

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest-
de-l'Île-de-Montréal

Québec 

RAPPORT D'ÉVALUATION DU PROGRAMME Lait-Œuf-Vitamines (LOV)

Gabrielle Lemieux

Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction de la recherche
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Marie-Eve Boulanger

Agente de planification, de programmation et de recherche
Direction des services intégrés de première ligne
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Mars 2016

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures et des tableaux	3
Liste des acronymes	4
1. Introduction	5
1.1. Contexte du programme.....	5
1.2. Modèle logique du programme	6
1.3. Questions décisionnelles et questions d'évaluation	8
2. Méthodologie.....	10
2.1. Méthodes de collecte de données	10
2.2. Méthodes d'analyse des données	15
2.2.1 Analyse des données sur le programme	15
2.2.2 Analyse des données sur les effets du programme	16
2.2.3 Analyse des données sur l'amélioration du programme.....	20
3. Résultats.....	22
3.1. Résultats décrivant le programme	22
3.2. Résultats portant sur les effets du programme.....	23
3.3. Résultats sur l'amélioration du programme.....	30
4. Discussion.....	33
4.1. Processus de production des effets du programme	33
4.2. Pistes d'amélioration du programme	35
4.3. Limites de l'évaluation.....	36
5. Conclusions et recommandations	37
5.1. Conclusions	37
5.2. Recommandations	38
6. Références.....	41
Annexe 1.....	43
Annexe 2.....	45
Annexe 3.....	49
Annexe 4.....	51
Annexe 5.....	55
Annexe 6.....	67
Annexe 7.....	69
Annexe 8.....	73
Annexe 9.....	78
Annexe 10.....	81

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1	Modèle logique du programme Lait-Œuf-Vitamines (LOV).....	7
Tableau 1	Prise en compte des facteurs internes et externes.....	17
Tableau 2	Liste des changements apportés au programme au cours de l'évaluation.....	18
Tableau 3	Portrait des participantes, effets observés et constats	29
Tableau 4	Les aspects du programme à consolider et à améliorer	32

LISTE DES ACRONYMES

APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ENAP	École nationale d'administration publique
LOV	Lait-Œuf-Vitamines
OACIS	Système de gestion du dossier patient informatisé utilisé au sein de l'établissement
OLO	Œuf-Lait-Orange

1. INTRODUCTION

Le programme Lait-Œuf-Vitamines (LOV) est un programme de rencontres prénatales adaptées aux caractéristiques et besoins des femmes enceintes du territoire du Centre local de services communautaires (CLSC) de Parc-Extension. Il vise à améliorer l'état de santé des clientes et celui de leur bébé, en renforçant leurs connaissances sur la grossesse, sur la santé et sur les soins au bébé, en améliorant les habitudes de vie, en favorisant la création de liens sociaux et en augmentant l'estime de soi et le sentiment de pouvoir.

Depuis sa mise en place dans les années 1990, le programme LOV n'avait pas fait l'objet d'une évaluation formelle. C'est en 2013 qu'un mandat d'évaluation de programme a été confié à l'unité d'évaluation du CSSS de la Montagne–Institut universitaire (IU) par les gestionnaires responsables du programme. L'évaluation du programme LOV vise ainsi quatre objectifs principaux : 1) documenter les formes prises par le programme, 2) identifier les effets produits par le programme, 3) élaborer un modèle optimal permettant de répondre le mieux possible aux besoins de la population visée et 4) promouvoir et diffuser le programme dans une perspective de transfert de connaissances.

Le présent rapport d'évaluation vise donc à présenter les résultats de l'évaluation qui s'est déroulée de janvier 2013 à mai 2015. Le rapport comprend une présentation des méthodologies utilisées dans le cadre de l'évaluation ainsi que des résultats obtenus. Il se termine par des conclusions ainsi que des recommandations visant l'amélioration du programme.

1.1. Contexte du programme

Mises en place au début des années 1990, les rencontres LOV ont été créées à la suite du constat, fait par des intervenants et gestionnaires du CLSC de Parc-Extension, que les cours prénataux traditionnels ne convenaient pas aux besoins et caractéristiques des femmes enceintes du territoire, issues de l'immigration et présentant, pour une grande part, d'importants facteurs de vulnérabilité. Ce constat a mené à la nécessité d'offrir un autre type d'intervention plus adaptée à cette population. Jumelée au programme OLO¹, cette nouvelle forme de rencontres prénatales, nommée LOV Parc-Extension², visait, en plus de la transmission de connaissances autour de la grossesse et des soins au bébé, à offrir aux femmes enceintes du territoire un lieu d'échange et de discussion entre femmes qui serait source de nouveaux liens sociaux et d'empowerment.

Les interventions prévues par le programme LOV ont été conçues à partir de diverses sources de connaissances dont l'expérience d'une équipe multidisciplinaire, l'analyse des données populationnelles, de résultats de recherches menées auprès de clientèles pluriethniques du territoire de Parc-Extension et d'ailleurs, mais aussi, en quelque sorte, de l'intuition clinique de l'équipe du CLSC de Parc-Extension. Vingt ans plus tard, le programme s'était considérablement transformé et les effets de celui-ci sur les clientes et leur bébé étaient peu connus.

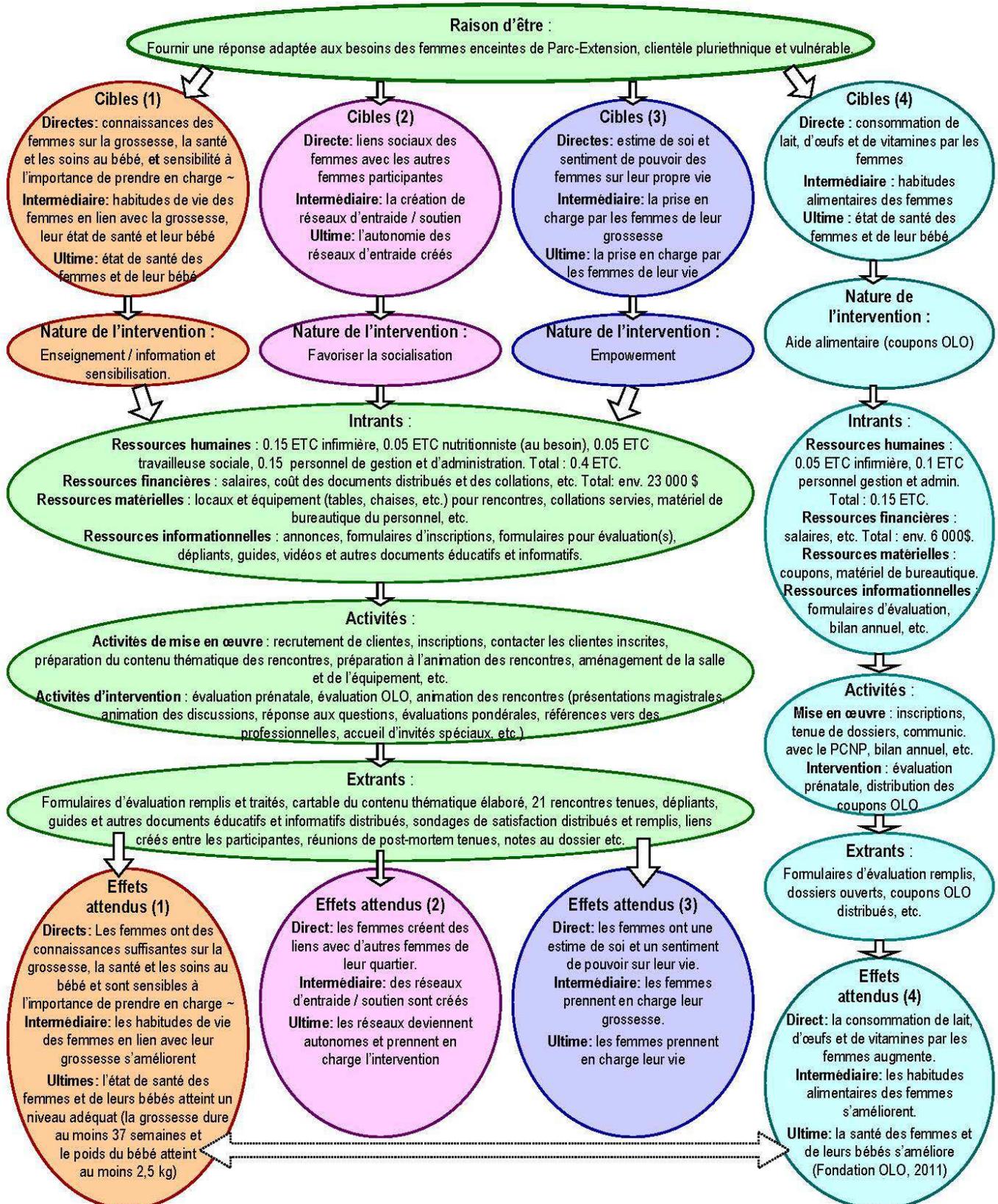
¹ Le programme OLO (œuf-lait-orange) est un programme pan-québécois d'aide alimentaire aux femmes enceintes.

² Le terme « LOV Parc-Extension » et l'abréviation « LOV » seront parfois utilisés pour désigner le programme « LOV (Lait-Œufs-Vitamines) Parc-Extension ».

1.2. Modèle logique du programme

Dès les débuts de l'évaluation, un modèle logique du programme a été construit afin de soutenir et orienter la démarche d'évaluation (voir figure 1). Il permet d'offrir un portrait détaillé du programme LOV Parc-Extension, portrait qui a été validé par le comité de suivi (voir annexe 1 pour la composition des divers comités). Le modèle logique présente les différentes composantes du programme, de la raison d'être du programme jusqu'à ses effets, tout en illustrant le lien qui les unit. Considérant les transformations que le programme a pu subir au fil des ans, le modèle logique a été conçu comme un modèle hypothétique. Il a d'abord été construit avec l'objectif de guider le projet d'évaluation et s'est bonifié en cours d'évaluation afin d'intégrer les connaissances acquises et ainsi intégrer toutes les composantes du programme.

Figure 1 Modèle logique du programme Lait-Œuf-Vitamines (LOV)



1.3. Questions décisionnelles et questions d'évaluation

À l'origine du mandat d'évaluation de ce programme, les responsables du programme LOV Parc-Extension se questionnaient sur les diverses formes qu'a prises le programme à travers les années et sur les raisons ayant motivé ces transformations. Ils se questionnaient ensuite sur les effets produits par le programme pour les mères et pour leur bébé. Finalement, ils souhaitaient identifier le modèle optimal de programme à instaurer pour répondre le mieux possible aux besoins de la population. Ces trois grandes questions décisionnelles devaient ensuite être situées dans le modèle logique du programme afin de les préciser sous forme de questions d'évaluation, lesquelles sont décrites dans les passages qui suivent.

1. Documenter les différentes formes du programme : Une première question d'évaluation vise à préciser le programme ainsi qu'à identifier les principales transformations qui ont marqué son évolution depuis sa création. Les questions d'évaluation retenues sont : (1.1) *Quelles transformations le programme LOV Parc-Extension a-t-il vécues au cours de son existence, en particulier au niveau des activités de mise en œuvre et d'intervention?* (1.2) *Qu'est-ce qui peut expliquer ces transformations?* La réponse à ces questions permet de définir les éléments composant le programme, d'élaborer un modèle logique et de fournir des éléments à la définition du modèle optimal. La seconde question permet, quant à elle, de préciser et comprendre les raisons pouvant expliquer les transformations qu'a subies le programme au fil des ans.
2. Identifier les effets : Pour répondre au deuxième objectif, une seconde série de questions d'évaluation aborde les effets attendus du programme, et ce, tant pour les clientes que pour leur bébé. Les questions d'évaluation retenues sont : (2.1) *Les effets observés correspondent-ils aux effets attendus pour les clientes des rencontres LOV Parc-Extension et leur bébé et ce, en excluant les effets attribuables au volet OLO pris séparément?* (2.2.) *Le programme a-t-il répondu aux besoins des clientes des rencontres LOV Parc-Extension?*

Bien que la majorité des effets présentés au modèle logique aient été étudiés, ceux-ci l'ont été à des degrés divers. La distribution des coupons OLO n'a pas été évaluée, puisque le programme OLO est un programme pan-qubécois, géré par une fondation en partenariat avec l'ensemble du réseau, ayant déjà fait l'objet de quelques projets d'évaluation. Par contre, la distribution des coupons OLO a pu être abordée dans le cadre de certaines étapes de la collecte de données. Quant à l'effet ultime du second volet, soit la création d'un réseau autonome, il n'a pas fait l'objet de l'évaluation, car il était connu d'emblée qu'aucun réseau autonome n'avait pris en charge l'intervention depuis sa création en 1992; celle-ci ayant toujours été assumée par les intervenants du CLSC. En bref, les effets étudiés ont été les suivants: connaissances sur la grossesse, sur l'état de santé et de bien-être de la mère et du bébé ainsi que sur les soins au nouveau-né, habitudes de vie des mères en lien avec leur grossesse, état de santé et de bien-être des mères et de leur bébé, création de liens entre les mères, estime de soi et sentiment de pouvoir des mères, prise en charge par les mères de leur vie.

3. Identifier les meilleures pratiques : La définition d'un modèle optimal du programme LOV Parc-Extension est le troisième objectif de l'évaluation et a été élaborée à partir, entre autres, des données obtenues pour les questions d'évaluation précédentes. Les questions d'évaluation retenues sont : (3.1) *Selon les participantes, les intervenants et les gestionnaires du programme LOV Parc-Extension et en considérant les informations*

colligées pour répondre aux questions précédentes ainsi que la littérature récente sur le sujet de l'intervention auprès de femmes enceintes vulnérables, quelles seraient les meilleures pratiques à mettre en œuvre dans le cadre du programme LOV Parc-Extension pour répondre adéquatement aux besoins des femmes enceintes de ce quartier? En comprenant mieux le programme et son évolution et en mesurant les effets de celui-ci, il a été possible d'explorer certaines hypothèses quant aux meilleures pratiques permettant d'obtenir les effets voulus. Il aura aussi été nécessaire de consulter d'autres sources d'informations sur le modèle à proposer, comme l'avis des participantes, des intervenants et des gestionnaires ainsi qu'une exploration de littérature scientifique.

2. MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, seront présentés les différents moyens pris afin de récolter les données nécessaires à l'évaluation du programme et pour analyser ces données. Les questions d'évaluation retenues et leur variété ainsi que la richesse attendue des réponses ont nécessité le choix de multiples méthodes de collecte et d'analyse des données. Certaines stratégies de collecte de données ont permis de récolter de l'information visant à répondre à plusieurs questions d'évaluation à la fois. Afin de faciliter la compréhension, nous présenterons d'abord les différentes méthodes de collecte de données de façon chronologique et, par la suite, les méthodes d'analyse seront présentées par question décisionnelle.

2.1. Méthodes de collecte de données

Recherche documentaire

La recherche documentaire a été la première stratégie de collecte de données employée (voir le rapport de la recherche documentaire à l'annexe 1) et visait à amasser toute l'information disponible sur le programme permettant ainsi de le documenter à différentes périodes. Cette collecte a été réalisée tôt dans le cadre de l'évaluation et a contribué à construire le modèle logique. Pour ce faire, les documents archivés ainsi que la documentation actuelle du programme ayant été fournis par des intervenants et gestionnaires anciens et actuels du programme ont été consultés. L'information recherchée devait rendre compte du programme sur différentes périodes depuis sa création en 1992. Les types de documents recherchés étaient les suivants :

- Documents décrivant le programme (objectifs, population cible, intervenants impliqués, thèmes abordés, ressources, etc...);
- Documents portant sur les activités du programme et les outils utilisés;
- Bilan ou rapport d'activités du programme;
- Documents promotionnels;
- Articles scientifiques ou présentations dans le cadre de colloque;
- Tout autre document pertinent.

Cette collecte comportait certaines limites liées, notamment, au fait que la conservation de la documentation du programme n'a pas été faite en tout respect des normes établies dans l'établissement pour ce type de documents. Lorsque des documents étaient conservés, c'était souvent à l'initiative d'anciens intervenants ou gestionnaires au programme. Ainsi, dans le cadre de cette évaluation, il n'est pas possible d'être assuré de l'exhaustivité de la documentation recueillie. Les autres collectes de données ont toutefois contribué à compléter l'information recherchée sur le programme.

Entretiens de groupe semi-dirigés avec les personnes-ressources

En avril 2013, deux entretiens de groupe semi-dirigés ont été organisés auprès, d'abord, d'intervenants et de gestionnaires ayant travaillé au programme avant 2006³, ensuite, auprès d'intervenants et de gestionnaires actuels. Ces entretiens avaient pour objectif de documenter le programme et ses transformations, d'explorer les effets perçus du programme et d'identifier les meilleures pratiques pour un modèle optimal de programme. D'une durée d'une heure trente, les entretiens étaient animés par un membre du comité de travail alors qu'un second membre

³ L'année 2006 a été choisie comme date charnière à la suite de la recherche documentaire. En effet, le programme semble, depuis 2006, être demeuré sensiblement le même et les intervenants et gestionnaires impliqués ont peu changés.

assurait la prise de notes. Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés afin de compléter et réviser la prise de notes.

Le recrutement des personnes-ressources ayant travaillé au programme avant 2006 posait un défi puisqu'aucune liste des anciens intervenants ou gestionnaires anciens ayant participé au programme n'existait, et, d'autre part, il pouvait être difficile de retracer ces individus qui, pour certains, pouvaient ne plus être employés du réseau de la santé et des services sociaux. Le recrutement s'est donc fait via des contacts personnalisés. Ainsi, sept individus (deux gestionnaires et cinq intervenants) se sont montrés intéressés à participer au groupe. De ceux-ci, trois ont effectivement participé.

Quant au recrutement pour le second entretien de groupe, toutes les personnes qui travaillaient au programme au moment de l'évaluation ont été invitées en plus d'un intervenant ayant travaillé depuis 2006 mais n'étant actuellement plus en service. Au total, ce sont huit personnes (six intervenants et deux gestionnaires) qui ont été invités au groupe, mais sept y ont effectivement participé.

Afin de s'assurer de couvrir tous les aspects du programme lors des entretiens, un canevas d'entretien a été conçu à partir, entre autres, du modèle logique et des résultats de la recherche documentaire. Les questions étaient construites de façon suffisamment ouverte pour laisser l'espace nécessaire à ce que les participantes puissent s'exprimer librement. Lors des entrevues, des éléments de précision pouvaient être demandés aux participantes. Les questions portaient sur les thèmes suivants :

- Les besoins auxquels le programme tente de répondre et/ou répond;
- Les ressources et les activités mises en place;
- Les conditions de succès;
- L'impact du programme;
- Les transformations du programme au cours des ans.

L'entretien se terminait par une question ouverte permettant aux intervenants et gestionnaires d'ajouter toute information supplémentaire qu'ils jugeaient pertinente à l'évaluation. Le canevas est disponible à l'annexe 3.

Entretiens individuels avec les clientes

L'une des méthodes retenues pour répondre à la deuxième série de questions d'évaluation, soit celles portant sur les effets du programme, a consisté en une mesure « pré-post à groupe unique » (Haccoun et McDuff dans Ridde et Dagenais, 2009, p. 110), lequel était composé de clientes du programme souhaitant participer volontairement à l'évaluation. Deux entretiens individuels étaient planifiés avec chacune des participantes, soit : 1) avant sa participation aux rencontres LOV et 2) après son accouchement. Cette mesure pré/post permettait d'évaluer les effets du programme en comparant les résultats obtenus avant l'intervention à ceux obtenus après l'intervention (notamment pour valider l'acquisition de connaissances et le changement d'habitudes de vie). Les entretiens étaient d'une durée approximative de 45 minutes et étaient dirigés par l'un des deux membres du comité de travail⁴. Chaque participante était invitée à

⁴ Dans un souci de bien distinguer l'intervention clinique du projet d'évaluation auprès des clientes au programme LOV Parc-Extension, parmi les membres du comité de travail seule les deux agentes de planification, programmation et recherche ont réalisé les entrevues individuelles (excluant ainsi l'infirmière assistante au supérieur immédiat).

signer un formulaire d'information et de consentement et leur accord était demandé à ce qu'un enregistrement audio soit réalisé durant l'entretien afin de compléter et réviser les notes. Le premier entretien se tenait dans les locaux du CLSC de Parc-Extension alors que l'entretien post-natal pouvait avoir lieu, au choix de la participante, à sa résidence ou au CLSC de Parc-Extension, et ce, dans un souci d'assurer leur participation malgré la naissance récente de leur bébé. Les entretiens se déroulaient en français ou en anglais, selon la langue la mieux maîtrisée par la participante. L'une des participantes étant allophone, les services d'un interprète professionnel ont été requis.

Le recrutement des clientes s'est fait lors de l'évaluation prénatale réalisée par l'infirmière. Toutes nouvelles clientes au programme OLO, lors de sa première rencontre avec l'infirmière pour une évaluation prénatale, étaient invitées à participer au projet d'évaluation. Lorsqu'une cliente acceptait, l'infirmière inscrivait son nom, numéro de dossier et numéro de de téléphone ainsi que la langue parlée dans un registre et demandait l'autorisation que les évaluatrices consultent son dossier. Par la suite, l'un des membres du comité de travail prenait contact avec la participante afin d'organiser un rendez-vous pour l'entretien. Le recrutement s'étant avéré difficile, à deux reprises, des membres du comité de travail ont également présenté le projet d'évaluation lors d'une rencontre du groupe LOV et ont recruté des participantes sur place.

Le comité de travail s'était donné pour objectif de rencontrer un minimum de 10 participantes parmi lesquelles 50% devait en être à une première participation au programme et avoir, au final, participé à un minimum de cinq rencontres. Au total, 17 participantes ont été recrutées. Étant donné que certaines participantes ne répondaient pas à l'ensemble des critères, se sont désistées, ne se sont pas présentées au rendez-vous pour diverses raisons ou n'étaient plus joignables au moment de participer au second entretien, au final, la collecte de données a entièrement été réalisée pour un total de sept femmes dont près de la moitié en était à une première participation au programme. Malgré la non-atteinte de l'objectif visé, le temps écoulé depuis le début de l'évaluation était de près de deux ans et les responsables du projet ont décidé de cesser la collecte afin de procéder à l'analyse et ainsi obtenir des résultats dans un délai opportun.

Pour soutenir le déroulement de l'entretien, un canevas d'entrevue a été élaboré (annexe 4). Celui-ci comprenait des questions réparties en 6 sections dont :

- les connaissances à l'égard de la grossesse et des soins du bébé;
- les habitudes de vie (alimentation et activité physique);
- l'état de santé et de bien-être de la mère et ceux de leur bébé;
- la création de liens sociaux;
- l'estime de soi et l'empowerment;
- les autres besoins et attentes en regard au programme.

Les volets de l'estime de soi et du sentiment de pouvoir ont été mesurés à partir de grilles standardisées, soit le « Core Self-Evaluations Scale » (Judge et al. 2003) et le « Rosenberg Self Esteem Scale » (traduite par Crépin et Delerue). La première a été traduite par l'équipe d'évaluation, puisqu'aucune traduction française n'était disponible, en s'assurant de conserver, dans la mesure du possible, le sens des mots utilisés. De plus, chacune des échelles a été adaptée afin de tenir compte du vécu propre à la clientèle ciblée par LOV (modification mineure du vocabulaire utilisé).

En préparation à l'entretien, des données cliniques étaient extraites du système d'information OACIS⁵. L'extraction de ces informations permettait aux intervieweuses de préparer un bilan provisoire de l'état de santé et de bien-être des participantes avant le premier entretien. Elles avaient ainsi une certaine connaissance de la participante et, lors de l'entretien, elles étaient en mesure de valider rapidement plusieurs informations et de mieux cibler leurs questions.

Extraction des données du système OACIS

Visant à avoir un portrait général des femmes participant à l'évaluation, une extraction de données a été faite à partir du système OACIS, tel que mentionné plus haut, ces données ont permis aussi de préparer les entretiens individuelles. Chaque participante a consenti à l'extraction de ces données par un accord verbal lors du recrutement, puis dans le cadre du formulaire d'information et de consentement présenté et signé lors de la première entrevue individuelle. Les données ont été recueillies des formulaires d'évaluation prénatale, d'évaluation postnatale ainsi que de l'évaluation OLO. Des données de différentes natures ont été colligées : données sociodémographiques, données sur l'état de santé de la mère et du bébé, données sur les raisons d'admission au programme. Les données extraites étaient validées lors de l'entrevue individuelle. Cela permettait de confirmer l'exactitude de celles-ci, entre autres pour pallier au fait que certaines données au dossier pouvaient être incomplètes ou mal colligées, mais aussi d'ouvrir la discussion avec la participante.

Études de cas

Les données recueillies pour chacune des participantes ont été colligées sous forme d'études de cas. L'étude de cas est une « approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe, ou un ensemble d'individus (...) afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes » (Gauthier et al, 2009). En adoptant une approche monographique, soit la description exhaustive d'une situation, il est possible d'approfondir la compréhension de la réalité de chacune des participantes ainsi que de l'effet du programme sur celles-ci. Les études de cas multiples servent à comprendre plusieurs cas et non pas à faire des comparaisons entre les cas et encore moins à faire des calculs statistiques cherchant à évaluer la représentativité des résultats.

Ainsi, dans le cadre de l'évaluation du programme LOV, l'approche de l'étude de cas a permis de réaliser une triangulation entre les différentes données recueillies concernant une même participante. Une grille d'analyse a été construite afin d'organiser les données recueillies et de s'assurer de leur exhaustivité. Celle-ci comprenait les éléments suivants :

- Histoire et parcours de la participante;
- Déroulement de la grossesse et de l'accouchement;
- Effets du programme LOV Parc-Extension;
- Hypothèse générale.

Il est à noter qu'afin d'assurer la confidentialité des informations divulguées par les participantes, les études de cas ne seront pas présentées. Seuls les résultats de l'analyse qui en émanent le seront.

Revue sommaire de la littérature

Afin de répondre à la question d'évaluation sur le modèle optimal et les meilleures pratiques à mettre en œuvre, une revue sommaire de la littérature a été réalisée par une stagiaire. De plus,

⁵ OACIS est le système de gestion du dossier patient informatisé utilisé au sein de l'établissement.

tout au long de l'évaluation, les membres du comité de travail ont cherché ponctuellement dans la littérature des réponses à leurs questions, contribuant à trouver certains articles particulièrement pertinents. La recherche documentaire réalisée dans le cadre de la revue sommaire de la littérature a permis de recueillir des informations sur les données populationnelles de Parc-Extension ainsi que sur les différentes approches et pratiques d'intervention auprès des femmes enceintes immigrantes et vulnérables. Elle s'est concentrée sur les États de l'Europe de l'Ouest et de l'Amérique du Nord, en raison de la similitude en termes de pratiques gouvernementales et de l'existence de politiques publiques de prise en charge de cette clientèle en matière de santé. La recherche documentaire a permis le repérage d'informations sur, d'une part, les données populationnelles de Parc-Extension et, d'autre part, les interventions et formes de soutien, projets et moyens mis en place pour accompagner les femmes enceintes en contexte de vulnérabilité et d'immigration (voir annexe 5).

Entretien de groupe semi-dirigé avec les femmes-leaders

Lors de la planification de l'évaluation et de la phase de recherche documentaire, il a été constaté que le volet du programme concernant les femmes-leaders était peu documenté. Bien que la question ait été abordée lors des entretiens de groupe semi-dirigés avec les personnes-ressources, il a semblé incontournable d'organiser un entretien de groupe semi-dirigé auprès de femmes ayant joué le rôle de leader à un moment où à un autre du programme afin d'obtenir plus d'informations sur le rôle des femmes-leaders et sur les effets du programme concernant le volet de l'estime de soi et de l'empowerment. Grâce au soutien des personnes-ressources, il a été possible d'identifier trois femmes-leaders qui ont été contactées pour participer à l'entretien de groupe en mars 2014. Finalement, deux femmes y ont effectivement participé. Celles-ci s'étaient impliquées dans le programme entre les années 2003 et 2005. Le petit nombre de femmes recrutées s'explique par le fait que peu de femmes avaient joué le rôle de femme-leaders dans le cadre du programme LOV Parc-Extension.

Afin de structurer l'entretien, un canevas d'entrevue a été élaboré (voir annexe 6). Celui-ci comportait des questions semi-dirigées sur les thèmes suivants :

- Histoire de vie et de leur implication comme femme-leader
- Structure du programme
- Impact du programme sur les clientes et sur elles-mêmes
- Impact de leur implication comme femme-leader sur les clientes et pour elles-mêmes
- Recommandations pour l'avenir du programme

Entretien de groupe semi-dirigé avec les participantes

En toute fin du projet d'évaluation, un entretien de groupe avec les participantes a été organisé. L'objectif de l'entretien de groupe était de compléter ou valider certaines informations générales déjà recueillies ainsi que de présenter les recommandations et conclusions préliminaires afin de recueillir leurs commentaires. Afin d'augmenter la participation, un dîner était offert. Toutes les participantes ayant complété la série d'entretiens individuels étaient ciblées par l'entretien de groupe. En raison de difficultés à rejoindre certaines d'entre elles, seulement deux y ont participé.

L'entretien de groupe était subdivisé selon les mêmes thématiques que les entretiens individuels (voir le canevas d'entretien à l'annexe 7). Pour chaque thématique, les résultats obtenus aux entretiens individuels étaient présentés et des questions de précisions étaient posées sans aborder les situations particulières des participantes étant absentes. L'entretien était enregistré afin de compléter les notes que le comité de travail prenait sur place.

2.2. Méthodes d'analyse des données

L'analyse des données provenant des diverses collectes a consisté à regrouper les informations permettant de mettre en contexte les données recueillies ainsi qu'à traiter, catégoriser, comparer et ultimement à faire du sens des données en fonction de leur nature et des questions décisionnelles et d'évaluation auxquelles elles visaient à répondre. Les résultats obtenus au terme de l'étape de l'analyse des données sont présentés dans les pages qui suivent et ce, par question décisionnelle correspondante.

2.2.1 Analyse des données sur le programme

La première question décisionnelle portait sur le programme LOV et les transformations qu'il a vécues depuis sa création. Cette question était de nature descriptive et a mené à deux stratégies de collecte de données, soit une recherche documentaire et deux entretiens de groupe avec des personnes-ressources. Les documents consultés ont d'abord fait l'objet d'une analyse de contenu dans le but de faire ressortir, chronologiquement, les principales composantes du programme, soit : la clientèle visée, les objectifs, les intervenants impliqués et les activités. La catégorisation des informations a ainsi contribué à documenter les caractéristiques du programme selon trois phases déterminantes de son existence, soit : 1992-2001, 2001-2006 et 2006-2013. La quantité limitée de documentation repérée n'a pas permis de reconstituer le programme en détails pour chaque phase ou d'expliquer les raisons des changements subis par le programme. Les documents « Projet LOV (Lait-Œufs-Vitamines) » (1992) et « LOV Parc-Ex : communautés culturelles, accessibilité et continuité des services pour les familles » (2001) ont tout de même été particulièrement informatifs. Généralement, la recherche documentaire a contribué à enrichir la connaissance du programme par l'équipe d'évaluation, en se basant sur des informations explicites et crédibles, quoique partielles, sur les principales caractéristiques du programme.

Tel que précisé dans la section précédente, les données recueillies lors de la recherche documentaire ont également contribué à construire le canevas de l'entretien de groupe avec les personnes-ressources. En outre, l'équipe d'évaluation a décidé de se concentrer sur les deux périodes plus récentes du programme (2001-2006 et 2006-2013) lors de cet entretien et pour la suite de l'évaluation, puisque le programme n'avait été implanté que de façon partielle avant 2001. Les notes prises lors de chacun des entretiens ont donc fait l'objet, elles aussi, d'une analyse de contenu et d'une catégorisation par période chronologique. Pour ce faire, l'équipe d'évaluation a cherché les éléments descriptifs du programme pour les deux périodes de temps préétablies, leur permettant de compléter le portrait du programme. Un membre de l'équipe a rédigé un sommaire narratif des informations, lequel est accompagné d'un tableau chronologique (voir annexe 2), répondant ainsi à la question d'évaluation 1.1 (« *Quelles transformations le programme LOV Parc-Extension a-t-il vécues au cours de son existence, en particulier au niveau des activités?* »).

La richesse des échanges avec les personnes ressources (totalisant trois heures de discussions et sept pages de notes lorsque saisies dans un logiciel de traitement de texte) a également contribué à mieux comprendre les approches adoptées dans le cadre du programme à chacune des périodes de temps ainsi qu'à identifier et comprendre les transformations que le programme a vécues entre les deux dernières périodes. Afin d'apporter une réponse à la seconde question

d'évaluation 1.2 (*Qu'est-ce qui peut expliquer ces transformations?*), les événements et facteurs explicatifs des transformations ont été repérés lors de l'analyse et ont été documentés dans le sommaire narratif.

L'ensemble des informations colligées et analysées pour cette première question a également servi à élaborer et mettre à jour le modèle logique du programme.

2.2.2 Analyse des données sur les effets du programme

En deuxième lieu, l'équipe d'évaluation s'était fixé comme objectif de mesurer les effets du programme. L'analyse des données relatives à cette question décisionnelle a notamment consisté à utiliser la stratégie de l'étude de cas, puisque celle-ci est « utile pour prendre la mesure de l'efficacité – ou des limites – d'un programme » (Gauthier et al., 2009, p. 202). Le caractère non-expérimental des méthodes retenues pour l'évaluation des effets du programme (devis pré/post à groupe unique) implique toutefois que l'analyse et l'interprétation des informations ne peuvent permettre d'attribuer au programme seul les effets observés (Haccoun et McDuff dans Ridde et Dagenais, 2009). Par ailleurs, « il est impossible d'en tirer des inférences statistiques valides » (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 1998, p. 82), en raison du nombre de cas étudiés et de leur méthode de sélection. En ce qui concerne l'évaluation du programme LOV, l'analyse des résultats obtenus dans le cadre de l'étude de cas multiples devait servir à atteindre deux objectifs, soit de répondre à la question d'évaluation 2.1 (*Les effets observés correspondent-ils aux effets attendus pour les clientes du programme LOV et leur bébé?*) et à la question d'évaluation 2.2 (*Le programme a-t-il répondu aux besoins des clientes du programme LOV?*). La collecte de données a consisté à extraire des données du système d'information OACIS et à réaliser des entretiens individuels pré et post avec les participantes, un entretien de groupe avec les participantes, ainsi qu'un entretien de groupe avec des femmes-leaders. En réalité, grâce à l'adoption de cette stratégie, un troisième objectif d'analyse s'est ajouté aux deux objectifs précédents, soit celui de comprendre le processus de production des effets et décrire les conditions dans lesquelles ces effets semblent se produire ainsi que celles qui semblent y être une entrave. De plus, l'équipe d'évaluation étant demeurée attentive aux effets inattendus du programme, l'analyse a également porté sur cet aspect.

Études de cas : fiches uniques

Les évaluatrices ont procédé à une analyse systématique des données à partir de fiches uniques (Gauthier et al., 2009) pour chacun des cas, soit neuf cas au total. Parmi ces neuf cas, deux provenaient de participantes n'ayant pas participé à un minimum de cinq rencontres, mais ont tout de même été retenues afin de contribuer à juger de l'efficacité du programme (par exemple, l'analyse de ces cas a visé à déterminer si les effets attendus du programme sont observés chez ces participantes au même titre que pour les autres). Vu la nature confidentielle des informations comprises dans ces fiches, ces dernières ne sont pas présentées dans ce rapport (des résumés sont toutefois présentés dans la section Résultats). De nature descriptive, les fiches uniques comprennent une synthèse narrative des résultats devant permettre aux évaluatrices d'aboutir à une explication logique concernant la production des effets du programme. Le cadre théorique utilisé pour l'analyse a été celui du modèle logique du programme élaboré préalablement à la collecte de données et quelque peu bonifié au cours du projet. En effet, en fournissant un portrait détaillé des composantes du programme et des liens logiques reliant chacune d'entre elles, y compris les effets attendus (directs, intermédiaires et ultimes), le modèle logique a servi à confronter les résultats obtenus au fonctionnement théorique du programme.

Facteurs internes et externes

Dans le but de compléter le cadre théorique, l'équipe d'évaluation a également documenté les facteurs internes et externes pouvant influencer la production des effets. Plusieurs éléments propres au programme ou aux participantes ont pu avoir un impact sur les effets observés. L'importance de prendre en compte le contexte ne saurait être remise en question et la stratégie de l'étude de cas est tout à fait appropriée en ce sens, comme l'écrivent les auteurs du guide *Evaluation Handbook* (2004), de la fondation W. K. Kellogg : « [c]ase studies and narrative summaries about a particular piece of the program or participant are contextualisation techniques that preserve and clarify connections » (p. 89). Bien que la liste présentée dans le tableau 1 ne soit pas exhaustive, elle comprend les principaux facteurs internes et externes au programme LOV qui sont susceptibles d'avoir influencé les données colligées auprès des participantes de l'évaluation. Une catégorie particulière de facteurs internes au programme, soit les changements apportés au programme au cours de l'évaluation, a été isolée et est présentée dans le tableau 2. En effet, divers changements ont été apportés au programme au cours de l'évaluation et ont quelque peu transformé les rencontres de groupe. Ces transformations ont pu avoir un impact significatif sur les effets produits auprès des participantes selon le moment de leur participation au programme. Aux fins d'analyse et d'interprétation des résultats, l'équipe a retenu que la formule de 2013 était plus magistrale que celle de 2014, qui était quant à elle plus interactive. L'équipe d'évaluation a tenu compte de l'ensemble des facteurs internes et externes de diverses façons. Dans certains cas, les évaluatrices ont posé des questions spécifiques relatives à ces facteurs lors des entretiens individuels ou lors de l'entretien de groupe avec les participantes et ont cherché des informations correspondant à ces facteurs dans le système d'information OACIS et auprès d'autres sources, selon le cas. Lorsque les informations n'étaient pas disponibles ou incomplètes pour bien documenter ces facteurs, ceux-ci ont été pris en compte en tant que variables indépendantes inconnues pouvant avoir influencé les résultats et donc comme limites de la présente évaluation. L'interprétation des résultats et l'élaboration des conclusions et des recommandations devaient alors en tenir compte.

Tableau 1 Prise en compte des facteurs internes et externes

Facteurs	Prise en compte
Internes	
Niveau de participation aux rencontres pour chaque participante.	Un nombre de présences aux rencontres minimum (n=5) était un critère d'admissibilité pour les participantes de cette évaluation.
Contenu des présentations et activités des rencontres de groupe : thématiques, sujets, informations transmises.	De nombreux échanges avec les intervenants et les gestionnaires tout au long de l'évaluation et la réalisation du modèle logique du programme ont permis de documenter le programme et son évolution au cours du projet d'évaluation. (voir tableau ci-dessous pour la liste des changements apportés en cours d'évaluation).
Formule des rencontres de groupe : style de présentation et d'animation, durée, environnement.	
Externes	
Expérience, connaissances antérieures des participantes	Des questions ont été posées aux participantes lors des entretiens individuels ainsi que lors de l'entretien de groupe avec les participantes et des données ont été cherchées dans le système OACIS.
Autres sources d'information, de conseils et de soutien des participantes : famille, amies, proches, technologies de l'information, etc.	
Déroulement de la grossesse (problèmes de santé, etc.)	
Statut socio-économique, facteurs de vulnérabilité, parcours migratoire, etc.	Cette donnée était extraite du système d'information OACIS dès le début de l'évaluation.
Barrières linguistiques	

Suivi individuel à l'extérieur du CSSS (médecin de famille et/ou gynécologue, sage-femme, suivi pour grossesse à risque, etc.)	Cette variable n'a pas fait l'objet de collecte de données.
--	---

Tableau 2 Liste des changements apportés au programme au cours de l'évaluation

Changements apportés au programme au cours de l'évaluation (2013 à 2014)
Les enseignements portent sensiblement sur les mêmes thèmes, mais sont moins théoriques que ceux réalisés en 2013. Ils intègrent plus de connaissances pratiques et sont plus ouverts à diverses sources et divers types de connaissances, dont celles des clientes. L'accent n'est pas mis sur le nombre de connaissances transmises, mais sur l'intégration des connaissances par les clientes.
La formule des rencontres se rapproche davantage du modèle d'éducation populaire (rencontres interactives plutôt que magistrales et intégrant plus d'éléments pratiques). Des tours de tables, discussions autour de mises en situation et échanges en sous-groupe permet aux clientes de discuter des thèmes proposés, de partager leurs connaissances, d'émettre leurs préoccupations et d'orienter le contenu des séances.
Par le fait-même d'organiser des rencontres plus interactives, celles-ci créent un environnement qui stimule la création de liens entre les clientes. En leur donnant l'occasion d'interagir, les clientes développent plus facilement des affinités avec les autres.
Les clientes sont invitées à réaliser des exercices de yoga prénatal au début des rencontres et des documents leur sont également remis pour faire des exercices de yoga à la maison.
Des stagiaires (travail social, médecine, etc.) ont été intégrés au programme LOV entre 2013 et 2015. Ils ont contribué à l'animation des rencontres, notamment.
Des rencontres de groupe ont été insérées au calendrier pour les mois de l'été (juillet et août) afin d'assurer une continuité pour les clientes.
Une évaluation de chacune des séances est proposée aux clientes par le biais d'un court formulaire d'évaluation distribué systématiquement. Le formulaire est simple et comprend des questions sur les apprentissages réalisés, la possibilité d'obtenir réponse à ses questions et l'occasion de développer des amitiés avec les autres clientes.
Il a été observé que les suppléments vitaminiques n'ont pas été distribués à toutes les clientes du programme LOV au cours d'une courte partie de la période d'évaluation, et ce, en raison d'un manque temporaire de ressources.

Processus de traitement et d'analyse des effets

En ce qui a trait à l'analyse des données menant à la rédaction des neuf fiches, l'équipe d'évaluation a d'abord saisi et traité les réponses des participantes ainsi que les données cliniques provenant du système OACIS dans un logiciel tableur de feuilles de calcul (Excel) et a procédé à l'analyse par catégorie d'effets, soit les effets sur : 1) les connaissances; 2) les habitudes de vie; 3) l'état de santé et de bien-être; 4) la création de liens sociaux et; 5) l'estime de soi et le sentiment de pouvoir. Quant à la première catégorie, une note a été attribuée pour chaque réponse donnée par les participantes et une comparaison pré/post a permis de déterminer si elles avaient progressé, si elles étaient demeurées stables ou si elles avaient régressé au niveau de l'acquisition de connaissances. En ce qui concerne la deuxième catégorie, une comparaison pré/post des habitudes de vie a également servi à déterminer l'évolution de chaque participante. Pour la troisième catégorie, l'équipe d'évaluation a procédé à une comparaison pré/post des données portant sur l'état de santé et de bien-être des participantes afin de cerner les problématiques qu'elles avaient vécues en cours de grossesse (le cas échéant). Une comparaison entre les indicateurs quantitatifs (nombre de semaines de gestation et poids du bébé) et les cibles fixées dans le modèle logique a, quant à elle, permis de vérifier l'atteinte de ces cibles par chaque participante. Les évaluatrices ont également examiné le graphique sur le suivi du poids gestationnel afin de déterminer si les participantes se situaient entre la borne minimale et la borne maximale de gain de poids recommandé. L'analyse des réponses correspondant à la quatrième catégorie a, elle aussi, consisté en une analyse comparative pré/post visant à déterminer si le programme avait contribué à la création de liens sociaux pour chaque participante. Enfin, pour la cinquième catégorie d'effets, soit celle portant sur l'estime de soi et le sentiment de pouvoir, les scores obtenus pour chacune des deux échelles de mesure ont été calculés et associés à l'un des échelons prévus par ces outils de

mesure validés. Les résultats pré-intervention ont été comparés aux résultats post-intervention afin de déterminer le degré d'évolution de chaque participante (progression, stabilité ou régression).

Analyse thématique des données et rédaction des fiches

Une analyse thématique des données sur les participantes et leur bébé a ensuite été réalisée et a servi à catégoriser l'information au sein de chacune des fiches selon qu'elle décrivait : 1) le parcours de la participante, incluant le déroulement de sa grossesse; 2) les effets observés pour cette participante et; 3) une hypothèse générale sur l'efficacité du programme pour cette participante. En ce qui a trait au parcours des participantes, celui-ci comprend des informations notamment sur leur statut socio-économique, sur leur(s) grossesse(s) précédente(s) le cas échéant, sur les raisons d'admission au programme OLO, sur le nombre de participations au programme, sur le moment de leur grossesse en question, sur le niveau de participation aux rencontres et sur la présence de barrières linguistiques, le cas échéant. Pour une présence à moins de cinq rencontres, la participation était jugée faible; pour la participation à cinq à huit rencontres inclusivement, la participation était jugée moyenne; et pour la participation à neuf rencontres ou plus, la participation était jugée élevée.

Données sur les habitudes d'utilisation du système de santé

Seules les données portant sur l'utilisation par les participantes du système de la santé n'ont pas été interprétées de la même façon que les autres informations et n'ont pas été incluses au sein de chaque fiche unique. La question de l'utilisation des services de santé n'était pas incluse au sein du modèle logique du programme et n'était donc pas un effet attendu du programme. Les décideurs s'intéressaient toutefois aux pratiques des clientes du programme LOV en ce qui a trait à leur utilisation des services du réseau, puisque ce sujet suscite nombre de préoccupations dans le contexte actuel du réseau. De plus, les questions posées aux participantes de l'évaluation à ce sujet étant non-exhaustives, il n'était pas possible de déterminer l'influence du programme sur ces habitudes ni même de porter un jugement sur le bien-fondé de ces habitudes. Il a tout de même été possible de dresser un constat à partir des résultats obtenus.

Analyse des informations sur les autres besoins et attentes

Les réponses obtenues lors des entretiens individuels pré/post aux questions portant sur les autres besoins et attentes des participantes par rapport au programme ont été regroupées et l'ensemble des besoins exprimés ont été analysés. D'abord, ils ont été comparés au modèle logique du programme afin de déterminer si les interventions prévues par LOV tiennent compte ou non de ces besoins. Les perceptions des participantes quant à la réponse à leurs besoins ont ensuite été analysées dans le but de porter un jugement sur la capacité du programme à y répondre.

Analyse des informations sur les effets inattendus

De nombreux commentaires ont été formulés par les participantes dans le cadre des entretiens individuels et de groupe, ainsi que par les femmes-leaders lors de l'entretien. Ceux-ci ont été examinés afin d'y retrouver des effets inattendus du programme.

Analyse des informations provenant des entretiens de groupe avec les participantes

En plus de son utilité pour les dimensions portant sur les autres besoins et attentes des participantes ainsi que sur les effets inattendus du programme, l'entretien de groupe a été particulièrement utile pour compléter la collecte de données sur les effets du programme et pour valider ou infirmer certaines analyses préliminaires des évaluatrices (voir annexe 8). Certaines

informations colligées auprès des participantes présentes ont permis de bonifier leur étude de cas. De plus, sans fournir de détails sur chacun des cas, il a, en effet, été possible de vérifier certaines informations qui pouvaient expliquer le degré de production des effets du programme. Ceci a été particulièrement utile pour l'interprétation des résultats relatifs à l'estime de soi et au sentiment de pouvoir. Les hypothèses formulées pour chaque participante en tiennent compte.

Femmes-leaders : estime de soi et sentiment de pouvoir

L'analyse des données colligées auprès des femmes-leaders visant à répondre à la question décisionnelle portant sur les effets du programme a consisté à isoler les informations sur les effets perçus du programme sur leur propre parcours en tant que femmes-leaders et sur celui des clientes du programme qu'elles ont côtoyées, notamment en ce qui a trait à l'estime de soi et au sentiment de pouvoir. Pour ce faire, les notes d'entretien ont été saisies dans un logiciel de traitement de texte et résumées dans le cadre d'un rapport d'entretien (voir annexe 8). Les informations repérées ont ensuite été utilisées lors de l'analyse des études de cas en apportant des explications additionnelles au cadre théorique utilisé et en permettant aux évaluatrices de mieux comprendre l'efficacité du programme par rapport à ces deux variables. Cet objectif a été atteint, puisque les réponses obtenues de la part des femmes-leaders, bien qu'elles consistaient en des perceptions, étaient riches d'informations sur les effets du programme pour un ensemble de clientes ayant participé aux rencontres LOV sur plusieurs années et ce, avec un regard particulier sur l'estime de soi et le sentiment de pouvoir. Les données provenant de l'entretien avec les femmes-leaders ont également servi à répondre à la troisième question décisionnelle.

Élaboration de la discussion

En se basant sur l'affirmation selon laquelle, « [l]orsqu'il s'agit de mesurer les résultats d'un programme, l'étude d'un cas critique peut être plus défendable que celle d'un échantillon représentatif » (Secrétariat du Conseil du Trésor, 1998, p. 82), l'équipe d'évaluation a sélectionné un cas qu'elle jugeait exemplaire afin d'en faire une analyse plus approfondie. La considération de ce cas contribue tout particulièrement à la discussion, en facilitant la compréhension du contexte de production des effets du programme et l'identification des conditions facilitant et entravant la production des effets. Des thèmes émergeant de l'analyse des études de cas et fournissant des réponses aux questions d'évaluation sur les effets sont également soulevés à l'étape de la discussion.

2.2.3 Analyse des données sur l'amélioration du programme

La troisième question décisionnelle portait sur l'amélioration du programme et, pour y répondre, une revue sommaire de la littérature portant sur les meilleures pratiques en matière d'intervention prénatales a été réalisée. De plus, l'ensemble des informations colligées auprès des diverses sources d'information comportait des idées clés pour l'amélioration du programme.

Revue sommaire de la littérature

Une revue sommaire de la littérature était d'abord prévue pour compléter les connaissances de l'équipe d'évaluation sur les bonnes pratiques et modèles d'interventions auprès de femmes enceintes qui sont recommandées dans la littérature internationale. De plus, cette revue devait porter sur les données populationnelles les plus récentes sur la clientèle visée par le programme LOV (femmes enceintes, femmes immigrantes) du territoire du CLSC Parc-Extension. Un rapport de la revue de la littérature a été produit pour rendre compte des résultats de recherche et de leur analyse préliminaire. Tel que précisé dans ce rapport (voir annexe 5), l'analyse des données

colligées a consisté en « la construction de contenu catégoriel (selon le profil de la clientèle) et thématique (selon les résultats visés par les interventions) à partir des corpus écrits permettant ainsi le repérage et l'analyse des occurrences et des cooccurrences (Bardin, 2003) nécessaires à l'interprétation des informations » (p. 3). Le rapport, rédigé par une stagiaire en évaluation de programme, comprend les sections suivantes : 1) Méthodologie; 2) Caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population de Parc-Extension; 3) Maternité et naissances sur le territoire du CLSC de Parc-Extension; 4) Les interventions en santé et services sociaux auprès des femmes enceintes en contexte de vulnérabilité; 5) Constats et pistes de solution sur les interventions à privilégier. D'une part, par le fait de présenter des données populationnelles portant sur les femmes de Parc-Extension, les résultats ont servi à révéfier la pertinence d'offrir un programme comme LOV sur ce territoire. Les résultats ont ensuite contribué à enrichir la connaissance des membres de l'équipe quant à d'autres programmes ou modèles d'intervention existant ailleurs dans le monde. Ces informations ont permis de comparer le programme LOV à ces modèles et de déterminer des pistes d'action quant à l'amélioration du programme. Les pistes de solution ont été présentées au comité de suivi en cours d'évaluation et ont été validées par ce comité. Enfin, l'équipe d'évaluation a puisé dans ces recommandations au moment de l'analyse globale des informations permettant de répondre à cette question décisionnelle.

Pistes d'amélioration provenant des sources d'information

Afin de repérer et d'analyser toutes les informations provenant des différentes sources d'information sur l'amélioration du programme, l'équipe d'évaluation a scruté les rapports d'entretiens de groupe (ex-intervenants, intervenants et gestionnaires actuels, femmes-leaders et participantes) et les réponses provenant des participantes rencontrées individuellement. Toute information portant sur une recommandation pour l'avenir du programme a été repérée, qu'elle soit explicite ou implicite, et catégorisée selon qu'elle portait sur : 1) un aspect positif du programme, à consolider ou sur; 2) un aspect négatif du programme, à améliorer. Elles ont ensuite fait l'objet d'une analyse de pertinence et de faisabilité grâce à la consultation des membres du comité de suivi et des intervenants du programme. Enfin, les pistes d'amélioration retenues ont fait l'objet de recommandations.

3. RÉSULTATS

Les principaux résultats obtenus pour répondre aux trois questions décisionnelles tels qu'interprétés par l'équipe d'évaluation sont rapportés dans les pages qui suivent. Les annexes citées précédemment comprennent l'ensemble des résultats obtenus pour chaque stratégie de collecte de données à l'exception des fiches uniques qui sont demeurées confidentielles.

3.1. Résultats décrivant le programme

Le rapport de la recherche documentaire et des entretiens avec les personnes-ressources (annexe 2) dresse le portrait du programme LOV de 1992 à 2013 et a servi à comprendre les principales transformations qui ont eu lieu pendant cette vingtaine d'années. Le rapport s'est toutefois concentré sur les périodes 2001 à 2006 et 2006 à 2013, pour des raisons abordées précédemment. La recherche documentaire a contribué à la formulation de trois constats.

Premier constat : Tout d'abord, il a été constaté que les objectifs, la population cible ainsi que plusieurs activités du programme pour les deux périodes sont sensiblement les mêmes.

Deuxième constat : Il a toutefois été constaté, en deuxième lieu, que la composition de l'équipe a évolué, les rencontres étant animées conjointement par une infirmière et une travailleuse sociale pour la période 2001-2006 alors que durant la période 2006-2013, elle était assurée par une infirmière seulement (d'autres professionnelles y participaient de façon ponctuelle).

Troisième constat : Le troisième constat portait quant à lui sur les activités d'intervention qui n'étaient pas les mêmes d'une période à l'autre : alors qu'en 2001-2006 les rencontres de groupe font appel à l'implication de femmes-leaders, des petits groupes sont formés selon la langue parlée et des activités informelles (exercices, yoga, fêtes, etc.) sont organisées, à partir de 2006 (environ), le programme ne comprend plus la participation de femmes-leaders et le format des animations est davantage magistral. Quant aux entretiens de groupe, ils ont permis de confirmer que l'approche privilégiée en 2001-2006 était davantage axée sur l'augmentation du sentiment de pouvoir (*empowerment*) que celle adoptée en 2006-2013, ce qui explique notamment l'implication des femmes-leaders dans cette phase antérieure du programme. Enfin, selon le rapport, les transformations vécues par le programme pendant ces années peuvent se justifier, notamment, par les événements suivants :

La transformation des CLSC en CSSS, passant d'une approche communautaire à une approche populationnelle; le mouvement du personnel et l'absence de transfert de connaissances vers les nouveaux intervenants; la pression accrue sur les intervenants pour augmenter leur charge de cas, amenant certaines d'entre elles à cesser leur participation au groupe; ainsi que la décision des hôpitaux de donner un congé précoce aux nouvelles mères (après seulement 24 heures d'hospitalisation), ayant pour effet que les infirmières de CLSC doivent transmettre plus d'informations aux mères, entre autres sur les soins du bébé (p. 3).

Ces événements sont survenus sans être explicitement voulus par l'équipe du programme LOV et les changements qu'ils ont causés n'étaient donc pas intentionnels. Les volets de socialisation et d'empowerment n'ont pas été formellement écartés, mais ont plutôt subi les répercussions produites par des événements hors du contrôle de l'équipe du programme.

3.2. Résultats portant sur les effets du programme

Neuf études de cas riches en information quantitative et qualitative, dont deux portent sur des participantes n'ayant pas atteint le seuil minimal de rencontres, ont été élaborées, analysées et interprétées afin de porter un jugement sur l'efficacité du programme LOV. Les paragraphes qui suivent décrivent les processus d'interprétation utilisés et comprennent, ensuite, un résumé du contenu de chacune des fiches uniques élaborées (portrait, effets observés et hypothèse générale pour chaque participante). À la fin de cette sous-section, un tableau reprend succinctement les résultats obtenus et les hypothèses par participante. Enfin, les résultats portant sur les effets inattendus du programme et sur la réponse aux autres besoins exprimés par les participantes sont respectivement présentés.

Habitudes d'utilisation du système de santé

Les résultats obtenus quant à l'utilisation des services de santé contribuent à la formulation d'un constat, soit que les participantes semblent avoir une meilleure connaissance et une utilisation accrue des services du CLSC à la fin de l'intervention LOV qu'au début de l'intervention. En effet, lors de l'entretien pré-intervention, une majorité des participantes mentionnaient que le médecin et l'hôpital (urgence) étaient leurs principaux recours en cas de problèmes de santé alors qu'au terme de l'intervention, plusieurs d'entre elles ont affirmé avoir eu recours à l'infirmière et à la nutritionniste du CLSC en tant que ressources premières lors de questionnements ou de problèmes. Les données ne fournissent toutefois pas suffisamment d'éléments de contexte permettant de juger du bien-fondé de l'utilisation par les participantes des services du réseau.

Estime de soi et sentiment de pouvoir

Il importe de préciser que lorsqu'une participante obtenait des résultats pré et post semblables pour l'estime de soi et le sentiment de pouvoir, il a été considéré que l'effet attendu du programme s'était produit et ce, pour deux raisons. D'abord, l'interprétation a pris en considération le phénomène selon lequel « pour beaucoup de femmes, la grossesse peut augmenter l'estime de soi, [car] leur corps donne le sens de la maternité et devient une source de plénitude » (Stavrou, 2015). Ce phénomène a été confirmé par les participantes ayant été rencontrées lors de l'entretien de groupe à la suite des mesures pré/post. Elles décrivaient leur période de grossesse comme un moment où elles se sentaient bien dans leur peau, complètes, satisfaites et heureuses. Ensuite, l'accouchement et l'arrivée du nouveau-né peuvent être accompagnés, dans les premiers temps, d'une baisse de l'estime de soi et du sentiment de pouvoir dû au départ du bébé du corps de la femme, à la fatigue intense ressentie par la nouvelle mère, au sentiment d'impuissance ou d'incompétence en tant que parent, etc. L'une des participantes a décrit ce phénomène de la façon suivante :

« Au départ, j'étais fière de moi, j'étais enceinte. Mais après c'était plus compliqué. Physiquement, c'était plus difficile. Au départ, on part avec un bon moral, mais neuf mois, c'est long. Après l'accouchement, tu es toute seule et pas équipée. Tu n'as personne pour t'aider à faire les repas, le ménage. Les nuits, c'était dur. Des fois, tu te dis : "mieux vaut que le bébé reste en-dedans". »

« Au moment de l'accouchement, tu as un bon moral, mais après, avec tous les problèmes qui arrivent avec le bébé, tu te sens fatiguée. Personne ne t'aide. Des fois tu arrives au sommet de la fatigue et c'est difficile. »

Ainsi, il serait « normal » que l'estime de soi et le sentiment de pouvoir d'une femme enceinte soit plus bas après l'accouchement. Tant les participantes rencontrées lors de l'entretien de groupe que les intervenants du programme LOV ont validé cette interprétation et ont appuyé l'idée selon laquelle le maintien de l'estime de soi et du sentiment de pouvoir tout au long et dans les premiers mois suivant la grossesse était une réussite en soi. Il n'était donc pas réaliste de croire que le programme ait pour effet d'augmenter significativement l'estime de soi et le sentiment de pouvoir lors de cette période de la vie d'une femme.

Formulation des hypothèses

Les hypothèses générales formulées pour chaque participante proviennent d'une interprétation des résultats qui s'appuie sur la comparaison de la situation d'une participante donnée avant l'intervention avec sa situation après l'intervention. Les différences significatives entre le pré et le post sont ainsi soulevées et mises en relation avec les divers éléments du contexte de cette même participante. La nature non-expérimentale des méthodes choisies (devis pré/post à groupe unique) pour cette évaluation ne permet pas d'attribuer au programme seul les différences soulevées et c'est pourquoi les hypothèses formulées demeurent des postulats et non pas des conclusions. De plus, les hypothèses se rapportent à chaque participante individuellement et servent à proposer une explication des différences observées avant et après l'intervention. Elles ne s'appliquent pas aux autres participantes et ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population (femmes enceintes vulnérables ayant participé au programme LOV). Chaque cas est différent et les hypothèses ne peuvent être retirées de leur contexte. En outre, des liens ont été faits entre les effets observés pour chaque participante et : le nombre de grossesses précédentes, le nombre de participations précédentes au programme LOV, le niveau de participation aux rencontres de groupe, la présence ou absence de barrières linguistiques, les caractéristiques personnelles et les besoins et attentes envers le programme.

Résumé des fiches uniques

Le résumé de chaque fiche est rapporté ci-dessous. À noter que les numéros attribués aux participantes ne se suivent pas dans un ordre séquentiel ininterrompu (1, 2, 3, 4, 5...), car les participantes pour qui la collecte de données n'a pas été complétée ont été retirées de la liste sans modification aux numéros déjà attribués aux autres participantes.

Participante 1

Cette participante en était à son premier bébé et donc à sa première participation au programme LOV. Elle a participé au programme en 2013 et a assisté à un nombre moyen de rencontres. Elle a acquis des nouvelles connaissances, amélioré ses habitudes alimentaires, a atteint toutes les cibles (gain de poids, temps de gestation, poids du bébé) et son estime de soi et son sentiment de pouvoir se sont maintenus. Elle n'a toutefois pas créé de nouveaux liens sociaux et croit que les barrières linguistiques en étaient responsables, puisqu'elle parlait le français alors que la majorité des clientes parlaient l'anglais. Il est postulé que le programme a produit la majorité des effets attendus pour cette participante, bien qu'il n'ait pas favorisé la création de liens sociaux. La forme magistrale des rencontres offertes à cette période (2013) et les barrières linguistiques auxquelles la participante se heurtait pourraient en être responsables.

Participante 3

La participante 3 en était à son troisième bébé et à sa deuxième participation au programme LOV. Elle a participé à un nombre élevé de rencontres en 2013, mais elle a également bénéficié du suivi d'une travailleuse sociale au cours de sa grossesse. Le programme semble avoir eu des effets positifs sur l'acquisition de connaissances par cette participante et sur ses habitudes de vie, ainsi que sur son estime de soi et son sentiment de pouvoir qui se sont

améliorés. Elle n'a pas atteint la cible de gain de poids, mais a atteint les cibles d'un minimum de 37 semaines de grossesse et de 2,5 kg pour le poids du bébé. Elle n'a pas créé de liens sociaux. L'hypothèse formulée pour la participante 3 est que le programme a produit la majorité des effets attendus malgré ses expériences de grossesse précédentes et malgré qu'elle ait déjà participé au programme. Cependant, il est postulé que la forme magistrale n'ait pas favorisé la création de nouvelles relations sociales.

Participante 4

Lors de sa participation à cette évaluation, la participante 4 en était à son second bébé et à sa seconde participation au programme. Elle a participé au programme en 2013 et a assisté à un nombre élevé de rencontres. Elle a amélioré ses habitudes de vie, tant alimentaires que physiques, a atteint les cibles de gestation et de poids du nouveau-né (mais pas celle du gain de poids), a créé de nouvelles amitiés avec d'autres clientes du programme et a maintenu son estime de soi et son sentiment de pouvoir. Dans le cas de cette participante, le programme semble avoir produit la majorité des effets attendus. Les données colligées ne permettent pas de proposer une explication quant à la création d'amitiés, outre le fait qu'elle n'avait aucun(e) ami(e) au Québec en date de son premier entretien et qu'elle a mentionné, lors du second entretien, qu'elle aurait souhaité plus de temps pour parler avec les autres clientes du programme. Ainsi, la création d'amitiés pourrait provenir de sa propre motivation à développer de nouvelles relations. Enfin, le fait qu'elle ait déjà participé au programme pourrait expliquer qu'aucun effet n'ait été observé quant aux connaissances acquises.

Participante 7

La participante 7 en était à son deuxième bébé et à sa deuxième participation au programme. Elle a participé à un nombre moyen de rencontres et ce, en 2013. Elle s'est heurtée à des barrières linguistiques importantes, comme elle parle seulement tamil (elle comprend quelques mots d'anglais). L'évaluation ne révèle pas d'acquisition de connaissances pour cette participante, mais elle a amélioré ses habitudes alimentaires et physiques, a atteint les cibles de gestation et de poids du bébé (mais pas celle du gain de poids) malgré un diabète gestationnel et a maintenu son estime de soi et son sentiment de pouvoir. Elle n'a pas créé de nouveaux liens sociaux. L'hypothèse formulée porte principalement sur les barrières linguistiques auxquelles s'est heurtée cette participante, qui semblent avoir été une entrave importante selon les résultats obtenus et selon ses propres remarques.

Participante 8

C'était le premier bébé de la participante 8 et celle-ci a participé à un nombre élevé de rencontres en 2013. Les résultats obtenus ne montrent pas d'acquisition de connaissances et elle n'a pas atteint la cible de gain de poids, mais elle a amélioré ses habitudes de vie (alimentaires et physiques), a atteint les cibles de minimum 37 semaines de grossesse et de minimum 2,5 kg pour le poids du nouveau-né et elle a maintenu son estime de soi et son sentiment de pouvoir. Elle n'a pas créé de liens sociaux. Le programme semble avoir produit plusieurs effets attendus auprès de cette participante. Au cours des entretiens, elle a affirmé déjà en connaître beaucoup sur la santé, puisqu'elle avait été formée et exerçait une profession dans le domaine de la santé dans son pays d'origine, ce qui pourrait expliquer le fait qu'elle n'ait pas acquis de nouvelles connaissances au cours de sa participation à LOV. Le programme semble toutefois avoir consolidé ces connaissances et encouragé leur intégration à ses habitudes de vie. Ayant participé au programme en 2013, la forme magistrale des rencontres pourrait expliquer la non-crédation de nouvelles relations.

Participante 13

Cette participante en était à son deuxième bébé et sa deuxième participation au programme. Elle a participé à un faible nombre de rencontres (elle n'a pas atteint le seuil de cinq rencontres fixé en début d'évaluation) et ce, en 2013-2014. La participante a acquis de nouvelles connaissances et a amélioré ses habitudes d'activité physique, mais pas ses

habitudes alimentaires. Elle a atteint la cible de temps de gestation, mais les informations sur les autres cibles (gain de poids et poids du nouveau-né) n'étaient pas disponibles. Enfin, en se fiant aux échelles de mesure, elle a maintenu son estime de soi et son sentiment de pouvoir. Il est postulé dans ce cas que la faible participation de cette cliente aux rencontres LOV explique la non-amélioration des habitudes alimentaires (qui était pourtant centrale dans le cadre du programme LOV). La participante a par ailleurs mentionné que sa faible participation explique la non-crédation de liens sociaux.

Participante 14

La participante 14 avait déjà deux enfants au moment de participer au programme LOV en 2013-2014 et ce, pour la première fois. Elle a toutefois participé à un faible nombre de rencontres (elle n'a pas atteint le minimum de cinq rencontres) en raison d'une hospitalisation de plusieurs semaines en cours de grossesse. Elle a amélioré ses habitudes alimentaires alors que ses habitudes d'activité physique ont plutôt régressé à cause de son hospitalisation. La participante a atteint les cibles portant sur le nombre de semaines de grossesse et le poids du nouveau-né (quant au gain de poids, les données n'étaient pas disponibles). En ce qui concerne l'estime de soi et le sentiment de pouvoir, cette participante s'est améliorée sur l'une des deux échelles de mesure et est demeurée stable sur l'autre. L'hypothèse formulée porte sur la faible participation de cette cliente aux rencontres, qui pourrait expliquer la non-acquisition de connaissances et explique sans doute la régression des habitudes d'activité physique (elle était alitée). En revanche, son hospitalisation a été accompagnée d'un suivi de grossesse plus intensif qui pourrait expliquer la production de certains effets attendus.

Participante 15

C'était le second bébé de cette participante et sa seconde participation au programme LOV également. Elle a assisté aux rencontres en 2013 et 2014 et sa participation a été de niveau moyen. Les effets produits auprès de cette participante ont été : l'acquisition de connaissances, l'amélioration des habitudes alimentaires, l'atteinte des cibles de gestation et de poids du nouveau-né, ainsi que le maintien de l'estime de soi et du sentiment de pouvoir. Malgré sa participation moyenne aux rencontres, la majorité des effets du programme ont été produits pour cette participante et il est possible que cela soit également dû à ses caractéristiques personnelles. En effet, lors des entretiens, la participante 15 s'est révélée particulièrement déterminée et relativement autonome dans les choix en lien avec sa grossesse.

Participante 17 (cas exemplaire)

Pour la participante 17, l'expérience de grossesse était nouvelle, puisque c'était son premier bébé et donc sa première participation au programme. Elle a participé à un nombre élevé de rencontres et ce, en 2014. Cette participante a acquis de nouvelles connaissances, a amélioré ses habitudes de vie, a atteint toutes les cibles (gain de poids, nombre de semaines de grossesse, poids du bébé à la naissance), a créé des liens sociaux (deux amitiés qui se sont maintenues après la fin du programme) et a augmenté son estime de soi et son sentiment de pouvoir. De plus, elle a entamé un projet à la suite de sa participation au programme, soit des cours de yoga. Ainsi, la totalité des effets attendus qui étaient mesurés dans le cadre de l'évaluation se sont manifestés pour cette participante et il est postulé que cela est grâce à sa participation élevée aux rencontres et à la forme plus interactive du programme en 2014, qui aurait notamment contribué à la création de liens sociaux.

Effets inattendus

Parmi les commentaires colligés auprès des participantes lors des entretiens individuels et lors de l'entretien de groupe, quelques-uns ont contribué à établir l'existence d'effets inattendus. D'abord plusieurs commentaires ont soulevé la création de liens de confiance entre les

participantes et les intervenants. En effet, quelques participantes ont mentionné qu'elles avaient développé un lien particulier avec une ou plusieurs intervenants. Par exemple, elles ont affirmé :

« Les relations avec les infirmières m'ont beaucoup aidée. J'ai senti que le CLSC était ma famille, surtout au niveau psychologique. Je leur ai fait confiance, car elles sont professionnelles et transmettent des informations fiables et car elles m'ont réconfortée et rassurée. Les intervenantes ont vraiment comblé un vide dans ma vie après mon accouchement. J'aimerais définitivement maintenir ces liens si je le peux. »

« J'aimais mieux parler de ma grossesse avec les professionnelles [qu'avec les autres clientes]. Les intervenantes s'adaptent beaucoup aux femmes et elles répondent à toutes nos questions sur place ».

« Moi aussi, le programme m'a soutenue psychologiquement. J'ai apprécié la disponibilité des intervenantes. Par exemple, j'ai vu l'infirmière, à ma demande, à trois jours de mon accouchement. Elle m'a beaucoup informée et soutenue, et m'a dit que je pouvais la recontacter. »

Les femmes-leaders avaient également soulevé cet aspect lors de l'entretien de groupe. Elles mentionnaient qu'un canal de communication et un lien se développaient entre les clientes et les intervenants du CLSC.

Ensuite, le commentaire d'une participante a montré que le programme pouvait également soutenir les clientes dans leur relation avec leur conjoint, en ce qui concerne l'enfant à naître :

« À toutes les fois que j'allais aux rencontres, après, j'en parlais avec mon mari. Par exemple, au début, mon mari ne voulait pas assister à l'accouchement, mais après je lui ai expliqué pourquoi il devait m'accompagner et il est venu. »

Réponse aux besoins des participantes

Bien que certaines participantes n'aient mentionné ni d'autres besoins ni d'autres attentes par rapport au programme LOV lors de l'entretien pré-intervention, plusieurs besoins et attentes ont été exprimés au final. Parmi ceux-ci se retrouvaient les éléments suivants :

- « faire de l'activité physique »;
- « répondre à mes questions »;
- « que tout me soit expliqué sur la grossesse »;
- « nous préparer, moi et mon conjoint, à l'accouchement »;
- « faire du yoga »;
- « rencontrer une nutritionniste »;
- « bénéficier d'une approche positive et participative »;
- « obtenir des informations sur quoi faire et quoi ne pas faire pendant et après la grossesse »;
- « socialiser, tisser des liens »;
- « être soutenue »;
- « me sentir compétente et en confiance »;
- « faire un retour sur la séance précédente si je l'ai manquée »;
- « acquérir des connaissances sur les habitudes de vie et la grossesse »;
- « améliorer mon état de santé ».

La majorité des participantes se sont dites satisfaites du programme lors de l'entretien post-intervention, c'est-à-dire que le programme avait répondu à leurs besoins et attentes. Deux participantes ont mentionné que leurs besoins et attentes n'avaient été répondu que partiellement, car l'une aurait souhaité plus de soutien, plus d'informations sur les soins au bébé et plus de réponses à ses inquiétudes alors que l'autre aurait aimé avoir plus de temps pour échanger avec les autres clientes. Celles-ci avaient par ailleurs participé à un nombre élevé de rencontres (l'une a même remarqué qu'elle avait revu, lors de certaines séances, du contenu vu précédemment). Une autre participante a répondu qu'elle ne pouvait en juger, puisqu'elle avait manqué un trop grand nombre de séances. Lors de l'entretien de groupe, une participante a suggéré qu'une prise de tension artérielle soit réalisée à toutes les rencontres ainsi qu'une surveillance du glucose. Enfin, une autre participante a exprimé le souhait, lors de cet entretien, que les rencontres commencent plus tôt durant la grossesse « parce qu'au début, on a beaucoup de questions ».

À la lecture de ces résultats, deux constats peuvent être dressés :

Premier constat : La majorité des besoins et attentes exprimés étaient inclus au modèle logique du programme, plus précisément dans les effets attendus du programme (activité physique, nouvelles connaissances, développement de liens sociaux, amélioration de l'état de santé, sentiment de pouvoir, etc.), c'est-à-dire que les interventions prévues par le programme visent à y répondre. Quelques besoins et attentes formulés de façon plus précise ont également été soulevés (par exemple : « que tout me soit expliqué sur la grossesse » et « faire un retour sur la séance précédente si je l'ai manquée »).

Second constat : Selon les participantes, la majorité de leurs besoins et attentes ont été répondus, qu'ils aient été inclus ou non dans les effets attendus du programme. Quelques besoins et attentes exprimés après l'intervention (par exemple la prise de tension artérielle et la mesure du glucose) n'avaient pas été pris en compte par le programme.

Tableau 3 Portrait des participantes, effets observés et constats

No.	Portrait	Effets	Constats et hypothèses
1	- 1 ^{er} bébé - 1 ^{re} participation - Inscrite en 2013 - Participation moyenne	- Acquisition connaissances - Amélioration habitudes alimentaires - Atteinte cibles - Maintien estime de soi et sentiment de pouvoir	- Production de la majorité des effets attendus - Forme magistrale des rencontres et barrière linguistique (avec les autres clientes seulement) pourraient être responsables de l'absence de création de liens sociaux
3	- 3 ^e bébé - 2 ^e participation - Inscrite en 2013 - Participation élevée	- Acquisition connaissances - Amélioration habitudes de vie - Atteinte cibles de gestation et poids nouveau-né - Augmentation estime de soi et sentiment de pouvoir	- Production de la majorité des effets attendus - Participation élevée y aurait contribué - Forme magistrale des rencontres pourrait être responsable de l'absence de création de liens
4	- 2 ^e bébé - 2 ^e participation - Inscrite en 2013 - Participation élevée	- Amélioration habitudes alimentaires - Atteinte cibles de gestation et poids nouveau-né - Création liens sociaux - Maintien estime de soi et sentiment de pouvoir	- Production de la majorité des effets attendus - Participation élevée y aurait contribué - Non-acquisition de connaissances pourrait être expliquée par 2 ^e participation au programme - Aucune amitié au Québec et volonté d'échanger davantage avec les autres clientes pourraient expliquer création de liens
7	- 2 ^e bébé - 2 ^e participation - Inscrite en 2013 - Participation moyenne - Barrière linguistique	- Amélioration habitudes alimentaires - Atteinte cibles de gestation et poids nouveau-né - Maintien estime de soi et sentiment de pouvoir	- Production de plusieurs effets attendus - Barrière linguistique est une entrave à la production d'effets - Forme magistrale des rencontres et barrière linguistique pourraient être responsables de l'absence de création de liens
8	- 1 ^{er} bébé - 1 ^{re} participation - Inscrite en 2013 - Participation élevée	- Amélioration habitudes alimentaires - Atteinte cibles de gestation et poids nouveau-né - Maintien estime de soi et sentiment de pouvoir	- Production de plusieurs effets attendus - 2 ^e participation au programme pourrait expliquer non-acquisition de connaissances - Forme magistrale des rencontres pourrait être responsables de l'absence de création de liens
13	- 2 ^e bébé - 2 ^e participation - Inscrite en 2013-2014 - Participation faible	- Acquisition connaissances - Amélioration habitudes d'activité physique - Atteinte cible de gestation (données manquantes pour autres cibles) - Maintien estime de soi et sentiment de pouvoir	- Production de quelques effets attendus - Non-amélioration des habitudes alimentaires pourrait être expliquée par faible participation - Faible participation expliquerait non-crétion de liens sociaux selon la participante - Absence d'info sur cibles gestation et poids nouveau-né
14	- 3 ^e bébé - 1 ^{re} participation - Inscrite en 2013-2014 - Participation faible (hospitalisation)	- Amélioration habitudes alimentaires - Atteinte cibles de gestation et de poids nouveau-né - Augmentation estime de soi et sentiment de pouvoir	- Production de quelques effets attendus - Faible participation pourrait expliquer non-acquisition de connaissances et non-amélioration des habitudes d'activité physique - Hospitalisation (suivi plus intensif) pourrait expliquer la production de certains effets
15	- 2 ^e bébé - 2 ^e participation - Inscrite en 2014 - Participation moyenne	- Acquisition connaissances - Amélioration habitudes alimentaires - Atteinte cibles de gestation et de poids nouveau-né - Maintien estime de soi et sentiment de pouvoir	- Production de la majorité des effets attendus - Caractéristiques personnelles (déterminée, indépendante) ont pu contribuer - Non-crétion de liens sociaux expliquée par manque d'intérêt selon la participante - A entamé un projet grâce au programme LOV selon la participante
17	- 1 ^{er} bébé - 1 ^{re} participation - Inscrite en 2014 - Participation élevée	- Acquisition connaissances - Amélioration habitudes de vie - Atteinte cibles - Création liens sociaux - Augmentation estime de soi et sentiment de pouvoir - A entamé projet après LOV	- Production de la totalité des effets attendus - Participation élevée y aurait contribué - Forme plus interactive des rencontres aurait contribué à la création de liens

3.3. Résultats sur l'amélioration du programme

Toutes les collectes de données ont contribué à l'identification de pistes d'amélioration du programme LOV. La revue sommaire de la littérature a d'abord permis de connaître les modèles d'intervention prénatale existant et ayant fait leur preuve ailleurs dans le monde, tandis que les entretiens avec l'ensemble des parties prenantes ont permis de discuter du programme LOV et de soulever les aspects à consolider et ceux à améliorer.

Résultats de la revue sommaire de la littérature

La revue sommaire de la littérature a servi à dresser des constats sur les interventions prénatales existant ici et ailleurs, ainsi qu'à déterminer des pistes de solution pour le programme LOV tel que présenté à la fin du rapport de revue de littérature (voir annexe 5). Les paragraphes qui suivent en sont un extrait :

Constats

L'accompagnement des femmes enceintes immigrantes et vulnérables va au-delà du seul suivi de grossesse pour prendre en considération le contexte environnemental et les facteurs socio-économiques des femmes et des familles afin de permettre une issue de grossesse favorable. Par ailleurs, l'identification précoce de la vulnérabilité des femmes en situation de précarité et l'exposition des femmes aux interventions ont un impact significatif sur l'état de santé et de bien-être de la clientèle cible et des enfants à la naissance (Haute autorité de santé, 2005; Leggate, 2008). En outre, les différentes interventions, quels que soient les pays, englobent les périodes prénatale (grossesse), périnatale (travail et accouchement) et post-natale (plusieurs jours voire semaines ou mois, après la naissance).

Pistes d'amélioration

Certaines pratiques se distinguent en termes d'efficacité dans l'intervention auprès des femmes enceintes vulnérables. L'accompagnement nutritionnel constitue une pratique d'intervention en périnatalité qui donne des résultats concrets et positifs auprès des femmes enceintes concernées (Agence de la Santé publique du Canada, 2011). Le partenariat communautaire et la collaboration avec d'autres acteurs publics s'établissent comme un atout pour un soutien multidimensionnel auprès des femmes enceintes en situation de précarité. Le recours à une équipe multidisciplinaire d'infirmières, de sages-femmes, de nutritionnistes et de travailleuses sociales qui travaillent en concertation est privilégiée. En outre, une équipe médico-psycho-sociale permet d'anticiper les situations de risque, de fournir aux femmes des habiletés nécessaires pour la conduite d'une grossesse de manière saine, de s'approprier leur grossesse et de prévenir le stress prénatal et la dépression post-natale (Hollowell, 2009; Riff, 2011; Sharpe, 2010). Le soutien social multiforme par l'implication des membres de la communauté et de la famille ont une influence positive sur la croissance du fœtus et le poids du bébé à la naissance (Feldman et al., 2000).

Un autre article scientifique, repéré à la suite de la rédaction de ce rapport de revue de littérature, porte sur l'évaluation complète d'un programme américain de services prénataux particulièrement intéressant, le programme *Centering Pregnancy*, et confirme ces constats et pistes de solution (Schindler Rising, 1998). En effet, l'évaluation de ce programme fait état de l'efficacité du modèle, centré sur le suivi de grossesse ainsi que sur l'éducation, la socialisation et l'empowerment des femmes enceintes vulnérables dans le cadre de l'offre de groupes prénataux. Le modèle est interdisciplinaire, est basé sur un suivi global de la femme enceinte du début de la grossesse jusqu'à la suite de l'accouchement et vise l'efficacité du système de santé. De plus, le programme *Centering Pregnancy* comprend des services sensibles à la culture et à la langue et en petits groupes de femmes qui sont au même stade de leur grossesse. L'évaluation du

programme a contribué à démontrer l'atteinte des résultats attendus : « *Evaluative data demonstrated that 96% of the women preferred receiving their prenatal care in groups. This model is interdisciplinary in design and demonstrates provider satisfaction, as well as efficiency in delivery of care* » (p. 46).

Résultats provenant de l'ensemble des sources d'information

En plus de la revue de la littérature, les entretiens avec les différentes parties prenantes ont permis de colliger de nombreuses informations contribuant à l'identification de pistes d'amélioration du programme LOV. Dans certains cas, des aspects positifs du programme ont également été soulevés afin que ceux-ci soient consolidés. Dans le tableau suivant, l'ensemble des idées proposées par les parties prenantes sont présentées selon qu'elles visent à consolider des aspects du programme ou à en améliorer et ce, en tenant compte de l'évolution du programme en 2013 et 2014. Certaines pistes ont été soulevées par une ou plusieurs parties prenantes, alors que d'autres étaient implicites et ont été déduites logiquement par l'équipe d'évaluation à partir des constats établis dans les paragraphes précédents. Enfin, les pistes ont fait l'objet d'une analyse de pertinence par l'équipe d'évaluation.

Tableau 4 Les aspects du programme à consolider et à améliorer

Aspects du programme à consolider	Aspects du programme à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> - Le volet pratique des enseignements. - Thèmes particulièrement appréciés : soins au nouveau-né, allaitement, accouchement, sécurité. - Les conseils de la nutritionniste, en rencontre de groupe et en rencontre individuelle. - Les activités de yoga durant les rencontres. - La distribution des coupons OLO. - Le suivi du poids gestationnel (la pesée lors des rencontres). - Le soutien des intervenants dans l'amélioration du bien-être et le développement de la confiance des clientes. - Le développement d'un lien de confiance entre les clientes et les intervenants. - Les activités en petits groupes linguistiques (français/anglais), ce qui favorise la création de liens. - La mise en place d'un coin pour les enfants pendant les rencontres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulgariser le contenu des présentations. - S'assurer d'aborder certains thèmes en début de grossesse (ex : nutrition). - S'assurer de couvrir tous les thèmes pendant la durée de la participation de chaque cliente. - Transmettre plus d'informations sur les questions relationnelles. - S'assurer de transmettre l'aspect pratique des enseignements. - Encourager la participation des conjoints aux rencontres qui les concernent davantage (accouchement, soins au nouveau-né, sécurité). - Distribuer des documents dans diverses langues. - Faire de l'activité physique lors des rencontres. - Attendre que toutes les clientes se soient pesées avant de commencer le yoga. - Distribuer des suppléments vitaminiques à toutes les clientes. - Faire une première rencontre en début de grossesse avec la nutritionniste. - Inclure d'autres mesures de l'état de santé des clientes au début des rencontres (ex : glucose, tension artérielle, etc.). - Créer plus d'occasions d'échanges et de création de liens entre les clientes. - S'assurer que les rencontres débutent le plus tôt possible dans la grossesse de chaque cliente. - Regrouper les clientes selon le stade de leur grossesse. - Faire de la publicité sur le programme (ex : écran dans la salle d'attente). - S'assurer que tous les médecins / gynécologues du territoire connaissent le programme et y réfèrent leurs clientes. - Les travailleuses sociales devraient participer activement aux rencontres. - Il serait intéressant de souligner et de célébrer les fêtes et les événements spéciaux incluant ceux provenant de diverses cultures. - Des femmes-leaders devraient être identifiées et jouer un rôle de modèle auprès des clientes, en mettant l'accent sur l'empowerment. - Organiser des rencontres postnatales, qui pourraient mettre l'accent sur les compétences parentales, les services de garde, l'éducation des enfants, etc. Publiciser ces rencontres.

4. DISCUSSION

Les résultats présentés dans la section précédente méritent de faire l'objet d'une interprétation plus approfondie dans le but notamment de fournir des explications quant à la production des effets du programme et de déterminer quelles pistes d'amélioration du programme sont à la fois souhaitables et faisables.

4.1. Processus de production des effets du programme

Les études de cas sont utiles pour connaître le parcours de chaque participante et de décrire le contexte dans lequel se produisent les effets du programme pour chacune d'entre elles. L'intérêt de ces études de cas se situe principalement dans leur capacité à fournir des renseignements sur les conditions dans lesquelles les effets attendus du programme se sont manifestés. Bien que les résultats obtenus montrent des différences significatives dans le parcours de la majorité des participantes, un seul cas jugé exemplaire a été sélectionné afin d'examiner de plus près les raisons pouvant expliquer le succès du programme dans le cas de cette participante, c'est-à-dire décrire la « situation idéale » de production des effets. D'autres ressemblances émergeant de l'ensemble des études de cas sont ensuite discutées, soit : le niveau de participation aux rencontres, la présence de barrières linguistiques et les caractéristiques personnelles des participantes.

Cas exemplaire

L'une des études de cas s'est démarquée quant à la production des effets attendus du programme, soit le cas de la participante 17. En effet, la totalité des effets attendus ont été observés pour cette participante, soit l'acquisition de connaissances, l'amélioration des habitudes de vie, l'atteinte de toutes les cibles de santé, la création de liens sociaux, l'augmentation de l'estime de soi et du sentiment de pouvoir et l'amorce d'un nouveau projet. Or, cette participante pouvait être considérée comme particulièrement vulnérable et ce, pour plusieurs raisons :

- Comme toutes les participantes de l'évaluation, la participante 17 était immigrante. Elle était toutefois arrivée au Québec moins d'un an avant sa grossesse, ce qui en fait un cas d'immigration très récente.
- C'était sa première expérience de grossesse (et donc sa première participation au programme) et celle-ci était non-planifiée.
- Son revenu familial était jugé insuffisant et c'est pourquoi elle a été admise au programme OLO, mais elle répondait également à cinq autres critères d'admission dont le fait de ne pas consommer trois repas par jour et d'avoir de mauvaises habitudes alimentaires.
- Aucun membre de sa famille ni aucune amie, à l'exception de son conjoint, ne vivait au Québec au moment de sa grossesse. Elle était considérée socialement isolée au moment de son évaluation prénatale.
- La participante 17 exprimait plusieurs inquiétudes et craintes en lien avec sa grossesse et le futur bébé au moment de son évaluation prénatale.

Cette participante a assisté à un nombre élevé de rencontres (dix rencontres) en 2014, soit à un moment où le programme LOV avait évolué vers un modèle plus interactif. Elle a donc bénéficié d'un grand nombre de rencontres où les enseignements étaient d'ordre plus pratique

(démonstrations, vidéos, ateliers, exercices, groupes de discussion). À ce sujet, elle a d'ailleurs affirmé :

[Le programme] LOV a aidé au niveau de mes connaissances, [par exemple] sur les césariennes, sur l'allaitement (grâce à un vidéo). J'ai utilisé ces informations. [...] Les rencontres m'ont apporté un soutien et ont répondu à mes craintes et inquiétudes.

De plus, la nouvelle formule des rencontres encourageait davantage les échanges avec les autres femmes présentes et ceci semble avoir favorisé la création de liens sociaux pour la participante 17, qui a créé deux amitiés. À la question « ces relations vous ont-elles aidé pendant votre grossesse? », elle a répondu :

Oui. Nous avons pu échanger des conseils et des expériences. [...] Elles sont devenues mes amies et sont importantes pour moi.

En 2014, le programme intégrait également des exercices de yoga à chaque rencontre et les intervenants proposaient aux clientes d'en faire à la maison en leur remettant une feuille d'exercices. La participante a elle-même entamé des cours de yoga à la suite de sa participation au programme :

Je prends des cours de yoga (pour la détente, la respiration). C'est entre autres [le programme] LOV qui m'a encouragée à le faire.

Enfin, il est également pertinent de mentionner que cette participante a eu un accouchement difficile, par césarienne, sans toutefois que cet événement éprouvant n'ait eu un impact négatif sur son estime de soi et son sentiment de pouvoir. Au contraire, selon les échelles de mesure, ces indicateurs se seraient plutôt améliorés.

Il est donc possible de conclure, compte tenu du contexte de cette participante, que la nature des interventions dont elle a bénéficié représente un certain idéal qui semble contribuer à la production des effets visés par le programme LOV.

Participation aux rencontres

Le niveau de participation aux rencontres semble être un facteur déterminant pour plusieurs participantes. En effet, quelques effets attendus seulement ont été observés pour les participantes ayant manqué un grand nombre de séances, alors que plusieurs effets ont été observés auprès de celles ayant une participation moyenne, et ainsi de suite. Les participantes ayant assisté à un faible nombre de rencontres expliquaient d'ailleurs par elles-mêmes que cela était la cause de l'absence de certains effets. La seule participante pour qui tous les effets attendus ont été observés (participante 17) avait un niveau de participation élevée. Ainsi, plus une cliente est exposée à l'intervention, plus le programme semble être efficace pour cette cliente.

Barrières linguistiques

Un autre facteur qui semble être déterminant dans la production des effets est la barrière linguistique. Deux participantes étaient confrontées à une forme ou à une autre de barrière linguistique et ces deux participantes en ont été affectées, puisqu'elles n'ont pas bénéficié de certains effets du programme. L'une ne pouvait échanger avec les autres clientes alors qu'elle l'aurait souhaité, alors que l'autre n'a pas acquis de nouvelles connaissances, n'a pas amélioré

ses habitudes d'activité physique, n'a pas atteint la cible de gain de poids et n'a pas créé de liens sociaux, notamment. Cette dernière a par exemple mentionné qu'elle ne pouvait pas poser de questions en raison de sa barrière linguistique.

Caractéristiques personnelles

Les caractéristiques personnelles des femmes ayant participé à cette évaluation pourraient être un autre facteur expliquant la production des effets du programme. La détermination, l'autonomie, la motivation et les attentes de chacune d'elles peuvent effectivement entraver ou catalyser la manifestation des effets attendus. Certaines participantes semblaient avoir plus de volonté à participer activement aux rencontres et à mener à terme une grossesse en santé. Par exemple, certaines d'entre elles affichaient une très bonne connaissance d'elles-mêmes (de leur corps, de leurs besoins, etc.) et faisaient preuve d'autonomie en appliquant les conseils transmis lors des rencontres à leur façon, en les adaptant à leur évolution personnelle et à leurs circonstances particulières comme cela est recommandé. D'autres avaient des attentes très élevées et très précises envers le programme, ce qui révèle un intérêt particulier et des exigences importantes. C'est le cas de la participante 17, qui avait des attentes particulièrement élevées envers le programme et qui a jugé, à la suite de l'intervention, que celles-ci n'avaient été comblées que partiellement. Pourtant, elle avait atteint des résultats impressionnants.

4.2. Pistes d'amélioration du programme

Les résultats de l'évaluation et en particulier les pistes d'amélioration du programme identifiées dans le cadre de l'évaluation ont été présentées aux membres du comité de suivi du projet d'évaluation et aux membres de l'équipe du programme afin de déterminer leur pertinence et leur faisabilité. Une trentaine de commentaires visant à appuyer, à préciser, à nuancer ou encore à critiquer certaines pistes d'amélioration identifiées ont été formulés (voir annexe 9). Les recommandations présentées dans la section suivante en tiennent compte.

En résumé, cette rétroaction a mené aux consensus suivants :

- La majorité des pistes d'amélioration identifiées sont pertinentes et faisables;
- La forme plus récente (plus interactive) du programme semble être bénéfique et est à consolider;
- Quelques ajustements devraient être apportés au contenu des séances afin que celui-ci réponde davantage aux besoins des clientes;
- Il est pertinent d'encourager les conjoints à s'impliquer dans l'expérience de grossesse et d'accouchement des femmes et dans les soins au nouveau-né;
- Des efforts doivent être déployés pour offrir des services adaptés aux personnes faisant face à des barrières linguistiques;
- Il n'est pas souhaitable d'inclure d'autres mesures de l'état de santé des clientes (tension artérielle, taux de glucose, etc.) dans le cadre des rencontres de groupe;
- La création de petits sous-groupes (3 à 4 personnes) pour les ateliers est souhaitable;
- Des efforts doivent être faits pour que les rencontres de groupe soient connues de la population et qu'elles commencent le plus tôt possible dans le cheminement de grossesse des clientes (publicité, références, 1^{er} contact avec le CLSC, etc.);
- Il est pertinent de restituer la pratique des « femmes leader ».

Les divers commentaires formulés ont également mené à l'émergence d'un désaccord portant sur le fait de regrouper ou non les clientes selon le stade de leur grossesse. En effet, alors que certaines personnes se sont dites d'accord avec cette recommandation provenant de l'étude sur le programme *Centering Pregnancy*, d'autres ont affirmé que « les échanges entre les clientes qui en sont vers la fin de leur grossesse avec celles qui sont en début de grossesse sont importants, car ils permettent aux premières de rassurer et reconforter les secondes ». Ces personnes ont affirmé que « cela est positif, car cela permet à celles qui en sont au début de se projeter. Il ne faudrait donc pas subdiviser les clientes par stade de grossesse de façon permanente [c'est-à-dire du début à la fin de la session] ». Un compromis a néanmoins été trouvé, soit celui de regrouper les clientes en sous-groupe par trimestre de grossesse pour certains exercices en particulier.

4.3. Limites de l'évaluation

La stratégie de l'étude de cas ne permet ni d'établir des relations de cause à effet ni de généraliser les données obtenues à l'ensemble de la population. Ainsi, il a été possible de formuler des hypothèses sur l'efficacité du programme pour chaque participante, mais celles-ci ne sauraient être des preuves de l'efficacité du programme dans son ensemble. La quantité, la richesse et la provenance diversifiée des données colligées contribuent toutefois à fournir un portrait détaillé des effets produits auprès des participantes et fournissent ainsi des éléments de réponse aux questions d'évaluation.

De plus, les participantes de l'évaluation ont été sélectionnées sur une base volontaire, ce qui peut avoir introduit un biais dans les résultats obtenus. Il serait légitime de se questionner notamment sur le degré de vulnérabilité de ces participantes en comparaison avec les autres clientes LOV et la population en générale. Toutefois, les résultats obtenus n'ayant pas été généralisés à l'ensemble de la population, les conclusions et les recommandations de l'étude ne peuvent en être affectées.

5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les conclusions et les recommandations suivantes ont été formulées par l'équipe d'évaluation à la suite de l'ensemble des démarches de collecte, d'analyse et d'interprétation des données. Les trois conclusions ci-dessous offrent des réponses à la question 2 (sur les effets du programme). Tel que mentionné précédemment, bien que des différences significatives aient été observées auprès de la majorité des participantes de l'évaluation entre les mesures pré et post, aucune conclusion n'a été formulée dans le but de généraliser ces résultats à l'ensemble de la population. La richesse du cas #17 ainsi que les autres analyses comparatives ont toutefois alimenté ces conclusions. Les 20 recommandations ont, quant à elles, été élaborées en vue de répondre à la question 3 (sur l'amélioration du programme). Elles sont présentées au sein d'un tableau disponible à la page suivante.

5.1. Conclusions

1. Le niveau de participation aux rencontres influencerait l'efficacité du programme. Un niveau élevé de participation serait associé à une plus grande efficacité du programme alors qu'un faible niveau de participation serait associé à une moins grande efficacité.
2. Les barrières linguistiques entraveraient l'efficacité du programme.
3. Les caractéristiques personnelles des clientes influenceraient l'efficacité du programme.

5.2. Recommandations

Chacune des recommandations suivantes visent l'un de trois objectifs : 1) consolider certains volets du programme; 2) améliorer certains volets du programme ou; 3) à suivre certains effets du programme. De plus, elles concernent l'une de cinq personnes ou groupes de personnes, soit les intervenants du programme LOV, l'APPR des programmes enfance-famille, le programme enfance-famille dans son ensemble, les réceptionnistes du CSSS ou le CSSS dans son ensemble. Le tableau ci-dessous comprend les vingt recommandations formulées selon qu'elles se rapportent à l'un de ces objectifs et à l'une de ces parties prenantes. Certaines d'entre elles reviennent plus d'une fois, car plus d'une partie prenante est concernée.

Public-cible	Visant à consolider certains volets du programme	Visant à améliorer certains volets du programme	Visant à suivre certains effets du programme
Intervenants	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuer à intégrer un volet pratique à l'animation de chacune des rencontres de groupe afin de maximiser l'intégration des connaissances, soit par des démonstrations, des discussions et échanges, des ateliers pratiques, des vidéos, etc. 2. Continuer à subdiviser les clientes en sous-groupes lors des rencontres de groupe pour favoriser les échanges entre elles. 3. Poursuivre (et accroître) la distribution aux clientes de documents informatifs traduits dans diverses langues pour favoriser la compréhension des informations transmises. De tels documents sont disponibles notamment sur les sites suivants : <ol style="list-style-type: none"> a. Guide alimentaire canadien : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/order-commander/guide_trans-trad-fra.php b. Guide pour donner naissance au Canada en tant qu'immigrant (à adapter du contexte ontarien vers le contexte québécois) : http://settlement.org/ontario/health/sexual-and-reproductive-health/pregnancy-and-birth/giving-birth-in-a-new-land-a-guide-for-women-new-to-canada-and-their-families/ c. Nutrition, diabète, exercices, accouchement, post-partum, etc. : https://www.health.qld.gov.au/multicultural/publi 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Approfondir l'évaluation des besoins et habitudes alimentaires des clientes en début de grossesse en complétant, en plus de l'évaluation prénatale et évaluation OLO, le formulaire « Bilan alimentaire », lorsque jugé approprié. 11. S'assurer que les clientes reçoivent le bon contenu au bon moment dans le cadre des rencontres de groupe, c'est-à-dire qu'elles participent aux rencontres dont le contenu est pertinent pour elles selon le stade de leur grossesse et, à l'inverse, qu'elles n'assistent pas à plusieurs rencontres portant sur le même thème dans la mesure du possible. Le calendrier actuel des rencontres (trois sessions de huit séances chacune) semble favoriser le fait, pour une cliente, d'avoir accès au moins une fois à chacun des thèmes. Dans le cas d'une absence, toutefois, un intervenant devrait s'assurer que le thème manqué soit traité avec la cliente en rencontre individuelle ou en rencontre de groupe subséquente si possible. Voir aussi recommandation suivante. 12. Intégrer à la programmation des rencontres de groupe le thème des relations conjugales. Pour ce faire, remplacer le contenu sur la violence conjugale par du contenu plus général sur les relations de couple et leurs enjeux dans le cadre d'une grossesse et de l'arrivée d'un enfant. S'assurer qu'une 	

	<p>c/pregnancy.asp</p> <p>d. Plusieurs catégories d'informations prénatales et postnatales : https://www.healthinfotranslations.org/topic/pregnancy_and_baby_care/46013/</p> <p>4. Maintenir les interventions individuelles et de groupe portant sur la nutrition, thème central du programme, et continuer à soutenir la qualité de ces interventions.</p> <p>5. Maintenir les exercices physiques (yoga ou autres) réalisés dans le cadre des rencontres de groupe.</p> <p>6. Continuer à intégrer à l'évaluation prénatale et à l'évaluation OLO, réalisées par l'infirmière, une évaluation des besoins et des habitudes alimentaires des clientes.</p> <p>7. Maintenir le suivi du poids gestationnel lors des rencontres de groupe en réservant une partie des rencontres pour que chaque cliente puisse se peser.</p>	<p>travailleuse sociale soit responsable d'animer la rencontre portant sur cette question.</p> <p>13. S'assurer de la bonne transmission et compréhension des informations par les clientes tant lors des rencontres individuelles que de groupe, notamment en : vulgarisant davantage le contenu présenté, en organisant des sous-groupes linguistiques (français et anglais) lors des rencontres de groupe et en favorisant l'utilisation d'interprètes professionnels lors des rencontres individuelles comme l'indiquent les bonnes pratiques.</p> <p>14. Créer davantage d'occasions pour les clientes d'échanger entre elles en favorisant la subdivision du grand groupe en petits groupes de 3 ou 4 personnes, regroupés par langue et par stade de grossesse, en organisant des activités pratiques favorisant le pairage des clientes, en organisant des activités en-dehors des rencontres de groupe (ex : un dîner suivant les rencontres), etc.</p> <p>15. Réfléchir à des façons de favoriser davantage l'empowerment des clientes. Il peut s'agir d'aborder plus directement ce thème lors des rencontres de groupe, d'inciter les clientes à participer elles-mêmes à l'élaboration et à la présentation du contenu des rencontres, d'inviter des « femmes-leaders » à agir comme co-animatrices lors des rencontres, etc.</p>	
APPR Enfance-famille	<p>3. Poursuivre (et accroître) la distribution aux clientes de documents informatifs traduits dans diverses langues.</p>	<p>16. Encourager l'implication des pères en favorisant leur participation à une ou des rencontres portant sur des thèmes pertinents et/ou développer une ou des rencontres spécifiques pour hommes (à un moment de la semaine qui favorise leur participation et en partenariat avec le secteur communautaire, par exemple si cela permet d'impliquer un animateur-père).</p>	<p>19. Ajouter au formulaire d'appréciation distribué à chaque rencontre de groupe des questions permettant de suivre l'acquisition de connaissances par les clientes.</p> <p>20. Créer un formulaire d'appréciation finale à distribuer à chaque cliente lors de sa dernière participation aux rencontres de groupe, comprenant des questions sur l'amélioration des habitudes de vie et sur l'estime de soi des clientes.</p>
Programme Enfance-famille	<p>8. Assurer la distribution des coupons OLO pour la consommation de lait, d'œufs et de vitamines. Dans l'éventualité où il y a un manque temporaire de coupons, le CSSS devrait trouver le moyen de</p>	<p>13. Favoriser l'utilisation d'interprètes professionnels lors des rencontres individuelles comme l'indiquent les bonnes pratiques.</p> <p>16. Encourager l'implication des pères en favorisant leur</p>	

	<p>comblent ce manque (par exemple, grâce à sa fondation).</p> <p>9. Maintenir les rencontres postnatales offertes à la clientèle et en faire la promotion lors des rencontres prénatales, car elles permettent de présenter davantage de contenu sur les soins au nouveau-né.</p>	<p>participation à une ou des rencontres portant sur des thèmes pertinents et/ou développer une ou des rencontres spécifiques pour hommes (à un moment de la semaine qui favorise leur participation et en partenariat avec le secteur communautaire, par exemple si cela permet d'impliquer un animateur-père).</p> <p>14. Créer davantage d'occasions pour les clientes d'échanger entre elles en favorisant la subdivision du grand groupe en petits groupes de 3 ou 4 personnes, regroupés par langue et par stade de grossesse, en organisant des activités pratiques favorisant le pairage des clientes, en organisant des activités en-dehors des rencontres de groupe (ex : un dîner suivant les rencontres), etc.</p> <p>15. Favoriser davantage l'empowerment des clientes, entre autres en invitant des « femmes-leaders » à agir comme co-animatrices lors des rencontres.</p> <p>17. Faire davantage de publicité sur le programme et ce, au sein du CLSC de Parc-Extension et du réseau local de services du CLSC.</p>	
Réceptionnistes		<p>18. S'assurer que les rencontres débutent le plus tôt possible dans la grossesse de chaque cliente. Pour ce faire, dès leur premier contact avec le CLSC, les clientes enceintes devraient être informées de l'existence des rencontres de groupe et des modalités pour s'y inscrire, même si elles n'ont pas encore rencontré une infirmière ou été admise au programme.</p>	
CSSS de la Montagne	<p>8. Assurer la distribution des coupons OLO pour la consommation de lait, d'œufs et de vitamines. Dans l'éventualité où il y a un manque temporaire de coupons, le CSSS devrait trouver le moyen de combler ce manque (par exemple, grâce à sa fondation).</p>	<p>13. Favoriser l'utilisation d'interprètes professionnels lors des rencontres individuelles comme l'indiquent les bonnes pratiques.</p> <p>17. Faire davantage de publicité sur le programme et ce, au sein du CLSC de Parc-Extension et du réseau local de services du CLSC.</p>	

6. RÉFÉRENCES

AGENCE CANADIENNE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, (2011). *Célébrer et consolider les réussites : Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) : Rapport de synthèse présentant les faits saillants de l'Évaluation sommative du PCNP 2004–2009*, Ottawa, 19 p.

BARDIN, Laurence (2003). « L'analyse de contenu et de la forme de communication », dans Serge Moscovici et Fabrice Bushini, (éds), *Les méthodes des sciences humaines*, Paris, PUF, pp. 242-270.

CRÉPIN, Nathalie, DELARUE Florence (N.D.). *Échelle d'estime de soi de Rosenberg*. Institut Régional du Bien-être de la Médecine et du Sport santé en Nord-Pas de Calais. 2p Repéré à <http://www.irbms.com/rubrique/DOCUMENTS/echelle-estime-de-soi-de-rosenberg.pdf>.

FELDMAN Pamela J., DUNKEL-SCHETTER Christine, SANDMAN Curt A., et WADHWA Pathik D., (2000). « Maternal Social Support Predicts Birth Weight and Fetal Growth in Human Pregnancy », *Psychosomatic Medicine* 62, pp. 715–725.

GAUTHIER, Benoît (2009). « Recherche sociale – De la problématique à la collecte de données », 5^e édition, Presses de l'Université du Québec, 767 p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, (2005). *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*, Saint-Denis, 56 p.

HOLLOWELL, Jennifer, Jennifer J KURINCZUK, Laura OAKLEY, Peter BROCKLEHURST, Ron GRAY, (2009). *A systematic review of the effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and its major causes in socially disadvantaged and vulnerable women: Final Report*, National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, Oxford, 75 p.

JUDGE, T.A., Erez, A., Bono, J.E., & Thoresen, C.J. (2003). The Core Self-Evaluations Scale (CSES): Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56, 303–331.

LEGGATE Joyce, (2008). « *Supporting vulnerable women during pregnancy* », *Nursing Times*, 22 Janvier, Vol.104 No.3 pp.30–31. [En ligne] <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/08/14/s/m/l/080122Supporting-vulnerable-women-during-pregnancy.pdf>

RIFF, Bertrand, (2011). « 30. Le médecin de famille, oublié ? Accompagnement des femmes enceintes porteuses de vulnérabilité bio-psychosociale à la maison médicale Moulin », in Luc Roegiers et Françoise Molénat, *Stress et grossesse*, ERES « Prévention en maternité », pp. 259-262.

RIDDE, Valéry et Christian DAGENAIS, 2009. « Approches et pratiques en évaluation de programme », Les presses de l'Université de Montréal, 358 p.

SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR DU CANADA, 1998. « Méthodes d'évaluation des programmes : Mesure et attribution des résultats des programmes », 3e édition, Gouvernement du Canada, 156 p.

SCHINDLER RISING, Sharon (1998). « Centering Pregnancy – An Interdisciplinary Model of Empowerment », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 43, no. 1, pp 46-54.

SHARPE, Hilary, (2010). *Migrant friendly maternity services: toolkit for improving local service provision*, Birmingham, 44 p.

STAVROU, Dimitra (2015). « Grossesse et estime de soi », Babyline. [En ligne]: <http://www.babyline.gr/fr/article/386/grossesse-et-estime-de-soi>

W.K KELLOGG FOUNDATION. *W.K. Kellogg Foundation evaluation handbook*. 2004:1–120.

ANNEXE 1

Structure de gouvernance et de réalisation du projet d'évaluation du programme LOV Parc-Extension

Comité de travail

Le comité de travail est responsable de la planification et de la réalisation du projet d'évaluation. L'étape de planification inclue l'identification des besoins d'évaluation, la rédaction du devis, la préparation des rencontres avec le comité de suivi, etc. Le comité de travail est chargé de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation des données ainsi que de la rédaction et la diffusion du rapport final. Gabrielle Lemieux agit à titre de chargée du projet pour la DQMUPM, tandis que Marie-Eve Boulanger et Cristiana Anghelescu sont les responsables du projet, respectivement, pour la direction des services généraux et pour le programme Enfance-famille de Parc-Extension. Elles se rencontrent en séances de travail environ toutes les deux semaines et sont les porte-parole du projet auprès du comité de suivi. Les intervenants qui travaillent au sein du programme LOV Parc-Extension sont également membres du comité de travail et participent aux travaux d'évaluation de façon ponctuelle.

Composition :

- Cristiana Anghelescu : infirmière clinicienne et assistante au supérieur immédiat, enfance-famille Parc-Extension
- Marie-Eve Boulanger : agente de planification, programmation et recherche, Enfance-famille (Services généraux)
- Gabrielle Lemieux : agente de planification, programmation et recherche, évaluation et transfert des connaissances, DQMUPM

Comité de suivi

Le comité de suivi fait le suivi et la validation des travaux d'évaluation. Au moment de la planification de l'évaluation, il est consulté afin de préciser les besoins d'évaluation et d'approuver le devis. Le programme LOV Parc-Extension étant sous la responsabilité de Paula Yiannopoulos, coordonnatrice à la direction des services généraux et des services spécifiques, cette dernière joue un rôle important au sein du comité de suivi en s'assurant que l'évaluation réponde le plus possible aux préoccupations décisionnelles en lien avec LOV. Lise Boulais siège au comité de suivi en tant qu'experte en matière d'intervention en enfance-famille auprès de la clientèle multiethnique et Nicole Turcotte agit à titre de personne ressource sur les questions de santé publique. Finalement, Suzanne Walsh et Josée Peat sont membres du comité de suivi pour leur expertise en matière de qualité des services. Leur rôle en lien avec l'évaluation au CSSS de la Montagne, qui est un critère de la désignation universitaire de l'établissement, justifie également leur présence sur ce comité.

Composition :

- Lyne Ouellette : chef d'administration de programme, enfance-famille Parc-Extension
- Paula Yiannopoulos : coordonnatrice des services généraux, Direction des services généraux et des services spécifiques.
- Lise Boulais : chef d'administration de programme, enfance-famille de Côte-des-Neiges
- Nicole Turcotte : conseillère-cadre, Direction locale de la santé publique
- Suzanne Walsh : directrice, DQMUPM
- Josée Peat : conseillère à la qualité et gestionnaire de risques, DQMUPM
- Josée Bouchard : infirmière clinicienne, enfance-famille de Parc-Extension
- Geneviève Messier : travailleuse sociale, enfance-famille de Parc-Extension
- Agathe Thibeault : infirmière clinicienne, enfance-famille de Parc-Extension

ANNEXE 2

RAPPORT DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET DES ENTRETIENS DE GROUPE AUPRÈS DES PERSONNES-RESSOURCES

Afin de documenter les différentes formes prises par le programme LOV Parc-Extension au fil des ans, deux méthodes ont été utilisées : la recherche documentaire et les entretiens de groupe avec des personnes-ressources.

Recherche documentaire

Méthodologie

La recherche documentaire a été la première collecte de données réalisée et visait à amasser toute l'information disponible sur le programme permettant ainsi de le documenter à différentes périodes. Pour ce faire, les documents archivés ainsi que la documentation actuelle du programme, ayant été fournis par des intervenants et gestionnaires anciens et actuels, ont été consultés. L'information recherchée devait rendre compte du programme sur différentes périodes depuis sa création en 1992.

Les documents suivants ont été consultés :

- Matériel promotionnel (dépliants, affiches, etc...);
- Cartable thématique comprenant tout le contenu théorique des rencontres dans sa forme actuelle ainsi que des outils d'animation;
- Cartable thématique comprenant tout le contenu théorique des rencontres dans sa forme de 2001-2006 ainsi que des outils d'animation;
- « LOV Parc-Ex : communautés culturelles, accessibilité et continuité des services pour les familles » CLSC Parc-Extension, 2001
- « Projet LOV (Lait-Œufs-Vitamines) » présenté à M. Alain Jean-Bart, CLSC Parc-Extension, Mai 1992.
- Truc Huynh, Dorothy Nicolaou et Aliyah Mawji « Promoting the health of pregnant women » dans Canadian community as partner. Theory & multidisciplinary practice. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. P. 385-392, 2012.
- “LOV Parc-Ex – Une pratique d'empowerment des femmes d'ici et d'ailleurs” présentation faite dans le cadre du Colloque Intervenir dans la diversité : intervenants et chercheurs, partageons nos savoirs du CSSS de la Montagne, Dorothy Nicolaou, 30 novembre 2006.

Résultats

L'information recueillie a été traitée de façon chronologique (voir le tableau en annexe 1) visant à faire ressortir les différences et les ressemblances entre les différentes périodes quant aux variables suivantes : intervenants impliqués, objectifs, population cible, activités d'intervention.

Il semble y avoir eu trois grandes périodes au programme LOV Parc-Extension, soit : 1992-2001; 2001-2006 et 2006-2013. À la lecture des documents, il a été possible de constater que le programme, dans sa forme de 1992-2001, correspond à une offre de coupons OLO (avec suivi individuel) sans diffusion de connaissances en groupe; les participantes étant référées aux cours

prénataux traditionnels. C'est pourquoi il a été décidé d'exclure de l'évaluation cette période et de concentrer celle-ci sur les deux périodes plus récentes.

Concernant ces deux périodes, la recherche documentaire a permis de dresser les constats suivants :

- Les objectifs, la population cible ainsi que certaines activités du programme (distribution de coupons OLO, évaluation prénatale, suivi de grossesse et diffusion de connaissance en groupe) pour les deux périodes sont les mêmes;
- Concernant les intervenants impliqués au programme, sa composition différait. Entre 2001-2006, les rencontres étaient animées conjointement par une infirmière et une travailleuse sociale alors que durant la période 2006-2013, l'animation était faite que par une infirmière (la travailleuse sociale ou d'autres professionnelles y participent de façon ponctuelle);
- Certaines activités d'intervention sont aussi différentes entre les deux périodes. Lors de la période 2001-2006, les rencontres de groupe comprenaient des femmes-leaders, des séances en petits groupes selon la langue parlée, ainsi que des activités informelles (exercices, yoga, fêtes, etc.). Alors que depuis 2010, le programme ne comprend plus la participation de femmes-leaders et le format des animations est davantage magistral.

Entretiens semi-dirigés de groupe avec les personnes-ressources

Méthodologie

Pour ce qui est des entretiens semi-dirigés de groupe, deux entretiens de 1h30 ont eu lieu. Un premier entretien s'est tenu le 9 avril 2013 auprès des intervenants actuels du programme alors qu'un deuxième s'est tenu le 16 avril 2013 rassemblant les intervenants ayant travaillé au programme avant 2006. Chaque entretien a été enregistré pour fins de référence et un membre du comité de travail était assigné à la prise de notes.

Afin de s'assurer de couvrir tous les aspects du programme, un canevas d'entretien a été construit à partir de la recherche documentaire. Les questions étaient construites de façon suffisamment ouvertes pour laisser l'espace nécessaire afin que les participantes puissent s'exprimer. Lors de l'entrevue, des éléments de précision pouvaient être demandés aux participantes. À la suite des entrevues, des résumés ont été produits et ceux-ci ont été soumis aux participantes absentes afin de recueillir plus d'information.

Résultats

L'information recueillie lors des entrevues nous a permis de compléter l'information obtenue dans le cadre de la recherche documentaire, de mieux comprendre les approches adoptées à chacune des périodes et d'identifier et comprendre les transformations que le programme a subies entre les deux périodes.

De **2001 à 2006**, l'approche adoptée était axée sur l'empowerment des femmes, entre autres en cherchant à les impliquer dans la mise en œuvre et la prestation du programme (tant au niveau de la planification, que des activités et du suivi-évaluation). Cette approche nécessitait une collaboration interdisciplinaire et une participation active de l'infirmière et de la travailleuse sociale. Elle misait sur le fait qu'en intervenant en groupe sur l'empowerment des femmes, le

programme répondrait aux besoins d'un plus grand nombre de femmes et ferait donc diminuer le recours à des rencontres individuelles. Cette nouvelle façon de faire a été mise en place afin d'expérimenter diverses formes d'intervention et de *reaching-out* pour mieux joindre les femmes isolées, tout en assurant l'efficacité et l'efficience des interventions.

Autour de 2006, différents évènements ont amené des changements au programme LOV Parc-Extension : la transformation des CLSC en CSSS, passant d'une approche communautaire à une approche populationnelle; le mouvement du personnel et l'absence de transfert de connaissances vers les nouveaux intervenants; l'augmentation de la pression sur les intervenants pour augmenter leur charge de cas, amenant certaines d'entre elles à cesser leur participation au groupe; ainsi que la décision des hôpitaux de donner un congé précoce aux nouvelles mères (après seulement 24 heures d'hospitalisation), ayant pour implication que les infirmières de CLSC transmettent plus d'informations aux mères, entre autres sur les soins du bébé.

L'approche adoptée dans le plus récent modèle actuel (2006-2013) répond aux besoins de transmettre de l'information aux nouvelles mères, de maintenir une certaine flexibilité quant à la participation des mères multipares ainsi qu'en regard à la transformation graduelle du quartier. Les travailleuses sociales ainsi que les nutritionnistes ne participent plus à toutes les rencontres (depuis 2010), mais leur participation ponctuelle, selon la thématique abordée, permet aux participantes de rencontrer les clientes et ainsi d'établir un premier contact avec elles au besoin et, dans certains cas, de faire du dépistage (ex. : violence conjugale). La participation est fluctuante selon la thématique abordée.

Tableau chronologique du programme LOV

	Intervenants	Objectifs	Population cible	Activités d'intervention
1992	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière • Travailleuse sociale • Organisateur communautaire • Médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Bébé de faible poids; • Santé maternelle; • Dépistage précoce; • Entraide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiethnicité • Défavorisation • Jeunes familles 	<p>Distribution de coupons OLO; évaluation prénatale; suivi de grossesse (individuel).</p> <p>Référence vers cours prénataux (traditionnels).</p>
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière • Travailleuse sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Bébé de faible poids; • Santé maternelle; • Dépistage précoce; • Entraide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiethnicité • Défavorisation 	<p>Distribution de coupons OLO; évaluation prénatale (individuel); suivi de grossesse (en groupe).</p> <p>Rencontres de groupe (exercices, relaxation, discussions en petits groupes sur les connaissances et l'expérience de la maternité, transmission des savoirs de l'infirmière), sondages de satisfaction.</p> <p>Femmes-leaders participent à l'animation et aux rencontres de planification et de suivi.</p>
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière • Travailleuse sociale (jusqu'en 2010) • Nutritionniste, au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> • Bébé de faible poids; • Santé maternelle; • Dépistage précoce; • Entraide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiethnicité • Défavorisation 	<p>Distribution de coupons OLO; évaluation prénatale (individuel); suivi de grossesse (en groupe).</p> <p>Rencontres de groupe (transmission de connaissances, format magistral).</p> <p>Participation de femmes-leaders (jusqu'en 2010).</p>

ANNEXE 3

Entretien de groupe avec les intervenants et les ex-intervenants

Plan de la rencontre (1h30)

1. Accueil
2. *Mise en contexte.*
3. *Tour de table.* À tour de rôle, les invitées se présentent, spécifient la période pour laquelle elles ont travaillées dans LOV Parc-Extension et leur rôle au sein du programme.
4. *Bloc de questions*
5. *Suites et fin*

Mise en contexte (introduction):

Bonjour, Je m'appelle «Nom », je suis « poste » au CSSS de la Montagne. Nous travaillons actuellement à l'évaluation du programme LOV Parc-Extension. Vous avez été sollicitées pour participer à un entretien de groupe, puisque vous avez chacune travaillé au programme LOV Parc-Extension à un moment ou à un autre de son histoire. Une des premières étapes de l'évaluation, pour nous, a été de mieux connaître le programme. Nous nous sommes alors rendu compte qu'il s'était transformé avec le temps et qu'il nous fallait approfondir notre connaissance du programme (de 1992 à aujourd'hui). En tant qu'intervenant, votre connaissance, expérience et point de vue sont importants et peuvent nous aider à mieux comprendre le programme, sa structure, ses objectifs et ses transformations aux cours des ans.

Les propos seront enregistrés afin d'en permettre une analyse plus approfondie. Vous n'avez pas à vous identifier. Les résultats de cette discussion et ceux des discussions des autres groupes qui se tiendront à ce sujet seront traités confidentiellement. La durée de la discussion sera d'environ 1 heure 30. Les thèmes qui seront abordés aujourd'hui seront donc les besoins, les activités, les conditions de succès, l'impact, les transformations, etc. du programme et tout autre élément que vous jugerez pertinent.

Questions d'entretien :

Besoins

- Quel constat a mené à la création de LOV Parc-Extension?
- Croyez-vous que le programme a permis de répondre à ces besoins? Pourquoi?

Activités

- Quels moyens étaient en place afin de rejoindre la clientèle visée? Est-ce que d'autres moyens auraient dû être employés?
- Quelles activités étaient offertes au programme (préciser la période)?
- Quelles activités considérez-vous comme bien adaptées aux besoins? Pourquoi?
- Croyez-vous que certaines activités répondaient mal aux besoins? Lesquelles? En quoi répondent-elles mal au besoin? Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour qu'elles y répondent mieux?
- Croyez-vous que certaines activités étaient superflues? Lesquelles? En quoi?
- Quelles activités du programme considérez-vous comme novatrices, soit était une façon différente, nouvelle, de faire les choses?

Conditions de succès

- Durant la période où vous avez travaillé au programme, pouvez-vous nous identifier certaines réussites? Des bons coups? Pourquoi qualifiez-vous celles-ci de réussites? Qu'est-ce qui ont permis ces réussites / bons coups?
- Quel aspect du programme permettait, selon vous, de répondre le mieux aux besoins?
- Durant la période où vous avez travaillé au programme, avez-vous fait face à certaines difficultés? Lesquelles? Qu'est-ce qui aurait pu permettre de répondre à ces difficultés?
- Qu'est-ce que vous avez fait pour surmonter ces difficultés?

Impact

- Durant la période où vous avez travaillé au programme, quels ont été, selon vous, les effets du programme?
- Selon vous, est-ce que, de façon générale, les clientes étaient satisfaites? Pourquoi? Y a-t-il des choses qui manquaient au programme pour les satisfaire?

Transformations

- Durant la période où vous avez travaillé au programme, est-ce que celui-ci a subi des transformations? Lesquelles?
- Est-ce que ces transformations étaient positives ou négatives selon vous? Quel impact ont-elles pu avoir sur le programme et/ou ses effets?
- Qu'est-ce qui expliquent ces transformations selon vous? Pourquoi ont-elles eu lieu?
- Est-ce que ces transformations étaient évitables ou inévitables selon vous? Pourquoi?

Question finale

- Y a-t-il d'autres éléments que vous voudriez partager avec nous au sujet du programme LOV Parc-Extension tel qu'il a existé au cours de votre passage au CSSS?

ANNEXE 4

Entretiens individuels semi-dirigés avec les participantes Questionnaires pré- et post-intervention

➤ Questionnaire pré-intervention

Bloc 1 : Connaissances et sensibilité à l'égard de la grossesse (etc.)

1. Nommez deux ou trois changements possibles au niveau physique ou psychologique qui peuvent avoir lieu au cours de la grossesse.
2. Est-ce que toutes les femmes devraient gagner environ le même poids au cours d'une grossesse?
3. Est-ce que les femmes enceintes devraient manger pour deux (deux fois plus) au cours de leur grossesse?
4. Est-ce important pour une femme enceinte de faire de l'exercice physique?
5. Parmi les produits suivants, lesquels faut-il éviter pendant la grossesse?
 - a. Le tabac
 - b. L'alcool
 - c. Le chocolat
6. Nommez un ou deux avantages que peut avoir l'allaitement maternel pour la femme ou pour le bébé.
7. Nommez un des premiers signes que vous êtes en travail.
8. Vrai ou faux? Au Québec, les femmes ne peuvent accoucher qu'à l'hôpital.
9. Vrai ou faux? Un nouveau-né doit être placé sur le dos pour dormir.

Bloc 2 : Habitudes de vie en lien avec la grossesse (etc.)

10. Quelles étaient vos habitudes alimentaires avant votre grossesse (au niveau des portions et de la diversité des aliments, de la consommation de suppléments, de la fréquence des repas, etc.)? Avez-vous changé vos habitudes alimentaires depuis que vous êtes enceinte? En quoi? Pourquoi?
11. Quelles étaient vos habitudes en matière d'activité physique avant votre grossesse (nature, fréquence et nombre d'heures consacrées à des sports, activités quotidiennes, etc.)? Avez-vous changé vos habitudes en matière d'activité physique? En quoi? Pourquoi?
12. Que faites-vous (ou que feriez-vous) si vous avez un problème de santé pendant votre grossesse? À qui/quel service vous référez-vous?

Bloc 3 : État de santé et de bien-être de la mère

- Voir indicateurs des évaluations prénatales;
- Confirmer les informations;
- Poser des questions complémentaires si nécessaire;
- Aviser la femme que des questions lui seront posées à ce sujet lors de l'entretien post-natal.

Bloc 4 : Création de liens sociaux

Voir génogramme / écocarte dans l'évaluation prénatale.

13. Est-ce que vous avez des membres de votre famille au Québec? Avez-vous des ami(e)s au Québec? D'autres liens sociaux? Quelle est la nature des liens que vous entretenez avec ces personnes?
14. En quoi ces personnes vous aident ou vous soutiennent-elles dans votre grossesse ou pourraient potentiellement le faire?

Bloc 5 : Estime de soi et sentiment de pouvoir

Utiliser les échelles suivantes:

Échelle d'estime de soi de *Rosenberg*
Le *Core self-evaluations scales*

Bloc 6 : autres besoins, attentes en lien avec la grossesse

15. En lien avec votre grossesse, avez-vous d'autres besoins ou attentes en matière de nutrition, de maintien / amélioration de votre état de santé ou état de bien-être? De création de liens sociaux? De soutien à l'estime de soi et à l'empowerment? Autres? Le programme répond-il à ces besoins?
16. Comment avez-vous entendu parler du programme LOV Parc-Extension?

Questionnaire post-intervention

Bloc 1 : Connaissances et sensibilité à l'égard de la grossesse (etc.)

1. Nommez deux ou trois changements possibles au niveau physique ou psychologique qui peuvent avoir lieu au cours de la grossesse.
2. Est-ce que toutes les femmes devraient gagner environ le même poids au cours d'une grossesse?
3. Est-ce que les femmes enceintes devraient manger pour deux (deux fois plus) au cours de leur grossesse?
4. Est-ce important pour une femme enceinte de faire de l'exercice physique?
5. Parmi les produits suivants, lesquels faut-il éviter pendant la grossesse?
 - a. Le tabac
 - b. L'alcool
 - c. Le chocolat
6. Pendant la grossesse, est-il nécessaire de préparer les seins pour l'allaitement?
7. Nommez un des premiers signes que vous êtes en travail.
8. Vrai ou faux? Au Québec, les femmes ne peuvent accoucher qu'à l'hôpital.
9. Vrai ou faux? Un nouveau-né doit être placé sur le dos pour dormir.

Bloc 2 : Habitudes de vie en lien avec la grossesse (etc.)

10. Quelles étaient vos habitudes alimentaires durant votre grossesse (au niveau des portions et de la diversité des aliments, de la consommation de suppléments, de la fréquence des repas, etc.)? (S'il y a un changement par rapport aux habitudes citées lors du 1^{er} entretien) : pourquoi avez-vous changé vos habitudes alimentaires?
11. Quelles étaient vos habitudes en matière d'activité physique durant votre grossesse (nature, fréquence et nombre d'heures consacrées à des sports, activités quotidiennes, etc.)? (S'il y a un changement par rapport aux habitudes citées lors du 1^{er} entretien) : pourquoi avez-vous changé vos habitudes en matière d'activité physique?
12. Avez-vous eu un problème de santé pendant votre grossesse? Qu'avez-vous fait? À qui vous êtes-vous référée?

Bloc 3 : État de santé et de bien-être de la mère et du nouveau-né

- Voir indicateurs des évaluations prénatales et postnatales :
 - Confirmer les informations;
 - Poser des questions complémentaires si nécessaire;
13. (Compte tenu des indicateurs précédents...) Croyez-vous que le programme LOV a eu une influence sur votre état de santé et / ou de bien-être pendant votre grossesse? Sur l'état de santé de votre bébé? En quoi?

Bloc 4 : Créations de liens sociaux

14. Avez-vous développé des relations avec certaines femmes du programme LOV? Sinon, pourquoi? Si oui, quels types de relations avez-vous développé (connaissance, amitié, relation d'aide, etc.)?
15. Est-ce que ces relations vous ont aidé pendant votre grossesse? En quoi?

16. Maintiendrez-vous ces relations à la suite de votre grossesse? Pourquoi? Qu'est-ce que ces relations signifient pour vous? En quoi sont-elles importantes? Qu'est-ce que ça vous apporte?

Bloc 5 : Estime de soi et sentiment de pouvoir

Utiliser les échelles suivantes :

L'échelle d'estime de soi de *Rosenberg* et;
Le *Core self-evaluations scales*

- a. Compléter avec la question additionnelle suivante : avez-vous entamé des projets depuis la fin du programme LOV ou avez-vous l'intention d'en entreprendre? Lesquels? Est-ce que votre participation au programme LOV vous a amenée à entreprendre / vouloir entreprendre ces projets?

Bloc 6 : Autres besoins et attentes en lien avec la grossesse

17. En lien avec votre grossesse, aviez-vous d'autres besoins ou attentes en matière de nutrition, de maintien / amélioration de votre état de santé ou état de bien-être? De création de liens sociaux? De soutien à l'estime de soi et à l'empowerment? Autres? Le programme a-t-il répondu à ces besoins? Si oui, comment?

ANNEXE 5

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne



Centre affilié universitaire

L'intervention en santé et en services sociaux auprès des femmes enceintes immigrantes et vulnérables

Brève revue de la littérature

Évaluation du programme Lait-Œuf-Vitamines (LOV)
du CSSS de la Montagne

Avril 2014



Table de matières

Introduction	57
1. Méthodologie.....	57
2. Caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population de Parc-Extension	58
4. Les interventions en santé et services sociaux auprès des femmes enceintes en contexte de vulnérabilité	60
5. Constats et pistes de solution sur les interventions à privilégier.....	62
Bibliographie	63
Annexe : Mots clés retenus selon les critères PICOTS.....	66

INTRODUCTION

Le programme Lait, Œuf et Vitamines (LOV)-Parc-Extension est une adaptation du programme pan québécois d'aide alimentaire OLO (œuf, lait et orange) aux caractéristiques populationnelles de Parc-Extension. Mis en place au début des années 1990, le programme LOV-Parc-Extension est une intervention en périnatalité qui vise à améliorer l'état de santé des femmes participantes et celui de leur bébé, en renforçant leurs connaissances sur la grossesse, la santé et les soins au bébé, en favorisant la création des liens sociaux entre participantes, en aidant le développement de l'estime de soi et du sentiment de pouvoir et en stimulant la consommation de lait, d'œufs et de vitamines. Orientée autour de quatre cibles, le programme LOV se décompose donc en interventions bio-psycho-sociales de diverses natures: éducation, information, sensibilisation, socialisation, empowerment et aide alimentaire.

Depuis sa mise en place, le programme LOV-Parc-Extension n'avait pas encore fait l'objet d'une évaluation⁶ formelle. C'est en 2012 qu'un mandat d'évaluation de programme a été confié à l'unité d'évaluation du CSSS de la Montagne par les gestionnaires en charge du programme pour : fournir un portrait des différentes formes prises par le programme au cours des deux dernières décennies, mesurer ses effets auprès de la clientèle participante, identifier les meilleures pratiques à mettre en œuvre dans le cadre de ce programme et promouvoir et diffuser le programme dans une perspective de transfert des connaissances.

La présente revue de littérature traite du troisième volet du mandat. C'est une contribution à la réponse à la question d'évaluation: « Quelles seraient les meilleures pratiques à mettre en œuvre dans le cadre du Programme LOV-Parc-Extension pour répondre adéquatement aux besoins des femmes enceintes de ce quartier et quelles en sont les conditions de succès? ». L'intervention auprès des femmes enceintes immigrantes et vulnérables constitue le socle du présent rapport de revue de la littérature. Il présente d'abord les données populationnelles sur la clientèle de Parc-Extension, ensuite il dresse le portrait des approches d'intervention auprès des femmes enceintes immigrantes et vulnérables qui existent dans certains pays du monde, enfin il expose des constats sur l'état de la question.

1. Méthodologie

La recherche documentaire est la méthode privilégiée pour la réalisation d'une revue de la littérature. Elle a été utilisée pour recueillir des informations sur les données populationnelles de Parc-Extension, ainsi que sur les différentes approches et pratiques d'intervention auprès des femmes enceintes immigrantes et vulnérables. La recherche de la documentation se concentre sur les États de l'Europe de l'Ouest et de l'Amérique du Nord, en raison de la similitude en termes de pratiques gouvernementales, et de l'existence des politiques publiques de prise en charge de cette clientèle en matière de santé. Réalisée dans les langues française et anglaise et se limitant dans l'espace temporel 1995-2014, l'exploration de la documentation s'est effectuée dans les moteurs de recherche tels que Google, Google scholar, dans la bibliothèque de l'ÉNAP ainsi que dans les bases de données électroniques telles que, Érudit, Cairn, et au Centre de documentation du CSSS de la Montagne. La démarche de recherche a consisté en un croisement des mots clés retenus selon les critères PICOTS⁷ (voir annexe); ceci a permis le repérage d'informations sur, d'une part les données populationnelles de Parc-Extension, et d'autre part, les interventions et formes de soutien, projets et moyens bio-psycho-sociaux mis en place pour

⁶ L'évaluation est entendue ici comme «une démarche structurée et rigoureuse de construction d'un jugement sur la valeur d'un programme ou certaines de ses composantes, et ce, dans le but de soutenir la prise de décision.» (Lemieux, 2011:10).

⁷ «Les critères PICOTS permettent d'abord de clarifier la question d'évaluation et d'en préciser les concepts clés, mais aussi de faire une recherche bibliographique efficace et systématique dans les bases de données. Ainsi, le modèle PICOTS aide à diviser la question d'évaluation en différents concepts qui serviront à construire la stratégie de recherche.» (INESSS, 2012)

accompagner les femmes enceintes en contexte de vulnérabilité et d'immigration. L'analyse des données colligées a consisté en la construction de contenu catégoriel (selon le profil de la clientèle) et thématique (selon les résultats visés) à partir des corpus écrits permettant ainsi le repérage et l'analyse des occurrences et des cooccurrences (Bardin, 2003) nécessaires à l'interprétation des informations. Les activités de recherche, lecture et analyse de la documentation se sont déroulées de février à mars 2014.

2. Caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population de Parc-Extension

Le CSSS de la Montagne dessert une population caractérisée principalement par la pluriethnicité et des écarts socio-économiques notables selon les territoires de services. Désigné « quartier d'intégration » (Poirier, 2006), Parc-Extension constitue un environnement sociodémographique et économique fortement marqué par l'immigration, la défavorisation matérielle et la barrière linguistique.

- Structure de la population

Situé au centre nord de la ville, Parc-Extension est un petit quartier d'une superficie de 1,2 km² (Poirier, 2006 citant Dansereau, 1995). Sa population totale est évaluée en 2006 à 30 261 personnes dont 48,3% sont des femmes (CSSS de la Montagne, 2008). Avec une densité de la population d'environ 25 218 habitants au km², on peut aisément parler de territoire surpeuplé. Selon le recensement canadien de 2011, une forte proportion de la population rassemble des personnes issues de la tranche d'âge de 20 à 64 ans (62,3%) (Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal, 2014; Statistique Canada, 2013b). Territoire multiethnique, Parc-Extension compte 60,5% d'immigrants (comparativement à 33,2% à Montréal), suivant les mêmes sources. Le marquage multiculturel s'observe aussi à travers la diversité de son tissu ethnique dans lequel on trouve notamment une grande proportion (63,4%) de personnes appartenant à un groupe de minorités visibles⁸ (30,3% à Montréal) et où se distinguent les minorités sud-asiatiques (36,7%), noires (11,6%), latino-américaines (5%) et arabes (5%). Le pluralisme culturel du territoire se démarque par une cohabitation religieuse où prédominent les confessions chrétienne (45,8%), musulmane (23%), hindoue (13,4%), et sikhe (6,1%) (ASSS de Montréal, 2014, Statistique Canada, 2013b). La grande majorité de la population (80,2%) vit en famille, 21% des foyers du secteur comptent au moins trois enfants (15,2% à Montréal et 14,7% au Québec), et un tiers des familles sont monoparentales (CSSS de la Montagne, 2008).

- Profil linguistique

Il existe une très grande diversité linguistique à Parc-Extension liée à l'immigration. En effet, selon les données du recensement de 2011, 12% de personnes ont le français comme langue maternelle; celles s'exprimant d'abord en anglais constituent 10% de la population; les cas de barrière linguistique représentent 10,9% (2,6% à Montréal) de la population, soit la proportion de personnes qui ne s'expriment ni en français, ni en anglais. (ASSS de Montréal, 2014, Statistique Canada, 2013b). La proportion d'allophones, c'est-à-dire les personnes dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français s'établit à 78,4% de la population (CSSS de la Montagne, 2008). En dehors du français et de l'anglais, le grec, le pendjabi, l'ourdou, le bengali et le tamoul sont les cinq langues maternelles les plus utilisées par les résidents du territoire de Parc-Extension.

- Emploi et scolarité

Le secteur du CLSC Parc-Extension est marqué par une forte multiethnicité associée à des conditions de précarité et de vulnérabilité. C'est le territoire « le plus défavorisé de l'Île sur le plan matériel » (ASSS de

⁸ La notion de «minorité visible», selon la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*, désigne les personnes autres que les autochtones qui ne sont pas de race blanche ou n'ont pas la peau blanche. Il s'agit principalement des groupes suivants : Chinois, Sud-Asiatiques, Noirs, Arabes, Asiatiques occidentaux, Philippins, Asiatiques du Sud-Est, Latino-Américains, Japonais et Coréens.

Montréal, 2011). L'indice de défavorisation matérielle intègre le revenu moyen par personne, la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires et la proportion des personnes occupant un emploi (ASSS de Montréal, 2011). Le taux de chômage y est très élevé (16,6%) en comparaison à celui de Montréal (9,7%) ou du Québec (7,8%). Le revenu annuel avant impôt inférieur à 20 000\$ concerne 59,1% des ménages (cette proportion se situe à 40,2% à l'échelon régional) (ASSS de Montréal, 2014, Statistique Canada, 2013a). La proportion de la population de 15 ans et plus sans diplôme est de 34,7% (21,5% à Montréal) (ASSS de Montréal, 2014, Statistique Canada, 2013a).

3. Maternité et naissances sur le territoire du CLSC de Parc-Extension⁹

Cette section tient compte du dénombrement des naissances de 2009 à 2012 sur le territoire du CSSS de la Montagne. Le CSSS de la Montagne a enregistré, au cours de cette période, près de 2856 naissances en moyenne par an. Sur le territoire du CLSC de Parc-Extension, le niveau moyen de naissances d'enfants s'établit à 490 bébés. Les mères ayant donné naissance dans le secteur sont des immigrantes pour 86% des accouchées (56% à Montréal) et 68,5% d'entre elles ont une langue maternelle autre que le français ou l'anglais. Elles sont en majorité originaires du Pakistan, de l'Inde, du Sri Lanka, du Maroc, de l'Algérie, d'Haïti, de la Tunisie, du Ghana et du Mexique. Par ailleurs, 13,1% des mères ont moins de onze années de scolarité (6,1% à Montréal).

Les naissances dans ce secteur sont marquées aussi bien par la prématurité que par le faible poids des nourrissons. Les naissances de prématurés (moins de 37 semaines de gestation selon l'Institut canadien d'information sur la santé, 2009) constituent 8,6% des nouveau-nés (7,1% à Montréal). Les naissances de faible poids (moins de 2500 grammes) représentent 8,4% des bébés, (6% à Montréal). Par ailleurs, les cas de retard de croissance intra-utérin¹⁰ ont aussi été observés, s'établissant à 14% des naissances simples (9,4% à Montréal). En outre, une macrosomie fœtale est relevée pour 7,5% des naissances simples dont le poids à la naissance est supérieur ou égal à 4 000 grammes. Les naissances de bébés de faible poids et de bébés prématurés s'observent notamment chez les femmes primipares âgées de moins de 25 ans et de plus de 35 ans, originaires pour la grande majorité d'Asie (Sud, Sud-Ouest, et orientale), d'Afrique Sub-saharienne, d'Amérique du Sud et des Caraïbes.

Au regard de ce qui précède, il apparaît clairement que Parc-Extension réunit des caractéristiques de vulnérabilité (barrière linguistique, immigration, chômage, faible scolarité et faible revenu des ménages) qui peuvent influencer sur l'issue de la grossesse. Le portrait sociodémographique, que nous venons de dresser, présente l'état des lieux de l'environnement social et économique dans lequel évoluent les femmes enceintes du territoire du CLSC de Parc-Extension. Les naissances de faible poids, de prématurés et les retards de croissance intra-utérins constatés au cours des dernières années sont des indicateurs de l'état de santé et du développement des nouveau-nés. Par conséquent, ils constituent un problème de santé publique important¹¹ et nécessitent une intervention en santé périnatale adaptée. La

⁹ Les informations présentées dans cette section sont issues du document *Naissances sur le territoire du CSSS de la Montagne, du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2012* (CSSS de la Montagne, 2012). Les données montréalaises sur les taux de prématurité, faible poids et retard de croissance intra-utérin, présentées ici proviennent de la synthèse de l'indicateur « Des jeunes qui naissent et se développent en santé » réalisée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Elles tiennent compte de la période de naissance 2009-2011 (ASSS de Montréal, 2014).

¹⁰ Le retard de croissance intra-utérin est l'incapacité du fœtus à atteindre une croissance optimale. Le retard de croissance dans l'utérus est dû principalement à une insuffisance placentaire, c'est-à-dire que le placenta n'est pas en mesure d'échanger adéquatement l'oxygène, le glucose ou d'autres nutriments essentiels avec le fœtus (Institut canadien d'information sur la santé, 2009).

¹¹ Parmi les risques associés aux bébés ayant un faible poids à la naissance, on compte la mort périnatale (la période d'environ cinq mois avant et une semaine après la naissance) et infantile, les incapacités physiques et cognitives ainsi que des problèmes de santé chroniques plus tard dans la vie. Les naissances prématurées représentent environ trois décès sur quatre (75 %) survenus pendant la période périnatale (environ cinq mois avant et une semaine après la naissance). Les nouveau-nés qui ont un retard de croissance intra-utérin présentent un risque de morbidité et de mortalité plus élevé à tous les stades de la vie (Institut canadien d'information sur la santé, 2009).

section suivante présente les interventions développées auprès d'une clientèle semblable en périnatalité dans les pays Nord-américains et de l'Europe de l'Ouest.

4. Les interventions en santé et services sociaux auprès des femmes enceintes en contexte de vulnérabilité

- Une approche d'intervention humaniste et intégrée

Les orientations de l'intervention en périnatalité connaissent un nouveau tournant depuis le début des années 1990. Au Québec, par exemple, l'intervention périnatale s'oriente vers la qualité de vie et d'expérience des futures mères, des futurs pères et des nouveau-nés et vise la diminution de la mortalité chez les bébés à naître, l'optimisation de la santé des enfants et l'amélioration des conditions de vie de la famille, ainsi que l'adaptation des services aux besoins et situations particulières vécues par les parents et les enfants (MSSS, 2004; MSSS, 2008; Dessureault, 2012). Basées sur une approche à la fois globale et particulariste, les interventions auprès des femmes enceintes immigrantes et vulnérables dans les pays de l'OCDE sont fondées sur le modèle théorique de l'écologie humaine développé par Urie Bronfender en 1979. (MSSS, 2004; Lachapelle et Bourque, 2007; Haute autorité de santé, 2006; Feldman et al, 2000). Encore appelé approche humaniste, intégrée ou « *comprehensive antenatal care* », le modèle écologique d'intervention se veut une action globale intensive, préventive, adaptative, multidisciplinaire, intégrative et médicale qui favorise la participation active de la femme ou du couple dans leur projet de naissance en tenant compte des désirs, émotions, perceptions de chaque femme ainsi que de son contexte de vie et son environnement (Haute Autorité de Santé, 2006). Prenant en considération les dimensions biologique, psychologique et sociale des femmes enceintes dans l'accompagnement en périnatalité, l'approche écologique vise à adapter l'intervention à la particularité sociale de la clientèle issue des milieux défavorisés et en contexte d'immigration et « contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple » (Haute Autorité de Santé, 2006).

L'intervention est conçue comme « une véritable alliance avec la famille » (Molénat, 2012), où il est question de soutenir la confiance des parents en eux-mêmes d'abord, d'aider émotionnellement (notamment pour les femmes enceintes qui ont connu un parcours migratoire traumatisant, la violence conjugale ou l'abus d'alcool ou de substances nocives) parfois, d'optimiser la qualité de l'environnement de la femme enceinte et de préparer l'accueil du nouvel enfant. Considérant la parentalité comme « l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soins et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie » (Sellenet, 2007), les acteurs de la santé œuvrent alors à offrir un soutien pluridimensionnel aux femmes enceintes rendues vulnérables du fait du faible niveau de scolarité, du faible revenu, du contexte de migration, de l'isolement social, de la violence conjugale, de la précocité de la responsabilité parentale, de la barrière linguistique, des conditions de vie précaires, etc.

- Un soutien multiforme : biologique, psychologique et social

Les interventions auprès de cette population prennent dès lors diverses formes et s'opérationnalisent par des équipes pluridisciplinaires, dans un contexte de partenariat entre les organismes de santé et des groupes communautaires. Aux soins de santé s'ajoutent, selon les établissements et les pays, des interventions de nature sociale et communautaire. L'accompagnement est individualisé et/ou en groupe. Dans les centres de santé notamment, une gamme complète de services est offerte aux femmes enceintes englobant le suivi de grossesse, les soins continus, les rencontres prénatales, les conseils nutritionnels et la distribution des suppléments alimentaires ou vitaminiques. S'il semble être une particularité québécoise et canadienne (programme OLO, programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)), l'accompagnement

nutritionnel par l'attribution de coupons participe à la diminution des naissances de faible poids et à l'amélioration des habitudes alimentaires des femmes vulnérables (Lachapelle et Bourque, 2007, Richard, Badlissi et Cousineau, 2011, Boisjoli, 2013). L'éducation, l'information et la sensibilisation constituent des interventions développées afin de prévenir les complications de grossesse, la mortalité prénatale, développer des habiletés parentales et construire un nid pour accueillir la venue d'un nouveau bébé en santé (Maison bleue, 2013; Office de la naissance et de l'enfance, 2012; Hollowell, 2009). L'empowerment personnel permet aux femmes enceintes vulnérables de prendre le contrôle de leur grossesse et de leur état de santé ainsi que celui de leur enfant. Il s'effectue à travers des sessions d'information, la réalisation de certaines activités prénatales comme l'évaluation de la masse corporelle, de la pression artérielle, etc. et la mise sur pied d'un projet de naissance (*Mamta*, Sharpe, 2010; *The centering pregnancy model*, Hollowell et al, 2009).

Les interventions de nature sociale et communautaire consistent en des visites à domicile, des appels téléphoniques, le jumelage et le maternage et participent ainsi au soutien psychologique et social des mères vulnérables présentant soit un risque élevé de prématurité, soit un antécédent de prématurité ou de naissance de faible poids (par exemple, le *Telephone support program* en Caroline du Nord), soit un réseau social limité du fait de l'isolement, de la migration, ou du jeune âge de la mère. Elles visent à réduire le stress accentué par la grossesse et favorisent le développement de la grossesse jusqu'à terme (Hollowell et al, 2009). Pratiqué le plus souvent dans un cadre de partenariat entre l'établissement de soins et un organisme communautaire de proximité, le soutien social des femmes enceintes vulnérables est une intervention complémentaire aux soins prénataux. L'utilisation des « Doulas¹² » (Maison bleue (Québec), *Pregnancy Outreach workers* et *Starfish Doula project*, (Royaume Uni), Hollowell et al, 2009) en tant qu'accompagnantes, permet d'offrir de l'écoute, de l'affection, des conseils et du soutien dans les tâches familiales ou domestiques, durant la grossesse ainsi que lors des premières semaines de vie du bébé. Les accompagnantes sont également privilégiées pour faciliter l'accès aux services de santé des femmes enceintes vulnérables en situation de barrière linguistique. Face à une clientèle défavorisée du point de vue matériel ou ne bénéficiant pas de couverture sociale, un support additionnel est développé en partenariat avec les organismes communautaires soit pour leur approvisionnement en mobilier et en logement adéquat, soit pour faciliter leur inscription à une assurance médicale publique ou offrir une aide en transport, (*Maternity care coordination*, (Caroline du Nord), *Temple infant and parent support services program* (Philadelphie), *Illinois family case management program* (Illinois), *Florida's improved pregnancy outcome* (Floride), *TennCare* (Tennessee), *New York's prenatal care assistance program*) (Hollowell et al, 2009). Un soutien financier leur est aussi apporté lorsque le besoin se fait plus sentir (*Hope Projects* (Royaume-Uni) (Sharpe, 2010).

- Une équipe pluridisciplinaire

Les interventions prénatales sont effectuées dans une logique d'interdisciplinarité par l'implication des professionnels issus de divers domaines de compétence: médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens, infirmières, sages-femmes, travailleuses sociales, psychologues, diététiciennes, etc. On note aussi la participation des intervenants issus de la société civile et d'autres organismes publics, etc. (*The vulnerable in pregnancy project*) (Leggate, 2008). Ceux-ci agissent soit à titre de bénévoles, soit comme partenaires du réseau de la santé ou encore comme collaborateurs communautaires pour faciliter l'accès aux services de santé, développer les conditions de vie des mères vulnérables ou améliorer le statut migratoire notamment pour les femmes enceintes réfugiées, demandeuses d'asile ou en situation irrégulière sur le territoire (Sharpe, 2010). Les sages-femmes, les infirmières et les travailleuses sociales constituent les catégories professionnelles privilégiées dans l'intervention en périnatalité auprès des

¹² Les «Doulas» sont des femmes-mères, issues de la communauté, qui accompagnent les femmes enceintes au cours de la grossesse et pendant les premières semaines de la naissance.

femmes enceintes en contexte de vulnérabilité, qui les perçoivent comme étant présentes pour elles, pour les rassurer de l'évolution de leur grossesse et pour une issue favorable de la naissance des enfants (par exemple, dans le cas de femmes enceintes consommatrices de drogues et autres substances nocives) (Rinfret, 2007; Leggate, 2008; Supplisson, 2013).

5. Constats et pistes de solution sur les interventions à privilégier

- Constats

L'accompagnement des femmes enceintes immigrantes et vulnérables va au-delà du seul suivi de grossesse pour prendre en considération le contexte environnemental et les facteurs socio-économiques des femmes et des familles afin de permettre une issue de grossesse favorable. Par ailleurs, l'identification précoce de la vulnérabilité des femmes en situation de précarité et l'exposition des femmes aux interventions ont un impact significatif sur l'état de santé et de bien-être de la clientèle cible et des enfants à la naissance (Haute autorité de santé, 2005; Leggate, 2008). En outre, les différentes interventions, quels que soient les pays, englobent les périodes prénatale (grossesse), perinatale (travail et accouchement) et post-natale (plusieurs jours voire semaines ou mois, après la naissance).

- Pistes de solution

Certaines pratiques se distinguent en termes d'efficacité dans l'intervention auprès des femmes enceintes vulnérables. L'accompagnement nutritionnel constitue une pratique d'intervention en périnatalité qui donne des résultats concrets et positifs auprès des femmes enceintes concernées (Agence de la Santé publique du Canada, 2011). Le partenariat communautaire et la collaboration avec d'autres acteurs publics s'établit comme un atout pour un soutien multidimensionnel auprès des femmes enceintes en situation de précarité. Une convergence vers une équipe multidisciplinaire avec une prédilection pour une action concertée entre infirmières, sages-femmes, nutritionnistes et travailleuses sociales en intervention périnatale. Au-delà de tout, une équipe médico-psycho-sociale permet d'anticiper les situations de risque, de fournir aux femmes des habiletés nécessaires pour la conduite d'une grossesse de manière saine, de s'approprier leur grossesse et de prévenir le stress prénatal et la dépression post-natale (Hollowell, 2009; Riff, 2011; Sharpe, 2010). Le soutien social multiforme par l'implication des membres de la communauté et de la famille ont une influence positive sur la croissance du fœtus et le poids du bébé à la naissance. (Feldman et al, 2000)

En somme, considérant la situation démographique et socio-économique de la population de Parc-Extension, ainsi que les taux élevés de naissances de faible poids, de prématurés et de retards de croissance intra-utérins dans ce territoire, trois orientations sont proposées pour une intervention auprès des femmes enceintes immigrantes et vulnérables. D'abord, la première orientation est la mise sur pied d'une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmières, de travailleuses sociales et de nutritionnistes. Ensuite, la seconde orientation est le développement d'un partenariat avec les organismes communautaires de proximité pour faciliter l'accès aux soins de santé à la clientèle isolée du fait de l'immigration, de la barrière linguistique, etc. Enfin, la troisième orientation proposée est la poursuite de l'intervention nutritionnelle auprès des femmes enceintes participantes.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE CANADIENNE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, (2011). *Célébrer et consolider les réussites : Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) : Rapport de synthèse présentant les faits saillants de l'Évaluation sommative du PCNP 2004–2009*, Ottawa, 19 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, (2011). *Programme OLO : Cadre de référence pour la Capitale-Nationale*, Direction régionale de santé publique, Québec, 37 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, (2011). *Regard sur la défavorisation à Montréal, série 2, CSSS de la Montagne*, Direction de la santé publique, Montréal, 19 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, (2012). *Portrait des immigrants récents à Montréal : CSSS de la Montagne*, Direction de la santé publique, Montréal, 9 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, (page consultée le 19 mars 2014). « Des enfants qui naissent et se développent en santé », [En ligne] <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/axes-d'intervention/tout-petits/>
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, (page consultée le 19 mars 2014). « Caractéristiques sociodémographiques de la population 2011 », [En ligne] <http://emis.santemontreal.qc.ca/outils/atlas-sante-montreal/caracteristiques-de-la-population/caracteristiques-sociodemographiques-de-la-population-2011/>
- BARDIN, Laurence (2003). « L'analyse de contenu et de la forme de communication », dans Serge Moscovici et Fabrice Bushini, (éds), *Les méthodes des sciences humaines*, Paris, PUF, pp. 242-270.
- BOISJOLI, Andréane, (2013). « Services de prévention en petite enfance auprès des familles vulnérables : quelle accessibilité pour les mères immigrantes? », dans *Entrevues*, METISS, CSSS de la Montagne, Montréal, volume 4, n°8, octobre, 4 p.
- CSSS DE LA MONTAGNE, (2008). *Profil de la population du territoire de Parc Extension*, Direction de la santé publique, Montréal, 75 p.
- CSSS DE LA MONTAGNE, (2012a). *Naissances sur le territoire du CSSS de la Montagne : du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2012*, Montréal, 67 p.
- CSSS DE LA MONTAGNE, (2012b). *Quelques indicateurs pour décrire la population de Parc-Extension*, Montréal, 107 p.
- DALMONT Camille, (2012). *Maternité chez les femmes en situation de précarité*, École de sages-femmes de Caen, Caen, 73 p.

- DESSUREAULT, Suzanne, (2012). « Les gestionnaires des SIPPE : entre sens du devoir et réciprocité », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 25, n° 1, pp. 187-207, [En ligne] <http://id.erudit.org/iderudit/1017390ar>
- FELDMAN Pamela J., DUNKEL-SCHETTER Christine, SANDMAN Curt A., et WADHWA Pathik D., (2000). « Maternal Social Support Predicts Birth Weight and Fetal Growth in Human Pregnancy », *Psychosomatic Medicine* 62, pp. 715–725.
- HAMSA HOUMAR B et collaborateurs, (2003). *Interventions comprenant des suppléments alimentaires OLO : œufs, lait, oranges*, Fondation OLO, Montréal, 16 p.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, (2005). *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*, Saint-Denis, 56 p.
- HOLLOWELL, Jennifer, Jennifer J KURINCZUK, Laura OAKLEY, Peter BROCKLEHURST, Ron GRAY, (2009). *A systematic review of the effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and its major causes in socially disadvantaged and vulnerable women: Final Report*, National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, Oxford, 75 p.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, (2009). *Nés trop vite et trop petits : étude sur les bébés de faible poids au Canada*, Ottawa (Ont.), ICIS, 111 p.
- LACHAPPELLE René et Denis BOURQUE, (2007). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programmes de santé publique*, Rapport de recherche, Série Documentation et diffusion, numéro 5, Décembre, 92 p. [En ligne] www4.uqo.ca/observer/Bulletin/Bull2008/BulletinJanv08.htm
- LEGGATE Joyce, (2008). « *Supporting vulnerable women during pregnancy* », *Nursing Times*, 22 Janvier, Vol 104 No 3 pp.30–31. [En ligne] <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/08/14/s/ml/080122Supporting-vulnerable-women-during-pregnancy.pdf>
- MAISON BLEUE, (2013). *Rapport d'activités 2012-2013*, Montréal, 25 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: cadre de référence*, Québec, 87 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*, synthèse, Québec, 62 p.
- MOLÉNAT, Françoise, (2012). *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*, Yapaka.be, Bruxelles, 34 p.
- OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE (2003). *Les mères en situation de vulnérabilité*, 39 p. [En ligne] http://www.one.be/uploads/tx_tproducts/datasheet/RA_BDMS_2002-2003_02.pdf
- POIRIER, Cécile (2006). « Parc Extension : le renouveau d'un quartier d'intégration à Montréal », *Les Cahiers du Gres*, vol.6, n°2, pp.51-68. [En ligne] <http://id.erudit.org/ierudit/014447ar>

- RICHARD, Caroline, Dalal BADLISSI et Andrée COUSINEAU, (2011). *Évaluation du programme OLO dans les centres de santé et de services sociaux du Québec*, Joliette, Fondation OLO et Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation et Service prévention-promotion, 83 p.
- RIFF, Bertrand, (2011). « 30. Le médecin de famille, oublié ? Accompagnement des femmes enceintes porteuses de vulnérabilité bio-psychosociale à la maison médicale Moulin », in Luc Roegiers et Françoise Molénat, *Stress et grossesse*, ERES « Prévention en maternité », pp. 259-262.
- RINFRET, Danièle, (2007). *Le soutien social pendant la période périnatale : la perception de mères immigrantes de la ville de Québec*, Université de Laval, Québec, 167 p.
- SELLENET, Catherine, (2007). *La parentalité décryptée. Pertinence et dérives d'un concept*, Paris, L'Harmattan, 188p.
- SHARPE, Hilary, (2010). *Migrant friendly maternity services: toolkit for improving local service provision*, Birmingham, 44 p.
- STATISTIQUE CANADA, (2013a). *Enquête nationale auprès des ménages 2011*, CO-1357, Profil semi-personnalisé. Diffusion du 8 mai.
- STATISTIQUE CANADA, (2013b). *Recensement 2011*, CO-1326, Profil semi-personnalisé 2011 de la région de Montréal, les CSSS, les CLSC et les voisinages, Janvier.
- SUPPLISSON, Camille, (2013). « Suivi et pathologies de la grossesse chez les femmes immigrantes : Une étude descriptive au sein du CHU Estaing », École de sages-femmes de Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne – Clermont 1, 106 p.

Annexe : Mots clés retenus selon les critères PICOTS

Critères	Mots clés	Désignation anglaise
<u>P</u>opulation	Femmes enceintes vulnérables	Vulnerable pregnant women
	Grossesse	Pregnancy
	Femmes enceintes immigrantes	Immigrant pregnant women
	Immigration récente	Recent immigration
	Pluriethnicité	Pluriethnicity
	Isolement	Isolation
	Pauvreté	Poverty
	Barrière linguistique	Language barrier
<u>I</u>ntervention	Suivi prénatal - Prénatalité	Pregnancy follow-up, prenatal follow-up
	Discussion – échange – partage- support - soutien	Discussion- sharing- support group
	Suivi de grossesse	Pregnancy follow-up
	Accouchement	Labour and delivery
	Éducation – sensibilisation - information	Education- teaching – information- awareness
	Socialisation	Socializing
	Valorisation	Self esteem
	Empowerment	Empowerment
	Nutrition – aide alimentaire	Nutrition, nutritional support or help
<u>C</u>omparaison	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
<u>O</u>utcome	Santé nouveau-né	Newborn care-health
	Temps de gestation	Gestational age
	Poids du nouveau-né	Newborn weight
	Santé mère – bien-être mère	Mother's health and wellbeing
	Sentiment de pouvoir de la mère – estime de soi - valorisation	Maternal empowerment- self esteem
<u>T</u>ime	Tout au long de la grossesse - période prénatale	During pregnancy Antenatal period
<u>S</u>etting (milieu d'intervention)	Centre de santé - hôpital	Health centre – Hospital
	Services de santé	Health services
	Maison de naissance	Birthing centre
	Centre de maternité	Maternity health centre

ANNEXE 6

Grille d'entrevue – Femmes-leaders

Histoire de vie et de leur implication comme femme-leader

Objectif : documenter les aspects plus personnels de la femme-leader afin de faire ressortir les caractéristiques faisant qu'elle était une « bonne candidate » au rôle de femme-leader.

1. Quel a été votre parcours migratoire?
 - Quel était votre statut avant votre immigration (emploi, scolarité, etc.)?
 - Qu'est-ce qui vous a motivé à immigrer au Québec?
2. Quelle(s) a (ont) été votre (vos) expérience(s) de maternité?
3. Qu'est-ce qui vous a amenée à jouer le rôle de femme-leader au sein des rencontres LOV Parc-Extension?
 - Quel était votre rôle, vos responsabilités, vos tâches (préparation, animation, évaluation des séances, etc.)? Versus celui des professionnelles?
 - Pendant combien de temps avez-vous été impliquée?

Structure du programme

Objectif : documenter la structure du programme du point de vue des femmes-leaders à l'époque où elles y ont participé / se sont impliquées.

4. Comment se déroulait une rencontre type? La préparation, l'évaluation des rencontres?
5. Quels thèmes étaient abordés?
6. Quelles étaient les caractéristiques / qualités recherchées chez une femme-leader?

Impact du programme

Objectif : documenter l'impact du programme pour elles comme clientes.

7. Est-ce que votre participation au programme vous a permis d'acquérir de nouvelles connaissances sur la grossesse ou la maternité? D'améliorer votre état de santé et de bien-être? Celui de votre bébé?
8. Est-ce que votre participation au programme a eu un impact sur votre réseau social (relations sociales)?
9. Est-ce que votre participation au programme a eu un impact sur votre estime personnel, sur votre sentiment de pouvoir?

- Quel a été votre parcours après votre participation comme femme-leader aux rencontres LOV Parc-Extension?
 - Avez-vous entrepris des projets, des démarches personnelles, académiques, professionnelles ou autres?
10. Est-ce que le programme répondait à vos besoins (autres)?

Impact de leur implication comme femme-leader

Objectif : documenter l'impact de leur implication en tant que femme-leader pour elle-même, pour les clientes et pour les professionnelles.

11. Qu'est-ce que votre implication comme femme-leader vous a apporté?
- Est-ce que votre expérience comme femme-leader a eu une influence sur votre grossesse et maternité? Sur votre vie en général (en lien avec votre parcours)? Quel impact votre expérience a-t-elle pu avoir sur ce parcours?
12. Qu'est-ce que la participation des femmes-leaders apportait aux clientes?
- En termes de nouvelles connaissances, d'état de santé et de bien-être, de liens sociaux, d'estime de soi, de sentiment de pouvoir, etc.?
13. Qu'est-ce que la participation des femmes-leaders apportait aux professionnelles?
14. Quelle(s) relation(s) entreteniez-vous avec les autres femmes-leaders?

Recommandations pour l'avenir du programme

Objectif : documenter, de leur point de vue, comment le programme devrait être structuré à l'égard du rôle de femme-leader.

15. Le programme devrait-il continuer (recommencer) à faire appel à des femmes-leader? Quel devrait être leur rôle? Quels thèmes devraient-elles aborder? Comment recruter ces femmes et favoriser leur participation?
16. Quelles seraient, selon vous, les conditions de succès du programme? Les facteurs facilitant, obstacles, etc.?

ANNEXE 7

Groupe de discussion avec les participantes à l'évaluation du programme LOV

Guide d'animation

Date : 3 mars 2015, 10 h à 12 h

Lieu : Salle 19, CLSC de Parc-Extension

Objectif : Discuter avec les participantes à l'évaluation du programme LOV Parc-Extension des effets du programme ainsi que de leurs besoins et attentes en lien avec leur grossesse et la naissance de leur bébé. Approfondir l'interprétation des résultats obtenus grâce aux entretiens et les compléter à l'aide d'informations supplémentaires le cas échéant. Identifier des pistes d'amélioration du programme.

Déroulement : Présenter le contexte de la rencontre. Remercier les participantes de leur présence. Structurer la discussion par thème. Présenter brièvement les résultats des entretiens pour chaque thème. Poser des questions de précisions (s'assurer de ne pas nommer ou pointer des participantes ou encore de donner des détails permettant d'associer les participantes aux résultats d'entretien soulevés). Chercher, notamment, à vérifier la corrélation entre les résultats obtenus et le programme LOV. Explorer d'autres questions n'ayant pas été soulevées. Clore chaque thème par des questions visant à identifier des pistes d'amélioration. Terminer la rencontre en invitant les participantes à faire tout autre commentaire ou suggestion.

Animatrice(s) : Marie-Eve Boulanger
Gabrielle Lemieux

Enregistrement : oui

QUESTIONS

Thème 1 : connaissances

Résultats Globalement, les participantes ont amélioré leurs connaissances sur la grossesse et les soins au bébé pendant la durée des rencontres. Plusieurs participantes ont mentionné qu'elles avaient particulièrement apprécié cet aspect des rencontres (la transmission des informations).

« Manger pour deux » Est-ce ce mythe a été déboulonné lors des rencontres?
Allaitement Est-ce que les bénéfices de l'allaitement ont été abordés?

Signes du travail	Est-ce que le travail et l'accouchement ont été abordés?
Où accoucher au Qc	Est-ce que les différentes options ont été présentées et discutées?
Bébé sur le dos	Est-ce que les soins de base au bébé ont été présentés?
Questions générales	Est-ce que vous avez appris des choses grâce aux rencontres LOV? Peu, moyennement, beaucoup? Quelles ont été vos autres sources d'informations pendant votre grossesse? Auriez-vous fait les apprentissages mentionnés sans les rencontres LOV? Auriez-vous aimé apprendre plus? Sur quels sujets?

Thème 2 : habitudes de vie

Résultats	Globalement, les participantes ont amélioré leurs habitudes de vie pendant la durée des rencontres (les habitudes alimentaires se sont un peu plus améliorées que les habitudes d'activité physique). Plusieurs participantes ont mentionné qu'elles avaient amélioré leurs habitudes alimentaires grâce aux rencontres (notamment les conseils de la nutritionniste).
Habitudes alimentaires	Avez-vous pris des suppléments de vitamines pendant votre grossesse? Si oui, est-ce à cause des rencontres / coupons LOV?
Habitudes physiques	Avez-vous fait de l'exercice physique pendant votre grossesse ou, du moins, maintenu vos activités quotidiennes? Si oui, est-ce que ce sont les rencontres LOV qui vous ont poussée à le faire? En quoi?
Utilisation des services	Avez-vous appris des choses sur le système de la santé et des services sociaux du Québec lors des rencontres? Par exemple, vous êtes-vous référée au CLSC ou à votre médecin plutôt qu'à l'hôpital pour des problèmes pendant votre grossesse?
Questions générales	Auriez-vous aimé avoir plus d'informations, de conseils ou de soutien quant aux habitudes de vie pendant les rencontres? Lesquels? Comment les rencontres LOV pourraient-elles les intégrer?

Thème 3 : état de santé et de bien-être

Résultats	Toutes les participantes ont eu une grossesse d'au moins 37 semaines et un bébé d'au moins 2 500 g. Aucune participante n'a connu de problème grave de santé ou de bien-être à notre connaissance. Parmi les difficultés rencontrées : douleurs, nausées, vomissements, fatigue, césarienne d'urgence, douleurs post-césarienne, allaitement difficile.
Corrélation	Il est difficile de relier l'état de santé et de bien-être directement au programme, puisqu'il y a plusieurs autres facteurs à considérer. Selon vous, croyez-vous que les rencontres ont contribué à vous aider à maintenir ou à améliorer votre santé et votre bien-être pendant votre grossesse? Celui de votre bébé? Pourquoi? En quoi?

Thème 4 : création de liens

Résultats	La majorité des participantes ont discuté et échangé avec d'autres femmes pendant les rencontres (au début ou à la fin, entre les présentations, lors des ateliers, etc.). Très peu de participantes ont développé et maintenu des liens sociaux ou des amitiés après la fin des rencontres, pour différentes raisons : barrière linguistique, n'en manifeste pas le besoin ou l'envie, etc.
Questions générales	Est-ce que cette situation est toujours la même pour vous? Sinon, en quoi a-t-elle changé? Auriez-vous aimé développer de tels liens? Croyez-vous que les rencontres LOV pourraient favoriser la création de tels liens? Sinon, y a-t-il d'autres raisons que celles mentionnées pour lesquelles vous ne souhaitez pas créer de liens?

Thème 5 : sentiment de pouvoir et estime de soi

Résultats	Globalement, les cotes d'estime de soi et de sentiment de pouvoir des participantes sont restées les mêmes pendant leur grossesse. (Expliquer les concepts)
Questions générales	Croyez-vous que ces échelles sont représentatives de votre estime de soi, de votre sentiment de pouvoir? Comment décrivez-vous votre estime de soi avant et après votre grossesse? Votre sentiment de pouvoir avant et après votre grossesse? Quel effet votre grossesse a-t-elle eu sur votre estime de soi et votre sentiment de pouvoir?

Thème 6 : autres besoins et attentes

Résultats	Les rencontres ont permis de répondre à plusieurs besoins et attentes des participantes. Certaines participantes auraient aimé avoir davantage de temps pour partager avec les autres pendant les rencontres, d'autres auraient aimé avoir plus d'informations sur les soins au bébé.
Questions générales	Partagez-vous aussi ces besoins et attentes? En avez-vous d'autres? Croyez-vous que des rencontres pourraient y répondre? À quoi ressembleraient les rencontres LOV idéales selon vous?

Outreach (Comment avez-vous entendu parler des rencontres LOV?)

Résultats	Par l'infirmière du CLSC lors de l'évaluation prénatale ou via un autre moyen.
-----------	--

Question générale

Comment pourrions-nous attirer plus de femmes aux rencontres LOV?
Comment convaincre plus de femmes de participer en plus grand nombre de rencontres possibles?

ANNEXE 8

Notes du groupe de discussion avec les participantes LOV

Thème 1 - Connaissances

Q : Croyez-vous que vous avez appris des choses grâce à LOV? Peu, moyennement, beaucoup? Sur quels sujets?

R.

(x2): Oui

#17: Cela dépendait des séances et des thèmes abordés. Parfois, j'apprenais beaucoup, d'autres fois, moins. J'apprenais plus lorsque les séances étaient concrètes et comprenaient des aspects pratiques (ex : une vidéo, une discussion en sous-groupe). J'ai particulièrement apprécié les échanges avec les autres participantes sur des questions proposées par les intervenantes, car cela faisait des rencontres plus animées et sans la perte de temps associée à la traduction simultanée (puisque nous étions séparées en groupes selon notre langue). Lorsque les intervenantes distribuent du matériel (papier) pendant les séances, souvent les femmes n'écoutent plus où le donnent à leurs enfants. Cette pratique ne permet pas nécessairement d'apprendre plus. J'ai appris davantage sur l'allaitement. Quelques fois, il y avait des thèmes que nous parlions à la fin de ma grossesse, mais que j'aurais aimé voir au premier trimestre ou au 2^e (ex. : nutrition). Je n'ai pas eu de présentation sur la sécurité, mais je pense qu'on devrait pouvoir avoir l'information en prénatale.

#8: Je suis d'accord. J'apprenais plus lorsqu'il y avait des démonstrations à la suite des présentations. Il n'y avait pas d'échanges lors des rencontres auxquelles j'ai assisté, mais j'aurais beaucoup aimé cela, car ç'aurait été moins long et j'aurais été plus à l'aise, moins gênée (et les autres femmes aussi je crois). J'ai appris davantage sur les thèmes de la sécurité et des soins au bébé.

Q : Quelles ont été vos autres sources d'information pendant votre grossesse?

R.

#17: Internet et la famille. Je m'informe ailleurs, mais j'ai apprécié le fait de pouvoir valider ces informations lors des rencontres LOV. J'ai posé des questions sur ces informations aux intervenantes et j'ai apprécié les réponses données.

#8: j'ai jugé les connaissances des intervenantes très bonnes selon ma propre éducation et expérience (je suis formée en sciences de la santé et j'ai pratiqué comme infirmière et dans le domaine de la pharmacie). Je comprenais bien ce qu'elles disaient, mais peut-être qu'elles devraient vulgariser davantage pour les autres femmes.

#17: Je me suis retrouvée dans la même situation : j'ai jugé les connaissances transmises très bonnes selon mon éducation. Mais j'ai des amies qui ont assisté au cours et qui n'ont pas l'éducation scientifique et qui ne comprenaient pas des mots ou des termes. Je pense que les papiers distribués ne sont pas pertinents si on ne suit pas le cours. C'est mieux d'assister au cours. J'ai aimé qu'il y ait un coin pour les enfants pour ne pas qu'ils dérangent pendant le cours.

Thème 2 - Habitudes

Q : Avez-vous pris des suppléments de vitamines pendant votre grossesse? Consommé plus de lait? D'œufs? Si oui, est-ce à cause de LOV?

R.

(x2) : Nous avons utilisé tous les coupons distribués. Nous avons déjà l'habitude de boire du lait alors nous en aurions bu de toute façon, mais nous en avons bu davantage grâce aux coupons. Nous avons reçu des vitamines gratuitement de la nutritionniste, que nous avons consommées. Celles-ci étaient adaptées à ma situation (ex : marque différente car vomissements ou sans gélatine). Nous en avons déjà acheté par nous-mêmes dans le passé (au début de la grossesse).

#8 : J'avais également déjà l'habitude de manger des œufs.

#17 : au début, j'ai acheté mes vitamines par moi-même, mais c'était très cher.

Q : Avez-vous mis en application les conseils donnés par la nutritionniste? Les avez-vous maintenus après l'accouchement?

R.

(x2) : Nous avons beaucoup apprécié les conseils de la nutritionniste (en groupe, mais surtout en individuel). Nous avons perdu du poids en début de grossesse et elle nous a proposé des pistes de solution que nous avons suivies, et notre grossesse s'est bien déroulée par la suite. Depuis notre accouchement, il est moins motivant de suivre les conseils de la nutritionniste, car notre bébé est né.

#8 : Je ne suis plus les conseils de la nutritionniste.

#17 : J'essaie de suivre les conseils de la nutritionniste, mais je n'y arrive pas toujours.

Q : Avez-vous fait de l'exercice physique pendant votre grossesse ou, du moins, maintenu vos activités quotidiennes? Si oui, est-ce LOV qui vous a poussée à le faire? En quoi?

R.

(x2) : Oui, nous avons fait de l'exercice physique pendant notre grossesse.

#8 : J'ai continué à marcher sur les conseils donnés par les intervenantes. Les enseignements et les conseils sur l'exercice physique doivent être adaptés selon le stade de la grossesse de chaque femme. Si possible, il serait intéressant de regrouper les femmes selon leur stade de grossesse.

#17 : Les cours de yoga m'ont aidée à bouger plus (en plus de mes autres activités). Il serait toutefois pertinent d'attendre que toutes les femmes aient fini de se peser pour commencer le yoga, et s'assurer qu'il y a suffisamment d'espace pour que toutes les femmes participent.

Q : Avez-vous appris des choses sur le système de la santé et des services sociaux du Québec grâce à LOV? Par exemple, saviez-vous mieux à qui vous référer si vous aviez un problème pendant votre grossesse?

R.

#8 : J'ai appris plusieurs choses sur le système de santé québécois en plus des lieux / services disponibles pour le suivi de grossesse et l'accouchement (par exemple sur les services rendus par le pharmacien, par le médecin de famille, ainsi que sur le fonctionnement (processus de référence) de ces services, etc.). Je posais des questions spécifiquement sur ces éléments, et on y répondait, ce qui a aidé.

#17 : Je n'ai pas beaucoup appris sur le système de santé québécois et j'aurais apprécié recevoir ces informations. J'en ai seulement appris sur les lieux / services disponibles en lien avec la grossesse et l'accouchement (mais pas sur les médecins / pédiatres pour mon enfant, par exemple, ce que j'aurais aimé).

Q : Auriez-vous aimé avoir plus de conseils ou de soutien quant aux habitudes de vie pendant les rencontres? Lesquels? Comment le programme LOV pourrait-il les intégrer?

R.

#8 : Oui, j'aurais aimé avoir plus d'informations sur les questions relationnelles avec mon conjoint. Les intervenantes devraient donner un certain nombre d'informations générales à ce sujet à toutes les participantes et, ensuite, répondre aux questions individuelles.

#17 : Je suis d'accord. Je n'ai pas eu d'informations sur la contraception et j'aurais apprécié cela. Il devrait au minimum y avoir transmission d'informations générales sur ce sujet.

Thème 3 – Santé et bien-être

Q : Selon vous, croyez-vous que LOV a contribué à maintenir ou à améliorer votre santé / de bien-être pendant votre grossesse? Celui de votre bébé?

R.

(x2) : Oui, mais c'est difficile de déterminer précisément en quoi, puisqu'il y a tant d'autres facteurs et les indicateurs (par exemple le nombre de semaines de gestation) peuvent différer pour chaque femme.

#8: Le programme m'a surtout soutenue au niveau psychologique (mon moral était soutenu), puisque je suis isolée au Québec. Les intervenantes étaient comme ma 2^e famille. Je leur ai fait confiance, car elles sont professionnelles et transmettent des informations fiables et car elles m'ont reconfortée et rassurée (alors que ma mère, par exemple, me transmet plutôt des informations d'ordre traditionnel).

#17: Moi aussi, le programme m'a soutenue psychologiquement. J'ai apprécié la disponibilité des intervenantes (par exemple, j'ai vu l'infirmière, à ma demande, à trois jours de mon accouchement. Elle m'a beaucoup informée et soutenue, et m'a dit que je pouvais la recontacter).

Thème 4 – Création de liens

Q : La majorité des participantes ont aimé discuter et échanger avec les autres femmes, mais elles n'ont pas créé de liens d'amitié. Est-ce que cette situation est la même pour vous? Auriez-vous aimé développer des liens d'amitié?

R.

(x2) : Elles ont aimé la relation qui s'est développée avec les intervenantes. Comme elles n'ont pas leur famille au Québec, la présence des intervenantes est rassurante.

#17 : J'ai développé deux bonnes relations avec deux femmes. On a fait des activités ensemble à l'extérieur du groupe et il y en a une avec qui je suis devenue une vraie amie, je me suis occupée de son enfant. Mais ce qui a aidé, c'est le fait qu'on soit toutes enceintes, mais aussi le contexte linguistique et culturel parce qu'on était originaires du même pays, ça a facilité la création de liens. Quelques fois, il y a des personnes d'origine pakistanaise qui parlent anglais qui ont essayé d'échanger avec moi, mais c'est difficile avec la barrière de la langue. Quand c'est une personne du même pays, c'est plus facile parce qu'on peut parler de choses que l'on connaît, puis des fois, on échange nos numéros de téléphone pour pouvoir s'aider.

#8 : Je n'ai développée aucune amitié parmi les autres femmes du groupe. Il n'y avait pas personne originaire de mon pays. Je n'ai pas de problème à devenir amie avec quelqu'un d'un autre pays. Par exemple, j'ai rencontré dans le groupe une chinoise qui habite dans le même immeuble que moi. On n'est pas devenues amies, mais quand je la croise, on se dit « bonjour » et on se parle. Mais les rencontres ne favorisent pas le développement d'amitiés. Je n'ai croisé aucune femme du groupe sur la rue. Dans mon groupe, il n'y avait pas de relation entre les

femmes, elles arrivaient, se faisaient peser et le cours commençait. Il n'y avait pas de moment où on pouvait échanger. Les intervenantes, quant à elles, ont vraiment comblé un vide dans ma vie, après mon accouchement (visites à domicile).

Thème 5 – Sentiment de pouvoir et estime de soi

Q. : Que pensez-vous des échelles de mesure qui ont été utilisées pour mesurer cet effet?

R.

(x2) : Les échelles forcent les répondantes à choisir une réponse, mais celles qu'on choisit ne sont pas forcément les plus justes. De plus, la façon de répondre aux questionnaires dépend beaucoup du caractère de chacune. Chaque femme interprète les questions et répond différemment.

#8 : Je me rappelle que les réponses allaient d'une extrême à l'autre et c'était difficile de choisir une réponse alors on choisit la meilleure réponse qu'on le peut. Mais des fois, aucune des bonnes réponses n'est disponible.

Q. : Notre interprétation de la diminution des scores est qu'au début de la grossesse, les participantes vivent un état de bonheur entourant leur nouvelle situation, mais qu'après la grossesse, en post-partum, avec la fatigue notamment, l'estime de soi diminue. Qu'est-ce que vous en pensez?

R. :

#8 : Au départ, j'étais fière de moi, j'étais enceinte. Mais après c'était plus compliqué, physiquement, c'était plus difficile. Au départ, on part avec un bon moral, mais neuf mois, c'est long. Après l'accouchement, tu es toute seule et pas équipée. Tu n'as personne pour t'aider à faire les repas, le ménage, les nuits, c'était dur. Des fois, tu te dis : « mieux vaut que le bébé reste en-dedans ».

#17 : Au moment de l'accouchement, tu as un bon moral, mais après, avec tous les problèmes qui arrivent avec le bébé, tu te sens fatiguée. Personne ne t'aide. Des fois tu arrives au sommet de la fatigue et c'est difficile.

Q. : Est-ce que les rencontres vous ont aidées à avoir confiance en vous, en vos capacités comme parents, etc.

R.

#8 : Oui, les infirmières m'encourageaient, me rassuraient, me reconfortaient, surtout quand la grossesse était physiquement difficile. Même si je désirais ma grossesse, je doutais de tout, je ne savais pas si j'allais bien faire, si j'étais capable et l'infirmière m'encourageait. Ou des fois, je me sentais responsables quand quelque chose n'allait pas (par exemple, mon bébé qui ne voulait pas tourner), mais l'infirmière m'a fait comprendre que des fois, on y peut rien, c'est génétique.

#17 : Après l'accouchement, c'est là que tu as le plus besoin de quelqu'un près de toi, mais là on est seule et on se sent un peu démoralisée. Dans mon cas, mon accouchement a été difficile, et mon mari et ma voisine m'ont aidée. Mais le programme m'a aussi préparée à cet événement (notamment le suivi individuel, qui m'a permis de voir l'infirmière trois jours avant mon accouchement).

Q. : Est-ce que les rencontres vous ont aidées à parler avec votre conjoint de votre grossesse et du bébé à venir?

R.

#17 : À toutes les fois que j'allais aux rencontres, après, j'en parlais avec mon mari. Par exemple, au début, mon mari ne voulait pas assister à l'accouchement, mais après je lui ai

expliqué pourquoi il devait m'accompagner et il est venu. Ça aurait été bien si les maris participaient aux rencontres LOV. Pas nécessairement tout le temps, mais quand il y a des sujets qui les concernent.

#8 : Je suis d'accord. Les hommes participeraient, mais il faudrait que ce soit le soir et à la fin de la grossesse parce qu'au début, ils ne se sentent pas concernés. Nous on ne peut pas transmettre l'information à nos conjoints de façon aussi juste que les infirmières.

Thème 6 – Autres besoins et attentes

Q. : Avez-vous d'autres besoins et attentes que vous aimeriez que les rencontres LOV répondent?

R.

#8 : J'aimerais qu'en plus de la pesée, il y ait une prise de tension artérielle à toutes les rencontres et aussi une surveillance du glucose. Cela me stimulerait à revenir plus souvent aux rencontres.

#17 : J'aimerais que les rencontres commencent plus tôt durant la grossesse parce qu'au début on a beaucoup de questions.

Thème 7 – Participation et capacité du programme à joindre la clientèle cible (*outreach*)

Q. : Qu'est-ce qui pourrait être changé pour augmenter la participation des femmes aux rencontres? Comment joindre les femmes que nous n'arrivons pas à joindre?

R.

#17 : Il faudrait que tous les médecins (de famille et gynéco) réfèrent les femmes enceintes au CLSC pour admission au programme LOV. Les coupons aident à attirer les femmes aux rencontres. Si la femme participe à une seule rencontre et que cette rencontre n'était pas assez interactive, elle ne reviendra plus. Les rencontres doivent donc être plus animées. Ensuite, cela dépend de l'horaire de chaque femme.

#8 : Il faudrait qu'il y ait plus de publicité faite dans le quartier sur le programme LOV (par exemple, la télé dans la salle d'attente). Si les coupons sont remis à part, vous allez être sûrs que les femmes viennent vraiment pour la rencontre.

ANNEXE 9

Évaluation du programme LOV

Entretien de groupe avec les femmes leader

Rapport d'analyse des résultats de l'entretien

Date de l'entretien : 7 mars 2014
Durée de l'entretien : 1 h 30
Femmes leader rencontrées : Zufishan Malik et Jennifer Davost
Animation et prise de notes : Ursulla Aho-Ghlele et Gabrielle Lemieux

L'entretien de groupe réalisé avec des femmes ayant joué le rôle de femmes leader dans le cadre du programme LOV avait pour but d'obtenir des informations sur les effets du programme, notamment en matière d'empowerment des clientes. Les deux femmes rencontrées ont été femmes leader pendant plusieurs années, soit entre 2005 et 2008 environ.

Contexte de l'implication en tant que femme leader

À l'époque de leur implication, la structure générale du programme était la suivante :

- Rencontres de deux heures, tous les deux jeudis;
- Rencontre de préparation et d'évaluation des rencontres tous les deux mardis;
- La pesée et des rencontres cliente-infirmière avaient lieu en début de rencontre;
- Les rencontres n'étaient pas dirigées (les informations les plus importantes étaient données, mais la formule était relativement libre et flexible);
- Les thèmes abordés étaient : l'allaitement, la nutrition, les changements physiques et psychologiques liés à la grossesse, la santé mentale, l'accouchement, le développement du bébé, la sécurité des mamans et du bébé (par exemple, la sécurité dans les transports), les soins du bébé (par exemple, les vêtements du bébé), etc.
- 30 minutes étaient dédiées à un « expert » invité (par exemple, un policier qui donne des informations sur la sécurité des femmes);
- Des exercices de yoga étaient offerts pour celles qui le souhaitaient;
- Les groupes étaient séparés en sous-groupes de langue;
- Des collations étaient offertes;
- Les coupons OLO étaient distribués à chaque rencontre.

Selon les deux femmes leader rencontrées, leur rôle et leurs responsabilités dans le cadre du programme étaient les suivants :

- Compléter l'information divulguée par les intervenants;
- Donner des exemples de leur propre vie, de leurs propres expériences;
- Faciliter les échanges dans des contextes de barrières linguistiques;
- Briser l'isolement des clientes, développer des affinités avec elles;
- Encourager les clientes à parler de leurs expériences.

Les qualités recherchées auprès d'une femme leader étaient les suivantes, selon les deux femmes rencontrées :

- La générosité;
- La capacité d'apprendre et de partager l'information;
- La capacité à faciliter la discussion;
- Être une femme qui attire la confiance des autres femmes.

Effets du programme selon les femmes leader

Les deux femmes leader rencontrées ont soulevé les éléments suivants comme effets du programme LOV sur les clientes, selon leur expérience :

- A amélioré la santé des mères grâce : aux régimes alimentaires proposés, aux suppléments que les clientes n'auraient pas consommé autrement, aux séances de pesée qui étaient régulières et rigoureuses;
- A amélioré la santé du bébé (c'est ce que constataient les infirmières lors de l'évaluation post natale et les statistiques disponibles le confirmaient selon elles);
- Les clientes ont référé leurs amies et voisines au programme, ce qui témoigne de leur appréciation du programme.

Selon les femmes leader, le programme LOV a eu les effets suivants sur elles-mêmes :

- Acquisition de nombreuses informations (trucs, astuces, remèdes « maison », etc.);
- Développement d'un lien et d'un canal de communication avec l'infirmière du CLSC;
- Apprentissages des expériences des autres clientes, notamment sur des questions difficiles (par exemple, la dépression post-partum);
- *Empowering* (par exemple, c'est une travailleuse sociale qui a donné l'idée à l'une des deux femmes leader de devenir thérapeute en art dramatique).

Leur implication en tant que femme leader a eu les effets suivants sur les clientes, selon elles :

- Facilitation des discussions entre les clientes, a permis aux clientes de s'ouvrir;
- Les clientes ont pu être référées à d'autres professionnels lorsque pertinent.
- Les rencontres ont montré aux clientes qu'elles avaient la capacité de faire des choses.
- À la suite de leur participation au programme, plusieurs clientes se sont inscrites à des cours de français, ont entrepris divers projets dans la communauté, elles sont retournées à l'école (par exemple, l'une d'entre elles est devenue assistante technique en pharmacie).
- Les participantes revenaient généralement pour leurs grossesses suivantes;
- Les clientes sont restées au Québec et sont souvent même restées dans Parc-Extension;
- Le programme a enrichi leur vie, leur a permis d'adopter un rôle de leader dans leur propre vie.

Leur implication comme femme leader a également eu des effets sur les professionnel(le)s du programme, selon elles, soit :

- A facilité la compréhension des enjeux culturels en les informant, en les sensibilisant à ce sujet.

Recommandations

- Les travailleuses sociales devraient « toujours » être présentes aux rencontres;
- Souligner et célébrer les événements de la société incluant ceux provenant de cultures diverses;
- Il devrait y avoir des documents disponibles dans diverses langues;
- Les femmes leaders devraient jouer un rôle de modèle auprès des clientes. Elles devraient leur présenter différentes possibilités, les encourager, leur donner de l'information et des conseils, etc.
- Les femmes leaders devraient mettre l'accent sur l'empowerment des clientes, par exemple en transmettant le message qu'elles peuvent accomplir tout ce qu'elles souhaitent accomplir;
- Organiser des rencontres postnatales, qui pourraient mettre l'accent sur, par exemple, les compétences parentales, les services de garde, l'éducation des enfants, etc.

Interprétation des résultats

Consultation des membres du comité de suivi et de l'équipe LOV

Ce document contient les principaux commentaires formulés par les différents membres du comité de suivi et membres de l'équipe du programme LOV, rencontrés dans le but d'interpréter les résultats de l'évaluation LOV. Ces personnes ont été rencontrées individuellement ou en sous-groupe, soit dans le cadre de trois rencontres avec :

1. Paula Yiannopoulos, coordonnatrice Services généraux;
2. Lyne Ouellette, chef de programme Enfance-famille de Parc-Extension, Cristiana Anghelescu, assistante au supérieur immédiat au programme Enfance-famille de Parc-Extension, et une quinzaine d'intervenants de l'équipe Enfance-famille de Parc-Extension ayant participé à la consultation lors d'une même rencontre, ci-après désignés telle l'« Équipe Enfance-famille de Parc-Extension »;
3. Suzanne Walsh, directrice de la qualité, de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire, et Josée Peat, conseillère à la qualité (consultées lors d'une même rencontre).

Les commentaires rapportés ci-dessous sont présentés par catégorie d'effets attendus (connaissances, habitudes de vie, état de santé et de bien-être, création de liens, estime de soi et sentiment de pouvoir, développement de projets et autres).

Connaissances

- Le volet pratique des rencontres semble en effet être un élément à consolider.
- Les aspects à améliorer pour ce bloc (connaissances) semblent valables.
- Le thème des questions relationnelles me semble plutôt devoir être un thème de relations de couple.
- Il est important de vulgariser le contenu, oui, mais la barrière linguistique est un obstacle supplémentaire. Il est difficile d'utiliser le bon langage et de vérifier la compréhension des clientes dans ce contexte. La division des clientes en sous-groupes lors des rencontres de groupe est une bonne idée, car cela permet aux clientes d'avoir accès à de la traduction simultanée (faite par certaines clientes). De plus, cela permet naturellement un partage de connaissances entre les clientes.
- L'aspect nutrition est toujours présent dans les évaluations prénatales alors toutes les clientes se font évaluer et ont accès à des informations à ce chapitre. Il pourrait tout de même être souhaitable de faire de courtes capsules de 15 minutes au début de chaque rencontre afin que, malgré quelques absences, toutes les participantes reçoivent du contenu sur ce thème.
- La séance portant actuellement sur la violence conjugale pourrait être remplacée par une séance sur le thème plus large des questions relationnelles (relations conjugales). Cette séance pourrait viser à transmettre des informations de base sur les relations de couple, sans chercher à susciter autant d'échanges et de discussions que lors d'autres séances,

- puisque c'est un thème plus sensible, surtout en présence de clientes issues de classes socio-économiques « difficiles ».
- Il y a maintenant trois sessions de huit séances. Il pourrait y avoir quatre sessions de six séances pour s'assurer que les clientes qui sont parfois absentes ne manquent pas trop de contenu. Une partie du contenu pourrait être fusionnée ou retirée (ex : contraception, car ce thème est amplement traité en individuel). Cela permettrait de se concentrer sur six thèmes plutôt que de chercher à transmettre trop de contenu, qui n'est peut-être pas absorbé par les clientes de toute manière.
 - Encourager les conjoints à s'informer et à s'impliquer, c'est une bonne idée. Il serait intéressant d'étudier la possibilité de conclure un partenariat avec un ou des organismes communautaires du quartier (notamment pour identifier un ou des hommes intervenants et / ou pères, car il n'y en a pas dans l'équipe).
 - Nous distribuons déjà certains documents dans d'autres langues (sur l'allaitement, la nutrition, etc.), mais ce n'est pas facile de trouver cette documentation. Il existe un site web d'une organisation torontoise.
 - L'utilisation des interprètes lors des interventions (individuelles) en contexte de barrière linguistique devrait être très importante.
 - Les aspects à consolider et à améliorer pour ce bloc semblent justes et pertinents.

Habitudes de vie

- Le canal de communication développé entre les clientes et les infirmières du CLSC me semble être un aspect important à présenter dans les conclusions de l'évaluation.
- Les aspects à consolider et ceux à améliorer me semblent pertinents.
- Désormais nous faisons les exercices de yoga à la fin des rencontres, ce qui implique qu'il n'y a plus de conflit avec le moment de la pesée.
- Voir aussi commentaires précédent sur l'aspect nutrition / évaluation prénatale / contenu des rencontres de groupe.
- L'ouverture d'un canal de communication avec les infirmières est importante et mérite d'être soulignée. Il serait intéressant de déterminer si les clientes ont le réflexe d'appeler l'infirmière du CLSC après leur accouchement.

État de santé et de bien-être

- La conclusion de cette catégorie me semble juste.
- Les aspects à consolider me semblent pertinents.
- Il n'est ni nécessaire ni réaliste d'inclure d'autres mesures de l'état de santé des clientes (tension artérielle, taux de glucose, etc.) dans le cadre des rencontres de groupe. Ces mesures ne sont pertinentes que pour certaines clientes ayant des problématiques précises qui sont déjà suivies par d'autres professionnels pour ces problèmes, en temps normal.
- [Tel qu'expliqué par les évaluatrices,] l'évolution de l'état de bien-être n'a pas été « facile » à mesurer dans le cadre de cette évaluation. Par exemple, si une participante a fait une dépression post-partum quelques mois après l'accouchement, nous ne le saurions pas forcément. Il faut en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Création de liens

- [Tel que soulevé par les évaluatrices,] des petits sous-groupes, de 3 à 4 personnes (en tenant compte de la langue), seraient souhaitables dans l'optique de favoriser la création de liens sociaux, car ceux-ci seraient moins menaçants et plus intéressants pour les clientes.
- Le développement de relations de confiance entre les clientes et les infirmières était un effet inattendu, mais peut-être devrait-il être explicité dans le modèle logique du programme.

Estime de soi et sentiment de pouvoir

Vu les résultats (absence d'effets), il n'y a pas de commentaires précis sur cette section.

Développements de projets

Vu les résultats (absence d'effets), il n'y a pas de commentaires précis sur cette section.

Autres

- Il faudrait effectivement déployer des efforts afin que les rencontres de groupe commencent le plus tôt possible dans le cheminement des clientes. [Tel que soulevé par les évaluatrices,] il faudrait que les réceptionnistes du CSSS, dès le premier appel des clientes, puissent leur donner l'information sur les rencontres de groupe (présentation des rencontres, date de la prochaine rencontre, lieu) afin qu'elles puissent y assister avant-même de procéder à leur évaluation prénatale. Pour ce qui est d'autres moyens de publiciser les rencontres, cela est effectivement important, et je crois qu'il y a entre autres des annonces sur l'écran de la salle d'attente du CLSC de Parc-Extension.
- Il serait intéressant de regrouper les clientes selon le stade de leur grossesse, si cela est faisable.
- Comme le CSSS aura bientôt un nouveau « modèle d'entrée » des femmes enceintes dans les programmes (les clientes seront accueillies d'abord par des infirmières des services courants (plutôt que du programme Enfance-famille) par le biais d'un système centralisé), il faudra s'assurer que les infirmières qui accueillent en premier les clientes connaissent bien le programme et y réfèrent les clientes lorsque pertinent.
- Il faut étudier la question de la participation active des travailleuses sociales aux rencontres. Je me demande ce que l'on veut dire par « participation active »? [Tel que soulevé par les évaluatrices,] il faudra que cette question soit directement associée à la planification du contenu de chaque séance. Par contre, je ne crois pas qu'une travailleuse sociale doive être présente à chacune des rencontres de groupe.
- Il serait intéressant de ramener la pratique des « femmes leader ».
- Les échanges entre les clientes qui en sont vers la fin de leur grossesse avec celles qui sont en début de grossesse sont importants, car ils permettent aux premières de rassurer et reconforter les secondes. C'est positif, car cela permet à celles qui en sont au début de se projeter. Il ne faudrait donc pas subdiviser les clientes par stage de grossesse de façon permanente (c'est-à-dire du début à la fin de la session).
- Il faudrait effectivement faire le plus de publicité possible sur le programme LOV, mais cela n'est pas forcément le rôle de l'équipe. Par exemple, il pourrait y avoir de l'affichage

- et des dépliants au CLSC ainsi qu'à certains endroits/moments stratégiques comme la clinique de l'hôpital St-Mary's lors de la vaccination, etc. De plus, c'est certain qu'il serait préférable que tous les médecins du territoire connaissent le programme et y réfèrent leurs clientes vulnérables, mais cela n'est pas sous notre contrôle.
- Il faudrait effectivement restituer la pratique des « femmes leader ». Nous avons appliqué ce principe une ou deux fois dans les derniers temps. Par exemple, une cliente souhaitait traiter un contenu en particulier, alors on lui a demandé de co-animer. Cela est rassurant pour les autres clientes d'avoir une femme leader qui co-anime certains thèmes.

