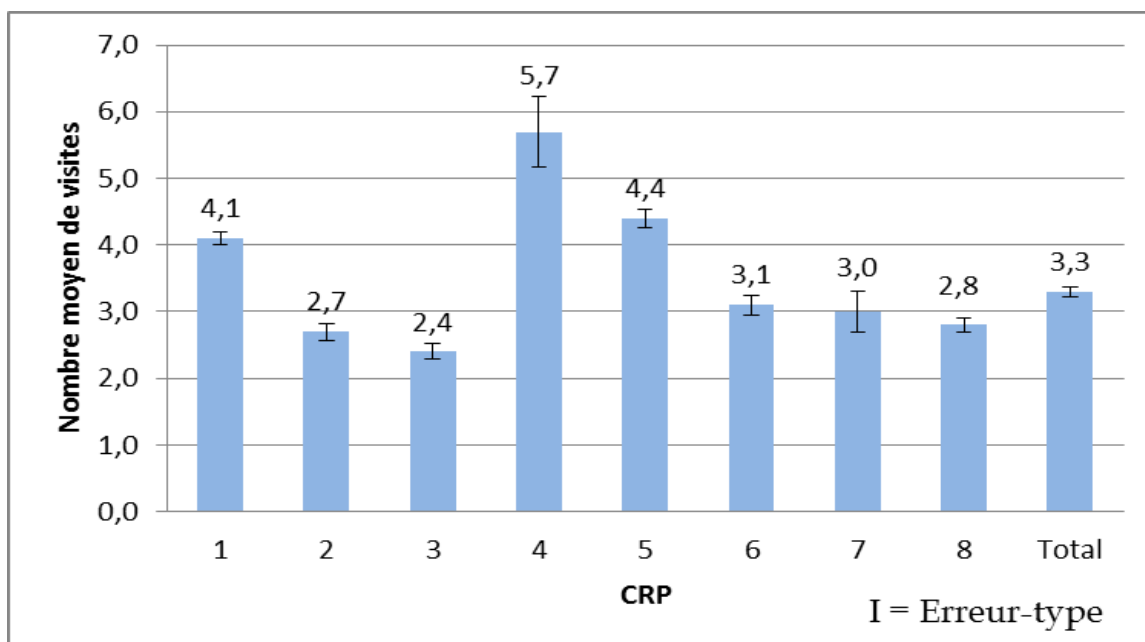
## Productivité

La productivité est représentée par le nombre moyen de visites par famille par mois et le nombre moyen de visites par assistante périnatale par mois. Selon le CRP, on observe qu'en moyenne de 3,0 à 8,1 visites par familles sont réalisées chaque mois. Bien qu'on puisse apprécier une certaine variation, le nombre moyen de visites par famille par mois est de 4,5 pour l'ensemble des CRP (Graphique 5). Le nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale varie entre 2,4 et 5,7 selon le CRP (Graphique 6). Pour l'ensemble des CRP, chacune des assistantes périnatales réalise une moyenne de 3,3 visites par mois pour une même famille.

Graphique 5: Nombre moyen de visites par mois pour une famille par CRP



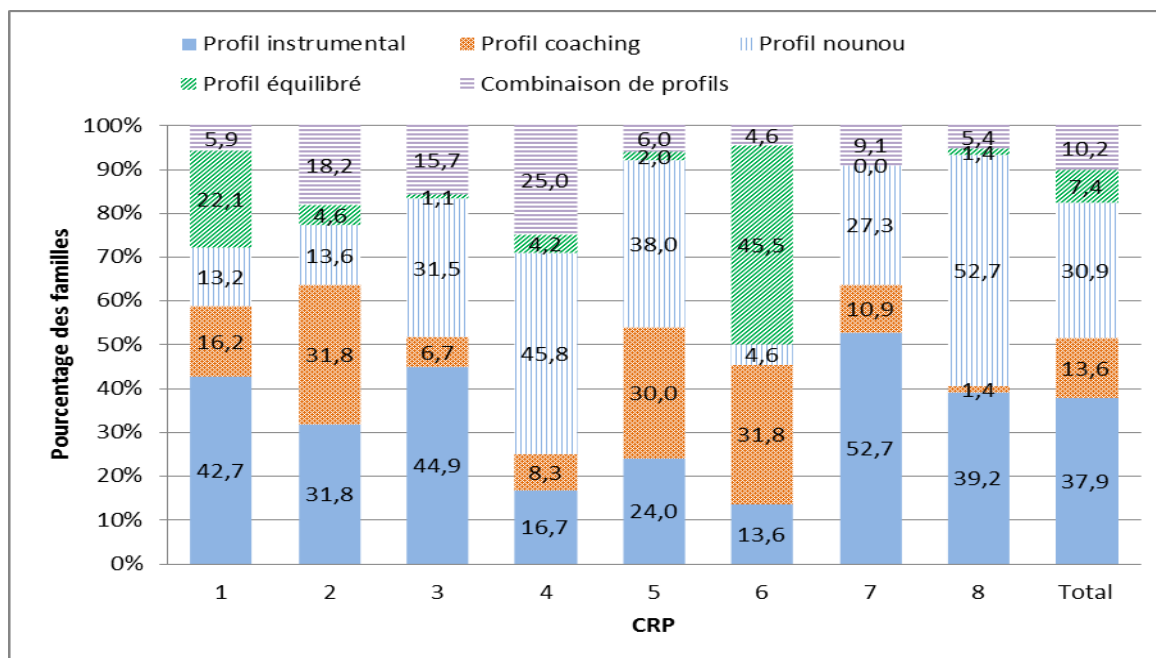
Graphique 6: Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille par CRP



### Globalité

Tel qu'indiqué dans la section 2.2.2, une classification des visites selon les tâches réalisées par les assistantes périnatales a été réalisée. Elle a résulté en quatre profils de visites. Le **profil instrumental** correspond à des visites dans lesquelles les tâches effectuées sont surtout de nature domestique. Le **profil coaching** réunit les visites dans lesquelles les tâches effectuées par l'assistante périnatale se concentrent autour des activités de soutien et d'information. Dans le **profil « nounou »**, les activités qui dominent sont les soins aux enfants et au bébé. Le **profil équilibré** regroupe les visites dans lesquelles des tâches issues de toutes les catégories sont réalisées par l'assistante périnatale. Le détail des profils est présenté à l'Annexe 14. Pour les familles qui avaient des visites dont les tâches ne correspondaient à aucun des profils établis, une catégorie « combinaison de profils » a été créée. Comme l'indique le Graphique 7, chaque famille a ensuite été classée selon le profil de visites qu'elle recevait majoritairement. Par exemple, dans le CRP 1, 42,7 % des familles avaient des visites dont les tâches réalisées par l'assistante périnatale étaient principalement de type instrumental.

Graphique 7: Classification des profils de tâches réalisées lors des visites auprès des familles



Parmi tous les CRP, le profil instrumental et le profil « nounou » sont ceux qui caractérisent le mieux les visites faites aux familles (37,9 % et 30,9 % respectivement). Le profil coaching et la combinaison de profils sont présents dans tous les CRP mais dans une moindre mesure (13,6 % et 10,2 % respectivement). Sauf pour les CRP 1 et 6, le profil équilibré présente une faible prévalence dans les visites faites aux familles. Entre 4,6 % et 25,0 % des tâches réalisées lors des visites auprès des familles desservies par les différents CRP ont été regroupées sous « combinaison de profils » puisqu'elles n'ont pu être associées à l'un des quatre profils établis.

### 3.1.3 Exploration des variations d'utilisation des relevailles

L'Annexe 15 présente les coefficients de corrélation intra-classe pour chacun des modèles associés aux différents indicateurs. Le coefficient intra-classe permet de mesurer l'homogénéité des individus (les familles) à l'intérieur de groupes (les CRP). Plus le coefficient intra-classe est élevé, plus les familles se ressemblent à l'intérieur des CRP. Selon la littérature, un coefficient intra-classe plus grand que 0,05 est considéré non négligeable d'un point de vue analytique (Campbell, Fayers, & Grimshaw, 2005). Les

résultats présentés en Annexe 15 montrent que les coefficients de corrélation intra-classe sont assez élevés pour la majorité des indicateurs, justifiant ainsi l'utilisation de modèles multi-niveaux. À l'aide de ces modèles, des analyses séparées pour chacune des variables ont été mises en œuvre pour explorer les associations potentielles entre les indicateurs d'utilisation des services et certaines variables pertinentes (voir Annexes 7, 8 et 9), issues du contexte organisationnel, des caractéristiques des familles utilisatrices et des besoins motivant l'inscription aux relevailles.

Les résultats de ces explorations sont présentés dans les tableaux des Annexes 16, 17 et 18. Chacun des tableaux présente la signification des associations potentielles entre les indicateurs et les variables classées selon trois dimensions : 1) les caractéristiques organisationnelles, 2) les caractéristiques des familles, 3) les besoins exprimés par les familles lors de l'inscription aux relevailles. Peu d'associations apparaissent significatives ( $p < 0,1$ ). Les associations potentielles sont résumées dans le Tableau 4 par indicateurs.

### **Continuité relationnelle**

La continuité relationnelle présente une association potentielle avec le nombre de familles rejointes annuellement.

### **Continuité - concentration des visites**

Une association potentielle entre l'étendue moyenne entre la première et la dernière visite et les deux caractéristiques organisationnelles suivantes apparaît : 1) montant des subventions des CRP pour leur volet économie sociale et, 2) total d'heures de relevailles offertes au cours de la période de collecte de données. L'étendue moyenne entre la première et la dernière visite serait également associée au fait d'avoir été référé par un professionnel et au besoin de soutien pour les différents besoins du bébé.

Le nombre moyen de visites par famille serait associé aux caractéristiques organisationnelles suivantes : 1) nombre d'assistantes périnatales dans les CRP, 2) montant de la subvention CRP pour leur volet économie sociale, 3) nombre de familles rejointes annuellement et 4) total d'heures de relevailles offertes durant la période de



collecte de données. Le nombre moyen de visites par famille serait également associé aux caractéristiques des familles suivantes : 1) âge du bébé au début des relevailles, 2) nombre total d'autres enfants, 3) âge du parent demandeur, 4) situation familiale, 5) revenu familial net et, 6) grossesse multiple. Parmi les besoins exprimés au moment de l'inscription, une association potentielle de cet indicateur apparaît avec : 1) soutien à l'organisation familiale quotidienne, 2) besoin de briser l'isolement, 3) besoin de repos et de répit et, 4) besoin de gardiennage.

### **Productivité**

Le nombre moyen de visites par mois pour une famille serait associé aux caractéristiques organisationnelles suivantes : 1) type de mission et 2) total d'heures de relevailles offertes durant la période de collecte de données. Parmi les caractéristiques des familles, le nombre moyen de visites par mois pour une famille serait uniquement associé à l'accès régulier à d'autres sources de soutien. Cet indicateur présente aussi une association potentielle avec les besoins suivants : 1) information sur l'alimentation, la santé et le développement du bébé et 2) besoin de sommeil. Le nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale présente pour sa part une association potentielle avec le besoin d'information sur l'alimentation, la santé et le développement du bébé.

### **Globalité**

La globalité serait potentiellement associée aux caractéristiques organisationnelles suivantes : 1) nombre d'assistantes périnatales, 2) montant de subvention CRP pour leur volet économie sociale, 3) nombre de familles rejointes annuellement et, 4) total des heures de relevailles offertes durant la période de collecte des données. Parmi les caractéristiques des familles, cet indicateur serait associé aux trois variables suivantes : 1) nombre total d'autres enfants, 2) référence par des professionnels, 3) présence d'autres enfants et 4) difficultés psychosociales. La globalité ne renvoie à aucune association potentielle avec les besoins exprimés au moment de l'inscription. Ces associations potentielles sont à analyser avec beaucoup de précautions étant donné le faible pouvoir explicatif des variables indépendantes. Pour cette raison, les modèles multivariés ne sont pas présentés.

Tableau 4: Associations potentielles par indicateur

		<b>Caractéristiques organisationnelles</b>	<b>Caractéristiques des familles</b>	<b>Besoins exprimés</b>
<b>Continuité relationnelle</b>		nombre de familles rejointes annuellement		
<b>Continuité : concentration des visites</b>	Étendue moyenne entre la première et la dernière visite	montant de la subvention CRP volet économie sociale  total heures de relevailles offertes	référence par un professionnel de santé	soutien pour les différents besoins du bébé
	Nombre moyen de visites par famille	nombre d'assistantes périnatales dans les CRP  montant de la subvention CRP volet économie sociale  nombre de familles rejointes annuellement  total heures de relevailles offertes	âge du bébé au début des relevailles  nombre total d'autres enfants  âge du parent demandeur  situation familiale  revenu familial net  grossesse multiple	soutien à l'organisation familiale quotidienne  besoin de briser l'isolement  besoin de repos et répit  besoin de gardiennage
<b>Productivité</b>	nombre moyen de visites par mois	type de mission  total heures de relevailles offertes	accès régulier à d'autres sources de soutien	information sur l'alimentation, la santé et le développement du bébé  Sommeil
	nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale			information sur l'alimentation, la santé et le développement du bébé
<b>Globalité</b>		nombre d'assistantes périnatales  montant de la subvention CRP volet économie sociale  nombre de familles rejointes annuellement  total heures de relevailles offerte	nombre total autres enfants  référence par d'autres professionnels  présence autres enfants  difficultés psychosociales	



## **3.2 Évaluation des retombées des relevailles pour les familles utilisatrices**

Cette section présente les résultats de l'analyse qualitative des entretiens réalisés auprès des familles. L'objectif est ici d'évaluer les retombées des relevailles auprès des familles utilisatrices et d'expliquer en quoi ce programme répond à l'expérience de vulnérabilité ressentie ainsi qu'aux besoins pour lesquels les familles ont fait appel aux relevailles. Les résultats présentés s'appuient sur le cadre de référence de la vulnérabilité périnatale inspiré de Lessick et al. (1992), Moran et al. (2004) et de Rogers (1997)<sup>8</sup>.

### **3.2.1 Caractéristiques des participants et des visites de relevailles reçues**

Les caractéristiques sociodémographiques des 28 participants sont présentées à l'Annexe 19. La presque totalité (n = 26) sont des femmes. Près des deux tiers (n = 17) sont âgés entre 30 et 37 ans. La presque totalité (n = 26) vivent en couple avec le parent du bébé<sup>9</sup> pour lequel les relevailles ont été demandées. Huit participants n'ont pas d'autre enfant que celui pour lequel les relevailles ont été demandées, neuf ont un autre enfant, sept en ont deux autres alors que quatre participants ont trois autres enfants. La moitié des participants (n = 14) ont un niveau de scolarité universitaire complété, les autres sont formés au niveau collégial (n = 7) ou professionnel (n = 6) et un seul est de niveau secondaire. Près des deux tiers des participants (n = 17) ont un revenu familial annuel de 60 000 \$ et moins. La presque totalité (n = 25) est originaire du Canada.

Seize des 28 participants recevaient encore des visites de relevailles au moment de la collecte de données (Annexe 20). Près de la moitié d'entre eux (n = 13) avaient eu recours à 10 visites ou moins, alors que près du tiers (n = 9) en avait eu de 11 à 20. Quelques participants (n = 5) avaient bénéficié de plus de 40 visites de relevailles, en prenant aussi acte de celles reçues pour plus d'un de leurs enfants, ce qui leur permettait une appréciation des relevailles dans plus d'un contexte de transition périnatale.

---

<sup>8</sup> Voir la section 1.2.

<sup>9</sup> Un seul participant parmi les 28 personnes interrogées a demandé des relevailles à la suite de la naissance de jumeaux.

### 3.2.2 Expérience de vulnérabilité en période périnatale

Interrogés sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois qui suivent la naissance, les participants mentionnent différentes difficultés auxquelles ils ont été confrontés. Ces difficultés concernent trois des quatre dimensions de vulnérabilité du cadre de référence, soit les dimensions biologique, psychologique et sociale (Annexe 21). Les participants n'expriment pas avoir vécu de difficultés liées à la dimension cognitive de vulnérabilité au cours de la période périnatale, par exemple en lien avec l'acquisition ou l'utilisation de l'information.

En rapport avec la **dimension biologique de vulnérabilité**, plusieurs participants expriment avoir vécu des *difficultés liées à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement* telles que des contractions avant terme, du diabète de grossesse, des césariennes ou des douleurs importantes aux seins lors de l'allaitement. Plusieurs insistent également sur l'état de *fatigue et le manque de sommeil* ressentis par la mère, mais aussi par le père, lors des premiers mois suivant la naissance de l'enfant.

*Mon chum arrivait, on se croisait dans l'escalier, on se relayait, chacun faisait une demi-heure, on essayait de l'endormir. On ne se voyait pas. On ne se parlait pas. On finissait à minuit, épuisé. (F13)*

Quelques *situations spécifiques de santé*, telles que des problèmes physiques ou des problèmes de santé préalables vécus par la mère (surplus de poids, fibromyalgie, etc.) ou par le conjoint (intervention chirurgicale ou maladie grave survenues en période périnatale), ont été mentionnées par les participants.

*Quand j'ai su que j'étais enceinte, mon mari a été diagnostiqué de ce [maladie], donc c'était vraiment une grossesse très difficile pour moi. Après l'accouchement, c'était [traitement] à lui. (F6)*

Plusieurs des difficultés rencontrées par les participants lors de la période périnatale relèvent de la **dimension psychologique de vulnérabilité**. Ainsi, plusieurs des participants font part d'une période de forte *intensité émotionnelle* à la suite de la naissance de leur enfant. Plusieurs mères mentionnent s'être senties déprimées ou avoir ressenti de l'anxiété

et du stress. Parmi celles-ci, certaines ont reçu un diagnostic de dépression postpartum alors que d'autres n'ont pas consulté ou reçu un tel diagnostic.

*Quand je pense à cet épisode-là, les premiers mois de mon enfant jusqu'à l'automne, j'ai l'impression que ça a été une succession de crises. Puis de la survie. (F13)*

Plusieurs mentionnent avoir vécu des *difficultés à s'adapter* à leur nouvelle situation de parent et à la présence d'un nouveau-né. Quelques participants font état d'une *conception de soi altérée* à la suite de la naissance de leur enfant tel qu'un sentiment de ne pas être compétent face aux nouvelles responsabilités à assumer.

*T'es isolée alors que t'es quelqu'un qui avait une carrière et qui travaillait à temps plein. T'es complètement isolée. Ton bébé ne te parle pas vraiment, il fait juste pleurer. T'as l'impression, des fois, que t'es pas bonne. (F3)*

Enfin, plusieurs participants ont mentionné des difficultés en rapport avec la **dimension sociale de vulnérabilité**. La presque totalité des participants ont mentionné que leur *réseau familial était incapable, du moins en partie, d'assurer le soutien nécessaire* pour diverses raisons. Parfois, ce sont les membres du réseau familial qui demeurent trop loin, les parents qui sont peu disponibles parce qu'ils sont malades, âgés ou toujours actifs professionnellement. Les liens entre les nouveaux parents et leur réseau familial ont parfois été rompus à la suite de conflits. Enfin, chez certains, c'est le conjoint qui n'est pas disponible pour soutenir la mère lors de l'arrivée du nouveau-né parce qu'il travaille loin de la maison ou qu'il ne peut se permettre un arrêt de travail compte tenu des exigences de ses fonctions (par exemple, travailleur autonome).

*J'ai su, après avoir accouché, que ma mère avait une récurrence de cancer. Donc là, elle avait son propre combat à faire. Mon père devenait accompagnateur à ses rendez-vous et tout. Je n'ai pas vraiment pu compter sur eux à cause de ça. (F10)*

Plusieurs participants soulignent des *difficultés liées à la lourdeur et au cumul des tâches* lors de l'arrivée d'un nouveau-né. Les rendez-vous médicaux, les tâches domestiques, les séances d'allaitement et les soins aux autres enfants se cumulent et rendent la gestion quotidienne de la vie familiale difficile.

*Je me suis dit : « J'ai besoin d'aide, je n'arrive plus à faire le ménage, je ne suis pas une superwoman ». Je faisais juste plus me brûler, puis moins de patience avec les enfants parce que là, je suis trop brûlée, je n'ai plus le temps de faire mes affaires. (F2)*

Quelques participants font également mention de *bébés et d'enfants exigeants* (pleurs constants, trouble envahissant du développement d'enfants plus âgés, etc.) qui rendent la prise en charge quotidienne plus difficile. D'autres mentionnent avoir vécu, en période périnatale, des *difficultés conjugales* qui ont affecté leur vie familiale.

*Nous, on était encore en séparation, moi puis mon conjoint avant la quatrième grossesse. C'est ça, le fait d'avoir des enfants rapprochés, tout ça... on accumule les cernes en dessous des yeux, les chicanes aussi par rapport au trouble [de santé] des enfants... On était encore sur le bord d'une séparation avant la quatrième. (F6)*

### **3.2.3 Besoins exprimés à l'égard des relevailles**

Les besoins qui ont motivé les parents à recourir aux relevailles relèvent des dimensions biologique, psychologique et sociale de vulnérabilité (Annexe 22). La dimension cognitive de vulnérabilité, en rapport par exemple avec l'acquisition et l'utilisation de l'information, n'est pas présente parmi les besoins exprimés à l'égard des relevailles.

En rapport avec la **dimension biologique de vulnérabilité**, le seul besoin pour lequel des parents font appel aux relevailles est celui de *repos et de sommeil*. Les participants qui le mentionnent comptent sur l'assistante périnatale pour prendre en charge le bébé et les autres enfants pendant qu'ils se reposent ou qu'ils font la sieste.

*J'avais besoin de dormir, parce que je ne dormais pas avec ma douleur dans le pied. En plus, mon bébé ne dormait pratiquement pas le jour. Je n'avais pas de répit pour une sieste dans la journée. (Groupe2)*

Sur le plan de la **dimension psychologique de vulnérabilité**, le besoin de *répit et de temps pour soi* et celui de *soutien émotionnel et de réconfort* sont les deux motifs pour lesquels quelques participants ont fait appel aux relevailles. Le besoin de répit et de temps pour soi se manifeste de diverses façons, qu'il s'agisse de prendre un repas tranquillement, de lire, de recevoir un massage, d'aller nager ou simplement de réaliser certaines tâches de façon plus détendue (par exemple, aller faire l'épicerie sans avoir à amener le bébé avec soi). Quelques participants, dont certains expérimentent une situation plus difficile (maladie

du conjoint ou incapacité psychologique de ce dernier à prendre la relève auprès du bébé par exemple), expriment un besoin de soutien émotionnel et de réconfort par une écoute empathique et sans jugement.

*Quand j'ai fait appel, c'était pour un support psychologique et moral. J'avais un papa absent, puis un papa qui ne supportait pas les pleurs du bébé. C'était extrêmement dur, parce que je devrais gérer un papa et un bébé. J'ai trouvé ça extrêmement difficile. J'avais besoin de quelqu'un que, si mon bébé braille... y'a rien là. [...] Essentiellement, c'était un répit psychologique et moral. (Groupe2)*

En ce qui concerne la **dimension sociale de vulnérabilité**, plusieurs besoins sont exprimés par les participants. Le besoin d'*aide dans les tâches domestiques* est exprimé par une part importante des participants. En faisant appel aux relevailles, les participants espèrent réduire le poids associé à la réalisation de tâches domestiques répétitives (plier du linge, faire la vaisselle, préparer des repas, passer le balai, etc.) et lourdes à assumer lorsqu'on doit prendre soin d'un jeune bébé. Lorsque la situation est plus difficile en raison de l'état de santé précaire du bébé ou de la mère, cette aide est jugée encore plus nécessaire au bien-être familial.

*Bien, j'avais besoin de... je me sentais coupable, parce que j'en avais juste un, mais c'était m'aider à faire des choses parce que ce n'était pas évident avec un petit bébé. Ne serait-ce que faire la vaisselle ou aider à plier ton linge, ou passer un petit coup de balayeuse. (F6)*

Plusieurs parents expriment également un besoin d'*aide dans les soins à donner au bébé ou aux autres enfants* de la fratrie soit parce que le bébé nécessite beaucoup de soins et d'attention, parce qu'il y a présence d'enfants plus âgés exprimant eux aussi différents besoins ou parce que la mère est elle-même fatiguée ou fragile psychologiquement.

### **3.2.4 Retombées des relevailles selon les familles utilisatrices**

Alors que l'expérience de vulnérabilité en période périnatale et les besoins exprimés à l'égard des relevailles relèvent des dimensions biologique, psychologique et sociale, les retombées des visites à domicile pour les familles utilisatrices se rapportent aux quatre dimensions du cadre de référence soit les dimensions biologique, psychologique, sociale et



cognitive (Annexe 23). Comme l'expose l'Annexe 24, il ressort ainsi que les retombées des relevailles vont au-delà de l'expérience de vulnérabilité et des besoins exprimés.

En rapport avec la **dimension biologique de vulnérabilité**, la presque totalité des participants aux entretiens ont mentionné que la présence de l'assistante périnatale leur avait permis de bénéficier de *repos et de sommeil*. Si la plupart des participants se sont reposés ou n'ont dormi que durant une partie des visites de relevailles, quelques-uns, dont l'état de fatigue était plus important, l'ont fait pendant la presque totalité de la durée de certaines des visites dont ils ont bénéficié. Selon les participants, ces périodes de repos et de sommeil ont eu des effets bénéfiques importants sur leur état de bien-être, notamment parce qu'elles leur ont permis de reprendre des forces sur le plan physique.

*Tu sais, je me disais, ah oui, elle vient demain. Ah oui, demain, je peux dormir. Ça m'aidait à tenir le coup, parce que mon bébé, il n'a pas fait ses nuits avant longtemps, puis même encore là, quand il est malade, il ne veut pas. (F8)*

Selon les familles interrogées, les relevailles ont également des retombées bénéfiques en rapport avec la **dimension psychologique de vulnérabilité**. Selon beaucoup de participants, les visites des assistantes périnatales ont permis aux parents de bénéficier d'un peu de *répit et de temps pour soi*. Ces moments précieux leur ont permis de prendre un peu de recul avec le quotidien, de se détendre ou de se changer les idées.

*Avoir du temps pour soi. Si c'est juste le trois heures par semaine que les relevailles viennent, c'est tant mieux, c'est déjà ça. Ça soulage vraiment. Moi, je me sentais bien. Je disais : « Ah, j'ai réussi à lire au moins trois chapitres de mon livre. (F14)*

En plus du répit et du temps pour soi, les relevailles permettent aux parents de bénéficier de *soutien émotionnel et de réconfort*. Plusieurs participants rapportent qu'ils ont pu partager leurs émotions, leurs inquiétudes et leurs préoccupations avec l'assistante périnatale et que l'écoute empathique dont celle-ci a fait preuve leur a permis de se vider le cœur, de se déculpabiliser et de se sentir soutenu. Certains mentionnent que l'assistante périnatale était la seule personne disponible avec laquelle ils se sentaient en confiance d'exprimer leurs émotions alors que d'autres expriment que cette écoute leur a permis de prévenir un épisode dépressif.

*Ce n'est pas une amie intime, mais c'est une amie que tu peux quand même te vider, tes sentiments, tes émotions. Puis tu peux te vider tout en lui faisant confiance, en sachant très bien qu'elle n'ira pas divulguer ça de tout bord, tout côté. (F1)*

Les participants rapportent également que l'aide apportée par la présence de l'assistante périnatale leur a permis de *réduire le stress et l'inconfort ressentis face à l'ampleur des tâches* à réaliser dans les semaines et les mois suivant la naissance d'un enfant. Chez plusieurs participants aux entretiens, le travail réalisé par l'assistante périnatale a permis d'alléger le quotidien et d'estomper le sentiment d'être constamment submergé par les tâches domestiques. Plusieurs expriment le sentiment « d'en avoir moins à porter sur ses épaules », de se sentir plus « léger » et moins « débordé ». Enfin, selon les perceptions de plusieurs des mères ayant participé aux entretiens, *les pères sont rassurés de savoir que leurs conjointes bénéficieront de soutien*. Ils sont contents de voir leur conjointe moins fatiguée et plus joyeuse lorsqu'ils reviennent du travail et sont moins inquiets lorsqu'ils doivent s'absenter plus longtemps.

*Puis il voyait ça venir quand il partait en voyage pour son travail. Il disait : « Telle date, je vais être parti, appelle-la pour qu'elle vienne t'aider. » [...] Je sais que ça le libérerait aussi, ça lui enlevait une préoccupation. Parce qu'il sentait que j'étais aidée. Ça fait que oui, ça l'aidait. (Groupe3)*

En rapport avec la **dimension sociale de vulnérabilité**, plusieurs retombées sont rapportées par les participants. La presque totalité d'entre eux insistent sur les liens qui se sont tissés avec l'assistante périnatale à travers le développement d'une *relation qui leur permet de socialiser, d'échanger et de briser l'isolement*. Si certains parlent d'une relation d'amitié et de complicité, la plupart insistent sur le plaisir qu'ils ont eu à échanger avec l'assistante périnatale et du bien-être que cela apportait à leur quotidien.

*Moi je lui parlais aussi beaucoup. Elle brisait beaucoup mon isolement, parce que des fois, elle était la seule personne dans la semaine à qui je parlais à part mon chum. (F13)*

Bon nombre de participants soulignent également que la présence de l'assistante périnatale leur a permis d'obtenir de *l'aide dans les tâches domestiques* à effectuer. Les participants ont rapporté que, tout en discutant avec eux et en prenant soin du bébé et des autres enfants de la fratrie, l'assistante périnatale réalisait un ensemble de petites tâches

(plier du linge, préparer des repas, passer le balai) ayant pour effet de réduire le travail du parent à la maison et les tâches à faire en soirée ou la fin de semaine par l'autre parent.

*Je lavais mon linge pour qu'elle puisse le plier et qu'elle me fasse mes repas pour la semaine. Déjà, ce qu'elle fait, ça m'enlève beaucoup d'un petit peu à tous les jours. (Groupe1)*

Toujours au plan social, la présence de l'assistante périnatale permet aux parents de bénéficier d'un peu de *temps pour travailler, étudier ou réaliser certaines tâches* à la maison. Pouvoir ranger sa cuisine même si le bébé pleure, répondre à des courriels pressants, réviser ses notes la veille d'un examen, trier une boîte de vêtements, faire quelques courses sans le bébé ou travailler en sachant que l'autre parent n'est pas seul avec le bébé sont quelques-uns des exemples rapportés par les participants. Parce qu'ils sont plus reposés, qu'ils ont moins de tâches à faire et parce que l'assistante périnatale peut s'occuper temporairement du bébé et des enfants, des parents mentionnent avoir eu une *disponibilité accrue à l'égard des enfants et de la vie de famille* et avoir disposé d'un peu de *temps en couple*.

*Ça m'a permis de mieux me reposer. Après ça, je me sentais plus reposée, je me disais que je pouvais mieux profiter de mes enfants et m'amuser avec eux autres. [...] En plus, ma plus vieille adore aller jouer au parc. Des fois, je n'avais pas l'énergie juste d'y aller. Mais avec l'assistante périnatale des relevailles, au moins, je me reposais et je me disais : « Là, je suis assez en forme, on va aller au parc ». (F14)*

*Une autre fois, mon chum était à la maison. Ça été un moment de pur bonheur. Elle a gardé la petite, puis moi puis mon chum, on est partis. On est allé promener les chiens. [...] On est allé jaser, ça nous a donné une bouffée d'air immense. (Groupe3)*

Enfin, certaines des retombées des relevailles rapportées par les participants relèvent de la **dimension cognitive de vulnérabilité**. Ainsi, plusieurs parents rapportent que les relevailles leur ont permis d'*acquérir des connaissances et des compétences liées aux soins des enfants*. Parce qu'elles côtoient de nombreuses familles avec de jeunes enfants et qu'elles sont elles-mêmes mères et parfois grands-mères, les assistantes périnatales sont considérées par les participants comme une source précieuse de conseils et d'informations pratiques sur les soins à donner aux bébés et aux enfants. Les participants mentionnent apprécier le cadre non formel dans lequel se font ces apprentissages soit à travers les

échanges et les discussions, au moment où le besoin se fait sentir et dans un climat respectueux du cheminement du parent.

*Elle le prenait par le ventre, puis là, elle le faisait marcher à quatre pattes en le soutenant pour voir où il était rendu dans son développement. Je trouvais ça intéressant pour l'enfant. C'est quelque chose qui m'a marquée puis que j'ai vraiment réutilisé après, parce que je le faisais plus avec mon bébé après, explorer des affaires, voir où il était rendu. (F3)*

Plusieurs participants soutiennent également avoir bénéficié de *rétroactions sur leurs compétences parentales*, qui les ont aidés à se renforcer comme parents ou à se positionner sur leur façon de s'occuper de leur bébé. L'alimentation et la routine de sommeil du nourrisson sont deux exemples de questions délicates chez certains parents pour lesquelles les rétroactions des assistantes périnatales ont été importantes.

*Ça a fait vraiment une différence de voir que... dans le fond, je le savais déjà... mais de pouvoir en jaser avec quelqu'un qui a les deux pieds dedans, puis qui en voit d'autres familles avec des bébés d'un an et moins. Puis qu'elle peut te dire qu'ailleurs, ce n'est pas mieux que chez vous. Ça aidait. (F3)*

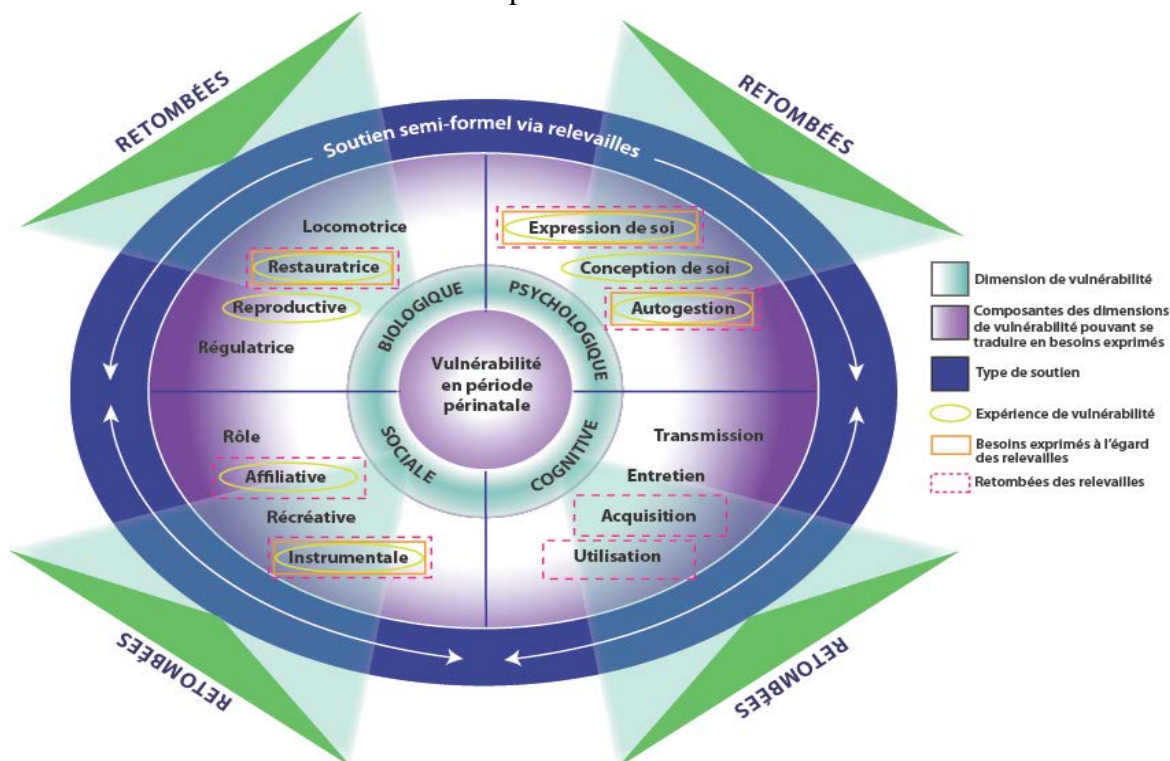
Enfin, l'expérience des relevailles a permis à certains parents d'*apprendre à accepter l'aide et à faire davantage confiance aux membres de leur entourage*. Plutôt que de considérer la demande d'aide comme une marque d'incompétence, elle est désormais perçue positivement comme une façon d'améliorer sa qualité de vie au quotidien.

*Les relevailles, moi ça m'a aidé à ça. Ce qui a changé pour moi... accepter l'aide. Je me suis rendu compte que j'aimais ça avoir de l'aide avec les relevailles, ça fait qu'asteure, quand mes parents viennent souper, puis que mon père, il fait la vaisselle, au lieu de lui dire de ne pas faire la vaisselle, je lui dis merci. (Groupe2)*

Le rapprochement entre les données se dégageant des entretiens auprès des familles utilisatrices de relevailles et les éléments du cadre de référence ont aussi permis de constater que plusieurs des tâches effectuées par les assistantes périnatales (ex. : écouter, réconforter, discuter avec le parent, prendre soin du bébé devant le parent, etc.) ont des retombées à la fois sur les dimensions biologique, psychologique, sociale et cognitive de vulnérabilité. Par exemple, lorsque l'assistante périnatale prend soin du bébé, elle permet

au parent de se reposer (dimension biologique), elle lui donne un répit (dimension psychologique), elle lui permet d'effectuer certaines tâches jugées nécessaires (dimension sociale) et elle lui donne aussi l'occasion d'observer d'autres façons de prendre soin d'un bébé (dimension cognitive). Lorsque l'assistante s'assoit et discute avec le parent, elle lui apporte soutien et réconfort (dimension psychologique), elle lui permet de socialiser et de briser son isolement (dimension sociale) et elle lui donne une rétroaction sur sa façon de s'occuper de son bébé (dimension cognitive). Ce faisant, tel que l'indique la Figure 2, il ressort qu'une même tâche se traduit fréquemment en différentes retombées, qui vont au-delà des besoins exprimés et qui transcendent les dimensions de vulnérabilité auxquelles elles sont théoriquement associées.

Figure 2: Expériences de vulnérabilité, besoins exprimés à l'égard des relevailles et retombées selon les dimensions et composantes de vulnérabilité



Adapté de Lessick et al. (1992), Moran et al. (2004) et Rogers (1997)

### 3.3 Intégration des résultats

Les résultats présentés visaient à répondre à des objectifs distincts, mais se rapportent à un seul et même but consistant à évaluer l'utilisation des relevailles et de leurs retombées auprès des familles utilisatrices. L'intégration des résultats issus des volets quantitatif et qualitatif permet ainsi de répondre au but d'ensemble en effectuant une évaluation s'enracinant dans le modèle logique du programme de relevailles (Roch et al., 2014). Cette intégration révèle cinq constats : 1) une cohérence dans les besoins exprimés par les parents; 2) la pertinence de la concentration des visites; 3) une force partagée en matière de continuité relationnelle; 4) une productivité maximisant des acquis expérimentiels; 5) une polyvalence se traduisant par quatre profils de globalité adaptés à l'évolution des besoins familiaux. Ensemble ces constats rejoignent les caractéristiques fondamentales du programme de relevailles et rendent possibles les retombées observées.

Que l'on prenne acte des besoins exprimés du côté des résultats quantitatifs ou qualitatifs, ce sont sensiblement les mêmes qui ressortent. En effet, du côté quantitatif il y a prédominance des besoins instrumentaux (soutien à l'organisation familiale quotidienne, soutien pour les différents besoins du bébé, soutien pour le ménage/lavage, préparation des repas, soutien pour s'occuper du bébé<sup>10</sup>) et des besoins de repos et de répit. Ce qui rejoint intégralement les besoins exprimés par les parents ayant pris part au volet qualitatif, en regard des dimensions biologique (repos et sommeil), psychologique (répit et temps pour soi) et sociale (aide dans les tâches domestiques). Bien qu'ayant une occurrence beaucoup moins importante, les résultats quantitatifs traduisent par ailleurs certains besoins d'information sur les ressources et les soins au bébé. En fonction du modèle théorique de vulnérabilité périnatale (Lessick et al., 1992; Moran et al., 2004; Rogers, 1997), la congruence et la complémentarité entre les besoins recensés dans chacun des volets, permet d'inférer que les besoins non comblés motivant le recours aux relevailles sont associés aux quatre dimensions de vulnérabilité.

---

<sup>10</sup> Selon les profils de globalité détaillés en annexe 13, le soutien pour s'occuper du bébé et de ses différents besoins relèvent du profil instrumental.

Dans le volet quantitatif, l'indicateur de continuité qu'est la concentration des visites permet de constater que les assistantes périnatales effectuent en moyenne 10 visites par famille, sur une période de 109 jours, entre la première et la dernière visite. La pertinence de cette intensité de service se traduit dans les retombées documentées par le volet qualitatif. En effet, 16 des 28 parents participants recevaient des relevailles au moment de l'entrevue, mais déjà 15 d'entre eux en avaient reçu plus de 10, ce qui indique que les retombées observées ne sont possibles que lorsque le nombre des visites est pertinent au contexte et aux besoins des familles. On constate aussi que cette pertinence va au-delà de la vulnérabilité ressentie et des besoins exprimés, puisqu'elle permet des retombées cognitives, en termes d'acquisition et d'utilisation d'informations utiles au développement des compétences parentales et à la mobilisation de ressources de soutien que rend possible la capacité à accepter de l'aide et à faire confiance à autrui. Il en ressort qu'une concentration de visites comparable à celle observée contribue au renforcement des habiletés parentales.

D'autre part, le volet qualitatif révèle que le maintien d'une continuité relationnelle entre une même assistante périnatale et une famille au cours des visites, et parfois même d'une grossesse à l'autre, permet au parent de dépasser un sentiment préalable de gêne et de malaise et facilite le développement d'une relation de confiance et d'échange. Plusieurs participants mentionnent ainsi avoir ressenti, au départ, un malaise à laisser une personne inconnue entrer dans leur intimité : stress de la première rencontre, peur d'être jugé sur l'état de désordre de sa maison ou sur ses capacités de parent, crainte de laisser son enfant à une personne étrangère, gêne de demander de l'aide pour certaines tâches, etc. En contrepartie, la continuité relationnelle semble avoir permis aux parents d'établir un lien de confiance suffisamment significatif pour se confier et bénéficier du soutien émotionnel de l'assistante périnatale et ce bien plus qu'ils ne l'avaient espéré au départ. Le rapprochement de ce constat avec le fait que près de 88 % des visites sont associées à une même assistante périnatale confirme que la continuité relationnelle est une force que partagent les huit CRP étudiés. Comme l'indique leur modèle logique de programme, une attention particulière est portée à l'affectation des assistantes auprès des familles et les résultats en termes de continuité relationnelle suggèrent que cela puisse contribuer à l'épanouissement des parents

et à la prévention d'incidents sociaux ou de santé, via la création d'un lien significatif entre l'assistante périnatale et les parents.

Le volet quantitatif permet aussi de dégager une productivité moyenne de 4 à 5 visites par mois pour une même famille, dont plus de 3 sont effectuées par une même assistante périnatale. Pour les parents, l'expérience acquise par les assistantes périnatales auprès d'eux et de multiples familles ainsi que leurs expériences de mères (et parfois de grands-mères) contribuent à la confiance qu'ils manifestent à l'égard des assistantes périnatales. C'est la reconnaissance de cette expertise expérientielle qui incite plusieurs parents à confier temporairement la responsabilité de leur bébé à l'assistante périnatale, à demander des conseils sur les soins des enfants ou à solliciter une opinion sur leur propre façon de s'occuper de leur bébé. Il en ressort que même si certaines familles auraient souhaité bénéficier d'un plus grand nombre de visites, la productivité qu'ils observent leur permet d'apprécier les acquis expérientiels des assistantes périnatales et contribue à mieux répondre aux besoins des enfants et au renforcement de leurs habiletés parentales.

Enfin, le volet qualitatif démontre clairement que le caractère polyvalent des tâches et fonctions assignées aux assistantes périnatales permet à ces dernières d'adapter leurs interventions aux familles desservies. Pour sa part, le volet quantitatif a révélé quatre profils de globalité qui traduisent une étendue de tâches très variées. Même si le profil de globalité « instrumental » occupe près de 38 % des tâches effectuées dans l'ensemble des CRP, on observe qu'il est suivi de près par le profil « nounou » (31 %). Même si les profils « coaching » et « équilibré » se démarquent moins pour l'ensemble des CRP, on observe qu'ils peuvent respectivement occuper jusqu'à 32 % et 45,5 % du profil des tâches d'un même CRP. La richesse de la variation des profils de globalité qui ont été saisis quantitativement se traduit par une polyvalence adaptée à l'évolution des besoins et du contexte périnatal. Ainsi, le besoin de repos et de sommeil comblé par la prise en charge du bébé et des enfants par l'assistante périnatale peut se manifester très tôt après la naissance chez certaines familles, mais plus tardivement chez d'autres ayant accumulé un déficit de sommeil. Le besoin d'assistance dans les tâches domestiques peut être très présent chez certaines familles, par exemple, celles ayant plusieurs enfants ou pour qui l'allaitement est



plus difficile, tandis qu'il ne se manifestera pas chez d'autres. Le besoin de parler et de se confier varie également d'un parent à l'autre, mais aussi au fil de la période postnatale selon les événements qui surviennent dans la vie des familles et les difficultés rencontrées. D'une visite à l'autre, d'une famille à l'autre et même au cours d'une même visite, les tâches effectuées par les assistantes périnatales varient selon les besoins multiples et changeants des familles et de leur bébé. L'intégration des constats sur la polyvalence et la globalité des tâches réalisées à domicile témoigne ainsi d'un service adapté aux besoins évolutifs des familles, tout en révélant la spécificité des relevailles par rapport à d'autres formes de soutien, dont les services professionnels offerts par les établissements de santé et de services sociaux.

## **4. Discussion**

Historiquement, l'expression « relevailles » au Québec est née du soutien qu'apportait la famille immédiate à la mère après la naissance d'un enfant, pour lui permettre de se reposer, de s'adapter et l'aider dans l'organisation du quotidien. La structure familiale a largement évolué depuis, mais les besoins des parents sont demeurés nombreux (Deave, Johnson, & Ingram, 2008; MacPherson, Barnes, Nichols, & Dixon, 2009; McConnell, Breitzkreuz, & Savage, 2012). Les résultats révèlent que les composantes du programme de relevailles offert par les CRP (Roch et al., 2014) s'adaptent aux besoins de chaque famille pour promouvoir la santé et le développement des enfants. Dans un contexte d'organisation intégrée des services de santé et des services sociaux, les relevailles se situent aujourd'hui comme une innovation sociale (Krlev, Bund, & Mildemberger, 2014) dont la pertinence se révèle notamment par l'utilisation que les parents en font, alors que le service demeure largement méconnu (Lambert-Chan, 2014a, 2014c, 2014e, 2014g; Roch et al., 2014). Les retombées qui ont été dégagées sont multiples et vont au-delà des besoins exprimés et de la vulnérabilité ressentie en misant sur des tâches à domicile variées. L'originalité de l'approche évaluative utilisée permet ainsi l'obtention de données empiriques sur la pertinence, l'utilisation et les retombées des relevailles.

### **4.1 Une utilisation qui témoigne d'une innovation sociale pertinente**

Les CRP sont des entreprises d'économie sociale (Comeau et al., 2002; D'Amours, 2006) qui offrent une multitude d'activités et de services en réponse aux besoins des familles de leur collectivité (Roch et al., 2014). Les huit CRP retenus dans le cadre de cette étude offrent tous des services de relevailles, mais présentent des caractéristiques organisationnelles différentes qui motivent une offre hétérogène. Les familles qui utilisent les services de relevailles ont en majorité un niveau de scolarité de type collégial ou supérieur et un niveau de revenu inférieur à 60 000 \$, mais on remarque que le service ne s'adresse pas à un groupe de population en particulier. Alors que certains CRP bénéficient d'ententes ou de subventions visant à cibler des populations défavorisées au plan socioéconomique (Roch et al., 2014), le profil des familles utilisatrices témoignent d'une approche qui pourrait être compatible avec une logique d'universalisme proportionnée

(Kershaw, Anderson, Warburton, & Hertzman, 2009). Nos résultats indiquent que ce sont généralement les mères qui demandent les services de relevailles, ce qui suggère qu'elles sont la première clientèle cible de ce service qui s'adresse toutefois à l'ensemble des membres de la famille, incluant les pères. La population immigrante de notre échantillon est représentative de la population immigrante totale du Québec (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2014). Les besoins exprimés par les familles sont principalement instrumentaux ou relèvent du besoin de repos et de répit. Ces résultats rejoignent de nombreuses études ayant documenté les besoins des familles en période périnatale, autant chez les pères que chez les mères (Deave et al., 2008; MacPherson et al., 2009; McConnell et al., 2012). Ces mêmes études témoignent souvent de ressources insuffisantes pour répondre à ces besoins, ce qui accentue ici la pertinence des relevailles en terme d'innovation sociale (El-Haddadeh, Irani, Millard, & Schröder, 2014) visant le mieux-être des familles québécoises.

La méthode d'évaluation des services de relevailles à l'aide du cadre conceptuel proposé et des indicateurs (Borgès Da Silva et al., 2011) s'avère des plus novatrices dans le domaine de la périnatalité et de l'économie sociale. Alors qu'il n'est pas rare d'évaluer la productivité, la continuité ou la globalité des services de santé (Haggerty et al., 2008; Sicotte et al., 1998; Starfield, 1998), ces mêmes concepts ont ici été adaptés et opérationnalisés au contexte très particulier de l'économie sociale (Lévesque, 2007; Lévesque & Mendell, 2005). Les résultats en termes de continuité indiquent qu'un lien fort s'établit entre l'assistante périnatale et la famille. L'indicateur de productivité renvoie à une appréciation du volume de visites que les CRP sont en mesure de réaliser dans un contexte des ressources limitées où les assistantes périnatales ne travaillent qu'à temps partiel, occasionnel ou sur appel (Roch et al., 2014). Dans le cadre de la conceptualisation de la globalité des services, la classification des visites selon les tâches réalisées à domicile apporte un éclairage très important qui permet de situer la spécificité et la personnalisation du service. Même si les besoins les plus fréquents qui motivent le recours aux relevailles sont de nature instrumentale (soutien à l'organisation familiale quotidienne, soutien pour le ménage/lavage, préparation des repas), pour s'occuper du bébé ou dormir et se reposer, chaque visite s'avère personnalisée en fonction de l'évolution des besoins. C'est

notamment ce que révèle la variation des profils de globalité de chacun des CRP. À la différence des services professionnels, les profils de globalité témoignent aussi de la spécificité du soutien semi-formel (Moran et al., 2004) offert par les CRP.

#### **4.2 Des retombées au-delà de l'expérience de vulnérabilité ressentie et des besoins exprimés par les familles utilisatrices**

La période périnatale est un moment de transition important, à travers lequel les familles interrogées mentionnent avoir expérimenté différentes formes de vulnérabilité en rapport avec les dimensions biologique, psychologique et sociale. Certaines de ces formes de vulnérabilité ressenties se sont traduites en besoins exprimés à l'égard des relevailles. Les retombées des relevailles pour les familles utilisatrices ont été multiples et variées et vont au-delà de l'expérience de vulnérabilité exprimée et des besoins ayant motivé le recours aux relevailles, puisqu'elles concernent tant les dimensions biologique, psychologique, sociale et cognitive de vulnérabilité (Annexe 24). Huit des composantes théoriques (régulatrice, locomotrice, transmission, entretien, acquisition, utilisation, récréative, rôle) n'ont pas trouvé écho dans l'expérience de vulnérabilité et les besoins des parents participants. Notons que lors de la recension des écrits sur les dimensions de vulnérabilité en lien avec le soutien semi-formel ou informel, quatre de ces mêmes composantes (régulatrice, locomotrice, entretien, transmission) n'avaient pu être répertoriées dans l'ensemble des écrits consultés (Hamelin Brabant et al., 2013). En s'appuyant sur le modèle de Lessick et al. (1992), il est possible d'inférer qu'il s'agit de composantes s'adressant davantage au soutien formel pouvant être offert par les infirmières et autres professionnels de la santé.

Une recherche socioévaluative de 1985 portant sur les premiers programmes de relevailles en contexte québécois avait permis de mettre en relief leur impact pour briser l'isolement et renforcer le sentiment de compétence des mères, ainsi que la qualité de leurs relations avec leur enfant et leur conjoint (Desrochers & Paquet, 1985). Du côté des études portant sur l'impact d'autres programmes de soutien postnatal faisant appel à des intervenants non-professionnels, il ressort qu'ils peuvent contribuer au développement de saines habitudes de vie physiques et alimentaires (Johnson, Howell, & Molloy, 1993), d'habiletés parentales à long terme (Johnson et al., 2000), d'un mieux-être émotionnel chez

la mère (Taggart, Short, & Barclay, 2000) et d'une assistance pratique (MacPherson et al., 2009). L'efficacité de tels programmes dépend toutefois de la population ciblée, de l'adéquation des habiletés des intervenants par rapport aux besoins exprimés par les familles et de la durée de l'intervention (Asscher, Hermanns, Deković, & Reitz, 2007; Barlow et al., 2003). Les résultats obtenus rejoignent des retombées similaires, mais permettent aussi de dégager des rapprochements explicatifs entre ces retombées, les besoins et les dimensions de vulnérabilité déjà explorés par le biais d'une recension des écrits intégrative (Hamelin Brabant et al., 2015).

En ce qui concerne la dimension biologique de vulnérabilité, le seul besoin ayant motivé le recours aux relevailles, celui de repos et de sommeil, se rapporte à la *composante restauratrice*. Les difficultés liées à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement, ainsi que les conditions spécifiques de santé qui ont affecté la période périnatale ont conduit à mobiliser d'autres ressources que celles offertes par les relevailles, qu'il s'agisse de services professionnels médicaux ou de ressources spécialisées en allaitement. Il est donc ici possible d'observer une complémentarité dans les formes de soutiens formel et semi-formel mobilisées par les parents (Moran et al., 2004), en réponse à la composante biologique qui risque d'être davantage associée aux besoins de santé en période périnatale, eux-mêmes associés aux professionnels (de Montigny, Devault, Lacharité, & Dubeau, 2010). Les relevailles ont toutefois eu des retombées directes sur l'état de bien-être des familles en leur permettant de dormir et de se reposer.

Sur le plan de la dimension psychologique de vulnérabilité, les besoins ayant motivé le recours aux relevailles relèvent de la *composante de l'expression de soi* (soutien émotionnel et réconfort) et de la *composante de l'autogestion* (répit et temps pour soi). Les retombées exprimées par les participants sont multiples et directement liées à ces composantes : soutien émotionnel et réconfort, réduction du stress et de l'inconfort liés à l'ampleur des tâches, pères rassurés de savoir leur conjointe soutenue (*composante expression de soi*), ainsi que répit et temps pour soi (*composante autogestion*). Selon Razurel et al. (2011), le stress ressenti en période postnatale ne serait pas nécessairement associé à des événements difficiles, mais plutôt aux tracas quotidiens liés à l'expérience de

la naissance. Darvill et al. (2010) et Svensson et al. (2006) utilisent l'analogie des « montagnes russes » pour rendre compte de la variabilité des émotions vécues en période périnatale. Ces aspects justifient l'importance de pouvoir bénéficier d'opportunités d'échange, sans crainte d'être redevable ou jugé par les assistantes périnatales.

En ce qui concerne la dimension sociale de vulnérabilité, les besoins motivant le recours aux relevailles (aide dans les tâches domestiques, aide dans les soins à donner au bébé et/ou les enfants) relèvent essentiellement de la *composante instrumentale*. Quant aux retombées exprimées par les participants, elles relèvent de la *composante instrumentale* (aide dans les tâches domestiques, temps pour travailler, étudier ou réaliser certaines tâches) mais aussi de la *composante affiliative* (relation qui permet de socialiser, d'échanger et de briser l'isolement, disponibilité accrue à l'égard des enfants et de la vie de famille, temps en couple). Différentes études soulignent le fait que plusieurs parents expriment le besoin de bénéficier d'assistance instrumentale en période postnatale afin de répondre aux nouvelles exigences du quotidien (Börjesson, Paperin, & Lindell, 2004; Doucet, Letourneau, & Blackmore, 2012; MacPherson et al., 2009; Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2013; Razurel et al., 2011). Le manque de soutien en ce domaine est d'ailleurs perçu par des mères comme un facteur important d'apparition de symptômes dépressifs durant les premiers mois qui suivent l'accouchement (Negron et al., 2013; Razurel et al., 2011). Les retombées auxquelles conduisent les relevailles en ce domaine sont donc d'une pertinence considérable, puisque rares sont les services de soutien formel qui permettent aux familles de bénéficier d'une aide instrumentale. Pourtant, à l'instar des résultats obtenus, différents écrits ont démontré que l'aide souhaitée en période postnatale concerne surtout les tâches domestiques (Börjesson et al., 2004; Doucet et al., 2012; Negron et al., 2013), la prise en charge des enfants plus âgés (MacPherson et al., 2009; Negron et al., 2013), les soins au nouveau-né ou sa prise en charge complète lorsque le parent doit s'absenter pour un rendez-vous (Cronin, 2003; Doucet et al., 2012; MacPherson et al., 2009; O'Reilly & Parker, 2013). C'est entre autres ce que permettent de faire les relevailles, en considérant les besoins propres à chaque famille. Les liens que les parents entretiennent entre eux et avec leur réseau social se transforment aussi au moment de la naissance de leur enfant (Börjesson et al., 2004; Hanley & Long, 2006; Kanotra et al.,

2007; O'Reilly & Parker, 2013). Par le soutien qu'elles offrent, les assistantes périnatales permettent de créer une relation de confiance qui favorise les échanges et la mobilisation de temps pour le couple et la famille.

Concernant la dimension cognitive de vulnérabilité, bien qu'aucune forme de vulnérabilité n'ait été mentionnée par les participants et qu'aucun besoin n'ait été exprimé sur ce plan à l'égard des relevailles, des retombées ont été relevées par les familles utilisatrices du programme. Ainsi, en rapport avec la *composante de l'acquisition*, les participants ont mentionné avoir acquis des connaissances et des compétences liées aux soins aux enfants et avoir appris à accepter l'aide et à faire confiance et, en lien avec la *composante de l'utilisation*, ils ont exprimé avoir bénéficié de rétroactions sur leurs compétences parentales. Les parents sont ainsi conscients des retombées des visites de relevailles sur ce plan, sans toutefois les associer à une expérience de vulnérabilité ou à un besoin ayant motivé leur demande de relevailles. Pourtant, plusieurs études font état des besoins d'information exprimés par les mères sur les soins à apporter à leur nouveau-né (Doucet et al., 2012; Kanotra et al., 2007; Letourneau et al., 2007; Moran, Holt, & Martin, 1997). Qu'il s'agisse d'information sur l'allaitement et l'alimentation du nourrisson (Barnes et al., 2008; Börjesson et al., 2004; Kanotra et al., 2007; MacPherson et al., 2009; Razurel et al., 2011), sur les questions relatives au sommeil des nouveau-nés (Börjesson et al., 2004; MacPherson et al., 2009) ou sur les ressources disponibles dans la communauté pour les nouveaux parents (Doucet et al., 2012), la dimension cognitive ressort des écrits sur la vulnérabilité en période périnatale (Hamelin Brabant et al., 2013). Moran et al. (1997) mentionnent toutefois que les besoins d'information ressentis par les mères varient en fonction de certains facteurs socioéconomiques ou de caractéristiques liées au déroulement de la grossesse. Ainsi, selon ces auteurs, les jeunes femmes qui donnent naissance à un premier enfant exprimeraient de plus grands besoins en termes d'information. Rappelons que 20 des 28 participants ayant eu recours aux relevailles dans notre étude, avaient plus d'un enfant, ce qui explique peut-être pourquoi les besoins cognitifs ne sont pas ressortis. En contrepartie, ces mêmes résultats suggèrent que les parents ne sont pas toujours conscients de leurs besoins d'information.

#### **4.4 Limites et apports de l'étude**

Cette étude est la première à s'intéresser à l'utilisation des services de relevailles et à documenter leurs retombées à la lumière d'un cadre de référence sur la vulnérabilité en période périnatale. Nonobstant les différentes précautions prises pour assurer la rigueur et la qualité des résultats présentés, différentes limites sont soulignées. Premièrement, les analyses quantitatives ont été produites sur la base de données recueillies par les CRP. Plusieurs mesures ont été prises pour assurer la standardisation de la procédure de collecte (ex. : formation sur l'utilisation des fiches et du logiciel LimeSurvey, guide d'accompagnement, forum de discussion sur l'utilisation des outils de collecte, etc.) et les CRP ont su s'y confirmer avec brio, tout en assurant l'adaptation requise à la réalité de leur contexte. Il demeure toutefois possible qu'il y ait eu des erreurs de saisie ou d'entrées de données, ayant occasionné une perte d'information marginale en rapport avec les inscriptions ou les visites. Deuxièmement, les fiches utilisées pour recueillir les données, bien qu'ayant été développées avec le soutien d'experts en relevailles, n'ont pu être préalablement validées puisqu'il s'agissait d'une première étude sur le sujet. Certains énoncés auraient donc gagné à être reformulés ou regroupés autrement, mais les analyses effectuées ont permis de compenser les difficultés d'interprétation qui auraient pu en découler. Troisièmement, malgré nos efforts de recrutement, seul un père a pu prendre part aux entretiens, ce qui induit que les constats qualitatifs relèvent principalement du point de vue des mères. Quatrièmement, faute de temps et de disponibilité, la rétroaction des parents participants à l'endroit des constats se dégageant des analyses qualitatives n'a pu être réalisée (Tong et al., 2007). En contrepartie, l'ensemble des résultats a été interprété à la lumière d'un cadre de référence analytique maximisant la transférabilité des résultats et les meilleures pratiques en matière d'intégration de résultats issues de méthodes mixtes ont été appliquées (O'Cathain et al., 2008).





## **Conclusion**

L'originalité de l'approche évaluative de cette étude conduit à des résultats pertinents quant à l'utilisation et aux retombées des services de relevailles offerts par les CRP. Les résultats présentés permettent d'apprécier la continuité, la productivité et la globalité des services de relevailles, ce qui n'avait encore jamais été étudié. Il en ressort notamment une première classification des activités de relevailles en quatre profils, permettant de situer la spécificité du service et l'étendue des tâches réalisées à domicile par les assistantes périnatales. Il a été démontré à partir d'un cadre de référence analytique que les retombées des relevailles vont au-delà de l'expérience de vulnérabilité et des besoins exprimés par les parents. L'intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs a aussi permis de souligner une cohérence dans les besoins exprimés, une concentration des visites pertinentes aux besoins, une force de continuité relationnelle partagée par tous les CRP, une productivité maximisant les acquis expérientiels au bénéfice des familles et une polyvalence se traduisant par quatre profils de globalité adaptés à l'évolution des besoins familiaux.

En 2002 paraissait un rapport d'évaluation sur l'implantation de cinq des dix CRP reconnus par le MSSS que compte aujourd'hui le Québec. Ce rapport d'implantation indiquait que 25 % à 50 % des familles auprès desquelles intervenaient les CRP avaient recours aux relevailles (Beaudoin et al., 2002). La présente étude offre maintenant des résultats sans équivoque quant à l'utilisation et aux retombées de ce service auprès des familles utilisatrices. Il n'en demeure pas moins que comme l'indiquait Beaudoin et al. (2002), il y a plus de treize ans, le champ de la périnatalité en est encore à la croisée des chemins sur le plan des services à maintenir auprès des familles, de leur financement et de leur mode d'organisation. Il importe donc de poursuivre les recherches en ce qui a trait aux déterminants de l'utilisation des relevailles, mais aussi en regard des collaborations entre les organismes qui les offrent et les établissements de santé et des services sociaux responsables de la prestation des soins et services périnataux. Dans un contexte de refontes politiques, de réorganisations structurelles et de restrictions budgétaires, les résultats ici présentés témoignent de l'importance des relevailles et des retombées de cette innovation sociale qui gagne à être mobilisée pour promouvoir la santé et le bien-être des familles.



## Références

- Asscher, J. J., Hermanns, J., Deković, M., & Reitz, E. (2007). Predicting the effectiveness of the Home-Start parenting support program. *Children and Youth Services Review*, 29(2), 247-263. doi: 10.1016/j.chilyouth.2006.07.002
- Barlow, J., Stewart-Brown, S., Callaghan, H., Tucker, J., Brocklehurst, N., Davis, H., & Burns, C. (2003). Working in partnership: the development of a home visiting service for vulnerable families. *Child Abuse Review*, 12(3), 172-189. doi: 10.1002/car.796
- Barnes, M., Pratt, J., Finlayson, K., Courtney, M., Pitt, B., & Knight, C. (2008). Learning about baby: what new mothers would like to know. *The Journal of perinatal education*, 17(3), 33-41. doi: 10.1624/105812408x329584
- Beaudoin, A., Champoux, L., Harvey, M.-È., Simard, P., St-Amand, A., & Turcotte, D. (2002). *Rapport d'évaluation des centres de ressources périnatales*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires.
- Borgès Da Silva, R., Contandriopoulos, A.-P., Pineault, R., & Tousignant, P. (2011). Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé: concepts et mesures. *Pratiques et organisation des soins*, 42(1), 11-18. doi: 10.3917/pos.421.0011
- Börjesson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 588-594. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02950.x
- Brotherson, S. E. (2007). From Partners to Parents: Couples and the Transition to Parenthood. *International Journal of Childbirth Education*, 22(2), 7-12.
- Campbell, M. K., Fayers, P. M., & Grimshaw, J. M. (2005). Determinants of the intracluster correlation coefficient in cluster randomized trials: the case of implementation research. *Clin Trials*, 2(2), 99-107. doi: 10.1191/1740774505cn071oa
- Comeau, Y., Turcotte, D., Beaudoin, A., Chartrand-beauregard, J., Harvey, M.-è., Maltais, D., . . . Simard, P. (2002). L'économie sociale et le Sommet socioéconomique de 1996 : le bilan des acteurs sur le terrain. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 15(2), 186-202. doi: 10.7202/008923ar
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. (2nd<sup>e</sup> éd.). Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Cronin, C. (2003). First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 260-267. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00684.x

- D'Amours, M. (2006). *L'économie sociale au Québec : cadre théorique, histoire, réalités et défis*. Montréal: Éditions Saint-Martin, ARUC-Économie sociale.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.006
- de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., & Dubeau, D. (2010). À la rencontre des parents: des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 1-5.
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Devault, A. (2012). Transition to fatherhood: modeling the experience of fathers of breastfed infants. *Advances in Nursing Science*, 35(3), E11-E22. doi: 10.1097/ANS.0b013e3182626167
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1), 30. doi: 10.1186/1471-2393-8-30
- Desrochers, N., & Paquet, G. (1985). Recherche socio-évaluative de l'impact de l'intervention marrainage du Groupe Les Relevailles. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 8-14. doi: 10.7202/030262ar
- Doucet, S., Letourneau, N., & Blackmore, E. R. (2012). Support needs of mothers who experience postpartum psychosis and their partners. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 41(2), 236-245. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01329.x
- El-Haddadeh, R., Irani, Z., Millard, J., & Schröder, A. (2014). Toward a Coherent Methodological Framework for Examining Social Innovation in the Public Sector. *Information Systems Management*, 31(3), 250-258. doi: 10.1080/10580530.2014.923269
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134-2156. doi: 10.1111/1475-6773.12117
- Fitzmaurice, G. M., Laird, N. M., & Ware, J. H. (2011). *Applied longitudinal analysis*. (2nd<sup>e</sup> éd.). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Greenacre, M. J., & Blasius, J. (1994). *Correspondence analysis in the social sciences : recent developments and applications*. London , Toronto: Academic Press.
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F., & Rodrigue, J. (2008). Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*, 6(2), 116-123. doi: 10.1370/afm.802

- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., Macnevin, R., & Nelson, M. A. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 31(1), 57-70. doi: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.673.31.1.57>
- Hamelin Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Borgès Da Silva, R., . . . Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale. *Santé publique*, 27(1).
- Hamelin Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., . . . Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale: une recension des écrits. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de "relevailles" offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec: Centre de recherche du CHU de Québec. Axe santé des populations et pratiques optimales en santé.
- Hanley, J., & Long, B. (2006). A study of Welsh mothers' experiences of postnatal depression. *Midwifery*, 22(2), 147-157. doi: 10.1016/j.midw.2005.08.004
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Points saillants sur certains indicateurs de 2009-2010 relatifs à l'accouchement au Canada*.
- Institut de la statistique du Québec. (2012). Recensement 2011. Repéré le 13 mai 2014 à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/recensement/2011/index.html>
- Institut de la statistique du Québec. (2014). Naissances et taux de natalité, Québec. Repéré le 27 mai 2014 à [http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213\\_Afich\\_Tabl.page\\_tabl?p\\_iden\\_tran=REPERM3JYQ20840040677642{u8.0&p\\_lang=1&P\\_M\\_O=ISQ&P\\_ID\\_SS\\_DOMN=819&P\\_ID\\_RAPRT=784](http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213_Afich_Tabl.page_tabl?p_iden_tran=REPERM3JYQ20840040677642{u8.0&p_lang=1&P_M_O=ISQ&P_ID_SS_DOMN=819&P_ID_RAPRT=784)
- Johnson, Z., Howell, F., & Molloy, B. (1993). Community mothers' programme: randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *Bmj*, 306(6890), 1449-1452.
- Johnson, Z., Molloy, B., Scallan, E., Fitzpatrick, P., Rooney, B., Keegan, T., & Byrne, P. (2000). Community mothers programme-seven year follow-up of a randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *Journal of Public Health*, 22(3), 337-342.
- Kanotra, S., D'Angelo, D., Phares, T. M., Morrow, B., Barfield, W. D., & Lansky, A. (2007). Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring

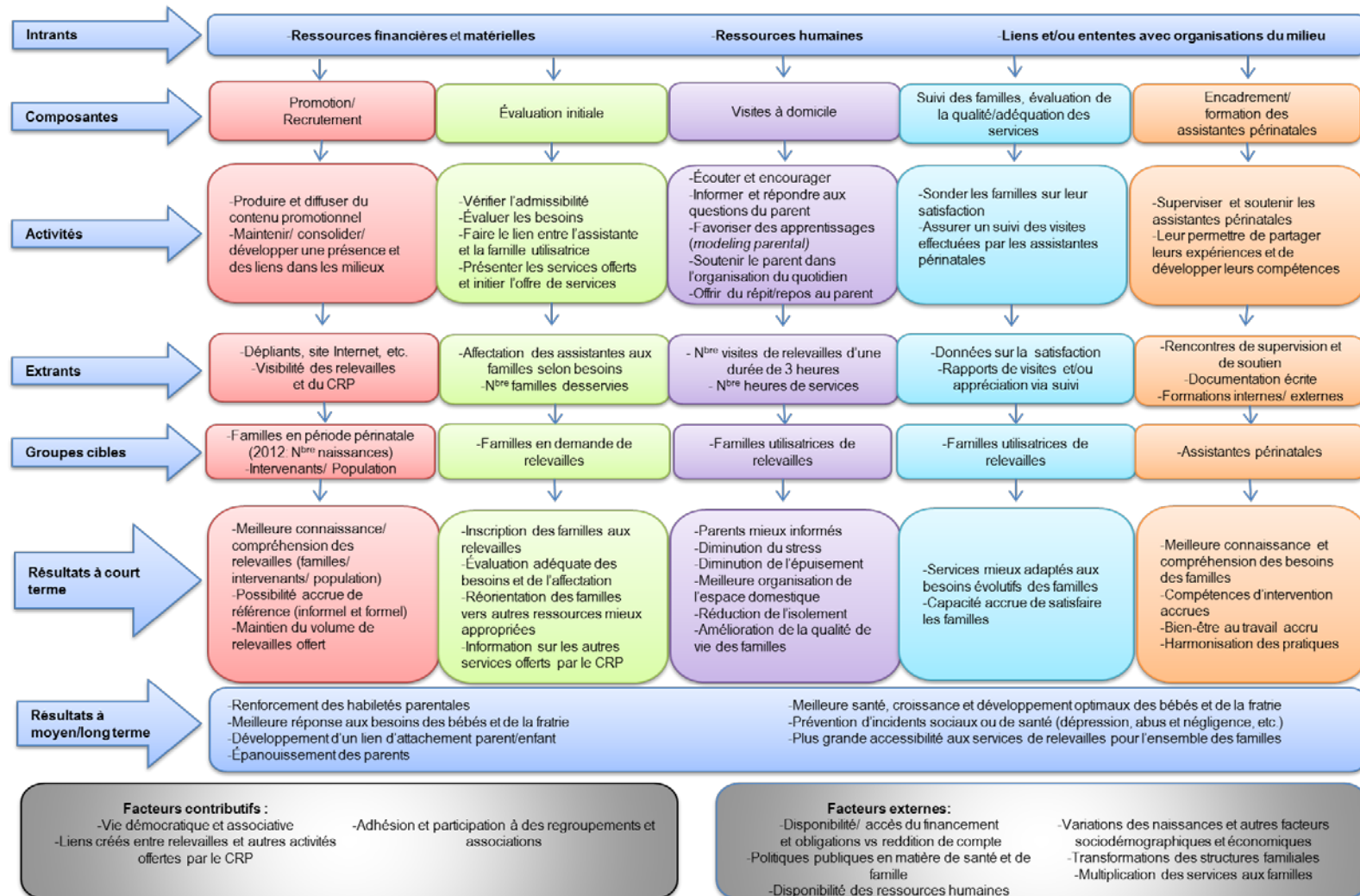
- System (PRAMS) survey. *Matern Child Health J*, 11(6), 549-558. doi: 10.1007/s10995-007-0206-3
- Kershaw, P., Anderson, L., Warburton, B., & Hertzman, C. (2009). 15 by 15: A Comprehensive Policy Framework for Early Human Capital Investment in BC. Vancouver, British Columbia: Business Council of British Columbia (BCBC) dans the Human Early Learning Partnership (HELP).
- Krlev, G., Bund, E., & Mildenerger, G. (2014). Measuring what matters—Indicators of social innovativeness on the national level. *Information Systems Management*, 31(3), 200-224. doi: 10.1080/10580530.2014.923265
- Lambert-Chan, M. (2014a). S.O.S. Relevailles. À la rescousse des parents ordinaires, *La Presse*. Repéré à <http://plus.lapresse.ca/screens/436632fc-53b5-b310-af50-3e1aac1c606d%7CJS5ZqMagem.html>
- Lambert-Chan, M. (2014c). S.O.S. Relevailles. Des relevailles près de chez vous, *La Presse+*. Repéré à <http://plus.lapresse.ca/screens/436632fc-53b5-b310-af50-3e1aac1c606d%7CJS5GKRKWzj9.html>
- Lambert-Chan, M. (2014e). S.O.S. Relevailles. Du répit pour parents débordés, *La Presse*. Repéré à <http://plus.lapresse.ca/screens/436632fc-53b5-b310-af50-3e1aac1c606d%7CJS5GKRKWzj9.html>
- Lambert-Chan, M. (2014g). S.O.S. Relevailles. Un ange envoyé par Dieu, *La Presse+*. Repéré à <http://plus.lapresse.ca/screens/436632fc-53b5-b310-af50-3e1aac1c606d%7CJS5blxIR23px.html>
- Lebart, L., Morineau, A., & Piron, M. (2000). *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. (3<sup>e</sup> éd.). Paris: Dunod.
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S., & Halstead, L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *J Perinat Neonatal Nurs*, 6(3), 1-14.
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C. L., Rinaldi, C. M., & Stoppard, J. (2007). Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 36(5), 441-449. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00174.x
- Lévesque, B. (2007). *Un siècle et demi d'économie sociale au Québec: plusieurs configurations en présence (1850-2007)*. Montréal: CRISES, ÉNAP, ARUC-ÉS.
- Lévesque, B., & Mendell, M. (2005). L'économie sociale: diversité des définitions et des constructions théoriques. *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, (32).

- MacPherson, K., Barnes, J., Nichols, M., & Dixon, S. (2009). Volunteer support for mothers with new babies: perceptions of need and support received. *Children & Society, 24*(3), 175-187.
- McConnell, D., Breitzkreuz, R., & Savage, A. (2012). Parent needs and family support service outcomes in a Canadian sample. *Journal of Social Work.*
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2014). Bref portrait de l'immigration permanente (Données d'admission). Repéré à [http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/FICHE\\_syn\\_an2013.pdf](http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/FICHE_syn_an2013.pdf)
- Moran, C. F., Holt, V. L., & Martin, D. P. (1997). What do women want to know after childbirth? *Birth, 24*(1), 27-34.
- Moran, P., Ghate, D., & van der Werwe, A. (2004). What works in parenting support? A review of the international literature: Research Report.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International journal of qualitative methods, 1*(2).
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J, 17*(4), 616-623. doi: 10.1007/s10995-012-1037-4
- O'Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2008). The quality of mixed methods studies in health services research. *Journal of Health Services Research & Policy, 13*(2), 92-98.
- O'Reilly, M., & Parker, N. (2013). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research, 13*(2), 190-197.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery, 27*(2), 237-242. doi: 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Roch, G., Deshaies, M.-H., Comeau, Y., Hamelin Brabant, L., Borgès Da Silva, R., de Montigny, F., & Mbourou Azizah, G. (2014). Caractéristiques des centres de ressources périnatales (CRP) et de leur programme de relevailles. Rapport de recherche volet 2. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de "relevailles" offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Québec, Canada: Centre de recherche du CHU de Québec.



- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65-72. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x
- Ryan, R. M., Tolani, N., & Brooks-Gunn, J. (2009). Relationship Trajectories, Parenting Stress, and Unwed Mothers' Transition to a New Baby. *Parenting, science and practice*, 9(1-2), 160-177. doi: 10.1080/15295190802656844
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Beland, F., Leggat, S. G., . . . Baker, G. R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Serv Manage Res*, 11(1), 24-41; discussion 41-28.
- Starfield, B. (1998). *Primary care : balancing health needs, services, and technology*. (Rev.<sup>e</sup> éd.). New York: Oxford University Press.
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2006). The concerns and interests of expectant and new parents: assessing learning needs. *J Perinat Educ*, 15(4), 18-27. doi: 10.1624/105812406x151385
- Taggart, A. V., Short, S. D., & Barclay, L. (2000). "She has made me feel human again" : an evaluation of a volunteer home-based visiting project for mothers. *Health and Social Care in the Community*, 8(1), 1-8.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., & Raynor, P. (2004). Increasing the visibility of coding decisions in team-based qualitative research in nursing. *International journal of nursing studies*, 41(1), 15-20.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.

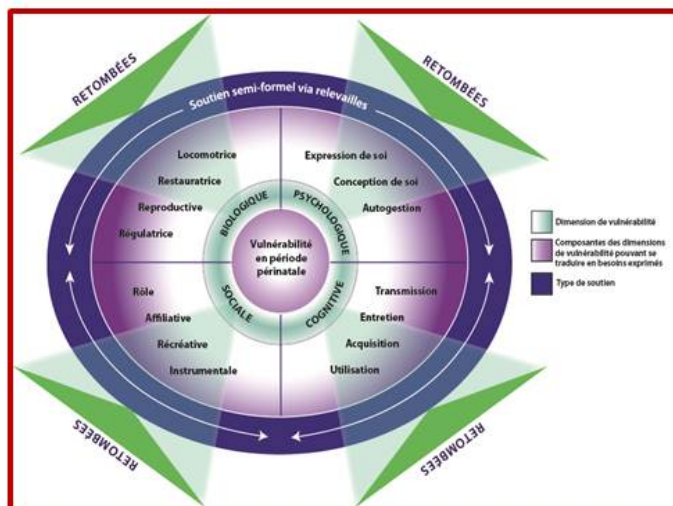
## Annexe 1 : Modèle logique du programme de relevaille





## Annexe 2 : Cadre d'évaluation intégré

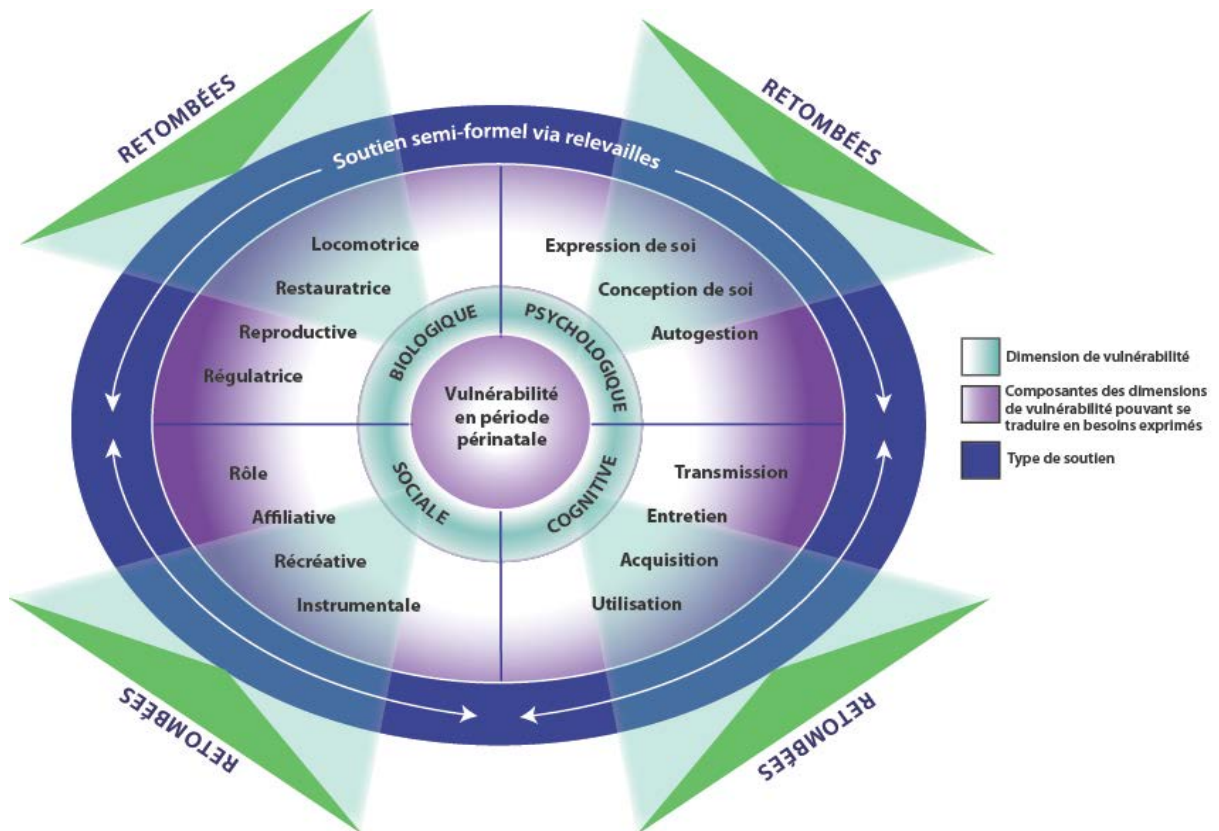
- Continuité des services
  - ✓ Continuité relationnelle
  - ✓ Concentration des visites
- Productivité
- Globalité



Modèle logique  
du programme  
de relevailles



### Annexe 3 : Cadre de référence analytique des entretiens



Adapté de Lessick et al. (1992), Moran et al. (2004) et Rogers (1997)



## **Annexe 4 : Description des composantes des dimensions de vulnérabilité**

La période périnatale comporte des dimensions biologique, psychologique, sociale et cognitive et de nombreux besoins qui conduisent à une situation complexe de vulnérabilité s'ils ne sont pas comblés.

### **Dimension biologique (physiologiques)**

Locomotrice : le mouvement et l'exercice

Restauratrice : le sommeil, le repos et la relaxation

Reproductive : aspects liés à la fonction sexuelle et aux changements physiologiques

Régulatrice : fonctions endocriniennes, métaboliques et neuronales

### **Dimension psychologique**

Expression de soi : l'affect et l'humeur (émotions)

Conception de soi : l'image corporelle et le concept de soi

Autogestion : l'adaptation

### **Dimension sociale**

Rôle : l'endossement d'un titre ou d'une position particulière

Affiliative : les relations interpersonnelles et d'appartenance

Récréative : les loisirs

Instrumentale : les soins aux enfants, les obligations financières, les tâches domestiques et familiales

### **Dimension cognitive**

Transmission d'informations : le langage, la parole et les séquences/processus de la pensée

Entretien de l'information : la conscience, l'attention et la mémoire

Acquisition d'information : la compréhension et l'apprentissage

Utilisation d'information : la résolution de problème et la prise de décision





## Annexe 5 : Fiche d'inscription

### FICHE D'INSCRIPTION

<b>A L'USAGE DU CRP :</b>		
<b>IDENTIFICATION</b> 1- Numéro de dossier : _____ 2- Date de la demande: _____ 3- Identifiant de l'intervenante et de la personne qui saisit le formulaire : _____ 4- Numéro d'établissement : _____	<b>IDENTIFICATION DES PARENTS</b> 5- Parent 1 responsable/ Est-ce? <input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> Le père <input type="checkbox"/> Le conjoint <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ 6- Année de naissance : _____	
	7- Parent 2 responsable / Est-ce? <input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> Le père <input type="checkbox"/> Le conjoint <input type="checkbox"/> Il n'y a pas de deuxième parent <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ 8- Année de naissance : _____	
9- Les parents : <input type="checkbox"/> Vivent ensemble <input type="checkbox"/> Sont séparés <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non-évalué	10- Contact avec le père : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> N/A	11- Si parents séparés, y a-t-il un autre conjoint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué 12- Année de naissance du conjoint : _____ 13- Sexe du conjoint : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
<b>INFORMATION SUR LE(S) BEBÉ(S) POUR LEQUEL LE SERVICE EST DEMANDÉ</b> 14- Grossesse multiple : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplés <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ 15- Adoption? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
16- Particularités pendant la grossesse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 17- Particularités pendant la grossesse : _____		
18- Particularités à l'accouchement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 19- Particularités à l'accouchement : _____		
20- Type de naissance : <input type="checkbox"/> Voie vaginale <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> AVAC <input type="checkbox"/> Périnérale <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	21- Lieu de naissance : <input type="checkbox"/> Maison de naissance <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Mère porteuse <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	22- Nombre de semaines de gestation : _____ 23- Poids à la naissance est connu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 24- Poids en livres ou en kilogrammes? <input type="checkbox"/> Livres <input type="checkbox"/> Kilogrammes 25- Poids à la naissance : _____ 26- Rang du (des) bébé(s) dans la fratrie : _____
27- Type d'alimentation : <input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Préparation commerciale <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Alimentation solide <input type="checkbox"/> Non-évalué		28- Particularités médicales? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 29- Particularités médicales du (des) bébé(s) : _____
<b>CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES</b> 30- Ville : _____		
	31- Parents immigrants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué	
32- Si immigrants, continent d'origine : <input type="checkbox"/> Afrique <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Océanie <input type="checkbox"/> Amérique du Sud <input type="checkbox"/> Amérique du Nord <input type="checkbox"/> Europe <input type="checkbox"/> Non-évalué	33- Pays d'origine connu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

34 - Préciser le pays si possible		35 - Année d'arrivée au Canada :	
36 - Langue parlée à la maison :		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	
37 - Situation familiale :	38 - Scolarité de la mère (niveau completé) :	39 - Scolarité du conjoint (niveau completé) :	
<input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Avec conjoint <input type="checkbox"/> Recomposée <input type="checkbox"/> Avec conjoint et adultes <input type="checkbox"/> Avec d'autres adultes <input type="checkbox"/> Homoparentalité (homme) <input type="checkbox"/> Homoparentalité (femme) <input type="checkbox"/> Non-évalué	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire 3 <input type="checkbox"/> Secondaire 5 <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Non-évalué	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire 3 <input type="checkbox"/> Secondaire 5 <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> N/A	

IDENTIFICATION DES AUTRES ENFANTS (0-23 MOIS)	
40 - Combien d'enfants entre 0 et 23 mois dans la famille ? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Non-évalué	
41 - Enfant 1 (0-23 mois) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
42 - Enfant 1 (0-23 mois) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
43 - Enfant 2 (0-23 mois) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
44 - Enfant 2 (0-23 mois) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
45 - Enfant 3 (0-23 mois) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
46 - Enfant 3 (0-23 mois) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
47 - Enfant 4 (0-23 mois) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
48 - Enfant 4 (0-23 mois) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
49 - Enfant 5 (0-23 mois) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
50 - Enfant 5 (0-23 mois) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
51 - Enfant 6 (0-23 mois) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
52 - Enfant 6 (0-23 mois) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
53 - Enfant 7 (0-23 mois) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
54 - Enfant 7 (0-23 mois) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
55 - Enfant 8 (0-23 mois) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
56 - Enfant 8 (0-23 mois) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
57 - Enfant 9 (0-23 mois) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
58 - Enfant 9 (0-23 mois) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
59 - Enfant 10 (0-23 mois) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
60 - Enfant 10 (0-23 mois) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué

IDENTIFICATION DES AUTRES ENFANTS (2 ANS ET PLUS)	
61 - Combien d'enfants de 2 ans et plus dans la famille ? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Non-évalué	
62 - Enfant 1 (2 ans et plus) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
63 - Enfant 1 (2 ans et plus) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
64 - Enfant 2 (2 ans et plus) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
65 - Enfant 2 (2 ans et plus) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué
66 - Enfant 3 (2 ans et plus) - Année de naissance:	Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué
67 - Enfant 3 (2 ans et plus) - Statut :	Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué

68 - Enfant 4 (2 ans et plus) - Année de naissance:			
69 - Enfant 4 (2 ans et plus) - Statut : Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué			
70 - Enfant 5 (2 ans et plus) - Année de naissance:			
71 - Enfant 5 (2 ans et plus) - Statut : Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué			
72 - Enfant 6 (2 ans et plus) - Année de naissance:			
73 - Enfant 6 (2 ans et plus) - Statut : Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué			
74 - Enfant 7 (2 ans et plus) - Année de naissance:			
75 - Enfant 7 (2 ans et plus) - Statut : Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué			
76 - Enfant 8 (2 ans et plus) - Année de naissance:			
77 - Enfant 8 (2 ans et plus) - Statut : Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué			
78 - Enfant 9 (2 ans et plus) - Année de naissance:			
79 - Enfant 9 (2 ans et plus) - Statut : Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué			
80 - Enfant 10 (2 ans et plus) - Année de naissance:			
81 - Enfant 10 (2 ans et plus) - Statut : Fratrie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué Vivant à la maison : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> à mi-temps <input type="checkbox"/> Non-évalué			
<b>CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES</b>			
82 - Revenu familial net pour l'année en cours :	Source habituelle principale de revenu	85 - Mère :	86 - Conjoint :
<input type="checkbox"/> 00 - 20 000 \$	Emploi régulier, temps plein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20 001 \$ - 40 000 \$	Emploi régulier, temps partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 40 001 \$ - 60 000 \$	Emploi occasionnel/saisonnier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 60 001 \$ - 80 000 \$	Travailleur autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 80 001 \$ - 100 000 \$	Assurance-chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 100 001 \$ - 120 000 \$	Assistance sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 120 001 \$ et plus	Prêt/bourse (étudiants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ne veut pas	Allocation d'un autre adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	Non-évalué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre (précisez) :		
83 - Nombre de personnes qui vivent avec ce revenu est connu : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
84 - Nombre de personnes qui vivent avec ce revenu : Adultes : _____ Enfants : _____			
<b>BESOINS EXPRIMÉS</b>			
	87 - Cochez les besoins exprimés spontanément :	88 - Cochez les besoins exprimés après proposition des services disponibles:	89 - À quel moment avez-vous ressenti le besoin d'utiliser le service de relevailles? (90 - Précisez l'âge du bébé: _____ )
Soutien à l'organisation familiale quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dès la naissance
Soutien pour les différents besoins du bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L'âge du bébé
Soutien pour le ménage (et/ou lavage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soutien moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soutien à l'allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Durant la grossesse
Préparation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Non-évalué
Information sur les ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Briser l'isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repos / besoin de répit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accompagnement à des rendez-vous / commissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Information sur l'introduction de nouveaux aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soutien pour s'occuper de la fratrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pas de besoin spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Non-évalué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RÉFÉRENCE ET CONNAISSANCE DES CRP			
<b>91 - Avez-vous été référé par un professionnel?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-évalué		<b>92 - Si oui par qui? (une seule réponse)</b> <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Travailleuse sociale <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Autre professionnel de santé <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	
<b>93 - Si oui pour quel motif?</b>			
RÉFÉRENCE ET CONNAISSANCE DES CRP (SUITE)			
<b>94 - Comment avez-vous découvert les CRP?</b> <input type="checkbox"/> Référence par un professionnel de santé <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Notre site internet <input type="checkbox"/> Maison de naissance <input type="checkbox"/> Autre site internet <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Renouvellement de services <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			
ÉVÉNEMENTS DES 12 DERNIERS MOIS		GROSSESSE	
<b>95 - Dans les 12 derniers mois j'ai vécu (Cochez toutes les cases qui s'appliquent) :</b> <input type="checkbox"/> Une séparation et/ou un divorce <input type="checkbox"/> Un décès (personne proche) <input type="checkbox"/> Un décès (personne éloigné) <input type="checkbox"/> Un accident  <input type="checkbox"/> Annonce d'une maladie sévère <input type="checkbox"/> Une perte d'emploi <input type="checkbox"/> Des difficultés financières <input type="checkbox"/> Une dépression <input type="checkbox"/> Un deuil périnatal <input type="checkbox"/> Des traitements en fertilité <input type="checkbox"/> Un changement de pays <input type="checkbox"/> Un déménagement <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		<b>96 - Grossesse (cocher toutes les cases qui s'appliquent) :</b> <input type="checkbox"/> J'ai vécu une grossesse et un accouchement sans difficultés <input type="checkbox"/> J'ai eu des complications durant la grossesse ou à l'accouchement <input type="checkbox"/> J'ai accouché d'un bébé prématuré <input type="checkbox"/> J'ai accouché dans le milieu souhaité (hôpital, maison de naissance, résidence) <input type="checkbox"/> À la naissance, mon bébé était de petit poids <input type="checkbox"/> J'ai plusieurs enfants en bas âge (grossesses rapprochées) <input type="checkbox"/> J'ai eu une grossesse multiple (2 et +) <input type="checkbox"/> J'ai eu des difficultés à trouver un médecin/ une sage-femme <input type="checkbox"/> Non-évalué <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	
DEPUIS L'ACCOUCHEMENT ...			
<b>97 - Depuis que j'ai accouché je peux compter sur le soutien régulier de ... (cocher toutes les cases qui s'appliquent) :</b>			
	Plusieurs fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois
Mon (ma) conjoint (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membres de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes ami(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organismes communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLSC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressources privées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne, je dois me débrouiller seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (98 - précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-évalué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>99 - Depuis que je suis parent je me sens :</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> À l'aise pour répondre aux besoins de mon enfant</li><li><input type="checkbox"/> Parfois dépassée par les besoins de mon enfant</li><li><input type="checkbox"/> Souvent dépassée par les besoins de mon enfant</li><li><input type="checkbox"/> Je me pose beaucoup de questions</li><li><input type="checkbox"/> Difficulté dans ma relation de couple</li><li><input type="checkbox"/> Difficulté dans l'organisation familiale</li><li><input type="checkbox"/> Difficulté dans l'éducation de mes enfants</li><li><input type="checkbox"/> Difficulté à l'adaptation de mon rôle de parent</li><li><input type="checkbox"/> Non-évalué</li><li><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</li></ul>
<p>100 - Date de naissance de l'enfant (JJ/MM/AAAA) pour lequel le service de relevailles est demandé et commentaires divers :</p>



## Annexe 6 : Fiche de visite

### FICHE DE VISITE

**A L'USAGE DU CRP :**

IDENTIFICATION			
1 -	Date de la visite:		
2 -	Numéro de dossier :		
3 -	Identifiant de l'intervenante et de la personne qui saisit le formulaire :		
4 -	Numéro d'établissement :		
5 -	Heure d'arrivée de l'intervenante :		
6 -	Heure de départ de l'intervenante :		
7 -	Est-ce une visite prénatale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
BESOINS EXPRIMÉS			
		<b>8 - Cochez les besoins exprimés spontanément:</b>	<b>9 - Cochez les besoins exprimés après proposition des services disponibles:</b>
Soutien à l'organisation familiale quotidienne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien pour les différents besoins du bébé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien pour le ménage (et/ou lavage)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien moral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien à l'allaitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation des repas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur les ressources		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Briser l'isolement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repos / besoin de répit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement à des rendez-vous / commissions		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur l'introduction de nouveaux aliments		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien pour s'occuper de la fratrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de besoin spécifique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-évalué		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÂCHES EFFECTUÉES PENDANT LA VISITE			
10 - Remplir la fiche d'inscription : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
11 - Écouter :		12 - Encourager :	
<input type="checkbox"/> Écoute active de la mère		<input type="checkbox"/> Encourager la mère sur ses capacités parentales	
<input type="checkbox"/> Écoute active du père		<input type="checkbox"/> Encourager le père sur ses capacités parentales	
<input type="checkbox"/> Discussion avec la mère		<input type="checkbox"/> Souligner les bons coups de la mère	
<input type="checkbox"/> Discussion avec le père		<input type="checkbox"/> Souligner les bons coups du père	
<input type="checkbox"/> Non-évalué		<input type="checkbox"/> Non-évalué	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	



<p><b>13 - Informer et encourager : À propos des parents ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Donner des trucs pour prendre du répit</li> <li><input type="checkbox"/> Références à d'autres ressources</li> <li><input type="checkbox"/> Informer les parents sur les ressources disponibles dans la région</li> <li><input type="checkbox"/> Renseigner les parents sur les ateliers existants pour les 0-1 an</li> <li><input type="checkbox"/> Apporter de l'information sur les ressources en allaitement</li> <li><input type="checkbox"/> Démontrer aux parents l'importance de demander de l'aide de son entourage</li> <li><input type="checkbox"/> Accompagner les parents vers une ressource identifiée</li> <li><input type="checkbox"/> Échange et remise de documentation</li> <li><input type="checkbox"/> Non-évalué</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</li> </ul>	<p><b>14 - Informer et encourager : À propos du bébé ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Outiller les parents sur les soins à donner au bébé ou sur l'éducation (alimentation, sommeil, pleurs, santé, discipline, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Informer sur l'alimentation du bébé</li> <li><input type="checkbox"/> Stimuler le bébé en présence du parent (jeux)</li> <li><input type="checkbox"/> Inciter les parents à prendre plus souvent leur bébé (massage, portage)</li> <li><input type="checkbox"/> Informer les parents sur les besoins affectifs de leur bébé</li> <li><input type="checkbox"/> Communiquer aux parents les capacités sensorielles du bébé (ex : activités de stimulation)</li> <li><input type="checkbox"/> Échange et remise de documentation</li> <li><input type="checkbox"/> Non-évalué</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</li> </ul>																		
<b>TÂCHES EFFECTUÉES PENDANT LA VISITE (SUITE)</b>																			
<p><b>15 - Soutenir l'organisation du quotidien :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Préparer un repas avec les parents</li> <li><input type="checkbox"/> Accompagner chez le médecin, au CLSC</li> <li><input type="checkbox"/> Accompagner pour des activités extérieures</li> <li><input type="checkbox"/> Aide au niveau de l'organisation du milieu</li> <li><input type="checkbox"/> Non-évalué</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</li> </ul> <p><b>17 - Offrir du répit : Dans la maison ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ranger la maison, ramasser globalement les jouets et autres</li> <li><input type="checkbox"/> Faire la lessive et plier du linge</li> <li><input type="checkbox"/> Préparer des repas, des collations, des purées</li> <li><input type="checkbox"/> Préparation des aliments (couper des légumes/fruits, laver des légumes/fruits)</li> <li><input type="checkbox"/> Faire du ménage (passer le balai, aspirateur...)</li> <li><input type="checkbox"/> Nettoyer la salle de bain</li> <li><input type="checkbox"/> Sortir les poubelles / recyclage</li> </ul>	<p><b>16 - Offrir du répit : En s'occupant des enfants ...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Donner des soins au bébé (bain, kiberon, couches, amuser, stimuler, bercer, portage, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Donner des soins aux autres enfants (bain, coiffer, habiller, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Aller à l'extérieur avec les enfants (promenade, parc, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Amuser les enfants (jeux, lecture, musique, danse, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> ---</li> <li><input type="checkbox"/> Donner à manger aux enfants</li> <li><input type="checkbox"/> Donner à manger au bébé (kiberon, purée, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Non-évalué</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Laver les surfaces de cuisine</li> <li><input type="checkbox"/> Remplir/vider le lave-vaisselle</li> <li><input type="checkbox"/> Faire la vaisselle</li> <li><input type="checkbox"/> Laver les kiberons (laver/stériliser/remplir les kiberons)</li> <li><input type="checkbox"/> Arroser les plantes</li> <li><input type="checkbox"/> Faire les lits</li> <li><input type="checkbox"/> Non-évalué</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</li> </ul>																		
<b>DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE ET CONTEXTE</b>																			
<p><b>18 - Déroulement de la rencontre et contexte :</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aucun problème</td> <td><input type="checkbox"/> Plusieurs visiteurs</td> <td><input type="checkbox"/> Entretien ménager nécessaire - léger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mère découragée</td> <td><input type="checkbox"/> Mère malade</td> <td><input type="checkbox"/> Entretien ménager nécessaire - moyen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Père découragé</td> <td><input type="checkbox"/> Père malade</td> <td><input type="checkbox"/> Entretien ménager nécessaire - élevé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autres enfants turbulents</td> <td><input type="checkbox"/> Contact et échange difficiles avec les parents</td> <td><input type="checkbox"/> Environnement insalubre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfant(s) malade(s)</td> <td><input type="checkbox"/> Bébé pleure beaucoup</td> <td><input type="checkbox"/> Non-évalué</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Aucun problème	<input type="checkbox"/> Plusieurs visiteurs	<input type="checkbox"/> Entretien ménager nécessaire - léger	<input type="checkbox"/> Mère découragée	<input type="checkbox"/> Mère malade	<input type="checkbox"/> Entretien ménager nécessaire - moyen	<input type="checkbox"/> Père découragé	<input type="checkbox"/> Père malade	<input type="checkbox"/> Entretien ménager nécessaire - élevé	<input type="checkbox"/> Autres enfants turbulents	<input type="checkbox"/> Contact et échange difficiles avec les parents	<input type="checkbox"/> Environnement insalubre	<input type="checkbox"/> Enfant(s) malade(s)	<input type="checkbox"/> Bébé pleure beaucoup	<input type="checkbox"/> Non-évalué			<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> Aucun problème	<input type="checkbox"/> Plusieurs visiteurs	<input type="checkbox"/> Entretien ménager nécessaire - léger																	
<input type="checkbox"/> Mère découragée	<input type="checkbox"/> Mère malade	<input type="checkbox"/> Entretien ménager nécessaire - moyen																	
<input type="checkbox"/> Père découragé	<input type="checkbox"/> Père malade	<input type="checkbox"/> Entretien ménager nécessaire - élevé																	
<input type="checkbox"/> Autres enfants turbulents	<input type="checkbox"/> Contact et échange difficiles avec les parents	<input type="checkbox"/> Environnement insalubre																	
<input type="checkbox"/> Enfant(s) malade(s)	<input type="checkbox"/> Bébé pleure beaucoup	<input type="checkbox"/> Non-évalué																	
		<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :																	
<p><b>19 - Objectif de la rencontre respecté selon les besoins exprimés (cf questions 8 et 9) :</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>																			
<p><b>20 - Situation particulière lors de la rencontre?</b></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>																			
<p><b>21 - Situation particulière qui demande un suivi :</b></p>																			

22 - Les parents ont-ils demandé une autre rencontre? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
23 - Suivi à faire lors de la prochaine visite? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
24 - Suivi à faire lors de la prochaine visite :	
25 - Est-ce que le service se poursuit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
26 - Arrêt de services pour la (ou les) raison(s) suivante(s) : <input type="checkbox"/> Déménagement <input type="checkbox"/> Ne veut pas plus de services <input type="checkbox"/> L'intervenante juge qu'il n'est pas nécessaire de continuer les services <input type="checkbox"/> Fin de la gratuité <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	27 - Commentaires :



## Annexe 7 : Variables indépendantes liées au contexte organisationnel

Variables	Catégories
Nombre d'assistantes périnatales dans un CRP	2, 4, 4, 5, 6, 7, 9
Type de mission CRP	Périnatalité Périnatalité et famille
Densité de la région d'intervention	0 à 100 habitants/km <sup>2</sup> 101 à 1000 habitants/km <sup>2</sup> plus de 1000 habitants/km <sup>2</sup>
Subvention CRP alloué	100 000 à 124 999 \$ 125 000 à 149 999 \$ plus de 150 000 \$
Nb familles rejointes par année (toutes activités)	250 à 499 500 à 749 750 à 999 plus de 1000
Total d'heures relevailles fournies	moins de 1000 heures entre 1000 et 2000 heures plus de 2000 heures



## Annexe 8 : Variables indépendantes liées aux caractéristiques des familles

Variables	Catégories
Âge du parent demandeur	Continue
Sexe du parent demandeur	Femme Homme
Parents immigrants	Oui Non
Situation familiale	Avec conjoint/recomposée Monoparentale
Scolarité de la mère	Primaire/Secondaire Professionnel Collégial Universitaire
Revenu familial net pour l'année en cours	0-20 000 \$ 20 001 à 40 000 \$ 40 001 à 60 000 \$ 60 001 à 80 000 \$ 80 001 à 100 000 \$ 100 001 \$ et plus
Référence par un professionnel	Oui Non
Grossesse multiple	Oui Non
Présence d'autres enfants	Oui Non
Nombre total autres enfants	Continue
Âge du bébé au début des relevailles	Continue
Difficultés psychosociales	Oui Non
Accès régulier à d'autres sources de soutien	Oui Non



## Annexe 9 : Variables indépendantes liées aux besoins motivant l'inscription aux relevailles

Variables	Catégories
Soutien à l'organisation familiale quotidienne	Oui Non
Soutien pour les différents besoins du bébé	Oui Non
Soutien pour le ménage et/ou lavage	Oui Non
Soutien moral	Oui Non
Soutien à l'allaitement	Oui Non
Préparation des repas	Oui Non
Information sur les ressources	Oui Non
Briser l'isolement	Oui Non
Repos/besoin de répit	Oui Non
Accompagner à des rendez-vous/ commissions	Oui Non
Information sur l'alimentation, la santé et le développement du bébé	Oui Non
Soutien pour s'occuper de la fratrie	Oui Non
Sommeil	Oui Non
Gardiennage	Oui Non





## Annexe 10 : Guide d'entretien individuel

Entretien #  
Date et heure :  
Lieu :  
CRP concerné :  
Pseudonyme du ou de la participant(e) :  
Durée :

### **Introduction**

*Présentation de l'intervieweuse; Présentation des objectifs de l'entretien; Présentation du déroulement de l'entretien; Explication et signature du formulaire de consentement*

### **Ouverture**

1. Comment avez-vous connu le CRP X? Comment avez-vous été mis en contact avec cet organisme?
2. Quels services de relevailles avez-vous reçus? À quel moment de la grossesse ou de la période suivant l'accouchement avez-vous reçu ces services? Avez-vous eu recours à d'autres services offerts par le CRP? *PROBE : TYPES D'ACTIVITÉS; NOMBRE DE VISITES; PÉRIODE COUVERTE*

### **Contexte familial et social du participant**

3. Afin de me permettre de vous connaître un peu plus, j'aimerais que vous me parliez de vous, des membres de votre famille et de votre réseau social. *PROBE : SITUATION CONJUGALE ET FAMILIALE; NOMBRE D'ENFANTS; PRÉSENCE D'UN RÉSEAU ÉLARGI (AMIS, FAMILLE); PROXIMITÉ GÉOGRAPHIQUE DU RÉSEAU DE SOUTIEN*

### **Conditions de vulnérabilité**

4. Comment se sont passés la grossesse, l'accouchement, les premiers mois de vie avec le bébé?
5. Lorsque vous êtes entré en contact avec le CRP, quels étaient vos besoins? Quelles étaient vos attentes? Est-ce que vous faisiez face à une situation particulière? *PROBE : CONDITIONS BIOLOGIQUES, PSYCHOLOGIQUES, SOCIALES ET COGNITIVES DE VULNÉRABILITÉ*

### **Réponse aux besoins à travers l'expérience vécue**

6. Comment s'est déroulée votre expérience avec les relevailles offertes par le CRP X? Pourriez-vous nous la décrire? *PROBE : ÉVOLUTION DES ATTENTES ET BESOINS AU CONTACT DE L'ORGANISME; CONTINUITÉ DE L'INTERVENTION (MÊME INTERVENANTE).*
7. Pouvez-vous me décrire une visite typique de l'assistante périnatale?
8. QUESTION FACULTATIVE (approfondissement) : Pouvez-vous me décrire un peu plus en détail un événement marquant, positif et/ou négatif, de votre expérience avec les relevailles du CRP X?
9. Dans quelle mesure les relevailles ont-elles répondu à vos besoins? Ont-elles répondu à vos attentes? *PROBE : DÉVELOPPER POSITIF/NÉGATIF - SATISFACTION SELON CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISMES (DURÉE, HEURES DE SERVICES, ACTIVITÉS, RÉFÉRENCES, DISPONIBILITÉ); CRÉATION D'UN RÉSEAU*
10. Comment s'est passée l'expérience des relevailles pour votre conjoint(e) – père/mère? Comment cette expérience a-t-elle été semblable ou différente à la vôtre? Qu'en avez-vous retiré? Qu'en a retiré votre conjoint(e) - père/mère?

11. Dans quelle mesure la situation, les attentes et les besoins de votre conjoint(e) – père/mère ont-ils été pris en compte par le CRP X?

### **Retombées**

12. Qu'est-ce que vous retenir d'important dans cette expérience? Est-ce que le recours aux relevailles a changé quelque chose pour vous et/ou vos proches? *PROBE : CONTEXTE INDIVIDUEL, FAMILIAL, SOCIAL ET PROFESSIONNEL; RELATION AVEC VOUS-MÊME, AVEC NOUVEAU-NÉ, AVEC AUTRES ENFANTS, AVEC CONJOINT*

### **Recours à d'autres services**

13. Au cours de la grossesse ou après la naissance, vous a-t-on référé ou avez-vous fait appel à d'autres services, notamment les services de professionnels de santé, que ceux offerts par le CRP X? Lesquels? Comment ça s'est passé?
14. D'après votre expérience, en quoi les services de relevailles qui vous ont été offerts par le CRP X sont-ils semblables ou différents des autres services offerts aux nouveaux parents?

### **Appréciation générale des relevailles**

15. De manière générale comment qualifieriez-vous votre appréciation des relevailles?
16. Ressentez-vous ou avez-vous ressenti d'autres besoins auxquels les relevailles ne sont pas en mesure de répondre?

### **Conclusion**

17. Y a-t-il d'autres éléments que vous aimeriez ajouter à cette discussion? Est-ce qu'on a fait le tour de ce qui vous semblait important?

### **Fin de l'entretien :**

*Demander aux participants de remplir le questionnaire anonymisé sur les données sociodémographiques (données nécessaires à la description de l'échantillon). Remerciements et gestion de la suite.*

## Annexe 11 : Guide d'entretien de groupe

### GUIDE D'ENTRETIEN DE GROUPE – Utilisateur de services de relevailles

Groupe de discussion #  
 Date et heure :  
 Lieu :  
 CRP concerné :  
 Nombre de participants (F/H) :  
 Durée :

#### **Introduction**

*Présentation de l'animatrice; Présentation des objectifs du groupe de discussion; Présentation du déroulement du groupe de discussion; Explication et signature du formulaire de consentement*

#### **Ouverture**

1. Comment avez-vous connu le CRP X? Comment avez-vous été mis en contact avec cet organisme?
2. Quels services de relevailles avez-vous reçus? Avez-vous eu recours à d'autres services offerts par le CRP? *PROBE : TYPES D'ACTIVITÉS, NOMBRE DE VISITES, PÉRIODE COUVERTE*

#### **Conditions de vulnérabilité**

3. Lorsque vous êtes entré en contact avec le CRP, quels étaient vos besoins? Quelles étaient vos attentes? *PROBE : CONDITIONS BIOLOGIQUES, PSYCHOLOGIQUES, SOCIALES ET COGNITIVES DE VULNÉRABILITÉ*

#### **Réponse aux besoins à travers l'expérience vécue**

4. Comment s'est déroulée votre expérience avec les relevailles offertes par le CRP X? Qu'en avez-vous retiré? *PROBE : ÉVOLUTION DES ATTENTES ET BESOINS AU CONTACT DE L'ORGANISME; CONTINUITÉ DE L'INTERVENTION (MÊME INTERVENANTE)*
5. Dans quelle mesure les relevailles ont-elles répondu à vos besoins? Ont-elles répondu à vos attentes? *PROBE : DÉVELOPPER POSITIF/NÉGATIF - SATISFACTION SELON CARACTÉRISTIQUES DES ORGANISMES (DURÉE, HEURES DE SERVICES, ACTIVITÉS, RÉFÉRENCES, DISPONIBILITÉ); CRÉATION D'UN RÉSEAU*
6. Comment est vécue l'expérience des relevailles pour les pères et pour les mères? Qu'en retirent les pères? Qu'en retirent les mères? Comment cette expérience est-elle semblable ou différente pour chacun?

7. Dans quelle mesure les attentes et les besoins des pères et des mères sont-ils pris en compte par le CRP? *PROPRE : INTÉRÊT À CIBLER PARTICULARITÉS SELON GENRE; OFFRE DIFFÉRENCIÉE, GLOBALE, COMPLÉMENTAIRE OU AUTRE*

### **Retombées**

8. Qu'est-ce que vous retenez d'important dans cette expérience? Est-ce que le recours aux relevailles a changé quelque chose pour vous et/ou vos proches? *PROBE : CONTEXTE INDIVIDUEL, FAMILIAL, SOCIAL ET PROFESSIONNEL; RELATION AVEC VOUS-MÊME, AVEC NOUVEAU-NÉ, AVEC AUTRES ENFANTS, AVEC CONJOINT*

### **Recours à d'autres services**

9. Au cours de la grossesse ou après la naissance, vous a-t-on référé ou avez-vous fait appel à d'autres services, notamment les services de professionnels de santé, que ceux offerts par le CRP X? Lesquels? Comment ça s'est passé?
10. D'après votre expérience, en quoi les services de relevailles qui vous ont été offerts par le CRP X sont-ils semblables ou différents des autres services offerts aux nouveaux parents?

### **Appréciation générale des relevailles**

11. De manière générale, comment qualifieriez-vous votre appréciation des relevailles?

### **Conclusion**

12. Y a-t-il d'autres éléments que vous aimeriez ajouter à cette discussion? Est-ce qu'on a fait le tour de ce qui vous semblait important?

### **Fin de l'entretien :**

*Demander aux participants de remplir le questionnaire anonymisé sur les données sociodémographiques (données nécessaires à la description de l'échantillon). Remerciements et gestion de la suite.*

## Annexe 12 : Questionnaire sociodémographique



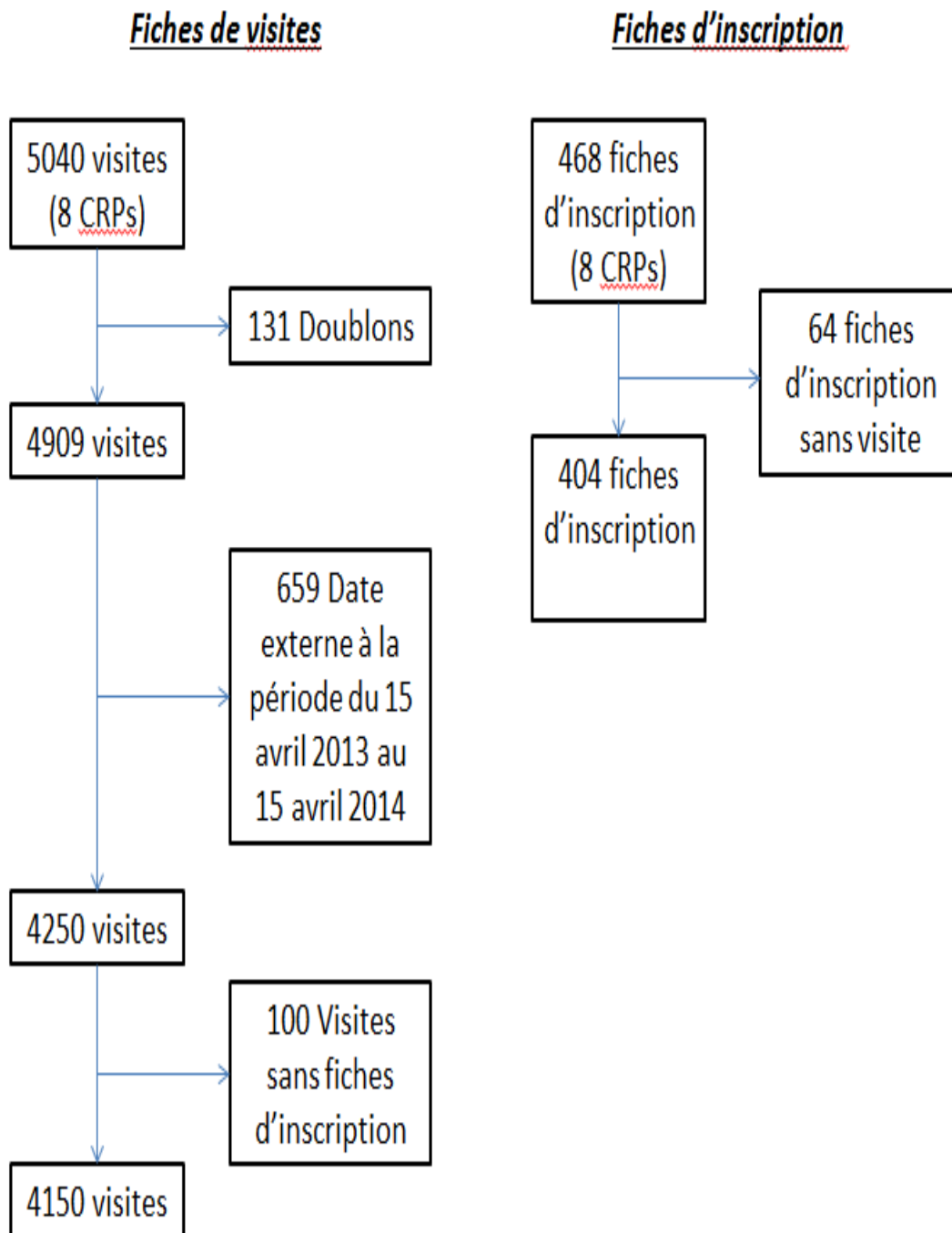
D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec

Questionnaire – Données sociodémographiques (participants entretiens individuels ou de groupe)

- 
1. Sexe :       Féminin       Masculin
2. Âge :
- 18-21 ans     22-25 ans     26-29 ans     30-33 ans     34-37 ans
- 38-41 ans     42 ans et +
3. Situation familiale :
- Monoparental (e)
- En couple avec le père/la mère du bébé pour lequel les relevailles sont demandées
- En couple avec un(e) conjoint(e) qui n'est pas le père/la mère du bébé
4. Enfants :
- 4.1 L'enfant pour lequel les relevailles ont été demandées est-il votre premier bébé?
- Oui     Non
- 4.2 Avez-vous d'autres enfants sous votre responsabilité?     Oui     Non
- 4.3 Combien d'autres enfants (excluant le bébé)? \_\_\_\_\_
- 4.4 Âge de chacun des autres enfants (svp préciser s'il s'agit de mois ou d'années):
- 
5. Relevailles :
- 5.1 Jusqu'à maintenant, de combien de visites de relevailles avez-vous bénéficié? \_\_\_\_\_
- 5.2 Sur une période de combien de temps?
- 0-3 mois     4 à 6 mois     7 à 12 mois     plus de 12 mois
- 5.3 Recevez-vous encore des relevailles actuellement?     Oui     Non
6. Plus haut niveau de scolarité complété :
- Primaire     Secondaire 3     Secondaire 5     Professionnel
- Collégial     Universitaire
7. Revenu familial annuel actuel:
- 0\$ - 20 000\$     20 001\$ - 40 000\$     40 001\$ - 60 000\$
- 60 001\$ - 80 000\$     80 001\$ - 100 000\$     100 001\$ - 120 000\$     120 001\$ et plus
- Refus de répondre
8. Pays d'origine :
- 8.1 Quel est votre pays d'origine? \_\_\_\_\_
- 8.2 Si votre pays d'origine n'est pas le Canada, depuis combien de temps habitez-vous au Canada? \_\_\_\_\_



## Annexe 13 : Organigramme de la sélection des données







## Annexe 14 : Description des profils de globalité

**Le profil « instrumental »** : Utilisation des services centrée sur les tâches domestiques (faire le ménage, la lessive, la vaisselle, nettoyer la salle de bain). En fait, 9 items de la fiche de visite se rapportant à cette catégorie de tâches sont associés avec ce profil. On retrouve seulement 2 items associés à d'autres catégories de tâches, soit les soins donnés au bébé et la stimulation du bébé par des jeux. Ce constat suggère que même lorsque les besoins des familles se situent surtout au niveau des tâches domestiques, l'assistante périnatale demeure en mesure d'offrir des soins au bébé, ce qui constitue une plus-value importante par rapport à des services d'aide domestique. Finalement, il importe de noter que ce profil n'est pas associé avec la majorité des items reliés au soutien psychologique et à l'information. En définitive, on peut avancer que ce profil se caractérise par le recours à des tâches plus techniques ou instrumentales et par une opposition nette avec les activités de nature plus « psychosociale » et « éducative ».

**Le profil « coaching »** : Utilisation des services centrée sur des tâches de soutien et d'information (à la fois sur les ressources et sur le bien-être du bébé et/ou des parents). À titre d'exemple, il est associé avec les 4 items de la fiche de visite se rattachant à la catégorie de tâches « écouter/encourager » et avec la majorité des items liés aux catégories « informer et outiller sur les ressources » et « informer et outiller à propos du bébé ou des parents » (11 items sur 13). Il s'oppose fortement à une utilisation centrée sur la réalisation des tâches domestiques. On note d'ailleurs que ce profil n'est pas associé avec 10 des 12 items rattachés à la catégorie « fournir de l'aide avec les tâches domestiques et l'organisation quotidienne ». On retrouve une seule tâche appartenant à cette catégorie, soit l'accompagnement à des activités extérieures. Sur cette base, on pourrait supposer que la visée de l'accompagnement n'est pas technique ou instrumental, mais plus de nature pédagogique.

**Le profil « nounou » :** Utilisation des services centrée sur des tâches relatives aux soins des enfants et du bébé. En fait, les seuls items associés avec ce profil correspondent aux soins donnés aux autres enfants et au fait de sortir à l'extérieur avec le bébé et/ou les enfants. Ce profil est le seul à être associé à 2 items reliés à la catégorie « soins bébé/fratrie » sur une possibilité théorique de 4 et une possibilité empirique de 3 (l'un des items de cette catégorie, soit une catégorie émergente, n'était pas suffisamment discriminant pour être inclus dans l'analyse de correspondance). Dans la même lignée, ce profil n'est pas associé à la totalité des items de la catégorie « écouter/encourager », à la majorité des items des catégories « informer ressource » et « informer bébé/parent » et à la majorité des items en rapport avec l'aide domestique. Il importe finalement de noter que ce profil n'est pas associé avec les soins donnés au bébé (donner le biberon, bercer, etc.), qui se retrouvent plutôt dans les profils « instrumental » et « équilibré ».

**Le profil « équilibré » :** Utilisation des services se traduisant par le recours à des tâches issues de toutes les catégories. Plus précisément, celui-ci est associé à la totalité des tâches liées à l'écoute et à l'encouragement (4 items sur 4). Il est également associé à 8 des 12 items de la fiche de visite en lien avec les tâches domestiques et à 10 des 13 items reliés à l'information. Finalement, il est associé à un des items en lien avec les soins au bébé/enfants, soit les soins au bébé (donner le biberon, bercer, etc.). Conséquemment, il se révèle comme le profil le plus « équilibré » : une catégorie de tâches ne prédominant pas clairement sur les autres.

## Annexe 15 : Coefficients de corrélation intra-classe

	Continuité relationnelle	Concentration des visites		Productivité		Globalité			
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jours) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Profil instrumental	Profil coaching	Profil nounou	Profil équilibré
Coefficient de corrélation intra-classe	0,17	0,02	0,07	0,1	0,12	0,03	0,23	0,07	0,05



## Annexe 16 : Signification des liens (*p*) – caractéristiques organisationnelles

	Continuité relationnelle	Concentration des visites		Productivité	Globalité	
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jour) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Globalité
Nombre d'assistantes périnatales	0.20	0.18	<0.01***	0.97	0.90	<0.01***
Type de mission	0.87	0.78	0.26	0.04**	0.43	0.87
Densité de population des territoires d'intervention	0.12	0.30	0.39	0.46	0.16	0.59
Montant de subvention CRP	0.11	0.04**	0.09*	1.00	0.37	0.03**
Nombre de familles rejointes annuellement (ensemble des activités)	0.05*	0.26	<0.01***	0.99	0.76	<0.01***
Total des heures de relevailles offertes		<0.01***	<0.01***	<0.01***	0.2056	0.02**

\*  $0,05 \leq p < 0,1$     \*\*  $0,01 \leq p < 0,05$     \*\*\*  $p < 0,01$



## Annexe 17 : Signification des liens ( $p$ ) - caractéristiques des familles

	Continuité relationnelle	Concentration des visites		Productivité		Globalité
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jour) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Globalité
Âge du bébé au début des relevailles	0.57	0.12	0.09*	0.62	0.94	0.94
Nombre total autres enfants	0.15	0.16	0.01**	0.66	0.11	0.03**
Âge du parent demandeur	0.21	0.81	0.07*	0.25	0.12	0.26
Sexe du parent demandeur	0.79	0.49	0.28	0.12	0.27	0.37
Parent issu de l'immigration	0.19	0.84	0.83	0.75	0.93	0.27
Situation familiale	0.43	0.11	0.08*	0.24	0.13	0.98
Scolarité de la mère	0.39	0.51	0.73	0.77	0.86	0.25
Revenu familial net pour l'année en cours	0.18	0.71	0.03**	0.94	0.43	0.13
Référence par un professionnel	0.16	0.06*	0.90	0.13	0.17	0.02**



	Continuité relationnelle	Concentration des visites		Productivité		Globalité
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jour) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Globalité
Grossesse multiple	0.88	0.58	<0.01***	0.74	0.53	0.20
Présence d'autres enfants	0.43	0.92	0.42	0.50	0.10	0.09*
Accès régulier à d'autres sources de soutien	0.27	0.17	0.85	0.08*	0.21	0.69
Autres difficultés psychosociales	0.80	0.40	0.10	0.94	0.60	0.05*

\*  $0,05 \leq p < 0,1$     \*\*  $0,01 \leq p < 0,05$     \*\*\*  $p < 0,01$

## Annexe 18 : Signification des liens (*p*) - besoins exprimés spontanément par les familles

	Continuité relationnelle	Concentration des visites		Productivité		Globalité
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jour) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Globalité
Soutien à l'organisation familiale quotidienne	0.27	0.58	0.06*	0.66	0.58	0.49
Soutien pour les différents besoins du bébé	0.71	0.07*	0.51	0.23	0.35	0.83
Soutien pour le ménage/lavage	0.89	0.37	0.10	0.56	0.58	0.15
Soutien moral	0.65	0.68	0.14	0.60	0.75	0.64
Soutien à l'allaitement	Prob. convergence	0.84	0.54	0.73	0.95	0.36
Préparation des repas	0.14	0.26	0.31	0.66	0.95	0.17
Information sur les ressources	0.63	0.41	0.73	0.53	0.30	0.60
Briser l'isolement	0.88	0.80	0.03**	0.34	0.34	0.36
Repos/répit	0.53	0.77	0.06*	0.64	0.50	0.93
Accompagner à des rendez-vous/commissions	0.81	0.24	0.13	0.25	0.89	0.53

	<b>Continuité relationnelle</b>	<b>Concentration des visites</b>		<b>Productivité</b>		<b>Globalité</b>
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jour) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Globalité
Information sur l'alimentation, la santé et le développement du bébé	0.65	0.36	0.77	0.08*	0.08*	0.18
Soutien pour s'occuper de la fratrie	0.26	0.75	0.58	0.61	0.67	0.13
Sommeil	0.88	0.12	0.46	0.09*	0.14	0.58
Gardiennage	0.46	0.73	0.08*	0.25	0.17	0.55

\*  $0,05 \leq p < 0,1$     \*\*  $0,01 \leq p < 0,05$     \*\*\*  $p < 0,01$

## Annexe 19 : Caractéristiques sociodémographiques des participants aux entretiens

Caractéristiques	n
Sexe	
Féminin	26
Masculin	2
Âge (années)	
18-21 ans	0
22-25 ans	2
26-29 ans	4
30-33 ans	6
34-37 ans	11
38-41 ans	3
42 ans et plus	1
Situation familiale	
En couple avec le parent du bébé	26
Monoparental	2
Nombre d'autres enfants que le(s) bébé(s)	
Pas d'autres enfants que le/les bébé(s)	8
1 autre	9
2 autres enfants	7
3 autres enfants	4
Niveau de scolarité complété	
Secondaire 5	1
Professionnel	6
Collégial	7
Universitaire	14
Revenu familial actuel	
0 à 20 000 \$	3
20 000 à 40 000 \$	9
40 001 à 60 000 \$	5
60 001 à 80 000 \$	3
80 001 à 100 000 \$	4
100 000 à 120 000 \$	1
120 001 \$ et plus	3
Pays d'origine	
Canada	25
Autres	3



## Annexe 20 : Caractéristiques des visites de relevailles reçues par les parents participants

Caractéristiques	n
Reçoit des relevailles au moment de la collecte de données	
Non	16
Oui	12
Nombre de visites de relevailles reçues (pour tous les enfants)	
1 à 10 visites	13
11 à 20 visites	9
21 à 30 visites	0
31 à 40 visites	1
41 à 50 visites	2
Plus de 50 visites	3
Durée des relevailles (dernier enfant)	
0 à 3 mois	9
4 à 6 mois	4
7 à 12 mois	9
12 mois et plus	6



## Annexe 21 : Catégories, sous-catégories et exemples de verbatim illustrant l'expérience de vulnérabilité

Catégories et sous-catégories	Exemples de verbatim
<p>Vulnérabilité biologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés liées à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement</li> <li>• Fatigue et manque de sommeil</li> <li>• Situations spécifiques de santé</li> </ul>	<p>L'allaitement a été difficile. Mon bébé perdait du poids. J'ai dû faire l'allaitement mixte avec les préparations d'allaitement. F6</p> <p>Mon chum arrivait, on se croisait dans l'escalier, on se relayait, chacun fait une demi-heure, on essayait de l'endormir. On ne se voyait pas. On ne se parlait pas. On finissait à minuit, épuisés. F13</p> <p>Quand j'ai su que j'étais enceinte, mon mari a été diagnostiqué de ce cancer-là, donc c'était vraiment une grossesse très difficile pour moi. Après l'accouchement, c'était sa chimiothérapie à lui. F6</p>
<p>Vulnérabilité psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensité émotionnelle</li> <li>• Difficultés à s'adapter</li> <li>• Conception de soi altérée</li> </ul>	<p>Quand je pense à cet épisode-là, les premiers mois de mon enfant jusqu'à l'automne, j'ai l'impression que ça été une succession de crises. Puis de la survie. F13</p> <p>T'es isolée alors que t'es quelqu'un qui avait une carrière et qui travaillait à temps plein. T'es complètement isolée. Ton bébé te parle pas vraiment, y fait juste pleurer. T'as l'impression, des fois, que t'es pas bonne. F3</p>
<p>Vulnérabilité sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau familial incapable d'assurer, en tout ou en partie, d'assurer le soutien nécessaire</li> <li>• Difficultés liées à la lourdeur et au cumul des tâches</li> <li>• Bébés et enfants exigeants</li> <li>• Difficultés conjugales</li> </ul>	<p>J'ai su, après avoir accouché, que ma mère avait une récurrence de cancer. Donc là, elle avait son propre combat à faire. Mon père devenait accompagnateur à ses rendez-vous et tout. Je n'ai pas vraiment pu compter sur eux à cause de ça. F10</p> <p>Je me suis dit « j'ai besoin d'aide, je n'arrive plus à faire le ménage, je ne suis pas une superwoman ». Je faisais juste plus me brûler puis moins de patience avec les enfants parce que là, je suis trop brûlée, je n'ai plus le temps de faire mes affaires. F2</p> <p>C'était un bébé à bras. Aussitôt qu'on la laissait, il se mettait à hurler... hurler, c'était le mot. C'était effrayant. Il fallait toujours l'avoir dans les bras. Puis c'était surtout moi qu'il voulait. F2</p> <p>On était encore en séparation, moi puis mon conjoint avant la quatrième grossesse. Le fait d'avoir des enfants rapprochés... on accumule les cernes en dessous des yeux, les chicanes aussi par rapport au trouble envahissant du développement des enfants. F6</p>





## Annexe 22 : Catégories, sous-catégories et exemples de verbatim illustrant les besoins exprimés à l'égard des relevailles

Catégories et sous-catégories	Exemples de verbatim
Besoins liés à la dimension biologique de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repos et sommeil</li> </ul>	J'avais besoin de dormir parce que je ne dormais pas avec ma douleur dans le pied. En plus, mon bébé ne dormait pratiquement pas le jour. Je n'avais pas de répit pour une sieste dans la journée. Groupe2
Besoins liés à la dimension psychologique de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> <li>• Répit et temps pour soi</li> <li>• Soutien émotionnel et réconfort</li> </ul>	<p>Un répit... Je ne savais pas c'était quoi un petit bébé... Je me souviens, j'avais vu ça sur le petit dépliant, c'était une assistante qui tenait un bébé. Ça disait qu'elle peut s'occuper de ton bébé pendant que tu prends un repas ou que tu te reposes. Il y avait ça aussi la notion de repos, de répit. F8</p> <p>Quand j'ai fait appel, c'était pour un support psychologique et moral. J'avais un papa absent, puis un papa qui ne supportait pas les pleurs du bébé. C'était extrêmement dur parce que je devais gérer un papa et un bébé. J'ai trouvé ça extrêmement difficile. J'avais besoin de quelqu'un que si mon bébé braille... y'a rien là. [...] Essentiellement, c'était un répit psychologique et moral. Groupe2</p>
Besoins liés à la dimension sociale de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide dans les tâches domestiques</li> <li>• Aide dans les soins à donner au bébé et/ou aux autres enfants</li> </ul>	<p>Bien, j'avais besoin de... je me sentais coupable parce que j'en avais juste un, mais c'était m'aider à faire des choses parce que ce n'est pas évident avec un petit bébé. Ne serait-ce que faire la vaisselle ou aider à plier ton linge, ou passer un petit coup de balayeuse. F6</p> <p>Moi c'était ça, je disais : « jouez avec lui, restez avec lui ». Elle lui donnait son bain à quelques occasions. Puis à quelques occasions, c'est elle-même qui me disait : « bien, je peux faire autre chose. [...] Veux-tu que je fasse la salle de bain? ». Puis j'étais comme non, là, je ne veux pas que tu fasses ma salle de bain. F5</p>



## Annexe 23 : Catégories, sous-catégories et exemples de verbatim illustrant les retombées des relevailles

Catégories et sous-catégories	Exemples de verbatim
Retombées liées à la dimension biologique de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repos et sommeil</li> </ul>	Tu sais, je me disais, ah oui, elle vient demain. Ah oui, demain, je peux dormir. Ça m'aidait à tenir le coup, parce que mon bébé, il n'a pas fait ses nuits avant longtemps, puis même encore là, quand il est malade, il ne veut pas. F8
Retombées liées à la dimension psychologique de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> <li>• Répit et temps pour soi</li> <li>• Soutien émotionnel et réconfort</li> <li>• Réduction du stress et de l'inconfort liés à l'ampleur des tâches</li> <li>• Pères rassurés de savoir que leur conjointe bénéficie d'un soutien</li> </ul>	Avoir du temps pour soi. Si c'est juste le trois heures par semaine que les relevailles viennent, c'est tant mieux, c'est déjà ça. Ça soulage vraiment. Moi, je me sentais bien. Je disais : ah, j'ai réussi à lire au moins trois chapitres de mon livre. F14  Ce n'est pas une amie intime, mais c'est une amie que tu peux quand même te vider, tes sentiments, tes émotions. Puis tu peux te vider tout en lui faisant confiance, en sachant très bien qu'elle n'ira pas divulguer ça de tout bord, tout côté. F1  Parfois, je me sentais bouleversée de toutes les choses que je devais faire. Je ne me sentais pas capable et je me disais : « Ah, je vais avoir un rendez-vous cette semaine ou la semaine prochaine pour les relevailles. » F15  Puis il voyait ça venir quand il partait en voyage pour son travail. Il disait telle date, je vais être parti, appelle-la pour qu'elle vienne t'aider. [...] Je sais que ça le libérait aussi, ça lui enlevait une préoccupation. Parce qu'il sentait que j'étais aidée. Ça fait que oui, ça l'aidait. Groupe3
Retombées liées à la dimension sociale de vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès à une relation qui permet de socialiser, d'échanger, de briser l'isolement</li> <li>• Aide dans les tâches domestiques</li> <li>• Temps pour travailler, étudier, réaliser des tâches</li> <li>• Disponibilité pour les enfants et la vie de famille</li> <li>• Temps pour le couple</li> </ul>	Moi je lui parlais aussi beaucoup. Elle brisait beaucoup mon isolement parce que des fois, elle était la seule personne dans la semaine à qui je parlais à part mon chum. F13  Je lavais mon linge pour qu'elle puisse le plier et qu'elle me fasse mes repas pour la semaine. Déjà, ce qu'elle fait, ça m'enlève beaucoup d'un petit peu à tous les jours. Groupe1  Je veux trier la boîte de linge trop petit en haut sauf que je n'ai jamais le temps de la faire en même temps que je m'occupe de la petite. Elle marche à quatre pattes dedans, mélange les grandeurs. Juste de pouvoir être dans une autre pièce et ne pas avoir à m'occuper de la petite pendant que je fais ça. Faire une activité pendant plus de 15 secondes en ligne... Groupe1  Ça m'a permis de mieux me reposer. Après ça, je me sentais plus reposée, je me disais que je pouvais mieux profiter de mes enfants et m'amuser avec eux autres. [...] En plus, ma plus vieille adore aller jouer au parc. Des fois, je n'avais pas l'énergie juste d'y aller. Mais avec l'assistante périnatale des relevailles, au moins, je me

reposais et je me disais : là, je suis assez en forme, on va aller au parc. F14

Une autre fois, mon chum était à la maison. Ça été un moment de pur bonheur. Elle a gardé la petite, puis moi puis mon chum, on est partis. On est allé promener les chiens. [...] On est allé jaser, ça nous a donné une bouffée d'air immense. Groupe3

Retombées liées à la dimension cognitive de vulnérabilité

- Amélioration des connaissances et compétences liées aux soins à donner aux enfants
- Rétroaction sur ses compétences parentales

Elle le prenait par le ventre puis là, elle le faisait marcher à quatre pattes en le soutenant pour voir où il était rendu dans son développement. Je trouvais ça intéressant pour l'enfant. C'est quelque chose qui m'a marquée puis que j'ai vraiment réutilisé après parce que je le faisais plus avec mon bébé après, explorer des affaires, voir s'il était rendu là. F3

Ça a fait vraiment une différence de voir que... dans le fond, je le savais déjà... mais de pouvoir en jaser avec quelqu'un qui a les deux pieds dedans puis qui en voit d'autres familles avec des bébés d'un an et mois. Puis qu'elle peut te dire qu'ailleurs, ce n'est pas mieux que chez vous. Ça aidait. F3

Les relevailles, moi ça m'a aidée à ça. Ce qui a changé pour moi... accepter l'aide. Je me suis rendu compte que j'aimais ça avoir de l'aide avec les relevailles ça fait qu'asteure, quand mes parents viennent souper, puis que mon père, y fait la vaisselle, au lieu d'y dire de ne pas faire la vaisselle, je lui dis merci. Groupe2

---

## Annexe 24 : Expérience de vulnérabilité, besoins exprimés à l'égard des relevailles et retombées du programme sur les parents utilisateurs selon les dimensions biologique, psychologique, sociale et cognitive de vulnérabilité

	Dimension biologique de vulnérabilité	Dimension psychologique de vulnérabilité	Dimension sociale de vulnérabilité	Dimension cognitive de vulnérabilité
<b>Expérience de vulnérabilité en période périnatale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés liées à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement</li> <li>- Fatigue et manque de sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensité émotionnelle</li> <li>- Difficultés à s'adapter</li> <li>- Conception de soi altérée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réseau familial incapable, en tout ou en partie, d'assurer le soutien nécessaire</li> <li>- Difficultés liées à la lourdeur et au cumul des tâches</li> <li>- Bébés et enfants exigeants</li> <li>- Difficultés conjugales</li> </ul>	
<b>Besoins exprimés à l'égard des relevailles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repos et sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Répit et temps pour soi</li> <li>- Soutien émotionnel et réconfort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide dans les tâches domestiques</li> <li>- Aide dans les soins à donner au bébé et/ou aux autres enfants</li> </ul>	
<b>Retombées des relevailles sur les parents utilisateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repos et sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Répit et temps pour soi</li> <li>- Soutien émotionnel et réconfort</li> <li>- Réduction du stress et de l'inconfort liés à l'ampleur des tâches</li> <li>- Pères rassurés de savoir que leur conjointe bénéficie de soutien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relation qui permet de socialiser, d'échanger, de briser l'isolement</li> <li>- Aide dans les tâches domestiques</li> <li>- Temps pour travailler, étudier ou réaliser certaines tâches</li> <li>- Disponibilité accrue à l'égard des enfants et pour la vie de famille</li> <li>- Temps en couple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisition connaissances, compétences liées aux soins des enfants</li> <li>- Rétroaction sur ses compétences parentales</li> <li>- Apprendre à accepter l'aide et à faire confiance</li> </ul>