

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

**SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE
ENFANCE: LE POINT DE VUE DES INTERVENANTS SUR
L'ADÉQUATION DU PROGRAMME POUR LES MÈRES IMMIGRANTES
ET RÉFUGIÉES**

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-JOSÉE MERCIER

JANVIER 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je vous remercie, madame Ghayda Hassan, pour votre générosité. Vous êtes une directrice de thèse remarquable. J'ai particulièrement apprécié votre encadrement, la facilité avec laquelle vous transmettez les connaissances, vos réflexions cliniques et votre sens critique. J'apprécie sincèrement vos qualités humaines, la sensibilité et le respect dont vous avez fait preuve à mon égard. Votre parcours professionnel est une source d'inspiration pour moi. Un merci particulier à mes premiers superviseurs lors de mes stages cliniques aux Centres jeunesse de Montréal, Gérald Lajoie, Gilles Richelieu et Louisiane Gauthier, qui aujourd'hui profitent d'une retraite bien méritée. Votre générosité fut hors pair. Au-delà de vos connaissances et expériences respectives, votre passion à soutenir les intervenants qui s'investissent auprès de familles extrêmement démunies et vulnérables fut pour moi une grande source d'inspiration. Par votre savoir-faire et votre savoir-être, vous avez énormément contribué à faire de moi la psychologue que je suis devenue. Un merci particulier à mon conjoint, Francis Dupuis, qui a été très patient tout au long d'un parcours universitaire pas toujours évident. Merci à mes enfants d'avoir toléré que leur maman reste assise pendant des heures devant l'ordinateur, pour lire ou rédiger cette thèse doctorale. Merci à Mylène Boivin et Annie Lebrun, étudiantes au doctorat à l'UQAM, pour leur contribution en tant que coauteures du premier article de l'ouvrage. Finalement, merci à mes amies pour leur soutien et leurs encouragements.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	II
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	VIII
RÉSUMÉ.....	IX
ABSTRACT	XIII
INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE	1
CHAPITRE 1	
CADRE THÉORIQUE.....	12
1. LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ.....	12
1.1 <i>L'importance de la santé du bébé</i>	12
1.2 <i>Impacts de la défavorisation matérielle et sociale</i>	14
1.3 <i>Égalité sociale et équité sociale</i>	15
1.4 <i>Les déterminants majeurs des inégalités sociales en santé (ISS)</i>	16
1.5 <i>Inégalités sociales en santé chez les immigrants au Québec et rôle de l'État</i>	17
2. VULNÉRABILITÉ ET PARENTALITÉ.....	22
2.1 <i>La parentalité</i>	22
2.2 <i>Vulnérabilité parentale et périnatalité</i>	23
2.3 <i>Immigration, parentalité et vulnérabilité spécifique</i>	26
2.3.1 <i>Immigration et vulnérabilité identitaire</i>	27
2.3.2 <i>Immigration et redéfinition des rôles familiaux</i>	29
2.3.3 <i>Immigration et vulnérabilité socioéconomique</i>	33
3. LE PROGRAMME DE SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE)	37
3.1 <i>Assises et composantes des SIPPE</i>	39
3.2 <i>Critères de vulnérabilité et processus d'admissibilité aux SIPPE</i>	41
3.3 <i>Adaptabilité des services SIPPE aux besoins des familles immigrantes</i>	43

4. SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE EMPIRIQUE SUR LES PROGRAMMES PRÉVENTIFS EN PÉRINATALITÉ ET L'INTERVENTION ETHNOCULTURELLE	44
4.1 <i>Études sur les défis et enjeux de l'intervention en contexte ethnoculturel</i> ...	45
4.1.1 Les axes d'intervention à privilégier	46
4.1.2 Les types d'approches préconisées auprès des immigrants	49
4.1.3 Les compétences humaines et relationnelles de l'intervenant	51
4.2 <i>Synthèse d'études évaluatives sur l'efficacité des visites à domicile dans les programmes préventifs en périnatalité</i>	52
4.3 <i>Synthèse d'études ayant documenté l'efficacité du programme québécois SIPPE, à partir du point de vue des intervenants</i>	55
4.3.1 La pertinence du choix des critères	56
4.3.2 Le recours au jugement clinique	57
4.3.3 Réviser les indicateurs pour rendre compte de l'intervention.....	59
5. BRÈVE SYNTHÈSE ET QUESTION DE RECHERCHE	60
5.1 <i>Objectifs spécifiques de la recherche</i>	63

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE	65
1. CONTEXTE DES DONNÉES	65
2. PROCÉDURE	67
3. COLLECTE DES DONNÉES.....	70
4. ÉCHANTILLON.....	72
5. ANALYSE QUALITATIVE DES DONNÉES	73

CHAPITRE 3

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AUX SIPPE : LE POINT DE VUE D'INTERVENANTES QUANT À LA PERTINENCE DES CRITÈRES ACTUELS POUR IDENTIFIER LES MÈRES IMMIGRANTES OU RÉFUGIÉES VULNÉRABLES.....	78
RÉSUMÉ	78
ABSTRACT	79
1. INTRODUCTION.....	80
1.1 <i>Vulnérabilité parentale en contexte migratoire</i>	80
1.2 <i>Le programme SIPPE et les autres programmes de prévention en périnatalité</i>	83
1.3 <i>Le processus d'admissibilité aux SIPPE</i>	84
2. MÉTHODOLOGIE	88
2.1 <i>Échantillon et recrutement</i>	88
2.2 <i>Collecte des données</i>	89

2.3	<i>Gestion des données</i>	89
2.4	<i>Entrevues et analyses</i>	90
3.	RÉSULTATS	92
3.1	<i>Le point de vue des intervenantes quant à la pertinence des critères SIPPE actuels pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables</i>	92
3.1.1	La connaissance des intervenantes quant aux critères actuels d’admissibilité au programme SIPPE	93
3.2	<i>La perception des intervenantes quant à l’efficacité des critères actuels pour identifier les mères immigrantes vulnérables</i>	98
3.2.1	Une vulnérabilité qui dépasse les deux critères d’admissibilité.....	98
3.2.2	Le repérage de la vulnérabilité des familles immigrantes.....	100
3.2.3	L’utilisation contemporaine du critère de l’immigration récente : l’admissibilité à partir du jugement clinique.....	102
3.2.4	L’écart entre la vision régionale et la vision locale : ajuster les critères aux réalités des familles	105
3.2.5	Le flou entourant le recours au jugement clinique.....	108
3.3	<i>Les recommandations des intervenantes quant aux critères SIPPE</i>	110
3.3.1	Élargir les critères d’admissibilité pour inclure les situations de vulnérabilité spécifiques aux familles immigrantes et réfugiées	110
3.3.2	Établir des repères pour prendre des décisions recevables	111
4.	DISCUSSION	112
4.1	<i>Des critères souvent inadéquats</i>	113
4.2	<i>Baliser et soutenir la primauté du jugement clinique</i>	116
4.3	<i>Revoir le choix des indicateurs pour mesurer le rendement des équipes SIPPE</i>	119
5.	CONCLUSION	120
	BIBLIOGRAPHIE	122

CHAPITRE 4

PROGRAMME SIPPE : LE POINT DE VUE D’INTERVENANTES FACE AUX DÉFIS DE L’INTERVENTION AUPRÈS DES MÈRES IMMIGRANTES OU RÉFUGIÉES.....

	RÉSUMÉ	129
	ABSTRACT	130
1.	INTRODUCTION	131
1.1	<i>Périnatalité, immigration et vulnérabilité</i>	132
1.2	<i>Les programmes de prévention en périnatalité</i>	134
2.	ÉCHANTILLON ET MÉTHODOLOGIE	138
2.1	<i>Échantillon et recrutement</i>	138
2.1.1	Collecte des données	139

2.1.2 Gestion des données.....	139
2.2 <i>Entrevues et analyses</i>	140
3. RÉSULTATS	143
3.1 <i>L'expérience des intervenantes SIPPE auprès des mères immigrantes et réfugiées</i>	143
3.1.1 Une vulnérabilité avec des besoins d'aide spécifiques	143
3.1.2 Les défis de l'intervention SIPPE auprès des mères immigrantes	149
3.2 <i>Documenter les recommandations des intervenantes pour améliorer l'intervention SIPPE auprès des mères immigrantes et réfugiées</i>	159
3.2.1 Réviser les mécanismes de repérage SIPPE pour les familles immigrantes.....	159
3.2.2 Développer une gestion participative.....	161
3.2.3 Besoins additionnels de ressources pour l'encadrement et le soutien clinique.....	162
3.2.4 Investir financièrement dans le programme	163
3.2.5 Réviser le système informatique I-CLSC	164
4. DISCUSSION	165
4.1 <i>L'intervention SIPPE en contexte migratoire</i>	166
4.2 <i>Développer et soutenir l'expertise clinique d'équipes SIPPE</i>	168
4.3 <i>Revoir la cohérence entre la gestion administrative et les besoins des familles immigrantes</i>	169
4.4 <i>La nécessité de se doter d'un système de comptabilisation flexible</i>	171
5. CONCLUSION	172
BIBLIOGRAPHIE	174
DISCUSSION ET CONCLUSIONS GÉNÉRALES	182
1. RÉCAPITULATIF ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	183
1.1 <i>État de la littérature sur le programme SIPPE</i>	183
1.2 <i>Les critères d'admissibilité et les facteurs de vulnérabilité</i>	187
1.2.1 La disparité entre les critères officiels et la réalité du terrain	187
1.2.2 Les facteurs de vulnérabilité non prévus par les directives actuelles...	190
1.2.3 Les répercussions sur la tâche	192
1.2.4 Recommandations des participantes	195
1.3 <i>Les défis de l'intervention SIPPE auprès des familles immigrantes</i>	198
1.3.1 Le choc culturel et la complexité	198
1.3.2 Les répercussions sur la tâche	200
1.3.3 Recommandations des participantes	207
2. CONSIDÉRATIONS SUR LA DIMENSION INSTITUTIONNELLE DES ENJEUX SOULEVÉS PAR LES PARTICIPANTES	212

3. APPORTS, LIMITES ET RECOMMANDATIONS DE RECHERCHES FUTURES	216
3.1 <i>Apports</i>	216
3.2 <i>Limites</i>	217
BIBLIOGRAPHIE	219
ANNEXE A	249
ANNEXE B	250
ANNEXE C	251
ANNEXE D	253
ANNEXE E	254
ANNEXE F	256

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ARSSS : Agence régionale de la santé et des services sociaux
ASSSM : Agence de la santé et des services sociaux (de Montréal)
CCIRH : Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health
CLSC : Centre local de services communautaires
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
DRSP : Direction régionale de santé publique
DSP : Direction de santé publique
ESE : États de santé évitables
FEJ : Famille-Enfance-Jeunesse
ISS : Inégalités sociales en santé
ISQ : Institut de la statistique du Québec
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
NÉ-GS : Naître égaux – Grandir en santé
OLO : Œufs, lait, orange
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORIV : Observatoire régional de l'intégration et de la ville
PSJP : Programme de soutien aux jeunes parents
RMR : Région métropolitaine de recensement
SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

RÉSUMÉ

Parmi les recherches sur la parentalité en contexte migratoire, certaines portent sur la vulnérabilité découlant de facteurs de risque psychosociaux qui interfèrent avec le processus d'insertion sociale des parents immigrants. L'identification des facteurs de risque spécifiques à ce segment de la population et des formes d'aide requises par celui-ci, rend pertinent, pour l'État québécois, d'examiner l'adaptabilité des programmes de santé publique qui ciblent les groupes les plus vulnérables. Afin de contribuer à cet examen, la présente étude vise à documenter l'adaptation du programme préventif des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) aux mères immigrantes et réfugiées.

Implanté au Québec au début des années 2000, le programme SIPPE s'adresse aux familles vivant en situation de grande précarité. L'intervention précoce auprès des mères, des futures mères et des très jeunes enfants vise à offrir aux familles démunies un accès équitable aux services de santé du réseau public, afin de prévenir les problèmes de santé évitables et les retards de développement chez l'enfant. Au moyen d'une offre de services dispensés par une équipe multidisciplinaire, sur une base intensive et continue, ce programme peut être bénéfique pour les familles récemment immigrées qui sont en situation de vulnérabilité psychosociale.

Jusqu'au moment de l'étude, les deux critères retenus pour déterminer la vulnérabilité d'une mère et son admissibilité au programme étaient les suivants : 1) le jeune âge (moins de 20 ans au moment de la grossesse, de la naissance de l'enfant ou de l'inscription au programme) et 2) l'extrême pauvreté (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2004a). Certains auteurs ont remis en question la pertinence de ces critères pour identifier efficacement la vulnérabilité des mères immigrantes. L'une des principales critiques souligne qu'ils s'appuient sur des études réalisées auprès de familles majoritairement blanches et nord-américaines, ce qui fait que leur applicabilité et leur efficacité pour les familles immigrantes ou réfugiées demeurent inconnues. L'application de critères qui ne tiennent pas compte des facteurs de vulnérabilité spécifiques à cette population soulève l'importante question de l'équité dans l'accès au programme.

Conséquemment, le premier objectif de cette recherche est d'examiner la pertinence des critères d'admissibilité au programme SIPPE pour discerner la vulnérabilité des mères immigrantes et réfugiées. Une autre critique met en évidence que, depuis sa création, le programme SIPPE n'a pas été révisé à la lumière de la réalité de

l'intervention pluriethnique dans la région montréalaise. Le deuxième objectif de cette recherche porte donc sur l'offre de services SIPPE en contexte montréalais. Il consiste à évaluer les défis de l'intervention SIPPE pour les familles immigrantes et réfugiées de cette région. Les deux objectifs de recherche seront explorés à partir du point de vue d'intervenants.

Notre échantillon a été constitué d'intervenantes SIPPE et de chefs de programme travaillant dans deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de l'île de Montréal et desservant une clientèle pluriethnique. Au total, 17 entrevues individuelles et trois *focus groups* ont été réalisés auprès de ces intervenantes. L'échantillon est exclusivement constitué de femmes (N=32) correspondant aux profils professionnels suivants : travailleuses sociales, infirmières ou nutritionnistes. Les entrevues individuelles et les *focus groups* ont permis d'aborder la perception des intervenantes par rapport aux thématiques suivantes : 1) le programme SIPPE en général; 2) les besoins des familles immigrantes desservies par les SIPPE; 3) les critères de sélection utilisés pour référer ou non une famille immigrante récente aux SIPPE; 4) l'accès des familles aux SIPPE et ce qui leur permet d'être retenues pour les interventions; 5) les enjeux de la relation parent-intervenante; 6) les interventions offertes; 7) les réussites en intervention; 8) les obstacles, difficultés ou autres préoccupations liées à l'intervention; 9) les besoins des intervenantes; et 10) les recommandations des intervenantes pour améliorer l'offre de service SIPPE. Les données ont ensuite été analysées en suivant la méthode d'analyse thématique séquencée de Paillé et Mucchielli (2012), en usant du logiciel NVivo 10.

Au terme de l'étude, on constate que les intervenantes sont d'avis que le programme SIPPE devrait être adapté à la clientèle issue de l'immigration. Les critères d'admissibilité actuels ne permettent pas d'identifier adéquatement la vulnérabilité chez les mères réfugiées ou immigrantes, bien que les services de type SIPPE correspondent à leurs besoins. Dans un même ordre d'idées, elles croient nécessaire l'ajout d'un critère officiel qui soit spécifique à l'immigration, afin de tenir compte des facteurs de vulnérabilité qui sont propres à cette clientèle. Elles revendiquent un soutien clinique accru, sous forme de supervisions hebdomadaires en dehors de la ligne de gestion, et l'accès à une formation continue. Quant à l'offre de services SIPPE, les résultats indiquent que les familles immigrantes n'ont pas nécessairement des besoins équivalents à ceux des mères blanches et nord-américaines, ni la même conception de l'aide requise. Les participantes recommandent : 1) la révision de l'offre de services SIPPE pour l'adapter aux besoins spécifiques des familles immigrantes; 2) l'assouplissement des contraintes administratives en faveur d'une plus grande autonomie professionnelle pour déterminer les modalités de l'offre de services; et enfin, 3) l'amélioration de la communication institutionnelle pour favoriser la

cohérence interne entre les paliers administratifs, et en augmenter l'efficiace et la productivité.

Mots-clés : immigration, SIPPE, périnatalité, vulnérabilité, maternité, parentalité, prévention, développement.

ABSTRACT

There have been studies focused on parenting in the context of migration, specifically the vulnerability arising from psychosocial risk factors and the impact on the process of social integration of immigrant parents. The risk factors specific to this group of the population identified by these studies, and the assistance required to meet these needs, shows that it would be pertinent for the Québec government to focus on the adaptability of its public health programs to recent immigrant populations. This study contributes to this area of research by documenting the applicability of the preventive program of Integrated Perinatal and Early Childhood Services (SIPPE) for immigrant and refugee mothers.

The SIPPE program was implemented in Québec in the early 2000s and targets families living in very precarious situations. Early intervention with mothers, expectant mothers and very young children aims at providing poor families with equitable access to public health care and health services in order to prevent health problems or other developmental delays in children. With a multidisciplinary team offering services on an intensive and continuous basis, this program can certainly be beneficial to newly immigrant families in situations of psychosocial vulnerability.

Until recently, however, the two criteria used to determine a mother's eligibility to the program were as follows: 1) young age (less than 20 years of age at the time of pregnancy, childbirth or enrollment in the program) and 2) extreme poverty (MSSS, 2004a). Some authors have questioned the relevance of these criteria. One of the main criticisms is that they were selected on the basis of studies carried out with predominantly white and North American families, so that their applicability and effectiveness in identifying the vulnerability of immigrants or refugees are unknown. The application of current criteria to the immigrant population, without taking into account the vulnerability factors specific to the immigrant population, raises the important issue of the equity of access to the program for this clientele.

Consequently, our first research objective, explored from the point of view of stakeholders, is to assess the relevance of the eligibility criteria for the SIPPE program to identify the vulnerability of immigrant and refugee mothers. Furthermore, the SIPPE program has never been revised in the light of the reality that characterizes the multi-ethnic intervention for the Montréal region. The second research objective thus documents the SIPPE service offer. It consists of assessing the challenges in adapting the SIPPE program for immigrant and refugee families.

Our sample consisted of SIPPE health care specialists and program managers working in two CSSSs on the Island of Montreal, serving a multi-ethnic clientele. A total of 17 individual interviews and three focus groups were conducted. The sample consisted of thirty-two women with the following occupational profiles: social workers, nurses and nutritionists. Individual interviews and focus groups addressed the perception of participants on the following themes: 1) the SIPPE program in general; 2) the needs of the immigrant families served by the SIPPE; 3) the selection criteria used for referring a recent immigrant family to the SIPPE; 4) family access and retention for SIPPE interventions; 5) stakeholder issues; 6) interventions offered; 7) successes in intervention; 8) barriers, difficulties or other concerns related to the intervention; 9) needs of practitioners; 10) recommendations from stakeholders to improve the SIPPE service offer. The data was then analyzed using the sequential thematic analysis method from Paillé and Muchielli (2012) with the help of the NVivo 10 software.

At the conclusion of the study, the interviewed participants were of the opinion that the SIPPE program should be adapted to the immigrant clientele. Current eligibility criteria do not adequately identify vulnerability among refugee or immigrant mothers, despite their need for SIPPE services. In this regard, they believe it is necessary to add formal and specific criteria for immigration, in order to take account of the vulnerability factors specific to them. They demand increased clinical support, weekly supervision outside the management line and access to continuing education. The results suggest that immigrant families do not necessarily have needs equivalent to those found in white and North American mothers and the same understanding of required assistance. The participants recommended: 1) revising the offer of SIPPE services to meet the specific needs of immigrant families; 2) the reduction of administrative constraints in favor of greater professional autonomy to determine the modalities of the provision of services; 3) improve the type of institutional communication to promote internal coherence between the administrative levels, and increase their efficiency and productivity.

KEYWORDS: immigration, SIPPE, perinatalité, vulnérabilité, maternité, parenté, prévention, développement.

INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

Avec les grandes vagues migratoires du 20^e siècle, résultats de contextes sociopolitiques incertains, de conditions de vie précaires ou encore de catastrophes naturelles, les pays occidentaux se sont trouvés confrontés à une nouvelle réalité sociodémographique. Depuis, les problèmes d'insertion sociale de leur population immigrante entraînent des défis de société considérables.

Au cours des trois dernières décennies, le Canada a enregistré une hausse significative de sa population immigrante. En effet, en 2016, plus d'un Canadien sur cinq (21,9 %) est né à l'étranger et les immigrants récents représentent 22,3 % du total de la population canadienne issue de l'immigration (Statistique Canada, 2016). Cette proportion se rapproche de celle enregistrée lors du Recensement de 1921. Après l'Ontario, le Québec est la deuxième province à accueillir le plus grand nombre d'immigrants récents (17,8 %). Ceux-ci ont tendance à s'établir dans les régions urbaines. En 2016, Toronto, Montréal et Vancouver demeurent les lieux de résidence de plus de la moitié des immigrants récents au Canada (Statistique Canada, 2016). À elles seules, ces villes regroupent plus de la moitié (61,4 %) de la population immigrante totale sur le territoire canadien et des immigrants récents (56,0 %). Les immigrants récents issus des minorités visibles¹ sont également en hausse. Ils sont majoritairement (à 95,2 %) regroupés dans les centres urbains des provinces de

¹ Minorités visibles : les personnes se définissant comme des membres d'une minorité visible forment l'un des quatre groupes désignés par la Loi sur l'équité en matière d'emploi. Les minorités visibles sont « les personnes autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche ». Il s'agit principalement des groupes suivants : Sud-asiatiques, Chinois, Noirs, Philippins, Latino-Américains, Arabes, Asiatiques du Sud-Est, Asiatiques occidentaux, Coréens et Japonais. Les trois autres groupes désignés dans la Loi sur l'équité en matière d'emploi sont les femmes, les Autochtones et les personnes ayant une incapacité.

l'Ontario, de la Colombie-Britannique, du Québec et de l'Alberta. Au Québec, 11 % des immigrants récents sont issus des minorités visibles.

Le portrait de l'immigrant canadien a évolué au cours de ces trente dernières années (Statistique Canada, 2016). Parmi les changements, soulignons les régions de provenance des immigrants. En 2006, les principaux pays de provenance des immigrants étaient l'Algérie, la France, le Maroc, la Chine, la Colombie, le Liban et Haïti (Statistique Canada, 2008). Entre 2006 et 2011, plus de la moitié des immigrants récents provenaient d'Asie (56,9 %); ce taux s'élève à 61,8 % lors du Recensement de 2016. L'Asie (y compris le Moyen-Orient) demeure la principale source de l'immigration récente au Canada. Les autres régions de provenance sont, par ordre d'importance : les Antilles, l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud, l'Afrique et l'Océanie. En 2016, l'Afrique devance l'Europe et devient le deuxième continent en importance pour l'immigration récente (13,4 %) au Canada. Par ailleurs, les immigrants récents sont plus scolarisés que leurs prédécesseurs (Statistique Canada, 2016). En effet, une majorité possède un diplôme d'études supérieures et/ou une solide expérience professionnelle. En 2016, deux enfants canadiens sur cinq sont issus de l'immigration.

Du côté québécois, les immigrants récents proviennent en majorité de pays de naissance tels que l'Italie, Haïti et l'Algérie. Près des trois quarts (72,8 %) de la population immigrante canadienne ont une langue maternelle autre que le français ou l'anglais (Statistique Canada 2016). L'anglais serait la deuxième langue maternelle en importance (26,0 %) chez les immigrants canadiens, sauf au Québec, où le français reste la langue maternelle d'une plus grande proportion d'immigrants (22,0 %) que dans le reste du Canada (1,1 %) (Statistique Canada, 2016). À Montréal, le tiers de la population est allophone² (Statistique Canada, 2011). En 2008, la proportion de parents

² Une personne allophone est une personne ne parlant pas la (ou les) langue(s) utilisée(s) dans un pays donné.

de nouveau-nés qui ne parlaient ni le français ni l'anglais s'estimait à 31 %, et elle était de 40,1 % en 2012.

Au Québec, plus des trois quarts (78,3 %) des immigrants récents habitent la région métropolitaine de recensement³ (Statistique Canada, 2016). Selon l'Enquête nationale auprès des ménages de 2016, Montréal enregistre une proportion de 23,4 % d'immigrants au sein de sa population (Statistique Canada, 2016). Près des deux tiers des immigrants du Québec et des immigrants récents issus des minorités visibles⁴ résident dans la métropole, où une personne sur trois est issue de l'immigration, pour un total de plus de 612 000 personnes (Statistique Canada, 2011). Certains secteurs de Montréal sont majoritairement habités par une population issue de l'immigration. C'est le cas notamment des quartiers Parc-Extension (91,4 %), Côte-des-Neiges (81,6 %), Saint-Laurent (77,8 %) et Saint-Michel (75 %) (Statistique Canada, 2011).

Par ailleurs, entre 2004 et 2006, la proportion de nouveau-nés à Montréal dont l'un des parents était né à l'étranger correspondait à 61 %, et elle représentait 81 % des naissances en 2012. En 2011, une famille montréalaise sur deux (51,6 %) comptant un enfant de moins de 5 ans était composée d'au moins un parent né à l'étranger et ayant un statut de résident permanent, de résident non permanent ou de réfugié. Par rapport au reste du Québec, où ce taux est de 8,8 %, les familles montréalaises se démarquent par leur diversité ethnoculturelle (Statistique Canada, 2011). Selon les projections démographiques de Statistique Canada, la population d'enfants nés au Canada de deux parents nés à l'étranger devrait connaître la plus grande hausse, à savoir entre 1,3 et 2,0 millions d'enfants, d'ici 2036 (Statistique Canada, 2016).

³ La région métropolitaine de recensement (RMR) englobe les municipalités de la région métropolitaine (Laval, Longueuil, Brossard) et Montréal.

⁴ À Montréal, les minorités visibles représentent 33,2 % de la population. Les Noirs (28,4 %), les Arabes (19,7 %) et les Latino-Américains (12,9 %) sont les trois groupes les plus nombreux parmi ces minorités visibles.

Selon Vatz Laaroussi (2001), la politique québécoise en matière d'immigration peut contribuer à la tendance observée en ce qui concerne l'augmentation du nombre de parents immigrants avec de jeunes enfants qui décident de s'installer au Québec. En favorisant les jeunes familles et les jeunes adultes en âge de travailler et de procréer, cette politique cible deux groupes d'âge, à savoir, le groupe des 0-14 ans et celui des 35-44 ans (Parent *et al.*, 2008). D'ailleurs, l'âge moyen de l'immigrant récent à son arrivée au pays est de 31,2 ans (Statistique Canada, 2011). Parmi les immigrants récents, environ 60 % ont été admis pour répondre à des besoins économiques; 30 % sont venus rejoindre un proche déjà au pays; et environ 10 % a été admis au Canada à titre de réfugiés. Notons qu'entre le 1^{er} janvier et le 10 mai 2016, la proportion de réfugiés est passée à 24,1 % (Statistique Canada, 2016).

Plusieurs familles immigrantes ou issues des communautés culturelles minoritaires doivent faire face à de nombreux obstacles systémiques (Barn, 2006; Bernard, 2008; Dufour, Hassan et Lavergne, 2012; Mitchell et Cropanzano, 2005) pour subvenir à leurs besoins, dont les problèmes d'insertion au marché du travail, la discrimination, la pauvreté, les problèmes de santé physique et mentale ainsi que le manque d'accès au logement.

Les écrits qui portent sur la parentalité en contexte migratoire identifient deux sortes de facteurs de vulnérabilité : ceux qui sont propres au fait migratoire et ceux qui le deviennent en lien avec le vécu migratoire ou les défis de l'intégration. Dans son rapport, le Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada (1988) conclut que ce n'est pas tant l'expérience de l'immigration qui fragilise les individus, mais plutôt les conditions pré et post-migratoires. Celles-ci affectent le processus d'insertion sociale et accroissent conséquemment le risque d'apparition de problèmes d'adaptation pour les familles immigrantes. À la suite de ce rapport, un consensus est progressivement apparu dans les écrits sur le caractère crucial des conditions de vie des familles immigrantes à leur

arrivée dans le pays d'accueil. Les facteurs environnementaux agissent comme catalyseurs, en exacerbant la vulnérabilité d'individus déjà fragilisés par l'expérience migratoire (Battaglini *et al.*, 2000; Gravel *et al.* 2005). Or, la difficulté des conditions d'immigration et de l'insertion sociale a une influence directe et significative sur l'exercice du rôle parental à plusieurs égards et peut se répercuter négativement sur le développement et l'adaptation psychosociale de l'enfant (Bernard, 2008; MSSS, 2004a; Vatz Laaroussi et Messe Bessong, 2008)

Il existe en Amérique du Nord plusieurs programmes de prévention et d'intervention qui ciblent ces difficultés parentales et leurs conséquences sur le développement et la sécurité de l'enfant. De ces interventions, les programmes de visites à domicile par une infirmière ou un autre professionnel de la santé (p. ex. les *Nurse-Family Partnership programs*; les *Nurse Home Visitation Programs*) ont démontré leur efficacité pour améliorer le bilan développemental de l'enfant, en plus de réduire les risques de traumatismes associés à la maltraitance (Barlow *et al.*, 2006; Catherine *et al.*, 2016; Hassan *et al.*, 2011; Macmillan et Groupe canadien d'études sur les soins de santé préventifs, 2000; Mikton et Butchart, 2009; Pottie *et al.*, 2011; Olds et Kitzman, 1997).

Un tel programme d'intervention en périnatalité a été créé et implanté au Québec au début des années 2000 (MSSS, 2004a). Il s'agit du programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Son objectif principal est d'optimiser le développement physique et psychologique des enfants de 0 à 5 ans (p. ex. réduction des naissances d'enfants à petits poids, amélioration du bilan développemental) par le biais de l'amélioration des conditions de vie et des pratiques éducatives ou disciplinaires des parents, tout en renforçant leur capacité de choisir et d'agir (p. ex. retour aux études, établissement des conditions favorables pour un attachement sécurisé avec l'enfant, aide au développement d'un projet de vie) (MSSS, 2004a; Lepage et Schoonbroodt, 2006).

Dans le guide SIPPE, trois objectifs sont identifiés qui découlent de cet objectif principal, soit de diminuer « la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères », de favoriser « le développement optimal des enfants » et d'améliorer les « conditions de vie des mères, des pères et des enfants ». (MSSS, 2004a, p. 14-15).

Depuis sa création, le programme SIPPE a fait l'objet de publications, en particulier sur sa mise en chantier à l'échelle provinciale. À l'heure actuelle, les études réalisées ciblent principalement les problèmes d'opérationnalisation des composantes des SIPPE pour les mères blanches et nord-américaines (Desrochers et Clapperton, 2007; Gendron *et al.*, 2014; Lepage et Schoonbroodt, 2006; MSSS, 2005). Les mères immigrantes ressemblent aux mères blanches et nord-américaines sur le plan des facteurs de vulnérabilité, mais elles s'en distinguent aussi (Battaglini *et al.*, 2000). Parmi les facteurs partagés, on observe le faible revenu, l'isolement, les problèmes psychosociaux ou encore la détresse psychologique (Duval, 1992; Legault, 2000; Saulnier, 2004; Vatz Laaroussi et Messe Bessong, 2008). Même si certains facteurs de vulnérabilité sont similaires, leurs incidences peuvent différer selon le parcours migratoire de la mère et les conditions de vie lors de l'arrivée au pays d'accueil. Les familles immigrantes se trouvent confrontées à de nombreux obstacles systémiques spécifiques à leur statut, tels que le manque de maîtrise de la langue d'usage du pays d'accueil, la méconnaissance des règles et des lois, l'isolement social (Barn, 2006; Dufour *et al.*, 2012; Mitchell et Cropanzano, 2005), les conditions de vie précaires et leur incidence sur l'état de santé physique et émotif du parent immigrant (Battaglini *et al.*, 2002a, 2002b; Gaudet *et al.*, 2005; Hyman et Dussault, 2000; Kirmayer *et al.*, 2011; Vatz Laaroussi et Messe Bessong, 2008). Par ailleurs, certains statuts migratoires s'accompagnent d'une plus grande précarité dans les premiers temps suivant l'arrivée au pays d'accueil, notamment les statuts de réfugié ou de demandeur d'asile (Hassan *et al.*, 2012). Ces statuts, associés à un risque plus élevé de vulnérabilité parentale,

viennent freiner ou ralentir le processus d'insertion sociale en plus d'interférer avec l'exercice du rôle parental (Bernard, 2008; Duval, 1991; Oxman-Martinez et Lapierre Vincent, 2002; Penrose, 2002; Wade, Mitchel et Baylis, 2005).

Au vu des enjeux et des défis de la parentalité en contexte migratoire, le programme de prévention et d'intervention SIPPE peut certainement contribuer à soutenir les familles immigrantes et à favoriser leur intégration sociale. Or, très peu d'écrits documentent la question de la pertinence des critères et de l'adaptabilité de l'offre de services SIPPE pour la clientèle issue de l'immigration. En dépit de la création d'un guide d'intervention à l'intention des intervenants qui travaillent avec une clientèle majoritairement issue de l'immigration (Durand *et al.*, 2007), nous ne savons pas dans quelle mesure ce guide est utilisé par les équipes, ni de quelle façon les concepts qui y sont développés sont appliqués sur le terrain auprès des mères immigrantes et réfugiées. De même, il existe peu d'écrits qui explorent, du point de vue des intervenants, la nature des défis posés par l'intervention SIPPE en contexte de diversité culturelle et les besoins associés pour faciliter l'intervention.

Dans le cadre d'études menées sur l'évaluation et l'optimisation des SIPPE, les intervenants et gestionnaires de programme ont par le passé identifié certains défis associés au programme lorsque la clientèle est issue de l'immigration (Battaglini *et al.*, 2002a, 2002b; Vatz Laaroussi et Messe Bessong, 2008; Walz, 2012). Les enjeux liés au choix des critères d'admissibilité furent soulevés une première fois dans les travaux de Battaglini *et al.* (2000), puis lors de rapports subséquents (DSP, 2007; Beauregard, Comeau et Poissant, 2010; Corneau, Lepage et Hénaff, 2010, Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE, 2010). De même, en se référant aux travaux du Canadian Collaboration on Immigrant and Refugee Health (CCIRH), Hassan *et al.* (2011) soulèvent les risques associés à la transposition automatique de ce programme auprès des familles immigrantes, sans ajustement préalable pour tenir compte de la diversité ethnoculturelle des familles montréalaises.

En dépit de ces critiques quant aux critères et à l'adaptabilité du programme pour l'intervention en contexte pluriethnique, aucune étude à ce jour ne s'y est attardée. La présente recherche se propose de répondre à cette lacune à travers deux objectifs généraux, soit : 1) examiner l'adéquation des critères SIPPE actuels par rapport aux caractéristiques de la population immigrante et réfugiée vulnérable; et 2) documenter les défis et enjeux de l'intervention SIPPE en contexte ethnoculturel. Ces deux objectifs seront explorés à partir de la perception des intervenants SIPPE. Dans le cadre de leurs fonctions, les intervenants sont en contact direct avec les familles immigrantes inscrites au programme. Ils possèdent donc une expérience et des connaissances sur les besoins des familles immigrantes et réfugiées, ce qui fait d'eux des acteurs privilégiés. Leurs connaissances et expériences de terrain font en sorte qu'ils sont en mesure de nous fournir des renseignements contextuels riches sur l'évolution du programme, sur la pertinence des critères de sélection, et sur les défis de l'intervention auprès des familles immigrantes dans le cadre des SIPPE.

Les participants ont été recrutés dans deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de l'île de Montréal. Le choix de ces CSSS repose sur le degré élevé de concentration de familles immigrantes par rapport à d'autres territoires de la métropole. L'échantillon total comporte 32 participantes⁵ (réparties dans les 17 entrevues individuelles et les 3 *focus groups*), toutes de sexe féminin et aux statuts professionnels suivants : travailleuses sociales, infirmières ou nutritionnistes. Les intervenantes cumulaient plusieurs années d'expérience d'intervention auprès des familles en contexte pluriethnique.

La collecte des données s'est déroulée en deux temps. Pour le premier CSSS (collecte de septembre 2012 à janvier 2013), un total de neuf entrevues individuelles a été réalisé, ainsi qu'un *focus group* avec l'équipe SIPPE regroupant 8 intervenantes. Pour le

⁵ Les 32 intervenantes œuvrent auprès de familles immigrantes en situation de vulnérabilité dans le cadre du programme SIPPE et du programme « Enfance Famille Jeunesse ».

second CSSS (collecte de mai à juillet 2013), il s'agissait de huit entrevues individuelles et de deux *focus groups*, l'un avec l'équipe du programme SIPPE regroupant neuf participantes et l'autre avec trois intervenantes œuvrant dans un programme régulier de périnatalité.

Le devis de recherche est qualitatif et s'appuie sur la méthode d'analyse qualitative thématique des auteurs Paillé et Mucchielli (2012). Nous avons utilisé le logiciel NVivo 10 pour effectuer l'analyse des grands nœuds (ce que Paillé et Mucchielli appellent « regroupements » ou « rubriques classificatoires ») de l'arbre thématique. L'analyse thématique se divise en une analyse verticale, suivie d'une transversale. En analyse verticale, nous faisons un premier dépouillement des *focus groups* et des entrevues individuelles afin de dégager les thématiques/concepts devant permettre de documenter les points de vue des participantes en lien avec les objectifs, mais également la création de thématiques nouvelles. Il s'agit d'un premier travail descriptif dont l'objectif est de construire l'arbre thématique d'analyse, qui a été affiné pour croiser les différentes thématiques qui se dégagent des entrevues. Un accord interjuges a été effectué à différentes étapes, afin de confirmer l'objectivité du travail d'identification des thèmes ainsi que sa précision. L'analyse transversale a ensuite permis de relever les vécus et expériences communes et différentes des intervenantes et des deux sites. Ceci a permis d'identifier des besoins spécifiques aux différents milieux ou équipes.

L'originalité de notre démarche se situe à plusieurs niveaux. Premièrement, les objectifs de la recherche s'inscrivent dans un domaine hautement pertinent, mais dont l'exploration ne fait que commencer en réponse aux demandes des milieux de pratique. Au-delà de sa contribution scientifique, cette recherche vise à engendrer des retombées cliniques afin d'améliorer l'accessibilité des services de santé pour les mères immigrantes et réfugiées. Les données fournies par ce projet pourront permettre d'ouvrir la porte à une démarche d'évaluation et de révision des critères d'admissibilité

au programme SIPPE afin d'adapter l'outil de dépistage et de référence des familles immigrantes ou réfugiées vulnérables. De plus, les données peuvent aussi permettre d'optimiser l'offre du programme pour mieux répondre aux besoins de ces familles, ce qui est essentiel pour la pérennité du programme.

Cette thèse est composée de quatre chapitres. Le Chapitre 1 introduira les fondements théoriques et empiriques ayant mené à l'élaboration du présent projet doctoral ainsi que la démarche employée pour le réaliser. Le Chapitre 2 présentera notre méthodologie. Suivent les deux articles qui composent le cœur de cette thèse. Le premier (Chapitre 3) s'intitule « Critères d'admissibilité aux SIPPE : le point de vue d'intervenantes quant à la pertinence des critères actuels pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables ». Il a été soumis à la revue *Nouvelles pratiques sociales*. Il expose nos résultats de recherche sur l'adéquation des critères d'admissibilité au programme SIPPE pour les mères immigrantes et réfugiées, à partir de la perspective d'intervenantes SIPPE, ainsi que leurs recommandations. Le deuxième article (Chapitre 4) s'intitule « Programme SIPPE : le point de vue d'intervenantes face aux défis de l'intervention auprès des mères immigrantes ou réfugiées ». Il documente les résultats de nos recherches portant sur les défis de l'intervention auprès des mères immigrantes et réfugiées dans le cadre du programme SIPPE, à partir de la perspective des intervenantes. Ces deux articles présentent les résultats de la recherche qualitative effectuée dans le cadre de la présente thèse, c'est-à-dire l'analyse des 17 entrevues individuelles et des 3 *focus groups* menés auprès d'intervenantes œuvrant au sein du programme SIPPE. Une discussion et nos conclusions générales suivent les deux articles afin de reprendre et de mettre en contexte l'essentiel quant à l'objet de cette thèse, soit l'exploration de la question de l'adéquation des critères d'admissibilité du programme et de la teneur du programme actuellement offert aux familles immigrantes, à partir du point de vue des intervenantes SIPPE. Les forces et limites de même que les implications cliniques de cette recherche y sont abordées.

CHAPITRE 1

CADRE THÉORIQUE

1. LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

1.1 L'importance de la santé du bébé

Le développement des tout-petits est un déterminant de la santé, du bien-être et des capacités d'apprentissage des enfants qui a une incidence tout au long de la vie (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014). Selon Santé Canada, la prématurité, le faible poids à la naissance et le retard de croissance intra-utérin (RCIU) – phénomènes souvent reliés – pourraient être responsables de troubles neurologiques, de problèmes respiratoires chroniques, de retards de croissance, de cécité, de surdité, de problèmes de comportement et de difficultés d'apprentissage (Direction de santé publique [DSP] de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal [ASSSM], 2011). Dans cette lign e, la prématurité est le principal déterminant de mortalité périnatale et infantile, et 60 % à 80 % des décès chez les nourrissons – ne présentant pas d'anomalie congénitale – y seraient attribuables (MSSS, 2008b).

Le niveau de développement des enfants est intimement lié au rendement scolaire et à l'intégration sociale, un retard de développement étant associé à des problèmes d'apprentissage et d'adaptation à l' cole (Alix *et al.*, 2007).   long terme, le développement de l'enfant a des impacts économiques, puisqu'il a des effets sur la productivité de la main-d'œuvre de même que sur les coûts du système judiciaire et des services sociaux (Alix *et al.*, 2007).

L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (OMS, 2001).

Les troubles mentaux¹ nuisent à la qualité de vie des personnes atteintes et de leur entourage. Les troubles mentaux « sont généralement caractérisés par une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement qui cause des problèmes de fonctionnement dans les activités quotidiennes ou de la détresse, de façon transitoire ou persistante. » (OMS, 2001, p.11)

Chez les tout-petits et les plus jeunes, les troubles mentaux peuvent engendrer d'autres difficultés, entre autres la diminution du rendement scolaire de l'enfant, des difficultés relationnelles et affectives, des problèmes de toxicomanie, la violence, voire le suicide (Baron, 1999; Bibeau *et al.*, 1992; Fergusson, Boden et Horwood, 2008). Parmi les enfants présentant un problème de santé mentale avant 6 ans, 20 % vont développer au moins deux problèmes de santé mentale en grandissant (Breton et Émond, 1993). Cette proportion s'élève à 25 % lorsque les problèmes surviennent entre 12 et 14 ans (Breton et Émond, 1993). En outre, le manque de traitement adéquat en jeune âge augmente les risques de cristallisation d'un trouble mental à l'âge adulte.

Chez l'adulte, les problèmes de santé mentale peuvent augmenter les défis de l'insertion sur le marché du travail et conduire à la précarité financière (OMS, 2005; Richards et Abbott, 2009). À nouveau, ne pas suivre de traitement adéquat engendre de multiples répercussions, autant pour l'individu, sa famille et le système de santé que pour la collectivité (ASSSM, 2014).

¹ Les troubles mentaux sont définis en tant qu'« affections cliniquement significatives se caractérisant par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales» (OMS, 2001, p. 21).

1.2 Impacts de la défavorisation matérielle et sociale

La santé des tout-petits est fortement influencée par les inégalités sociales, notamment sous forme de défavorisation matérielle et sociale (Colin et Desrosiers, 1989; Colin, Ouellet, Boyer et Martin, 1992; DSP, 2011a, 2011b, 2011c, 2012).

Depuis les années 1980, les écarts de revenus entre les plus riches et les plus pauvres ne cessent de croître au Québec comme ailleurs, et particulièrement à Montréal. En effet, comparativement à ce que l'on observe dans le reste du Québec, les contrastes en matière de revenu y sont très marqués (Le Blanc, Reynault et Lessard, 2012). En 2005, plus du quart (29 %) des familles montréalaises ayant au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans vivaient sous le seuil de faible revenu (tel que défini par Statistique Canada), une proportion trois fois plus élevée qu'ailleurs au Québec (9,2 %) (Frohlich *et al.*, 2008; DSP, 2011c). On constate aussi que des facteurs sociodémographiques (le statut matrimonial, la scolarité complétée, le statut d'immigrant), l'âge et le sexe contribuent à la défavorisation des familles montréalaises en situation de grande précarité. Ainsi, en les comparant avec les mères plus scolarisées, celles qui le sont moins ou qui vivent dans un milieu de vie matériellement défavorisé donnent plus fréquemment naissance à des bébés de faible poids, prématurés ou ayant un RCIU. Quand on les compare aux autres groupes d'âge, les mères de plus de 40 ans sont plus nombreuses à donner naissance à des enfants, mais elles sont aussi proportionnellement plus nombreuses à donner naissance à des bébés de faible poids ou prématurés (DSP, 2011c; Le Blanc *et al.*, 2012).

Les inégalités sociales et économiques sont également perceptibles par le truchement de l'accès à un logement abordable, qui à son tour constitue un déterminant majeur de la santé des tout-petits (DSP, 2011c, 2012). En effet, lorsqu'ils sont insalubres, les logements à faibles coûts sont associés à des problèmes de santé variés, ainsi qu'à des retards de croissance chez l'enfant. Les populations à faible revenu et les nouveaux

immigrants sont particulièrement vulnérables aux problèmes d'accès à un logement abordable (DRSP et CIUSSS-CSIM, 2016; DSP, 2012).

La fréquentation d'un service de garde a le potentiel de réduire la vulnérabilité des enfants des milieux défavorisés ainsi que les inégalités sociales en matière de santé. Pourtant, l'offre de services de garde dans les quartiers défavorisés de la métropole demeure inférieure à la moyenne montréalaise (DSP, 2011c). Ainsi, d'après l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) de 2016 (a et b) les enfants des familles les plus défavorisées sont proportionnellement moins nombreux à fréquenter un service de garde (Lambert *et al.*, 2014).

1.3 Égalité sociale et équité sociale

La définition de l'égalité sociale prend en compte diverses dimensions. Selon Mistry et Sood (2015), l'égalité correspond au droit à la dignité de même qu'à la parité d'estime et de droit dans l'accès aux bénéfices de la société; un droit absolu dont jouit tout être humain. Selon ces mêmes auteurs, l'équité réfère au droit de tout être humain à bénéficier des ressources de la société en fonction de ses besoins. Ainsi, selon le principe de non-discrimination, tout être humain – peu importe son âge, son sexe, son statut social, sa condition économique ou sa nationalité – devrait pouvoir accéder aux mêmes droits et services que les autres (Mistry et Sood, 2015).

Les auteurs Guy et McCandless (2012) établissent une nuance entre les termes *équité* et *égalité*, bien qu'ils reconnaissent que l'usage commun de ces termes les rend souvent interchangeables. Alors que l'égalité est généralement conceptualisée comme une mesure mathématique dans laquelle des parties égales sont identiques en taille ou en nombre, ces auteurs définissent l'équité comme une mesure flexible permettant l'équivalence plutôt que l'uniformité exacte. Par exemple, une société égalitaire fournit les mêmes services et ressources à tous ses citoyens, alors qu'une société équitable aide

les plus démunis et distribue les ressources en fonction des besoins de chacun. Il semblerait donc que ce soit la notion de *besoins* qui distingue l'équité de l'égalité.

1.4 Les déterminants majeurs des inégalités sociales en santé (ISS)

Les inégalités sociales en santé (ISS) sont définies comme étant les différences dans l'état de santé qui existent de façon systématique entre les groupes socioéconomiques » (DSP, 2012).

Parmi les principaux déterminants des inégalités socioéconomiques, certains sont immuables – tels que le sexe, l'âge ou les trajectoires de vie – et d'autres sont modifiables – tels que le revenu, la discrimination, la scolarité ou l'emploi (DSP, 2014).

Les facteurs biologiques liés aux déterminants non modifiables² (âge, sexe, origine ethnique et autres facteurs génétiques) modulent les effets de l'environnement sur la santé. La vulnérabilité biologique peut découler de mécanismes biologiques, mais aussi de la codification des statuts sociaux. Ainsi, le sexe est un facteur non modifiable alors que le genre implique des disparités de nature sociale qui, par conséquent, sont susceptibles d'être altérées. En ce qui a trait à l'âge³, certains groupes sont plus à risque de développer des problèmes de santé que d'autres; les tout-petits, les jeunes ainsi que les aînés, sont plus vulnérables comparativement aux jeunes adultes et à la population active. Des disparités s'observent également quant à l'origine ethnique,

² La dimension biologique à laquelle se réfère le texte se limite aux mécanismes biologiques comme tels et ne tient pas compte de la dimension sociale du statut biologique (DSP, 2014).

³ Le risque de maladie peut provenir de différences génétiques ou de disparités d'ordre social. Le contexte social et culturel ainsi que des phénomènes tels que la discrimination peuvent donner lieu à des expositions différentielles à certains facteurs de risque. Pour les besoins de la présentation, nous ne distinguerons pas nature génétique et nature sociale pour envisager le sexe, l'âge et l'origine ethnique. Nous classerons seulement ceux-ci parmi les « facteurs biologiques ».

particulièrement pour les problèmes de santé tels que les cancers, et autres maladies chroniques et infectieuses (DSP, 2014).

Les facteurs environnementaux et sociodémographiques incluent les conditions sociodémographiques, socioéconomiques, et environnementales telles que la faible scolarisation, le faible revenu, la structure familiale (célibataire, monoparental, etc.) ou le statut d'immigrant (Evans et Lien, 2005; Hyman et Dussault, 2000; Battaglini *et al.*, 2000). Ces conditions sont associées à un risque accru de problèmes de santé (DSP, 2014). Quoique l'influence respective de ces facteurs sur le développement des enfants et des jeunes varie, leur incidence demeure déterminante sur la santé des tout-petits et des jeunes. De plus, leur incidence se répercute au-delà de la génération en cours. Ainsi, ces facteurs mettent en lumière l'importante contribution intergénérationnelle dans la persistance à travers le temps des inégalités sociales en santé (DSP, 2014).

1.5 Inégalités sociales en santé chez les immigrants au Québec et rôle de l'État

Le dernier rapport sur l'état de santé de la population immigrante publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013) indique que la santé des immigrants reste un enjeu majeur pour tous les pays. En effet, beaucoup d'immigrants sont confrontés à des conditions de vie difficiles dans les premiers mois de leur arrivée dans le pays d'accueil. Cette situation s'avère particulièrement problématique pour certains groupes plus vulnérables, à savoir les femmes enceintes, les bébés, les enfants d'âge préscolaire et les réfugiés. La persistance d'iniquités sociales touchant ces groupes a des répercussions psychosociales à moyen et long terme (OMS, 2013). De plus, les défis dans l'accès aux services de santé offerts dans les pays d'accueil viennent nuire au repérage rapide des problèmes et à leur traitement efficace – une situation d'envergure mondiale qui s'avère préjudiciable pour cette population déjà vulnérable (OMS, 2014). Pour enrayer ces difficultés, le rapport de l'OMS propose à tous ses pays

membres d'établir un plan d'action concerté visant à assurer de meilleures conditions de vie à leurs populations immigrantes (OMS, 2013). Ce rapport souligne le rôle fondamental joué par les institutions officielles dans l'adoption de lois et de politiques nationales visant à protéger les droits des immigrants. Il accentue également l'importance, pour les gouvernements, de se doter d'un mécanisme interne de surveillance afin de « surveiller les effets de leurs politiques et mesures de santé publique et, plus généralement, de leurs politiques sociales, pour garantir qu'elles sont ancrées dans un système qui ne laisse aucune place aux inégalités en matière de jouissance des droits de l'homme » (OMS, 2013, p. 16).

Dans un rapport récent sur l'état de santé des Québécois, la Direction régionale en santé publique (Direction régionale de santé publique [DRSP] et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal [CIUSSS-CSIM], 2016) souligne la nécessité de poursuivre les efforts déployés dans la lutte pour diminuer les inégalités sociales. Selon ce rapport, une personne sur huit vit dans une situation de grande précarité (DRSP et CIUSSS-CSIM, 2016). Selon l'analyse des disparités sociales, certains groupes plus vulnérables, tout particulièrement la population issue de l'immigration, n'ont pas toujours accès aux services de santé.

Les indices utilisés par l'Agence de la santé et des services sociaux de la région de Montréal (ASSSM) pour identifier la défavorisation au sein de la population montréalaise permettent en effet de discerner que la population immigrante fait partie des groupes les plus affectés par les ISS (DRSP et CIUSSS-CSIM, 2016). En effet, la défavorisation touche un grand nombre de familles immigrantes sur le territoire montréalais. Or, les conditions sociales et économiques défavorables qu'on y retrouve, par rapport au reste de la province, peuvent avoir une incidence négative sur la santé de la population. Selon un rapport récent de l'ASSSM (DSP, 2014), l'indice de défavorisation demeurait élevé en 2014, et rendait nécessaire la poursuite des efforts pour lutter contre les ISS.

La population immigrante est également confrontée à des difficultés d'accès et d'utilisation efficace des services de santé publique et des autres ressources offertes par l'État (Barn, 2006; Battaglini *et al.*, 2002a, 2002b; Dufour *et al.*, 2012; Mitchell et Cropanzano, 2005). Cela s'explique entre autres par la méconnaissance des ressources publiques disponibles, la barrière culturelle et linguistique (Fleury et Grenier, 2012) ou un statut légal irrégulier – comme celui de sans-papiers (Munoz et Chirgwin, 2007). Ainsi, selon l'étude de Jarvis *et al.* (2011), les femmes enceintes sans assurance ont un accès restreint aux services de santé prénataux. Elles ont ainsi tendance à recourir à ces services à un stade avancé de leur grossesse, soit en moyenne à partir de la vingt-cinquième semaine – douze semaines plus tard que les mères bénéficiant d'une assurance. De plus, même lorsqu'elles accèdent aux services de santé prénataux, les femmes immigrantes sont plus sujettes à recevoir des soins inadéquats (Jarvis *et al.*, 2011). On peut par conséquent affirmer que l'accès aux services de santé publique n'est pas équitable pour tous.

Au vu de ce qui précède, l'analyse des disparités sociales permet de constater la vulnérabilité de certains groupes de la population montréalaise, dont fait partie la population immigrante. Les conditions socioéconomiques qui prévalent dans le pays d'accueil s'ajoutent à la fragilisation préalable du parent migrant, contribuant à la vulnérabilité. Ce constat rejoint ceux des écrits cités précédemment quant à l'incidence notable des conditions de vie pré et post-migratoires sur l'augmentation des risques de difficulté d'insertion sociale et d'éclosion de problèmes de santé mentale chez la population issue de l'immigration.

Suivant Hassan *et al.* (2011), les nombreux obstacles systémiques auxquels sont confrontés les nouveaux immigrants contribuent par la suite à les maintenir dans des conditions de vie pleines d'adversité, qui nuisent au processus d'insertion sociale et influencent directement et considérablement l'exercice du rôle parental. En adoptant des lois, en mettant en œuvre des politiques gouvernementales et en implantant des

programmes et services en santé publique, l'État peut agir sur les causes et les facteurs de perpétuation de la discrimination systémique vécue par la population immigrante. Le gouvernement peut éliminer ou, à tout le moins, aplanir les défis de l'immigration associés aux facteurs systémiques (Vatz Laaroussi *et al.*, 2008). Dans son Programme national de santé publique 2015-2015 (PNSP), le gouvernement cherche à agir de « façon systémique par des actions qui, lorsque posées en amont sur les déterminants, ont le potentiel d'avoir des répercussions sur plusieurs problèmes de santé » (MSSS, 2016, p. 4).

Dans cet ordre d'idées, le gouvernement joue un rôle clé dans la lutte contre les ISS. Par l'entremise de politiques, de lois et de règlements, le gouvernement peut agir sur des déterminants majeurs de la santé. En revanche, ce pouvoir d'action peut avoir des effets pervers : les lois, plans d'action, règles et normes des institutions publiques ont des impacts environnementaux et systémiques qui peuvent à leur tour contribuer à la discrimination et la défavorisation sociale, d'où l'importance de s'y attarder.

Depuis plus de 40 ans, le Québec a réalisé d'immenses progrès en matière de lutte contre les inégalités sociales en santé (ISS). Parmi les réalisations du gouvernement québécois, soulignons entre autres l'implantation d'un système de santé publique universel et gratuit, un réseau d'éducation gratuit et accessible à tous, des services de garde à tarif réduit, et des mesures d'aide financière et de soutien au revenu.

En 1973, l'État québécois a mis en œuvre sa première politique en périnatalité, ciblant la réduction de la mortalité maternelle et périnatale ainsi que de la morbidité périnatale. En adoptant cette politique, le gouvernement témoignait de l'importance de son rôle pour adapter les services périnataux aux besoins et aux situations particulières des familles québécoises (MSSS, 1993). Cette politique a permis de prendre plusieurs mesures pour améliorer la qualité des services en périnatalité. En 1993, lors de la révision des objectifs de la première politique en périnatalité, le Québec se classait

désormais parmi les premiers rangs des pays industrialisés, se démarquant ainsi par la qualité des services offerts en périnatalité (MSSS, 1993).

Puis, dans le cadre de sa deuxième politique en périnatalité, le Québec s'est doté d'un plan d'action ciblant les principaux déterminants de la santé associés à la période périnatale (MSSS, 1993) – le contexte socioéconomique, la promotion de saines habitudes de vie et la prévention de divers problèmes de santé entourant la période périnatale (comme la prématurité, l'insuffisance du poids à la naissance et les anomalies congénitales). Cette politique favorisait ainsi le bien-être des familles québécoises, en plus de réduire les inégalités sociales et leurs incidences sur les états de santé évitables (ESE). De plus, par son soutien aux initiatives locales en réponse aux besoins particuliers des citoyens, le gouvernement réitérait son appréciation du rôle éminent et de l'apport significatif des communautés locales au déploiement de solides réseaux collectifs.

En 2008, dans le cadre de sa troisième politique en périnatalité, le gouvernement relance ce plan d'action. La politique s'inscrit dans une approche globale et intégrée des services en périnatalité. L'intervention concertée porte sur plus de vingt thèmes et cible tous les acteurs qui gravitent autour de l'enfant : les parents, la fratrie, la famille élargie, la communauté et la société. Cette politique soutient certaines convictions de l'État québécois : entre autres que la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels; que la parentalité est une réalité multidimensionnelle; que les parents disposent de compétences; que la qualité des liens d'attachement joue un rôle essentiel dans le développement optimal de l'enfant; et que la santé et le bien-être des enfants doivent être une responsabilité partagée par l'ensemble de la collectivité.

Le premier volet de cette politique ministérielle vise l'amélioration des conditions de santé et de bien-être ainsi que le développement optimal des enfants. L'action en

périnatalité préalable à la naissance est surtout de nature préventive, prenant la forme d'un soutien offert aux futurs parents dans leur expérience périnatale. Suite à l'accouchement, l'intervention porte sur le développement d'un attachement sécurisant avec l'enfant ainsi que sur le renforcement des habiletés parentales. Concrètement, l'intervention vise l'accompagnement des parents dans leur nouveau rôle, le développement et la valorisation des habiletés parentales. Dans un second volet, la politique réitère le rôle central de l'État dans la lutte contre les inégalités sociales en santé. À cet égard, le gouvernement invite l'ensemble des acteurs sociaux à collaborer et à concerter leurs efforts au sein de la collectivité pour réduire la vulnérabilité en période périnatale (MSSS, 2016).

2. VULNÉRABILITÉ ET PARENTALITÉ

2.1 La parentalité

Bien qu'il existe plusieurs écrits portant sur la question parentale en contexte d'immigration, beaucoup reste à faire dans ce domaine d'étude.

Guérin distingue deux niveaux dans le concept de parentalité : le premier a trait à « l'exercice de la parentalité ainsi qu'aux droits et devoirs du parent »; et le second concerne l'expérience de la parentalité, « l'éprouvé subjectif et l'intime ressenti », qui renvoie à la dimension psychique de la parentalité et inclut l'ensemble du vécu affectif et imaginaire du parent (Guérin, 2000, p. 4). Selon Guérin, les perturbations de la parentalité se situent habituellement à ce deuxième niveau, soit celui de l'expérience subjective, et découleraient de circonstances de vie particulières à chacun. Cette vie psychique peut se voir marquée par des expériences subjectives générant des émotions positives ou, à l'inverse, par des drames, des pertes, des deuils non résolus, lesquels

contribuent aux divers dysfonctionnements susceptibles de marquer l'exercice de la parentalité.

La réussite de la parentalité dépendrait ainsi de l'équilibre entre ses différentes dimensions : 1) le rapport de chaque parent avec l'enfant; 2) le fonctionnement du couple; 3) la nature des liens parentaux et conjugaux; 4) les rôles maternels et paternels. Pour Guérin, la fonction parentale inclut les soins donnés à l'enfant et les interactions parents-enfants, où la composante affective est centrale (Guérin, 2000).

À titre d'état émotionnel, le sentiment de bien-être psychologique chez le parent renforce sa capacité à établir un lien d'attachement avec son enfant. Selon la définition du ministère de la Santé et des Services sociaux, le soutien affectif, quant à lui, découle de la présence de proches, parents et amis (le conjoint, la famille élargie, l'environnement social). Le bien-être psychologique et la qualité du réseau de soutien dont bénéficie le parent contribuent à améliorer sa disponibilité affective et favorisent sa sensibilité vis-à-vis de l'enfant. Compte tenu de la relation directe qui existe entre la qualité de la sensibilité maternelle et l'établissement d'un lien d'attachement solide entre l'enfant et le parent, l'intervention en périnatalité vise particulièrement à traiter ce dernier aspect.

2.2 Vulnérabilité parentale et périnatalité

La vulnérabilité est un terme hétéroclite pour lequel il n'existe pas de définition consensuelle et qui prend un sens différent en fonction de l'angle d'étude adopté. Ainsi, on peut parler de vulnérabilité financière (souvent appelée précarité), de vulnérabilité sociale (conditions de logement difficiles, isolement, non-emploi, exclusion, etc.), ou encore de vulnérabilité physique ou psychologique (trauma, séparations familiales, etc.).

La vulnérabilité relative aux composantes intrapsychiques découle d'une interaction complexe entre différents éléments. Ainsi, la prédisposition psychique à s'adapter à des situations de vie difficiles peut varier d'un individu à l'autre. Certaines personnes sont prédisposées à une plus grande vulnérabilité par rapport à d'autres, non seulement à cause de certaines caractéristiques (âge, statut, sexe ou autres attributs), mais aussi en raison de la structuration de leur personnalité. La prédisposition d'un individu à réagir d'une certaine manière devant des situations de vie adverses, bien qu'étroitement liée aux éléments neurobiologiques, ne se limite pas à ceux-ci. Elle reflète aussi les histoires de vie, les antécédents de vécu traumatique et d'autres circonstances de vie à même de fragiliser l'état affectif d'un individu.

La définition de la vulnérabilité dépend également de l'approche conceptuelle ou empirique préconisée. Pour mieux l'appréhender sur le plan théorique, nous proposons la définition de Lessick, Woodring, Naber et Halstead (1992), selon laquelle la vulnérabilité correspond à « l'interaction/corrélation entre les aspects actifs et passifs d'un individu et les aspects actifs et passifs de l'environnement [...] et détermine la probabilité d'une personne à être malade ou en santé » (1992, p. 2). L'intérêt de cette conception réside dans l'existence d'une influence réciproque et constante entre l'individu et l'environnement. De plus, suivant cette conception, la vulnérabilité est un état dynamique en constante évolution, appelé à varier à travers le temps et l'espace (Lessick *et al.*, 1992). Il en découle que certaines périodes de la vie coïncident avec une vulnérabilité accrue.

C'est le cas de la période périnatale qui « s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 1 an » (MSSS, 2008b, p. 8). Notons que cette perspective envisage l'expérience de la naissance à travers ses dimensions physiques, psychologiques et sociales.

Dans une étude, Hamelin-Brabant *et al.* (2013) attribuent l'intérêt de nombre d'auteurs pour la période périnatale au fait que celle-ci soit susceptible de générer un état de vulnérabilité chez tout parent, même en l'absence de facteurs de risque reconnus, et que cette vulnérabilité soit commune à toutes les cultures (Hamelin-Brabant *et al.*, 2013) La période périnatale est, en soi, pleine d'inconnu, de déséquilibres de toutes natures, et implique un accroissement des besoins primaires. Elle confronte le nouveau parent à la nécessité de se préparer physiquement et mentalement à aborder une nouvelle réalité. Celle-ci entraîne des changements considérables sur le plan identitaire, dus en grande partie à l'absence d'expérience quant au rôle de parent (Brotherson, 2007; de Montigny *et al.*, 2010; Devault *et al.*, 2012; Lessick *et al.*, 1992; Rogers, 1997; Wilkins, 2006). L'ensemble de ces changements opérés à plusieurs niveaux (physique, hormonal, psychologique, émotionnel) engendre un stress en plus d'influencer l'exercice du rôle parental (Castel *et al.*, 2008; Leahy-Warren, McCarthy et Corcoran, 2011).

Chez la mère, la vulnérabilité associée à la période périnatale se traduit notamment par un besoin accru de soutien psychologique et émotionnel. Dans les premiers temps après la naissance de son enfant, en particulier, elle éprouve le besoin de partager son expérience de la maternité avec son entourage, dont le soutien contribue à réduire son insécurité. Ce soutien favorise le partage des sentiments associés à son nouveau rôle, en plus d'offrir à la mère l'occasion d'être « validée » et rassurée quant à ses compétences parentales (Hamelin-Brabant *et al.*, 2013; Wilkins, 2006). En ce sens, le réseau social facilite l'apprentissage du rôle parental, ce qui le rend propice à la transmission des savoirs et des pratiques en soins familiaux (Fortin et Le Gall, 2012).

Au cours de la période périnatale, les possibilités de vivre différentes formes de vulnérabilité augmentent donc, et compromettent l'équilibre individuel et familial, en plus de fragiliser la santé des femmes, des hommes et des enfants (Brotherson, 2007; de Montigny *et al.*, 2010; Lessick *et al.*, 1992; Rogers, 1997). La vulnérabilité

entourant cette période découle souvent d'un cumul de facteurs de risque. Parmi eux, soulignons notamment l'âge, le faible revenu, le degré de scolarisation, la monoparentalité, l'isolement social, la violence conjugale et l'immigration. En effet, dans le contexte migratoire, les parents ou futurs parents se retrouvent dans une situation de déséquilibre plus marquée. Comme nous l'avons déjà mentionné, le fait de devenir parent constitue « une transition importante souvent associée à une plus grande vulnérabilité. Cette vulnérabilité peut être exacerbée par des circonstances particulières, dont celles découlant de l'expérience migratoire, du fait de vivre dans un nouvel environnement social, culturel, et institutionnel, combiné à l'absence partielle ou totale des réseaux de soutien » (Battaglini *et al.*, 2000, p. 3). En situation migratoire, pendant la grossesse ainsi qu'après la naissance, les mères sont particulièrement vulnérables aux états dépressifs (Hyman et Dussault, 2000; O'Mahony et Donnelly, 2010). Selon Battaglini *et al.* (2002a, 2002b), la présence d'un réseau de soutien dans le pays d'accueil favorise le sentiment de mieux-être du parent. À l'inverse, l'absence de soutien augmente le sentiment d'isolement social et la souffrance affective.

Dans le cadre de la présente recherche, nous nous intéressons particulièrement à la vulnérabilité découlant de la période périnatale lorsqu'elle se conjugue à l'expérience migratoire. À ce titre, elle a comme point central la question de l'équité dans l'accès aux services de santé et leur dispensation auprès d'un groupe de la population particulièrement vulnérable, que nous abordons dans le contexte des programmes SIPPE.

2.3 Immigration, parentalité et vulnérabilité spécifique

Bien que la parentalité en contexte migratoire comporte certains avantages, d'éminents défis s'y trouvent aussi rattachés. Les écrits en ethnopsychiatrie et plus récemment en psychologie culturelle posent le fait migratoire (c'est-à-dire le fait de quitter son pays

pour s'installer ailleurs) comme facteur de vulnérabilité pour la parentalité. Cela implique de comprendre la notion de « facteurs de vulnérabilité » non comme une situation de vulnérabilité avérée (celle-ci dépendant d'une multitude de conditions pré et post-migratoires), mais comme ce qui est susceptible de favoriser son développement. Les écrits intéressés par la parentalité en contexte d'immigration distinguent les facteurs de vulnérabilité propres au fait migratoire et ceux qui émergent des défis de l'intégration. Dans une perspective écosystémique, ces potentiels de vulnérabilité ont des dimensions ontosystémique – notamment par la transformation identitaire du parent immigrant –, microsystémique – notamment par la transformation du rôle parental – ainsi que méso, exo et macrosystémique – touchant par exemple, tous les facteurs socioéconomiques.

2.3.1 Immigration et vulnérabilité identitaire

Dans la situation migratoire, il existe sur le plan identitaire une dialectique propre à chaque individu entre les besoins du moi et ceux du lien à l'autre, entre filiation et affiliation (Autant-Dorier, 2008). Des éléments dont la conciliation dialectique, déjà délicate, est susceptible d'être complexifiée par la pluralité des référents culturels. Le cas échéant, on parle de fragilisation de l'identité culturelle chez le sujet qui immigré. Une fragilisation qui varie selon les trajectoires de vie (Ouellet *et al.*, 2000) et les circonstances entourant l'immigration (Renaud, Germain et Leloup, 2004).

Certaines sociétés se caractérisent par la valorisation de la transmission intergénérationnelle de savoirs et de pratiques de soins périnataux, transmission qui assure la stabilité des valeurs et traditions à travers les époques. Selon Boule (1993), de nombreuses mères immigrantes et originaires de sociétés dites traditionnelles se retrouvent ainsi confrontées, dans certains pays d'accueil, à un mode de vie et à une conception de la petite enfance qui diffèrent de ce qu'elles ont appris. Ces mères se

retrouvent dès lors partagées entre leur désir de vivre en fonction des valeurs et croyances culturelles qui leur sont familières et la nécessité de s'adapter à celles qui sont véhiculées par la société d'accueil. Ainsi, selon Boule (1993), les parents immigrants sont incités par la société d'accueil à adhérer à certaines normes. Ce qui induit une forme de biculturalité caractérisée par la confrontation entre des normes différentes, voire contraires.

Notons au passage que ces soucis identitaires prennent une tournure spéciale dans les pays occidentaux, dans la mesure où les nombreux changements sociaux et économiques survenus au cours du siècle dernier ont eu pour effet de compromettre les modes traditionnels de transmission des savoirs et pratiques (Autant-Dorier, 2008; Fortin et Le Gall, 2012). C'est notamment le cas du Québec.

Selon Vatz Laaroussi (2008), les prescriptions sociales du pays d'accueil peuvent être vécues par le parent immigrant comme l'équivalent d'une injonction à renoncer à son héritage culturel. Lorsque le choc des cultures est majeur, il s'avère difficile pour les parents immigrants d'être tenus pour seuls responsables de la transmission à leurs enfants des valeurs d'une culture qui leur est étrangère et de prodiguer les soins correspondants (Alvarado, 1993; Battaglini *et al.*, 2002a, 2002b; Meintel *et al.*, 1985; Sabatier, 1991).

Le sentiment d'identité et d'appartenance se trouve ainsi ébranlé dans le processus migratoire, de par la rupture temporelle, spatiale et structurelle qu'il impose. L'ébranlement de l'identité culturelle peut s'accompagner de conflits et d'angoisses qui fragilisent le processus d'intégration dialectique des rapports de filiation et d'affiliation, nécessaire pour assurer la stabilité de la personnalité (Couchard, 1999).

L'adaptation harmonieuse du parent immigrant nécessite qu'il parvienne à intérioriser et à accepter les référents culturels de la société d'accueil et à les concilier avec ceux de son pays d'origine. Mais cela ne va pas de soi. Sur le plan de l'identité psychique,

certaines situations de clivage augmentent le risque d'éclosion ou d'accentuation d'une fragilité préexistante à l'immigration. Vinsonneau et Camilleri (1987) assimilent le procédé de clivage à un mécanisme défensif qui amène le sujet à revendiquer son appartenance à son groupe d'origine et à renier son adhésion à la société d'accueil – qui pourtant l'alimente de ses contenus et de ses modèles. Il se trouve dès lors dans un mouvement de fermeture à l'égard du pays d'accueil, perçu comme menaçant pour son identité, ce qui peut en retour accroître son sentiment d'isolement. Le clivage qui se maintient dans le temps a pour conséquence d'empêcher le développement de liens.

Dans certaines situations extrêmes, la fragilisation du tissu relationnel peut entraîner un désinvestissement du lien social; c'est-à-dire que l'isolement de l'individu peut aller jusqu'au refus d'investir la culture du pays d'accueil (Pourtois et Desmet, 2004). De transitoire, le clivage devient un état qui bloque l'évolution du processus d'insertion sociale. Selon Devereux (1970, cité par Bajoit, 2003), l'échec de l'intégration sociale entraîne le parent dans un processus douloureux de « déculturation » qui fait émerger une souffrance affective pouvant avoir des répercussions sur sa disponibilité affective envers son enfant et donc sur la relation d'attachement. Pour Devereux la *déculturation* renvoie à « la perte de toute attache culturelle, tant envers la culture d'origine que celle du pays d'accueil » (Devereux, 1972, p. 143).

2.3.2 Immigration et redéfinition des rôles familiaux

Dans le domaine des rôles familiaux, l'immigration s'accompagne de défis analogues. Mesmin (2001) compare le déséquilibre engendré par l'expérience migratoire à un traumatisme pour tous les membres de la famille, notamment en raison de la perte des repères du pays d'origine, du déracinement et de la coupure avec le réseau de soutien familial, social et culturel d'avant la migration. Pour Ezembé (1996), la souffrance intrafamiliale qui accompagne les trajectoires traumatiques équivaut à un

« psychotraumatisme ». La non-résolution de telles souffrances contribue au risque de transmission aux générations à venir (Ezembé, 1996). Les systèmes familiaux touchés vont présenter des difficultés d'adaptation se traduisant par la mise en place de défenses pour les protéger contre ce qui est vécu comme des intrusions en provenance de la société d'accueil. Avec le temps, ces stratégies adaptatives et défensives peuvent s'assouplir, permettant alors l'ouverture du système familial face à la société d'accueil. À l'inverse, les stratégies adaptatives peuvent également se rigidifier, entraînant la fermeture du système à l'égard de la société d'accueil. Approchons la question en concentrant d'abord le regard sur les parents, puis sur la relation parent-enfant.

Pour parvenir à s'adapter, le parent immigrant doit réviser et modifier son système de croyances et de pratiques parentales. Ce qui, encore une fois, ne va pas de soi, l'enjeu des normes parentales pouvant même intensifier la conflictualité entre les systèmes culturels (Fdhil, 1999). Puisque l'insécurité engendrée par la confrontation de modèles culturels opposés peut être vécue comme une menace pour leur identité, certains parents se replient sur les valeurs traditionnelles de leur culture d'origine, en adoptant à différents degrés des attitudes défensives pouvant nuire à leur aptitude à évoluer. On peut en déduire que l'immigration est susceptible d'ébranler la capacité du parent à jouer un rôle d'agent de socialisation pour son enfant. En effet, un parent peut difficilement transmettre les règles et valeurs d'une société s'il ne les maîtrise pas encore, et certains se sentent impuissants à remplir leur rôle d'éducateur dans le pays d'accueil (Marteaux, 2002). Ces parents risquent alors de transposer leur sentiment d'impuissance dans l'exercice de leur rôle parental. Poussées à l'extrême, certaines situations peuvent aboutir à la démission du parent face à son rôle.

Parmi les défis de la parentalité en contexte migratoire, mentionnons au passage celui de la conciliation des injonctions sociales et des contradictions qui l'accompagnent parfois. C'est-à-dire l'obligation dans laquelle se trouve le parent de redéfinir son rôle en fonction d'une identité qui concilie ses racines culturelles et les codes sociaux de la

société d'accueil (Thiebault et Maffessoli, 2012; Boule, 1993; Duval, 1991; Fortin et Le Gall, 2012; Legault, 2000). C'est ainsi que, suivant Bérubé (2004), la société québécoise interpelle les parents pour qu'ils assument un rôle d'« agents socialisateurs » auprès de leurs enfants. À ce sujet, Vatz Laaroussi (2008) souligne le paradoxe qui consiste à promouvoir un modèle parental et familial unique censé refléter la société québécoise dans le contexte social contemporain de sa remise en cause :

Cette prescription sociale à la seule population immigrante apparaît d'autant plus paradoxale que, par ailleurs, les structures et dynamiques familiales sont (dans la société québécoise) en mutation, dans un éclatement désormais normalisé de la famille traditionnelle [...]. C'est comme si on s'attendait des immigrants qu'ils suivent un modèle par ailleurs mis à mal par les populations nationales du pays d'accueil. (Vatz Laaroussi, 2008, p. 9)

Quoi qu'il en soit, les circonstances entourant la migration vont entraîner des décompositions et des recompositions de la structure familiale, changeant la dynamique entre ses membres. Bien que le système familial porte en lui certaines ressources et potentialités pour s'ancrer dans un nouveau lieu, il véhicule aussi des fragilités issues de son histoire. Ces changements sont partiellement compensés par le regroupement possible avec les membres issus de la même communauté après l'arrivée dans le pays d'accueil (Barn, Ladino et Rogers, 2006). Dans certains cas, les migrations de masse (Autant-Dorier, 2008; Pourtois, Demonty et Jouret, 2004) peuvent faciliter l'insertion sociale du parent en lui offrant la possibilité de côtoyer d'autres membres de sa culture. Pour la famille qui immigré seule, l'absence du groupe de référence à son arrivée dans le pays d'accueil peut contribuer à un sentiment d'isolement.

L'idéalisation de la culture d'origine peut favoriser l'élévation des attentes parentales quant aux règles et exigences éducatives qui s'éloignent le plus de celles du pays d'accueil. La difficulté à renoncer aux valeurs culturelles traditionnelles en faveur de

celles qui sont prônées par la société d'accueil peut se traduire par l'adoption d'un style parental plus rigide qui tolère peu les remises en question (Zaharna, 1989). De telles attitudes parentales ont des répercussions sur la relation parent-enfant, augmentant les risques d'émergence de conflits de valeurs (Raphaël, 2006) en plus de risquer d'engendrer des difficultés de communication et un éloignement relationnel (Zaharna, 1989). La mise à distance affective qui en résulte dans le lien parent-enfant pourra aussi réactiver chez le parent les sentiments de perte associés aux renoncements engendrés par le départ du pays d'origine (Vatz Laaroussi et Messe Bessong, 2008).

Pour certains parents, les nouveaux rôles désormais tenus par leurs enfants vont créer une démarcation très contrastée par rapport aux rôles traditionnels parents-enfants qui prévalaient dans le pays d'origine (Vatz Laaroussi, Bolzman et Lahlou, 2008). Cette démarcation entre le niveau d'adaptation des plus jeunes et celui des plus vieux est encore plus vraie lorsque la langue d'origine est différente de la langue d'adoption (Yahyaoui, 2010; Moro, 1994). En effet, au quotidien, l'enfant peut maîtriser la langue et les codes culturels du pays d'accueil mieux que ses parents. Il détient alors un avantage sur ceux-ci, de par les compétences que lui vaut son insertion sociale réussie. Ce renversement des rôles peut faire en sorte que l'enfant se trouve à assumer des fonctions en raison de son intégration sociale plutôt que de son âge et de sa maturité (Moro, 2001).

La rapidité d'insertion sociale des plus jeunes par rapport à leurs parents peut faire augmenter les risques d'éclosion de conflits intergénérationnels entre les membres d'une famille (Legault, 2000; Meintel et Le Gall, 1995). Le remaniement des rôles et fonctions provoque un déséquilibre au niveau du processus de transmission, dans la relation de filiation verticale parent-enfant, entraînant aussi une fragilisation de l'autorité parentale (Coltrane, Parke et Adams, 2004; Furuto et Murase, 1992; Korbin, 2002; Segal, 2008). Pour l'enfant, un nouveau rôle de guide peut émerger qui, dans certaines situations, soulève une certaine angoisse et des incertitudes qui risquent aussi

de modifier son rapport avec sa culture d'origine (Moro, 2001). La difficulté du parent et de son enfant à se sentir appartenir à une culture partagée peut affaiblir le lien d'attachement de l'enfant envers son parent, ainsi que son sentiment d'appartenance à sa famille. Un tel vécu émotionnel, chez le parent, peut contribuer à miner sa confiance quant à ses compétences parentales. Un sentiment d'étrangeté entremêlé d'impuissance peut alors graduellement émerger chez le parent à l'égard de son enfant. Il devient difficile pour lui de reconnaître le lien de filiation avec son enfant lorsque ce dernier adopte des valeurs et des normes de plus en plus étrangères à sa culture d'origine. Les conflits qui en découlent peuvent aboutir à certaines situations de maltraitance et de rejet de l'enfant par le parent (Ezembé, 1996).

2.3.3 Immigration et vulnérabilité socioéconomique

On connaît de mieux en mieux la relation entre les effets néfastes des inégalités sociales et économiques, d'une part, et la santé des populations, d'autre part. La pauvreté et le jeune âge des parents « sont parmi les déterminants majeurs du développement et de l'adaptation sociale des enfants » (MSSS, 2004a). Pour les familles d'immigration récente, la discrimination, la stigmatisation et l'exclusion raciale, ethnique ou religieuse contribuent à accentuer ces inégalités. Si, comme nous venons de le voir, la « distance » culturelle entre les pays d'origine et d'accueil a des impacts sur l'intégration et la relation parent-enfant, ces impacts sont également modulés en profondeur par des variables socioéconomiques (Camilleri, 1989; Bérubé, 2004). Prenons la peine de soulever quelques enjeux clés.

Les travaux de Battaglini *et al.* (2000; 2002a) font ressortir l'existence de facteurs de risque spécifiques à l'expérience migratoire qui contribuent à exacerber la vulnérabilité typique à la période périnatale. Ses travaux font notamment ressortir l'existence, chez les mères immigrantes, d'une vulnérabilité au cours de la première année suivant

l'arrivée au pays, comparable à celle des mères à risque en général (Battaglini *et al.*, 2002a, 2002b). Ces études ont permis de cerner les circonstances et conditions de vie associées à l'expérience migratoire qui deviennent des facteurs de vulnérabilité ou de protection durant la période périnatale. En quoi elles constituent des repères précieux pour l'établissement de stratégies d'intervention. Parmi les facteurs qu'elles approchent, évoquons le revenu, l'état psychosocial, l'absence ou la présence d'un réseau de soutien, d'un sentiment de détresse, etc.

En identifiant certains facteurs de vulnérabilité spécifiques à l'expérience migratoire durant la période périnatale, les travaux de Battaglini *et al.* (2002a, 2002b) soulignent également l'importance de tenir compte de la diversité des trajectoires migratoires et de leurs impacts potentiels sur la vulnérabilité émotionnelle et la santé physique des parents. Toujours selon ces travaux, certaines trajectoires migratoires sont associées à un risque de vulnérabilité parentale plus élevé. Notamment celles qui, marquées par un contexte de guerre ou de persécution, donnent lieu à des départs précipités à des fins de survie. Ou encore celles qui passent par un séjour dans un camp de réfugiés (Chicoine *et al.*, 1997; Massé, 1995; Renaud *et al.*, 2004; Rousseau, Drapeau et Rahini, 2003; Rousseau *et al.*, 1997) ou qui conduisent à des statuts migratoires précaires, par exemple ceux de réfugié ou de demandeur d'asile (Hassan *et al.*, 2012). Ces trajectoires migratoires sont marquées par des ruptures imprévues et drastiques, des pertes, des abandons, le décès de proches parents, etc., ce qui leur confère un potentiel traumatique certain. Ces parcours complexes s'accompagnent souvent de symptômes divers (stress post-traumatique et autres symptômes) qui augmentent le risque d'émergence de sentiments de dislocation, d'isolement, de fragmentation et de peur de l'inconnu (Okitikpi et Aymer, 2003, p. 218).

Ces trajectoires difficiles augmentent d'autant plus le risque de vulnérabilité chez les mères immigrantes (Bernard, 2008; Penrose, 2002; Wade *et al.*, 2005). La complexité et la longueur des procédures officielles de régularisation auxquelles conduisent des

statuts précaires entraînent une période de chômage « forcé » et de précarité financière. Ils rendent par ailleurs l'accès aux services publics difficile et génèrent de l'incertitude face à l'avenir (Van der Veer, 1998; Wiese et Burhorst, 2007). On voit par là de quelle manière ces statuts précaires sont susceptibles d'entraîner un risque accru de conséquences psychologiques et sociales à moyen et long termes, tant pour les individus que pour leurs familles (Duval, 1991; Legault, 2000; Moro, 1994, 2001), en plus d'interférer avec l'exercice du rôle parental (Bernard, 2008; Penrose, 2002; Wade *et al.*, 2005).

La combinaison d'expériences migratoires traumatiques, d'une part, et de conditions de vie précaires à l'arrivée au pays d'accueil, d'autre part, est propice à l'éclosion d'un état de détresse psychologique – parmi d'autres difficultés d'adaptation (Bibeau *et al.*, 1992). Liebkind (1996) utilise le concept de « retraumatisation » pour décrire les conséquences de ce croisement entre les facteurs de stress découlant du vécu pré-migratoire traumatique et ceux qui sont associés au vécu post-migratoire. Un phénomène documenté entre autres dans les rapports Bouchard et Jasmin (MSSS, 1991; Groupe de travail Jasmin, 1992), dans leurs travaux de recensement des états de détresse (liés à la fugue, à la dépression, au suicide et autres difficultés psychosociales) chez des enfants nés de parents immigrants.

Les écrits en psychologie culturelle relèvent quant à eux l'incidence de facteurs post-migratoires – tels que la barrière linguistique, les difficultés d'insertion socioéconomiques, les expériences de discrimination – sur l'éclosion et la persistance des difficultés d'intégration des immigrants à moyen et long termes (Bean *et al.*, 1992; Ima et Hohm, 1991; Kwok et Tam, 2005; Lau, Takeuchi et Alegria, 2006; Maiter, Alaggia et Trocmé, 2004; Segal, 2008).

La barrière linguistique constitue, pour nombre d'auteurs, l'un des facteurs ayant l'incidence la plus grande, notamment en ce qu'elle entraîne des difficultés

supplémentaires dans la communication avec les institutions, complexifiant l'accès aux services de soins et de santé publique (Bowen 2001; Thiebault et Maffessoli, 2012; Fortin et Le Gall, 2012). Pour le parent immigrant, la non maîtrise de la langue parlée dans le pays d'accueil peut compliquer les démarches associées au processus d'insertion sociale en faisant entrave à l'établissement d'une communication efficace avec les représentants de l'État. Elle augmente ainsi le risque de vulnérabilité psychosociale pour les familles immigrantes (Robichaud et de Montigny, 2004) en plus d'accentuer leur isolement social (Thiebault et Maffessoli, 2012; Fortin et Le Gall, 2012).

Outre la barrière linguistique, sortir de la précarité des conditions de vie qui marque les premiers temps de l'arrivée au pays d'accueil implique de se buter à des obstacles qui contribuent à leur tour au risque de vulnérabilité psychosociale des immigrants récents (Gaudet, Clément et Deuzeman, 2005). La précarité financière mentionnée plus haut, par exemple, exige de consacrer une part considérable de ses efforts à la satisfaction des besoins de base (nourriture, vêtements, logement). Ce qui, par ailleurs, n'empêche pas que plusieurs immigrants se retrouvent dans des logements en mauvais état, voire insalubres. S'accompagnant souvent de déqualification professionnelle – par la non-reconnaissance des diplômes et de l'expérience de travail –, cette précarité ressemble parfois à un labyrinthe sans issue. L'immigration impliquant généralement de se séparer en tout ou en partie de sa famille, de laisser derrière soi divers réseaux d'entraide, on franchit ce labyrinthe dans l'isolement social, privé de soutien émotionnel et instrumental (Hancock, 2005; Solis, 2003).

En somme, ces conditions de vie précaires sont associées à une augmentation des stressseurs quotidiens chez la population immigrante, ainsi qu'à un risque accru de problème de santé physique et psychologique (Gaudet *et al.*, 2005). Les conséquences psychologiques à moyen et long terme de ces stressseurs quotidiens, varient en fonction de leur intensité, de leur persistance dans le temps (Gaudet *et al.*, 2005; Rotenberg,

Kutsay et Venger, 2000), et de la présence ou non d'un réseau de soutien de qualité (Derose, Escarce et Lurie, 2007). De surcroît, l'absence d'amélioration dans les conditions de vie précaires en plus de nuire à l'établissement d'un réseau de soutien, contribue également au maintien des difficultés d'insertion sociale (Gaudet *et al.*, 2005; Derose *et al.*, 2007).

* * *

Dans le champ des vulnérabilités parentales et périnatales, les populations immigrantes s'avèrent particulièrement à risque. Comme nous l'avons vu, plusieurs facteurs concourent à cet état de fait. L'immigration fait surgir des enjeux identitaires, elle exerce une pression sur les rôles familiaux et s'accompagne de défis socioéconomiques imposants. Comme nous le verrons dans ce qui suit, la volonté d'endiguer ces vulnérabilités potentielles explique la pertinence de recourir aux SIPPE pour fournir un soutien adéquat à ces populations.

3. LE PROGRAMME DE SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE)

Il existe en Amérique du Nord plusieurs programmes d'intervention en périnatalité qui agissent à différents niveaux (social, psychologique et sanitaire). Ils ont pour but de prévenir l'apparition de problèmes spécifiques (prématurité, négligence parentale, difficultés d'attachement). Ces programmes s'adressent en priorité aux femmes enceintes et aux familles qui présentent plusieurs facteurs de risque en matière de négligence et de maltraitance (Hassan, 2013; MSSS, 2004a). Parmi ceux-ci, les programmes de visites à domicile par une infirmière ou un professionnel de la santé (p. ex. les *Nurse Family Partnership Programs* ou les *Nurse Home Visitation Programs*) ont fait l'objet d'études méthodologiquement rigoureuses appuyées sur une

masse significative de données probantes. Par où l'efficacité de ces programmes a pu être démontrée en ce qui a trait à l'amélioration du bilan développemental de l'enfant et à la réduction des risques de traumatisme causé par la maltraitance de l'enfant (Barlow *et al.*, 2006; Hassan *et al.*, 2011; Macmillan et Groupe canadien d'études sur les soins de santé préventifs, 2000; Mikton et Butchart, 2009; Olds et Kitzman, 1997; Pottie *et al.*, 2011).

Le programme « Naître égaux – Grandir en santé » (NE-GS), créé en 1991 pour offrir aux familles vivant des situations de vulnérabilité des services intensifs et globaux, visait à adapter au contexte québécois le programme américain de visites à domicile par un professionnel de la santé (Olds et Kitzman, 1997). Ce programme préconisait une approche globale afin d'intervenir sur les déterminants de la santé de la mère et de l'enfant vivant en situation de pauvreté (MSSS, 2000). Il ciblait au départ toute la population en situation de vulnérabilité socioéconomique, incluant les jeunes parents. L'évaluation subséquente du programme NE-GS indique que l'objectif de rejoindre les mères enceintes isolées a été atteint (MSSS, 2000). Suite à une révision survenue en 2000, on procède durant l'automne 2002 à l'implantation du « Programme de soutien aux jeunes parents » (PSJP). Cela conduit à une spécialisation quant aux populations visées : le NÉ-GS ciblant les mères de 20 ans et plus ou les familles vivant en contexte d'extrême pauvreté; le PSJP ciblant les mères ou les jeunes parents âgés de moins de 20 ans. Ces deux programmes s'étendaient déjà à travers le Québec grâce aux équipes locales Familles-Enfance-Jeunesse (FEJ).

Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), qui ciblent les familles vivant en contexte de vulnérabilité, intègrent les programmes NÉ-GS et PSJP. Un troisième programme s'est par la suite joint aux autres, portant sur le « soutien éducatif précoce » et visant les enfants de 2 à 5 ans issus de milieux défavorisés. En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) diffusait officiellement le cadre de référence du programme SIPPE. Ce cadre priorise l'intégration des services,

tout en reconnaissant le besoin d'adapter les interventions à chacune des populations visées. En ayant pour but d'harmoniser les pratiques existantes dans les équipes locales, le programme SIPPE offre des services multidisciplinaires de périnatalité de façon à couvrir une période s'étendant de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 5 ans (MSSS, 2004a, 2004b; Therrien et Mattie, 2011).

Au final, les SIPPE visent à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. Ils ciblent entre autres, la diminution de la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux, y compris sous forme de maltraitance et de négligence à l'égard des enfants. Le programme inclut également parmi ses objectifs la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, tout en renforçant le pouvoir d'agir des personnes et des communautés (MSSS, 2004a).

3.1 Assises et composantes des SIPPE

L'intervention SIPPE se base sur le modèle écologique⁴, qui cerne les interactions entre les facteurs qui influencent le développement des personnes en tenant compte de leur environnement physique et social. Cette intervention touche le système familial (mère, père, enfants) et le réseau (famille élargie ou ressources communautaires) afin d'optimiser le développement des enfants, leur adaptation sociale ainsi que le bien-être des familles. L'objectif principal des SIPPE est le suivant :

⁴ Le modèle écologique s'appuie sur l'idée que l'organisation sociale dans laquelle le système familial s'inscrit influence le développement de chacun de ses membres (Bronfenbrenner, 1979 et 1986). Ce modèle conçoit l'intervention de façon systémique, en partant du principe qu'au-delà des compétences parentales, le développement de l'enfant dépend d'une multitude de facteurs : individuels, familiaux, environnementaux.

L'optimisation du développement physique et psychologique des enfants de 0 à 5 ans (p. ex. réduction des naissances d'enfants à petit poids, amélioration du bilan développemental) par l'amélioration des conditions de vie et des pratiques éducatives ou disciplinaires des parents tout en renforçant leur pouvoir d'agir (MSSS, 2004a).

Le programme se décline en deux composantes, soit a) l'accompagnement des familles et b) la création, avec les familles, d'un environnement favorable à leur santé et leur bien-être (Lepage et Schoonbroodt, 2006; MSSS, 2004a; Therrien et Mattie, 2011). L'accompagnement de la famille est effectué par un intervenant privilégié dont le rôle consiste à aider les parents à préciser leur projet de vie et à le réaliser, tout en établissant les conditions favorables au développement de leur enfant (MSSS, 2004a). À partir de l'identification des principaux besoins de la famille, l'intervenant élabore un plan s'inspirant des propositions exposées dans le guide d'intervention (MSSS, 2004a).

Lors de la période prénatale, le suivi se concentre sur l'établissement d'un lien de confiance, l'évaluation des besoins de la famille et l'établissement du plan d'intervention priorisant la santé et le bien-être de la mère et du bébé à naître. En période postnatale, le suivi se concentre, en tenant compte des besoins des parents eux-mêmes, sur le développement ou l'optimisation de la sensibilité parentale, le degré de contrôle parental et la réduction des risques de négligence⁵. En plus de ces interventions individualisées, les parents ont la possibilité de participer à des interventions de groupe et à des interventions éducatives pour les enfants. Ils peuvent aussi être accompagnés et dirigés vers les ressources du milieu, en plus d'être sollicités pour participer à des actions intersectorielles visant la création d'environnements favorables au développement des enfants (Therrien et Mattie, 2011).

⁵ Pour des informations détaillées sur la nature et les composantes des interventions individualisées et de milieu, consulter le document-cadre de référence des SIPPE publié par le MSSS, 2004a.

Concrètement, les rencontres SIPPE ont généralement lieu à domicile et durent de 60 à 90 minutes environ. Leur fréquence varie selon la période et les besoins exprimés, mais respecte habituellement le rythme suivant : toutes les deux semaines en période prénatale; chaque semaine de la naissance à la sixième semaine de vie du bébé; toutes les deux semaines jusqu'à l'âge de 12 mois; et enfin mensuellement jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant. Au besoin, le suivi individualisé s'accompagne d'activités de groupe ou communautaires pour briser l'isolement et consolider le réseau de soutien, et ce, toujours dans le but de développer un environnement qui soit favorable au développement de l'enfant ainsi qu'au bien-être des parents (MSSS, 2004a). Le programme SIPPE propose donc une intervention précoce, intensive, continue et adaptée aux besoins des familles vulnérables (Therrien et Mattie, 2011).

3.2 Critères de vulnérabilité et processus d'admissibilité aux SIPPE

Les demandes de services SIPPE proviennent d'une multitude de ressources (p. ex. du programme OLO ou d'un CLSC). Le cadre de référence (MSSS, 2004a) utilise deux critères de qualification, soit : 1) le jeune âge de la mère (moins de 20 ans au moment de la grossesse, de la naissance de l'enfant ou de l'inscription au programme) et 2) l'extrême pauvreté (telle que définie par deux indicateurs, soit la sous-scolarisation de la mère et un revenu familial se situant sous le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada) (MSSS, 2004a). Au moment de la collecte des données de la présente recherche, c'est bien en remplissant l'un ou l'autre de ces critères de vulnérabilité que les familles (avant tout à travers les mères) pouvaient bénéficier des interventions SIPPE. Soulignons que ces critères de vulnérabilité sont principalement issus d'études portant sur des familles blanches et nord-américaines. Leur applicabilité et leur efficacité dans le cas des familles immigrantes ou réfugiées sont inconnues.

La philosophie du programme SIPPE permet le recours au jugement clinique pour admettre des mères qui ne répondent pas aux deux critères mentionnés. En effet, le cadre de référence du programme identifie certaines situations de vulnérabilité psychosociale découlant d'un cumul de facteurs de risque (MSSS, 2004a). L'immigration récente (moins de 5 ans) figure parmi ces situations de vulnérabilité psychosociale par cumul de facteurs de risque. C'est pourquoi une mère ayant immigré récemment est admissible au programme SIPPE. Le cadre de référence précise cependant que l'offre de service pour les mères qui se qualifient au programme en fonction du critère de l'immigration récente doit avoir une durée plus courte. Ces mères peuvent donc bénéficier des services SIPPE, mais sur une période moins étendue.

Le rapport du Comité-conseil post-chantier sur les SIPPE, réalisé par Therrien (2011), fait plusieurs recommandations pour optimiser le programme. Entre autres, les auteurs suggèrent de sélectionner les familles selon les critères d'admissibilité de base (femmes enceintes ou mères sous le seuil de faible revenu et sans diplôme d'études secondaires ou professionnelles) en complémentarité avec les autres facteurs de risque. Les auteurs soulignent l'importance de s'assurer, à la lumière des observations cliniques, que les services dispensés aux familles dans le cadre de ce programme sont arrimés à leurs besoins (Therrien, 2011).

Certains écrits (Battaglini *et al.*, 2002a; Gordie et Walz, 2012) portant sur l'intervention SIPPE auprès de la clientèle immigrante évoquent l'existence d'une pratique chez les intervenants consistant à employer des critères « non officiels » afin de permettre à certaines mères issues de cette population d'avoir accès au programme. En effet, même si des mères immigrantes ne répondent pas aux critères « officiels » du programme SIPPE, elles sont tout de même dans une situation de vulnérabilité qui requiert des services de cet ordre. Pour les admettre dans le programme, ces intervenants font appel à l'expérience clinique, à l'intuition, et à leurs connaissances diverses (Battaglini *et al.*, 2000)

L'amélioration du soutien et de l'encadrement clinique, combinée à une connaissance accrue des profils des familles immigrantes eu égard aux facteurs de vulnérabilité, ne pourrait que contribuer à la pleine réalisation des principes qui fondent les programmes de prévention ciblant la petite enfance. Ne serait-ce qu'en permettant que cette population vulnérable ne passe pas inaperçue en raison d'une réalité culturelle méconnue ou parce qu'elle ne répond pas à des critères développés à partir d'une population qui ne partage pas les mêmes vulnérabilités.

Depuis l'implantation des SIPPE, les critères officiels n'ont pas été ajustés en fonction des données empiriques, ce qui fait en sorte que le recours aux facteurs de risque par cumul (comme pour l'immigration récente) repose sur le jugement clinique de l'intervenant. Certains auteurs ont critiqué cet état de fait et se sont prononcés en faveur d'une reconnaissance officielle des situations de vulnérabilité associées à l'immigration récente et d'un plus grand appui à l'utilisation du jugement clinique (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a; Therrien, 2011; Gordie et Walz, 2012). Ces critiques s'appuient sur la littérature scientifique recensée plus haut, qui témoigne de la spécificité des vulnérabilités retrouvées au sein de la population immigrante.

3.3 Adaptabilité des services SIPPE aux besoins des familles immigrantes

À la suite des travaux de Battaglini, la Direction de santé publique (DSP) de Montréal a élaboré, conjointement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, un guide consacré à l'intervention SIPPE auprès des familles immigrantes récentes (au pays depuis moins de 5 ans) (Durand *et al.*, 2007). Ce guide, intitulé *Naître ici et venir d'ailleurs* (Durand *et al.*, 2007), aborde quatre aspects de l'intervention SIPPE, dont la période prénatale et postnatale. Chacun de ces aspects et composantes y est interprété à la lumière du contexte migratoire, et des recommandations pratiques y sont formulées. Ce guide propose de : a) cerner les aspects marquants du parcours de la

famille, b) tenir compte de son identité culturelle, c) être attentif aux exigences et impacts du processus d'immigration, d) reconnaître l'existence de particularités dans les rapports minorités/majorité, et e) considérer sa propre identité professionnelle et culturelle en tant qu'intervenant.

En ce sens, ce guide vient légitimer l'adaptation du programme SIPPE à la vulnérabilité spécifique des mères en contexte d'immigration récente – adaptation qui avait déjà été timidement entamée, mais peu à peu délaissée. Il a aussi le mérite d'offrir des repères aux intervenants pour identifier cette vulnérabilité spécifique tout en appuyant ses propositions sur une documentation rigoureuse issue des plus récents travaux publiés jusqu'alors sur le sujet (Bernard, 2008; Liebkind, 1996; Penrose, 2002; Wade *et al.*, 2005). En outre, ce guide favorise une intervention menée dans le respect de la diversité des cultures retrouvées parmi les familles immigrantes. Toutefois, depuis sa publication, ce guide n'a fait l'objet d'aucune étude. On ignore donc dans quelle mesure il est consulté par les intervenants; comment ceux-ci opérationnalisent les questions et recommandations qui y sont présentées; et dans quelle mesure ils reçoivent une formation ou un appui (soutien, supervision) réguliers en lien avec ce guide ou avec les spécificités de l'intervention auprès des familles d'immigration récente.

4. SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE EMPIRIQUE SUR LES PROGRAMMES PRÉVENTIFS EN PÉRINATALITÉ ET L'INTERVENTION ETHNOCULTURELLE

Dans la section précédente, nous nous sommes attardée à la vulnérabilité de certaines familles immigrantes et aux difficultés d'accès aux soins. Dans cette section, nous exposons brièvement les défis et enjeux relevés dans les écrits sur l'intervention périnatale auprès de familles issues de cultures diverses. Nous abordons ensuite la contribution intéressante de certaines approches d'aide auprès des familles

immigrantes en ce qui a trait à la diminution des symptômes et à l'amélioration du sentiment de bien-être des familles.

4.1 Études sur les défis et enjeux de l'intervention en contexte ethnoculturel

Notre recension des écrits documente la présence de besoins spécifiques chez les familles immigrantes, lesquels ne sont pas nécessairement équivalents à ceux que l'on retrouve habituellement au sein de la population blanche et nord-américaine. Ces besoins peuvent aussi évoluer dans le temps; certains se précisant progressivement tandis que d'autres apparaissent en cours d'intervention. Par ailleurs, la diversité des référents culturels retrouvés au sein de la population immigrante amène à son tour une variabilité dans la conception de l'aide requise par ces familles. Ainsi, certains auteurs soulignent le besoin pressant d'ajuster les programmes et l'intervention dispensée auprès de ce groupe de la population, pour tenir compte de la diversité des référents culturels et des besoins spécifiques aux familles immigrantes.

Dans un même ordre d'idées, certains auteurs se sont intéressés aux facteurs individuels, contextuels et systémiques influençant la dispensation de services. Notamment les conditions de travail qui découlent des règles et politiques institutionnelles, la philosophie de gestion et d'intervention, et l'allocation de ressources humaines, matérielles et financières. Au niveau environnemental, certains facteurs peuvent contribuer à accroître l'efficacité et la qualité des interventions cliniques offertes aux familles. Entre autres le soutien offert par l'équipe multidisciplinaire, l'accès à de la formation continue et à des supervisions cliniques régulières, la possibilité de travailler en concertation avec les autres acteurs du réseau public et communautaire, etc. Certains facteurs relatifs à la personnalité de l'intervenant sont aussi identifiés comme des variables pouvant influencer positivement l'intervention – en particulier ses qualités relationnelles préalables.

La notion de compétence culturelle développée par certains auteurs accentue l'importance d'adapter les traitements et l'intervention à la culture du bénéficiaire (Fontes, 2005; Korbin, 2002). Puisque l'efficacité d'un programme dépend avant tout de sa capacité à rejoindre les besoins spécifiques et les caractéristiques des groupes ciblés (Plummer, 2004, dans Fontes, 2005), il s'avère nécessaire de réviser et d'adapter les services afin de bien répondre aux besoins des familles immigrantes.

La compréhension des besoins de ces familles requiert de bien documenter les facteurs de vulnérabilité associés aux profils de la population immigrante. Selon certains auteurs, les systèmes de compilation de données doivent être soigneusement étudiés et révisés pour garantir qu'ils donnent accès aux renseignements requis pour comprendre les profils de vulnérabilité associés aux familles immigrantes (De Plaen *et al.*, 2005). À cet effet, les données démographiques concernant la religion, l'appartenance ethnique et le parcours migratoire (De Plaen *et al.*, 2005) doivent être compilées. De même, il importe de préciser l'incidence des conditions de vie précaires retrouvées dans le pays d'accueil (la discrimination, la déqualification professionnelle et l'isolement social) (Dufour *et al.*, 2012). Le cumul de certains facteurs de risque peut contribuer à élever le degré de vulnérabilité d'une famille. À ce titre, il s'avère incontournable de documenter l'ensemble des facteurs de risque par cumul ayant justifié la demande de service. Selon Earner (2010), par exemple, les facteurs de risque par cumul – tenant compte du pays de provenance du parent, de la méconnaissance de la langue d'usage du pays d'accueil et de l'absence de réseau social – augmentent le risque de violence conjugale quand ils s'accompagnent de conditions de vie précaires.

4.1.1 Les axes d'intervention à privilégier

Parmi les axes d'intervention à privilégier auprès des familles immigrantes, certains auteurs incluent le réseau de soutien disponible dans le pays d'accueil (Battaglini *et al.*,

2002a, 2002b; Robichaud et de Montigny, 2004). Les travaux menés par Robichaud et de Montigny (2004) font ressortir l'existence d'un sentiment prononcé de solitude affective chez certaines mères, même lorsqu'elles bénéficient au quotidien de la présence d'un conjoint ou de proches parents, tandis que d'autres femmes associent la présence d'un conjoint ou d'un autre parent à un poids additionnel. Ces mères font part de sentiments d'inconfort au sein de la famille. Elles décrivent leur climat familial comme étant plus tendu et conflictuel en raison des conditions de vie précaires et du remaniement des rôles de chacun. Toujours selon ces auteurs, l'intervention auprès des mères immigrantes devrait cibler : 1) le soutien à la relation conjugale; 2) l'élargissement du réseau social; et 3) l'établissement d'une relation de confiance avec l'intervenant. Ce dernier aspect peut faciliter, chez le parent, l'expression de sentiments négatifs découlant de l'expérience migratoire (Robichaud et de Montigny, 2004).

Beaucoup d'auteurs mettent le processus d'insertion au centre des axes d'intervention. Tel que mentionné précédemment, la combinaison des stressors issus du vécu pré-migratoire, migratoire et post-migratoire affecte négativement l'état de santé physique et psychologique des membres de la famille. Les conditions de vie précaires viennent donc exacerber la vulnérabilité spécifique qui découle de l'immigration, venant ralentir le processus d'insertion sociale des familles immigrantes. Duval (1992) et Rotenberg *et al.* (2000) soutiennent que certains groupes d'âge s'avèrent plus propices que d'autres à la réussite de ce processus – l'immigration survenant pendant les périodes de l'adolescence ou de la retraite entraîne un risque accru de difficulté d'adaptation psychosociale.

Zaharna (1989) se penche plutôt sur les impacts, après l'arrivée au pays, de la perte des repères habituels et familiaux accompagnée de la perte du réseau de soutien. D'après l'auteure, ces pertes contribuent à diminuer l'estime de soi chez le parent immigrant, ébranlant dès lors sa confiance en ses forces et ressources. Dans ce contexte, l'auteure

considère que « les personnes immigrantes affichent à la fois leur résilience et leur lassitude face à l'adaptation quotidienne qui leur est exigée » (Zaharna, 1989, p. 511).

McGolrick *et al.* (1996) et Ponterotto *et al.* (2001) explorent plutôt l'axe de l'insertion sociale à partir du besoin du parent immigrant d'être reconnu socialement par la société d'accueil, notamment en ce qui concerne ses acquis (académiques et professionnels) préalables à l'immigration. D'après eux, l'accès à l'emploi offre l'occasion de contribuer aux richesses de la société d'accueil, ce qui favorise le développement d'un sentiment d'appartenance au groupe social.

Pour plusieurs auteurs, ces besoins de reconnaissance et d'appartenance sociale coexistent avec des sentiments de peur et de méfiance – notamment devant les services d'aide offerts par l'État – susceptibles de causer l'isolement (Hurlburt *et al.*, 2004). Ces craintes peuvent prendre plusieurs formes : des appréhensions de discrimination ethnique ou religieuse, la hantise d'être vu comme ayant des problèmes de santé mentale, la honte de devoir demander de l'aide, la mécompréhension des règles (Alaggia et Maiter, 2006; Hurlburt *et al.*, 2004; Lock Kunz et Hanvey, 2000, dans Désy *et al.*, 2007). Tout cela pose des problèmes considérables dans les relations avec les institutions publiques (De Plaen *et al.*, 2005; Désy *et al.*, 2007; Earner, 2010; Hafford, 2010). Cette insécurité peut en effet alimenter des réticences, diminuer le degré d'ouverture et amoindrir la volonté de collaboration avec les services gouvernementaux (Hassan *et al.*, 2011; Pottie *et al.*, 2011).

Parmi les autres axes d'intervention envisagés dans la littérature savante, notons d'abord que plusieurs auteurs s'intéressent à l'incidence du sexe sur la vulnérabilité psychosociale. Ils démontrent que les femmes manifestent un niveau de détresse psychologique plus élevé que les hommes (Battaglini *et al.*, 2000). À cet égard, les symptômes retrouvés le plus fréquemment chez les mères immigrantes sont les suivants : l'anxiété chronique – sous forme d'inquiétude, de nervosité et de tension

interne (Duval, 1992) –, la fatigue, la dépression, le sentiment de solitude et l'isolement (Battaglini *et al.*, 2000; Herman, 1994). Notons ensuite que Fortin et Le Gall (2012) se concentrent plutôt sur les facteurs susceptibles d'influencer l'ouverture des parents devant l'aide proposée. Ils identifient notamment les expériences passées du parent immigrant avec les établissements publics, les liens de sociabilité et la structure familiale. Rappelons finalement que la littérature souligne à grands traits l'impact des conditions émotionnelles habituellement liées aux contextes de migration dramatiques (comme pour les personnes réfugiées ou sans-papiers), susceptibles de rendre les apprentissages dans le pays d'accueil plus difficiles (voir 2.3.3).

4.1.2 Les types d'approches préconisées auprès des immigrants

Depuis les années 2000, on retrouve dans les écrits portant sur l'intervention en contexte pluriethnique de plus en plus d'études documentant les bienfaits d'une approche d'intervention axée sur « l'augmentation du pouvoir d'agir » des parents, ou encore « centrée sur les besoins du client » (St-Arnaud, 1999). Ces approches privilégient l'établissement d'une relation d'aide, de soutien et de coopération entre l'intervenant et la famille. Selon St-Cyr Tribble *et al.* (2001), l'efficacité de ces approches repose sur deux conditions : a) le désir du parent de modifier sa situation et b) sa confiance dans l'avenir. Selon ces mêmes auteurs, l'intervention doit privilégier les moyens et objectifs identifiés par les parents, et suivre une démarche visant à leur permettre de se réapproprier un pouvoir sur leur vie. Elle doit viser à soutenir « l'actualisation du capital culturel, des ressources, des savoirs et des potentialités du parent immigrant » (St-Cyr Tribble *et al.*, 2001, p. 35).

Considérant la forte contribution des familles immigrantes au renouvellement de la population du Québec, il s'avère pertinent de documenter l'efficacité des modèles d'interventions implantés dans le réseau public lorsqu'ils sont appliqués à une

population provenant de cultures diverses. Ainsi, certains auteurs ont documenté les bienfaits d'une intervention axée sur le pouvoir d'agir des parents lorsque la clientèle provient de l'immigration (Chiasson et Deschênes, 2007; Häggman-Laitila, 2005; St-Cyr Tribble *et al.*, 2001). Selon St-Cyr, Tribble *et al.* (2001), l'expérience migratoire se conçoit comme un événement « marquant » de la vie pour ces familles, de par le déséquilibre qu'elle engendre, qui requiert la mobilisation des capacités adaptatives des parents. Toujours selon ces auteurs, l'expérience migratoire peut se concevoir comme un « moteur » de changement dans une perspective d'autonomisation (autre traduction libre d'*empowerment*). Selon eux, « la complexité des situations vécues par les parents ne [constitue] pas nécessairement une contrainte à une démarche d'appropriation » (St-Cyr Tribble *et al.*, 2001, p. 35).

Parmi les effets bénéfiques de la relation de soutien coopérative centrée sur l'habilitation des parents immigrants, certains auteurs (Häggman-Laitila, 2005; St-Cyr Tribble *et al.*, 2001) identifient l'augmentation du sentiment de compétence et de confiance en soi des parents à un état de mieux-être. Un état se traduisant par la diminution de l'anxiété, une meilleure connaissance de soi, et un sentiment de contrôle accru sur les situations familiales. Ces effets bénéfiques contribuent à leur tour à l'instauration d'un climat familial plus favorable, autant pour l'exercice du rôle parental que pour l'intimité du couple (Häggman-Laitila, 2005).

Le soutien offert par le processus d'actualisation des compétences parentales favorise aussi l'insertion sociale (St-Cyr Tribble *et al.*, 2001). En effet, l'intervention offre au parent la possibilité d'expérimenter et de découvrir son nouvel environnement à travers l'apprentissage de rôles sociaux nouveaux, valorisés par la société d'accueil. Cette expérience est proposée par l'entremise d'une relation de soutien et de respect. Elle est à même d'atténuer le choc des cultures en guidant le parent vers l'acquisition de compétences sociales fonctionnelles ou adaptées (St-Cyr Tribble *et al.*, 2001).

La relation s'établit par conséquent dans un rapport égalitaire et favorise une communication symétrique. Au fil du temps, ce climat relationnel permet de clarifier les non-dits ou les incompréhensions découlant du choc des cultures. Le partenariat offre aussi aux parents l'occasion de contribuer activement aux prises de décision qui les concernent directement ou indirectement, puisqu'ils sont considérés comme les acteurs principaux de leur intégration et les premiers éducateurs de leurs enfants (St-Cyr Tribble *et al.*, 2001).

4.1.3 Les compétences humaines et relationnelles de l'intervenant

Certains facteurs contextuels associés à l'intervenant et ayant un impact sur le processus d'habilitation ont aussi été identifiés par les chercheurs (St-Cyr Tribble *et al.*, 2001). En effet, les caractéristiques individuelles influencent la lecture clinique des difficultés et des besoins des familles immigrantes (Cohen et Hohl, 2001; Fontes, 2005). De la même manière, l'expérience de l'intervenant, son sentiment d'efficacité et sa perception du travail réalisé affectent la qualité de l'intervention offerte : « En présence d'une situation complexe, l'inexpérience, la perception de barrières à l'intervention et le peu de soutien professionnel peuvent freiner la mise en œuvre du processus d'habilitation » (St-Cyr Tribble *et al.*, 2001, p. 36).

Dans le cadre d'une étude menée sur le travail « invisible » des intervenants SIPPE dans un CSSS de la région montréalaise, l'anthropologue Leah Walz (Gordie et Walz, 2012) souligne les qualités relationnelles requises chez les intervenants pour faciliter l'établissement d'un lien de confiance et accroître l'efficacité de l'intervention. Parmi celles-ci, l'ouverture à la diversité des traditions familiales et culturelles est un incontournable. L'auteure met ainsi en évidence l'importance chez les intervenants SIPPE du savoir-être, du savoir-faire et d'une vision commune de l'intervention (Gordie et Walz, 2012).

À la suite de plusieurs recherches effectuées en milieux de travail, un consensus émerge de plus en plus quant aux bienfaits associés au soutien de l'équipe, aux conseils et au partage d'expériences (St-Cyr Tribble *et al.*, 2001). En outre, les chercheurs soulignent que la restriction de l'intervention à la seule composante individuelle ne permet pas d'utiliser les ressources de la communauté, et donc ne favorise pas l'intervention optimale (St-Cyr Tribble *et al.*, 2001). Ils préconisent donc d'adjoindre un volet communautaire à l'intervention individuelle (St-Cyr Tribble *et al.*, 2001).

4.2 Synthèse d'études évaluatives sur l'efficacité des visites à domicile dans les programmes préventifs en périnatalité

Les programmes préventifs en périnatalité s'inspirent du modèle américain de visites à domicile par des infirmières (Olds et Kitzman, 1997). Tel que mentionné précédemment, ces programmes préventifs offrent une intervention précoce en périnatalité, en ciblant les facteurs de risque découlant des conditions de vie précaires qui prévalent chez les familles défavorisées. Ils ont pour finalité de diminuer l'incidence des conditions de vie précaires sur la santé globale des familles, en plus de favoriser le développement optimal de l'enfant.

Débutons avec un aperçu des programmes offerts du côté de l'Europe. D'abord, au Royaume-Uni, le programme *Family Nurse Partnership*, implanté en 2006, semble prometteur. En effet, les résultats des recherches portant sur l'efficacité du programme indiquent une amélioration de la santé des mères et des enfants, ainsi qu'une plus grande autonomie financière des familles (Olds *et al.*, 1997; Geeraert *et al.*, 2004). À sa suite, le programme *Sure Start* a été implanté dans les quartiers défavorisés pour lutter contre l'exclusion sociale et offrir à tous les enfants des conditions favorables pour optimiser leurs compétences avant l'entrée à l'école (Clarke, 2006; Sammons *et*

al., 2004, 2007). Depuis 2006, ce programme de services intégrés est offert à l'échelle nationale par les centres pour enfants (Melhuish, Belsky et Bernes, 2010).

En France, un programme similaire de prévention auprès des femmes enceintes en situation de vulnérabilité existe aussi. Ce programme vise à rejoindre de nombreuses familles isolées qui sont habituellement peu enclines à utiliser les services de l'État (Millex, Pintaux et Guedeney, 2011; Morales Huet, 1996; Tissier *et al.*, 2011).

Aux États-Unis, plusieurs programmes préventifs furent créés à partir du modèle initialement conçu par Olds et Kitzman (1997). Ces programmes de visites à domicile par un infirmier ou un professionnel de la santé (p. ex. les programmes *Nurse-Family Partnership*) sont offerts pour répondre aux difficultés parentales et à leurs conséquences sur le développement et la sécurité de l'enfant. Depuis, l'efficacité de ces programmes de visites à domicile a été démontrée pour l'amélioration du bilan développemental des enfants et pour la réduction des risques de traumatismes liés à la maltraitance, par des études américaines rigoureuses autant sur le plan méthodologique que sur le plan de l'accumulation de données probantes (Barlow *et al.*, 2006; Hassan *et al.*, 2011; Mikton et Butchart, 2009; Olds et Kitzman, 1997; Pottie *et al.*, 2011). Ces études appuient donc l'utilité d'offrir ces programmes préventifs, pour les futures ou jeunes mères vivant en situation de vulnérabilité psychosociale.

Au Canada, la recherche sur l'efficacité de ces programmes préventifs de visites à domicile s'est développée vers la fin des années 2000. À ce jour, il existe donc peu de recherches canadiennes publiées, comparativement à ce qui est répertorié chez nos voisins américains. Une recherche canadienne a évalué le programme en périnatalité *South Community Birth Program* de Vancouver, offert par une équipe interdisciplinaire comprenant un médecin, une sage-femme et une doula (Harris *et al.*, 2012). Ce programme offre des services jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 6 semaines. Selon les résultats de la recherche, les femmes ayant reçu les services intégrés de ce

programme de périnatalité sont moins sujettes à accoucher par césarienne, leur séjour à l'hôpital après l'accouchement est réduit et elles sont plus portées vers l'allaitement exclusif que les femmes qui reçoivent les soins périnataux standards.

Dans une étude réalisée avec le Groupe canadien d'études sur les soins de santé préventifs, MacMillan (2000) constate que la plupart des programmes canadiens de visites à domicile sont peu conformes au modèle initial implanté aux États-Unis par Olds et Kitzman (1997). MacMillan et le Groupe d'études (2000) soulignent la nécessité d'investir dans la recherche sur les programmes de visites à domicile canadiens développés à partir du modèle d'Olds et Kitzman (1997) afin d'en vérifier l'efficacité lorsqu'appliqué à d'autres types populations. Toujours selon MacMillan et le Groupe d'études, il importe de répertorier les ajustements apportés au modèle initial d'Olds et Kitzman (1997) pour pouvoir départager l'influence des facteurs en cause – c'est-à-dire les modifications apportées aux programmes de visites à domicile (durée, fréquence et teneur des visites) – sur l'efficacité de l'intervention.

Les travaux récents de MacMillan (2013), menés en Ontario, ainsi que d'autres en cours en Colombie-Britannique, se penchent sur l'évaluation de l'efficacité de ces programmes auprès de la population canadienne. Ils portent sur l'opinion des professionnels de la santé quant aux facteurs qui influencent l'ouverture de la communauté à l'égard des programmes de visites à domicile. Les travaux de Jack *et al.* (2012, 2015) s'intéressent aux partenariats entre les acteurs de la communauté et ceux dispensant le programme *Nurse Family Partnership* (NFP), pour en évaluer l'efficacité. Ces travaux portent donc une attention minutieuse au chevauchement des rôles entre les services communautaires et ceux offerts par le programme NFP. Les constats dégagés par les études réalisées à ce jour indiquent que les infirmières de santé publique au Canada et les clients bénéficiaires de tels programmes considèrent que les visites à domicile sont acceptables en tant que modèles d'intervention préventive (Jack *et al.*, 2015). La relation de confiance et le partenariat créés avec les familles s'avèrent

être les ingrédients essentiels à l'optimisation du programme. De plus, Jack *et al.* (2015) concluent à la valeur ajoutée du programme NFP par rapport aux services communautaires existants pour les jeunes mères en situation de vulnérabilité. Entre autres, le programme NFP contribue à favoriser l'établissement et le renforcement des liens entre ces mères et les services communautaires, il facilite la préparation à la maternité et il contribue à la prévention ou à la diminution des risques de prématurité. Les auteurs soulignent aussi l'importance à accorder à une intégration cohérente des services offerts aux familles vulnérables, d'en assurer l'homogénéité et de permettre une transition fluide entre les services. Ces mêmes auteurs soutiennent l'importance de favoriser l'établissement d'une communication fréquente entre le programme NFP et les acteurs de la communauté afin d'améliorer le système de référence et d'éviter la duplication des services. Enfin, l'auteure recommande de prioriser les admissions des mères au programme NFP lorsqu'elles sont demandées par les professionnels de la santé et des services sociaux (Jack *et al.*, 2015). En dépit de la valeur ajoutée du programme NFP, les auteurs constatent le manque de financement de l'État pour en optimiser l'efficacité.

4.3 Synthèse d'études ayant documenté l'efficacité du programme québécois SIPPE, à partir du point de vue des intervenants

Dans l'optique d'explorer la question de l'égalité et de l'équité en matière d'accès aux services SIPPE pour les familles immigrantes en situation de grande vulnérabilité, cette section aborde les études qui se sont intéressées à l'efficacité des critères d'admissibilité du programme pour identifier la vulnérabilité chez les mères ainsi qu'à l'adaptabilité de l'offre de services.

4.3.1 La pertinence du choix des critères

Dans le cadre d'une étude d'envergure unique en son genre, Battaglini et ses collègues (2000) ont effectué des entrevues auprès de 91 mères immigrantes et 19 intervenantes ayant respectivement reçu et offert des services de périnatalité. Trois « portraits » de mères immigrantes ont été dégagés en se basant sur leur niveau de risque psychosocial et sur le fait d'avoir ou non bénéficié de services de périnatalité (voir l'Annexe A). Les mères du premier groupe, les « moins vulnérables », avaient eu accès à des services de périnatalité alors qu'elles ne présentaient aucun problème de santé lors de la grossesse et qu'elles avaient accouché à terme d'un bébé de poids moyen. De manière surprenante, la majorité des mères appartenant au second groupe, les « vulnérables » (présentant plusieurs facteurs de vulnérabilité), n'avaient pas été perçues comme telles et n'avaient pas bénéficié de services de périnatalité, bien qu'elles présentaient des problèmes de santé lors de la grossesse et que certaines aient accouché d'un bébé prématuré ou de petit poids. Finalement, les mères du troisième groupe, les « plus vulnérables », avaient pour la plupart été référées à des services de périnatalité. Elles avaient vécu une grossesse non désirée, marquée par des problèmes de santé, et avaient accouché d'un bébé prématuré ou de petit poids. À la lumière de ces résultats, les auteurs ont mis en évidence l'inadéquation des critères administratifs du programme SIPPE pour identifier la vulnérabilité réelle des mères immigrantes et en déterminer l'admissibilité au programme.

Battaglini et ses collègues en concluent que ces mères immigrantes avaient un profil de vulnérabilité différent de celui des mères de la population générale. Contrairement aux mères nord-américaines en situation de vulnérabilité, qui sont souvent très jeunes et primipares, les mères immigrantes dans une situation semblable ont plus de 20 ans et sont multipares; de plus, plusieurs d'entre elles sont détentrices d'un diplôme d'études collégiales ou universitaires (plus de la moitié des mères de l'étude). Ces constats rejoignent ainsi la position d'autres auteurs quant à l'existence d'une

vulnérabilité spécifique aux mères immigrantes (Battaglini *et al.*, 2000; Lepage et Schoonbroodt, 2006; Parent *et al.*, 2008; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008).

Depuis, d'autres auteurs ont critiqué l'application systématique et uniforme des critères d'admissibilité du programme sans que d'autres facteurs de risque soient pris en compte (Desrochers et Clapperton, 2007). Dans cette lignée, Lepage et Schoonbroodt (2006) contestent même l'acceptation automatique d'une mère sur la base du seul critère de l'âge, puisque certaines, malgré leur jeune âge (moins de 20 ans), ne présentent pas de réelle vulnérabilité.

De la même manière, l'application systématique du critère de la sous-scolarisation soulève aussi des questionnements, puisque certaines études ont démontré que plusieurs mères immigrantes présentent une réelle vulnérabilité même si elles sont diplômées (Battaglini *et al.*, 2000; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008). Selon l'étude de Vatz Laaroussi et Bessong, 87 % des mères immigrantes arrivées entre 2002 et 2006 avaient plus de 12 années de scolarité, et plus du tiers d'entre elles (37 %) cumulaient 17 années de scolarité (Vatz Laaroussi et Bessong, 2008).

Les résultats des recherches démontrent donc que la vulnérabilité des mères immigrantes n'est pas nécessairement identique à celle des mères issues du groupe majoritaire. Elle peut également significativement varier d'une mère immigrante à l'autre et nécessite une évaluation qui tienne compte de différents facteurs de risque et de protection. De plus, nous sommes d'avis que le jugement clinique des intervenants du programme est absolument nécessaire pour obtenir un tableau plus complet de la vulnérabilité réelle d'une famille immigrante.

4.3.2 Le recours au jugement clinique

Le recours au jugement clinique est appuyé par la philosophie des programmes SIPPE. D'ailleurs, selon le rapport émis par le Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE

(Therrien et Mattie, 2011), l'optimisation des SIPPE, dans leur capacité à tenir compte des facteurs de risque propres aux différents sous-groupes de la population – passe par le recours aux critères d'admissibilité en complémentarité avec le jugement clinique. Ainsi, la décision d'accepter une famille au programme SIPPE peut répondre à trois modalités : 1) une décision « administrative », lorsque l'un ou l'autre des critères d'admissibilité est présent dès l'entrevue d'accueil; 2) une décision d'équipe prise sur la base d'une évaluation de la vulnérabilité et du recours au jugement clinique; ou encore 3) une décision clinique reposant sur le jugement clinique individuel d'un intervenant (Desrochers et Clapperton, 2007).

L'écart entre les critères d'admissibilité aux SIPPE et la vulnérabilité observée chez des mères immigrantes lors de l'intervention sur le terrain fait en sorte que les intervenants privilégient le recours au jugement clinique pour déterminer leur vulnérabilité. Ils peuvent ainsi ajuster l'évaluation en prenant en compte des facteurs de risque spécifiques à l'immigration (Lepage et Schoonbroodt, 2006). Cependant, ces décisions reposent en grande partie sur l'expérience et les connaissances des intervenants, qui sont des facteurs difficiles à répertorier. Or, l'absence d'un mécanisme interne qui puisse permettre de répertorier les étapes et le poids respectif des facteurs en cause dans la décision finale rend quasi impossible l'évaluation du processus décisionnel. En conséquence, bien qu'un ajustement des critères actuels, afin de mieux tenir compte des facteurs de risque des mères immigrantes, puisse vraisemblablement répondre aux besoins constatés sur le terrain, certains auteurs nous mettent en garde (Battaglini *et al.*, 2000; Lepage et Schoonbroodt, 2006; Gordie et Walz, 2012). L'absence de balises pour encadrer les pratiques décisionnelles pourrait générer d'autres inéquités dans l'accès au programme.

4.3.3 Réviser les indicateurs pour rendre compte de l'intervention

Le réseau des services de santé du Québec dispose d'un système informatique, nommé I-CLSC, qui sert de base de données pour l'ensemble des CLSC de la province. C'est également ce système qui est utilisé dans le cadre du programme SIPPE. Pour ces derniers, il dispose de catégories d'entrée prédéfinies qui, en principe, permettent aux intervenants de documenter leurs activités. Ces catégories d'entrée reflétant les critères d'admissibilité officiels, la capacité réelle de documentation des intervenants apparaît cependant très limitée. Puisque le système ne permet pas d'inclure d'autres facteurs de vulnérabilité que ceux qui sont prévus par la direction du programme, la connaissance de la réalité du terrain (notamment à propos de la vulnérabilité des femmes immigrantes) ne progresse pas au rythme désiré. Ceci nuit vraisemblablement à l'élaboration d'un outil de référence fiable concernant les modes d'intervention, les recours au jugement clinique, l'identification des priorités, les besoins par secteur, etc.

Dans leur étude, Gordie et Walz (2012) concluent à la nécessité de réviser le système informatique de compilation statistique SIPPE⁶, qui à l'heure actuelle manque de flexibilité pour permettre l'entrée complète des interventions professionnelles. En effet, les interventions répertoriées correspondent aux indicateurs quantitatifs sélectionnés, tandis que les interventions qui découlent d'un ajustement visant à mieux répondre aux besoins des clients ne sont pas prises en compte. Un tel système soulève la question du type de gestion privilégié pour mesurer l'efficacité des interventions, type de gestion qui apparaît ici axé sur des indicateurs de quantité et non de qualité. En conséquence, l'auteure préconise la révision du système informatique afin qu'il puisse également englober des indicateurs de qualité dans la mesure des interventions SIPPE (Gordie et Walz, 2012).

⁶ I-CLSC : acronyme qui désigne le système de compilation statistique du MSSS, utilisé par les intervenants SIPPE pour documenter leurs interventions auprès des familles.

Or, pour bien circonscrire les besoins des parents immigrants, il faut comprendre et identifier les facteurs de vulnérabilité qui font obstacle aux conditions de vie qui sont propices à une intégration harmonieuse. Une identification claire des critères et facteurs utilisés par les intervenants permettrait de mieux reconnaître les portraits de vulnérabilité des familles immigrantes. Ce qui pourrait contribuer à l'uniformisation des pratiques, diminuant ainsi les risques de voir cette clientèle, déjà vulnérable, victime d'un système de gestion de l'admissibilité – qui varie d'une région à l'autre selon les niveaux d'expérience et de connaissances des intervenants, ou les réalités ethnoculturelles du terrain.

5. BRÈVE SYNTHÈSE ET QUESTION DE RECHERCHE

La politique en périnatalité actuelle du Québec (2008-2018) vise l'amélioration de l'efficacité de l'intervention, en misant sur la continuité et l'accessibilité des services, plus particulièrement pour les futures mères vivant dans un contexte de vulnérabilité psychosociale. Cette politique s'inscrit dans un plan d'action en santé globale à l'échelle de la province qui porte sur la prévention chez les Québécois (MSSS, 2016) et vise, d'ici 2025, la réduction des écarts socioéconomiques entre les pauvres et les mieux nantis, en luttant contre les ISS et en assurant un accès équitable aux services de santé pour les familles démunies. Le plan régional de santé publique 2010-2015 cible quant à lui les principaux déterminants de la mortalité et de la morbidité chez les enfants de 0 à 5 ans ainsi que l'amélioration des conditions de vie des familles afin de promouvoir le développement optimal des enfants de cette tranche d'âge (DSP, 2011a, 2011b, 2011c).

Les études portant sur la vulnérabilité psychosociale démontrent le potentiel d'un programme préventif d'intervention précoce et de soutien parental pour améliorer le développement et le bien-être à moyen terme des enfants issus de milieux défavorisés

(Beauregard, Chan et Comeau, 2010). Selon certains auteurs, il s'avère capital que l'État offre des services en périnatalité qui tiennent compte de la diversité ethnique des familles québécoises (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a, 2002b; Fortin et Le Gall, 2007; Moro, 2004; Tremblay *et al.*, 2010). La vulnérabilité spécifique aux mères immigrantes a des répercussions sur l'expérience de la maternité (Vatz Laaroussi *et al.*, 2008; MSSS, 2004a; Battaglini *et al.*, 2000; Hassan *et al.* 2012), ce à quoi s'ajoutent les conditions de vie précaires qui prévalent à l'arrivée dans le pays d'accueil et qui affectent négativement leur état de santé et celui de l'enfant à naître (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2001, 2016a, 2016b, 2016c; MSSS, 2008b, 2012a, 2016; OMS, 2014; Watson *et al.*, 1996).

Or, les facteurs de vulnérabilité élaborés dans des études portant sur la population générale ne s'appliquent pas nécessairement aux familles nouvellement immigrées ou réfugiées (Hassan *et al.*, 2011; Pottie *et al.*, 2011). Les écrits touchant la parentalité et l'immigration identifient des facteurs de vulnérabilité propres au fait migratoire ou d'autres qui le deviennent, associés au vécu de l'immigration ou aux défis de l'intégration sociale. La mésinterprétation des conditions de vulnérabilité et des problématiques liées aux conditions de vie difficiles est, à cet égard, l'un des facteurs déterminants dans l'inégalité de l'accès aux services de santé observé auprès des familles immigrantes ou réfugiées (Pottie *et al.*, 2011). Ainsi, le CCIRH recommande 1) l'adaptation des programmes de visites à domicile par un professionnel de la santé aux caractéristiques et vulnérabilités spécifiques des familles immigrantes ou réfugiées; et 2) l'évaluation de leur efficacité.

Afin de garantir à ses citoyens l'universalité et la gratuité des services de santé publique, le gouvernement doit s'assurer de l'accessibilité et de l'adaptabilité de ses services en fonction des besoins retrouvés parmi les différents groupes qui composent la population canadienne. À ce jour, certains écrits soulignent l'existence d'inéquités dans l'accès aux soins de santé pour certains groupes plus défavorisés, dont fait partie

la population immigrante (Fleury et Grenier, 2012; Jarvis *et al.*, 2011; MSSS, 2008a, 2016; Munoz et Chirgwin, 2007). Ces familles sont moins portées à aller vers les ressources et les services publics, ce qui fait que leur participation à la vie citoyenne s'avère plus faible. Il apparaît donc primordial d'évaluer la capacité de ces programmes préventifs à rejoindre les populations ciblées et à leur offrir des services adaptés à leurs besoins.

Tel que mentionné précédemment, les études menées à ce jour sur l'efficacité des programmes de visites à domicile par une infirmière ou un professionnel de la santé portent essentiellement sur la population générale. Très peu de recherches ont été réalisées auprès de populations canadiennes. Précédemment, nous avons abordé les travaux menés sur les programmes de visites à domicile implantés dans l'Ouest canadien et ceux actuellement en cours en Ontario (MacMillan et Groupe canadien d'études sur les soins de santé préventifs, 2000). Au Québec, quelques études sont répertoriées qui portent sur l'évaluation et l'optimisation du programme SIPPE depuis sa création (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a, 2002b; Clavier *et al.*, 2013; Desrochers et Clapperton, 2007; Gendron *et al.*, 2014). Cependant, les preuves manquent à ce jour pour documenter l'efficacité des programmes de visites à domicile auprès des familles immigrantes canadiennes.

Certaines critiques ont donc été soulevées quant à la pertinence des services offerts par le programme SIPPE pour les familles issues de l'immigration. Dans le souci de s'assurer que la dispensation de services réponde aux besoins spécifiques et nombreux des familles immigrantes, l'état de la littérature suggère que les services SIPPE soient évalués sous l'angle de l'adaptabilité et de l'intervention dispensée. Or, jusqu'en 2012, aucune étude n'avait encore évalué l'atteinte des trois objectifs principaux du programme SIPPE pour la période couvrant les années 2008 à 2012. Depuis, l'étude de Gendron *et al.* (2014) est venue documenter les conditions favorisant l'efficacité du programme et les défis à relever pour en optimiser les composantes. Selon ces auteurs,

la pratique de certains intervenants qui consiste à faire l'usage de critères dits « informels » pour combler certaines lacunes au niveau de l'évaluation de l'admissibilité devrait orienter la révision du programme. À la lumière des portraits qui se dégagent quant aux facteurs de vulnérabilité propres aux familles immigrantes, cette révision permettrait d'adapter les critères actuels en regard de la réalité de cette population.

La présente recherche propose donc de répondre à cette lacune. En documentant l'opinion des intervenants SIPPE, celle-ci a pour but : 1) d'examiner l'adéquation des critères SIPPE actuels, du point de vue des intervenants, par rapport aux caractéristiques de la population immigrante; et 2) documenter les enjeux et défis de l'intervention SIPPE, du point de vue des intervenants, lorsque les bénéficiaires sont issus de l'immigration.

À cette fin, cette recherche vise d'abord l'exploration des critères d'admissibilité au programme SIPPE, sous l'angle de leur aptitude à bien identifier la vulnérabilité spécifique aux mères immigrantes et réfugiées. L'adaptation dans la dispensation des services SIPPE auprès de cette population sera également abordée à partir des enjeux et défis de l'intervention auprès des mères immigrantes ou réfugiées et en contexte de diversité culturelle. Pour traiter cette double question, nous avons donné la parole aux intervenants SIPPE, étant donné leur position privilégiée de premiers acteurs sur le terrain.

5.1 Objectifs spécifiques de la recherche

Le premier objectif, qui est d'examiner l'adéquation des critères SIPPE actuels par rapport aux caractéristiques de la clientèle immigrante, sera exploré dans l'optique de deux sous-objectifs :

- a) Documenter, à partir du point de vue des intervenants SIPPE, la pertinence des critères d'admissibilité actuels pour identifier la vulnérabilité spécifique des mères immigrantes ou réfugiées;
- b) Documenter, s'il y a lieu, les recommandations liées au choix des critères d'admissibilité pour la population immigrante;

Le second objectif, qui est de documenter les enjeux et défis de l'intervention SIPPE lorsque les bénéficiaires sont issus de l'immigration, sera lui aussi exploré dans l'optique de deux sous-objectifs :

- a) Documenter l'expérience des intervenants quant à l'intervention SIPPE auprès des mères immigrantes et réfugiées;
- b) Documenter les recommandations des intervenants pour améliorer l'intervention SIPPE auprès des mères immigrantes et réfugiées.

Notre étude est l'une des premières à explorer spécifiquement la pertinence des critères actuels d'admissibilité aux SIPPE pour la population issue de l'immigration. En documentant les expériences, les observations et les recommandations des intervenants SIPPE, notre recherche a pour objectif ultime de favoriser une meilleure compréhension des facteurs qui complexifient l'accès au programme et à l'intervention SIPPE pour cette clientèle, et ce afin de promouvoir l'arrimage entre l'offre SIPPE et les besoins spécifiques de la population immigrante vulnérable. Sur le plan éthique, elle vise en outre à mettre en lumière la question de l'équité dans l'accessibilité au programme pour cette même population.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

1. CONTEXTE DES DONNÉES

Nos données s'inscrivent en continuité avec le projet sur l'évaluation de l'adéquation des services SIPPE pour les familles immigrantes ou réfugiées de premières et secondes générations, mené par la professeure Ghayda Hassan (2012-2014) au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Ce projet avait reçu l'approbation du comité éthique de la recherche (CÉR) de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) en date du 19 décembre 2012, ainsi qu'une attestation de recherche de deux CSSS participant à la collecte de données.

Nous avons entrepris une démarche d'autorisation pour l'analyse secondaire des données auprès du CÉR de l'ASSSM, afin de mener le présent travail de recherche. Cette démarche est détaillée à l'Annexe C.

Le matériel anonymisé mis à notre disposition dans le cadre de cette recherche comprend les transcriptions (*verbatim*) des entrevues individuelles et des *focus groups* et les analyses qualitatives thématiques (analyse des thèmes [nœuds], construction de l'arbre thématique sur le logiciel NVivo10).

Cette recherche se voulait en partie exploratoire. Un devis de type qualitatif s'imposait pour explorer la perception des intervenants SIPPE et être en mesure de comprendre leur vécu subjectif, non quantifiable. Le devis nous permet aussi d'approfondir les connaissances sur la vulnérabilité spécifique des mères immigrantes et les défis et

enjeux au niveau de l'intervention. Une recherche est « qualitative » d'abord lorsqu'elle a recours à des instruments et méthodes conçus pour l'analyse qualitative, mais également lorsque « l'ensemble du processus est mené d'une manière "naturelle", proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages » (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 358). L'opération centrale de la méthode d'analyse consiste à décomposer un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et relatifs à la problématique de recherche.

Dans notre étude comme dans l'ensemble des recherches qualitatives, l'objet de recherche est également un sujet, tout comme le chercheur, d'où la nécessité de définir des balises qui vont permettre à la subjectivité d'être mise à contribution avec rigueur (Lepage et Letendre, 1998). Notre logique, caractéristique des recherches qualitatives, est compréhensive. Nous explorons l'expérience subjective des intervenants SIPPE et tentons d'en rendre compte d'après nos axes de recherche. Cette logique de compréhension dans l'analyse qualitative partage des ressemblances avec l'approche clinique en psychologie, laquelle consiste à « considérer le sujet dans sa singularité historique et existentielle pour l'appréhender dans sa totalité à travers une relation personnelle liée avec lui » (Mucchielli, 2004, p. 19). Pour parvenir à cette compréhension du sujet dans sa complexité, il est nécessaire de tenir compte du contexte et de l'environnement dans lequel il évolue. Nous explorons ses expériences à partir de son rôle d'intervenant auprès d'une population immigrante.

Le choix des intervenants SIPPE comme participants a été expliqué plus haut et se justifie notamment par leur position privilégiée sur le terrain auprès de la population immigrante. La démarche de recherche consiste ainsi à documenter la perception des intervenants SIPPE, construite à travers leurs expériences et observations comme premiers acteurs sur le terrain, de l'adéquation du programme pour les familles immigrantes. Les intervenants sont à notre avis les personnes les mieux qualifiées (après les mères) pour identifier les conditions et facteurs qui fragilisent les familles

qu'elles desservent. L'analyse de leurs discours vise aussi à se pencher sur leurs vécus auprès des familles immigrantes.

L'analyse thématique réalisée à l'aide du logiciel NVivo permet de procéder au repérage systématique, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés. La fonction de l'analyse thématique est double : c'en est une de repérage et de documentation. La fonction de repérage concerne le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. La tâche est de relever tous les thèmes pertinents en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude. La fonction de documentation permet quant à elle de tracer des parallèles, ou encore de documenter des oppositions ou divergences entre les thèmes. Il s'agit en somme de construire un panorama au sein duquel les grandes tendances du phénomène à l'étude vont se matérialiser dans un schéma représenté par l'arbre thématique.

2. PROCÉDURE

Le recrutement des participantes fut réalisé par l'envoi d'une annonce expliquant le projet de recherche aux chefs de service de deux CSSS qui desservent une population à majorité immigrante à Montréal. Les intervenants de chaque site ont reçu, par l'intermédiaire de leur chef d'équipe ou de leur administration, les informations nécessaires à la compréhension du déroulement de l'étude et à la prise de contact avec les chercheurs. Pour être admissibles, les intervenants devaient faire partie de l'équipe SIPPE ou avoir effectué des interventions de type SIPPE. Aucune variable liée aux intervenants n'a été contrôlée (âge, sexe, années d'expérience, etc.).

La participation requise pour ce projet de recherche consistait en une entrevue individuelle et/ou un *focus group*, dans les locaux des CLSC. Les entrevues individuelles se déroulaient à un moment convenu à l'avance avec la participante,

tandis que le moment des *focus groups* a été déterminé par les chefs de service qui ont demandé aux intervenantes d'y participer. La durée de l'entrevue individuelle variait entre 60 et 120 minutes, tandis que celle des *focus groups* était d'environ 120 minutes.

Un formulaire d'information et de consentement a été remis aux intervenantes volontaires, par l'entremise du chef de service de chaque secteur. Ce formulaire expliquait le projet en question, ses objectifs, le rôle des participantes, la question de l'anonymat et le respect de la confidentialité. Il permettait de s'assurer que la participation était volontaire et qu'elle découlait d'un véritable intérêt pour l'étude. Ils étaient également informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment sans subir aucun préjudice. En cas de demande de retrait, les données de l'entrevue individuelle les concernant auraient été détruites, mais pas celles des *focus groups*.

Pour assurer le respect de la confidentialité des participantes et celle des tierces parties, les mesures suivantes ont été prises : les formulaires de consentement écrit ont été conservés de façon sécuritaire et séparément des entrevues et *verbatim*; puis, les renseignements recueillis lors des entrevues individuelles et des *focus groups* ont été transcrits et anonymisés (codés), ainsi qu'enregistrés sur l'ordinateur du local de recherche de la chercheure principale, lequel reste fermé à clé. Les enregistrements numériques des entrevues ont été effacés des enregistreuses et sauvegardés sur le même ordinateur, qui nécessite un mot de passe pour y accéder. L'accès au local où se trouvaient les enregistrements et le contenu des transcriptions était restreint aux membres attitrés de l'équipe de recherche. La base de données I-CLSC¹ était complètement anonymisée et enregistrée sous les formats Excel et SPSS sur le même ordinateur.

Pour les *focus groups* qui se déroulaient en présence de collègues, certaines exigences ont été émises afin de respecter la confidentialité des participantes et celle des tierces

¹ I-CLSC est le nom de la base de données des CLSC.

parties. Par exemple, il fut demandé aux participantes des *focus groups* de respecter la confidentialité des propos tenus par eux ou des collègues lors de ces rencontres. Les participantes se sont aussi fait interdire la divulgation de l'information sur des tiers, qu'il s'agisse de collègues, de clients ou d'autres personnes, lors de ces mêmes *focus groups*. Pour faciliter le respect de ces mesures de confidentialité, les questions d'entrevue des *focus groups* portaient sur les perceptions générales quant à la population desservie et aux services rendus. Enfin, le formulaire de consentement prévoyait aussi une clause pour l'utilisation secondaire des données recueillies, qui abordent différentes facettes du thème ciblé par cette recherche. Advenant une utilisation secondaire des données, l'équipe de recherche s'engageait à maintenir et à protéger la confidentialité des participantes aux mêmes conditions que celles stipulées dans le formulaire de consentement du projet pilote.

Étant donné le mode de sélection des participantes, il n'y a pas eu de conflit d'intérêts lié à la participation au projet. Les bénéfices que les participantes pouvaient en retirer étaient plutôt d'ordre personnel, comprenant notamment la possibilité d'explorer leurs expériences de travail auprès de la population immigrante dans le cadre du programme SIPPE et en discuter.

Par cette démarche, nous voulons d'abord contribuer au perfectionnement des SIPPE. Ce programme est important dans la mesure où il a des répercussions sur l'équité et la justice dans notre société, particulièrement pour les mères immigrantes qui sont en situation de vulnérabilité. Par ailleurs, même si elle porte sur un programme québécois dans un contexte montréalais, notre démarche a le potentiel d'éclairer la situation des mères immigrantes à l'échelle du Canada².

² Voir Discussion et conclusions générales, section 3.

3. COLLECTE DES DONNÉES

Les entrevues ont été menées par deux assistantes de recherche étudiantes de niveau doctoral. Les données ont été recueillies par le biais d'entrevues semi-structurées lors desquelles les participantes étaient invitées à développer leur point de vue sur des questions précises. Si des sujets étaient plus délicats à aborder pour certaines intervenantes, ces dernières étaient informées qu'elles étaient libres d'en parler ou non, et que l'interviewer respecterait leur choix³. Ces entrevues ont été conçues et révisées par l'équipe de recherche. L'ordre des questions a été choisi par les différents membres de l'équipe suite à plusieurs discussions et respecte la logique des objectifs de recherche.

Compte tenu de la nature exploratoire de ce projet de recherche, l'un de nos objectifs était de mieux définir la vulnérabilité chez les mères immigrantes et réfugiées. L'élaboration des grilles d'entrevue a donc pris en compte le risque de biais résultant de la connaissance préalable des participantes de l'angle d'analyse des chercheurs. Ainsi, pour éviter d'orienter le discours des participantes, l'utilisation de formulations renvoyant aux multiples types de facteurs de vulnérabilité associés au rôle parental ou à la parentalité fut privilégiée. Cet angle s'avérait favorable à l'obtention d'un discours varié chez les participantes, portant sur les déterminants multiples (la santé physique, psychologique, sociale et financière) associés au concept de vulnérabilité.

Les questions d'entrevues individuelles ont été choisies en fonction de leur pertinence par rapport aux principaux thèmes visés, soit : 1) les perceptions générales à l'égard des SIPPE; 2) les perceptions générales des familles immigrantes desservies par les SIPPE; 3) les critères de sélection utilisés pour référer ou non une famille immigrante récente aux SIPPE; 4) l'accès et la rétention de familles pour les interventions SIPPE;

³ Les grilles d'entrevues individuelles et de *focus groups* se retrouvent respectivement en Annexes D et E.

5) la perception de la relation parent-intervenant; 6) les interventions offertes; 7) les réussites en intervention; 8) les obstacles, difficultés ou préoccupations liées à l'intervention; 9) les besoins des intervenants; 10) les recommandations ou demandes des intervenants.

Les quatre grandes questions suivantes ont été présentées aux participantes lors des *focus groups* : 1) Parlez-nous de vos expériences en tant qu'intervenant SIPPE auprès des familles immigrantes en général. 2) Comment est-ce que les familles immigrantes arrivent aux SIPPE? Par quels chemins ou sources de référence? 3) Y a-t-il des familles immigrantes qui vous sont référées aux SIPPE par la voie d'autres services? Si oui, combien? Et par quels services? 4) Quelles recommandations feriez-vous pour mieux identifier les familles immigrantes vulnérables qui devraient bénéficier des SIPPE?

La collecte des données s'est déroulée en deux temps. Pour le premier CSSS (collecte de septembre 2012 à janvier 2013), un total de neuf entrevues individuelles a été réalisé, ainsi qu'un *focus group* avec l'équipe SIPPE regroupant 8 intervenantes. Pour le second CSSS (collecte de mai à juillet 2013), il s'agissait de huit entrevues individuelles et de deux *focus groups*, l'un avec l'équipe du programme SIPPE regroupant neuf participantes et l'autre avec trois intervenantes œuvrant dans un programme régulier de périnatalité. La durée des entrevues individuelles variait entre 60 et 90 minutes, et celle des *focus groups* était d'environ 120 minutes.

Initialement, les entrevues *focus groups* devaient être réalisées avant d'entamer celles en individuel. Dans les faits, il ne fut pas possible de suivre cette séquence de telle sorte que les individuelles ont précédé les *focus groups* dans les deux CSSS. Puisqu'aucune différence significative n'est ressortie suite à la lecture préliminaire des entrevues, toutes catégories confondues, l'ensemble du corpus (individuel et *focus groups*) a été regroupé pour la construction d'un seul arbre thématique.

4. ÉCHANTILLON

L'échantillon total comporte 32 intervenantes œuvrant auprès de familles immigrantes en situation de vulnérabilité dans le cadre du programme SIPPE et du programme « Enfance Famille Jeunesse », réparties dans les 17 entrevues individuelles et 3 *focus groups*, toutes de sexe féminin, et aux statuts professionnels suivants : travailleuses sociales, infirmières et nutritionnistes. Les intervenantes cumulaient plusieurs années d'expérience d'intervention auprès des familles en contexte multiethnique. Leurs connaissances et expériences de terrain font en sorte qu'elles étaient en mesure de nous fournir des renseignements contextuels riches. Leur témoignage peut ainsi contribuer à enrichir notre compréhension de nos objectifs de recherche.

L'accès à deux types de *focus groups* – l'un composé d'intervenantes œuvrant uniquement au programme SIPPE et l'autre regroupant des professionnelles d'autres services en périnatalité – visait à élargir le portrait des familles rencontrées dans le cadre des SIPPE. En effet, les intervenantes se consacrant exclusivement au programme SIPPE peuvent avoir un portrait partiel des familles rencontrées, puisqu'elles n'interviennent qu'auprès de celles qui ont pu être admises au programme. Or, des intervenants travaillant en périnatalité, mais ne se rattachant pas au programme SIPPE, peuvent nous fournir des informations précieuses au sujet de la vulnérabilité de certaines mères ou familles immigrantes qui auraient pu bénéficier de SIPPE, mais n'y ont pas eu accès parce qu'elles ne répondaient pas aux critères officiels du programme.

Les données ont été recueillies sur support numérique lors des entrevues individuelles et *focus groups*. Lors de la transcription, les données d'entrevues ont été anonymisées puis ont été importées dans le logiciel NVivo 10. L'utilisation de ce logiciel a permis de suivre rigoureusement le processus de recherche et d'améliorer ainsi le caractère vérifiable et la crédibilité des constatations. Seuls les membres de l'équipe de recherche

avaient accès aux transcriptions numériques des entrevues individuelles et *focus groups*, ainsi qu'aux données importées sur NVivo.

5. ANALYSE QUALITATIVE DES DONNÉES

Le dépouillement du corpus et l'analyse qualitative de thématisation ont été menés par l'équipe de recherche sous la supervision étroite de la professeure Ghayda Hassan. L'analyse des entrevues individuelles et des *focus groups* a été menée selon la méthode d'analyse qualitative de thématisation séquencée proposée par Paillé et Mucchielli (2012).

Ce type d'analyse consiste à « faire parler » les thèmes et à les mettre en lien avec des extraits de témoignages (l'examen discursif des thèmes), et il fut mené en deux temps. Le dépouillement du corpus des *focus groups* et des entrevues individuelles sert à dégager les thématiques/concepts permettant de documenter les points de vue des participantes. Dans un premier temps, un échantillon du corpus est trié au hasard et analysé dans le but de constituer une fiche thématique prenant la forme d'une liste de thèmes auxquels correspondent des définitions permettant d'identifier les thèmes à même la lecture du texte. Ce premier travail descriptif a pour objectif de construire les prémisses de l'arbre thématique d'analyse (Paillé et Mucchielli, 2012). Dans un deuxième temps, lorsque la fiche est complétée à la satisfaction de l'équipe de recherche, elle est appliquée à l'ensemble du corpus, soit de manière stricte, soit en prévoyant la possibilité que des thèmes soient ajoutés en cours d'analyse. Cet ajout de matériel doit être assez limité, sans quoi le type de démarche correspondra plutôt à celui de la thématisation continue. L'avantage de ce type de démarche de thématisation séquencée est de permettre une analyse efficace et uniforme du corpus. Par contre, on y perd certains détails et la logique séquentielle qu'elle favorise peut faire perdre de vue des thématiques importantes. Pour pallier cela, le *verbatim* a été analysé en

profondeur de manière verticale et transversale afin de relever les ressemblances et les différences dans les vécus et expériences des participantes. Les données ayant émergé des analyses verticales ont ensuite été mises en relation avec les analyses transversales afin d'en dégager une compréhension nouvelle, après quoi les données ont de nouveau été interprétées en fonction de ces découvertes. À cet égard, les étapes de notre démarche sont explicitées ci-dessous.

L'analyse thématique est avant tout une méthode servant au relevé et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus. La validité interne « réside essentiellement dans la justesse et la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leurs interprétations » (Laperrière, cité par Poupart, 1997, p. 377). L'exercice consistant à trouver le bon niveau d'inférence pour la création du thème n'est jamais automatique. Les mots utilisés par les participantes sont souvent utiles pour générer un thème approprié, mais il ne s'agit pas de reproduire la transcription des entrevues; les mots générés par l'analyste sont tout aussi juste lorsqu'ils se tiennent au plus près du témoignage. Le thème est donc une dénomination assez précise en lien avec la teneur d'un extrait du corpus. Sa précision est importante, mais en ce domaine, il est naturel qu'il y ait des variations d'un analyste à l'autre.

Tout analyste détient une posture qui influence sa sélection des données du corpus. Pour atteindre une validité interne satisfaisante, Guba (1981, p. 85) insiste sur l'importance du *débreffage*⁴ avec les pairs ou d'autres professionnels afin de confronter les interprétations et les ressentis du chercheur, et lui permettre de s'exposer à la critique et aux questionnements. L'inférence est une opération logique par laquelle l'analyste passe de l'examen d'une portion de matériau (indices) à l'attribution d'un thème pour cet extrait. La validité d'une inférence, c'est-à-dire son niveau de correspondance avec le réel, dépend de nombreux facteurs, notamment de la nature du

⁴ Débreffage : Entretien qui suit immédiatement une action concertée ou une mission achevée, au cours duquel les exécutants rendent compte du déroulement de celle-ci (source : dictionnaire Antidote).

rapport entre les indices et le thème. Ainsi, plus l'inférence est faible, plus le rapport entre les indices et le thème proposé est étroit et direct.

L'équipe a porté une grande attention au niveau d'inférence lors de la génération des thèmes. En effet, le travail de thématisation s'est déroulé en groupe avec l'équipe de recherche, ce qui a permis de comparer les thèmes suggérés par les uns et les autres. La directrice de recherche a eu pour rôle de superviser l'exercice pour s'assurer du bon niveau d'inférence des thèmes générés par l'équipe, et leur éviter le glissement vers l'interprétation arbitraire. L'arbre thématique construit pour ce travail a été généré suite à plusieurs rencontres d'équipe, lesquelles favorisent, lors de la démarche d'analyse thématique, un faible niveau d'inférence chez le chercheur de par la distance que permettent la présence de tiers (équipe) et les échanges entre chercheurs (Gilbert, 2007, p. 284).

Les deux objectifs généraux de notre recherche ont guidé la thématisation et l'attribution des thèmes pertinents pour l'étude. L'analyse thématique du corpus a privilégié une méthode ascendante (des thèmes vers les rubriques), dont l'avantage est de permettre d'entrée de jeu le travail de thématisation. Cette méthode en assure aussi la validité puisque l'accent est mis d'emblée sur la dénomination plutôt que sur la classification. L'analyse par thèmes du corpus se fait par étapes successives d'attribution de thèmes, d'inventaires, de modifications et de regroupements, ce qui permet une thématisation de plus en plus efficace, avec des thèmes de plus en plus stables et hiérarchisés. À partir du discours des intervenantes, nous avons dégagé les facteurs de vulnérabilité identifiés par celles-ci dans le cadre de leur travail sur le terrain.

Le logiciel NVivo 10 a été utilisé pour l'analyse qualitative des données, qui a été réalisée selon les étapes suivantes :

Étape 1 : Sur les 17 entrevues individuelles, une première entrevue sélectionnée au hasard a été analysée en groupe par trois doctorantes. Les thèmes alors relevés ont constitué les prémisses de l'arbre thématique. Cette première étape a été effectuée en demeurant le plus près possible des propos des participantes. Un accord interjuges a été conclu afin de confirmer la rigueur du travail d'identification des thèmes ainsi que sa précision.

Étape 2 : Trois autres entrevues individuelles (également avec des participantes sélectionnées au hasard) ont été analysées séparément par deux doctorantes; puis un accord interjuges a été conclu (chacune des doctorantes comparant ses analyses avec celles d'une autre doctorante). L'accord interjuges a permis de confirmer l'objectivité du travail d'identification des thèmes pertinents ainsi que sa précision. Une rencontre subséquente a eu lieu avec la directrice de recherche, madame Hassan, pour discuter des nœuds créés. L'analyse de ces quatre premières entrevues a permis de réaliser un arbre thématique afin de synthétiser les nombreux thèmes ayant été relevés au cours de cette première analyse (Paillé et Mucchielli, 2012).

Étape 3 : L'analyse individuelle des 16 autres entrevues a permis d'enrichir l'arbre thématique. Toujours lors de l'analyse thématique, mais dans un deuxième temps, les thèmes recoupés ont été analysés afin de repérer ceux qui se répétaient, se complétaient ou s'opposaient. Les thèmes ont alors été positionnés ou regroupés sur des axes thématiques, des rubriques, ou suivant des sous-thèmes en fonction de leurs interrelations. Une révision des 17 entrevues individuelles et des 2 *focus groups* a ensuite été réalisée à partir des nouveaux nœuds de l'arbre thématique. Par la suite, une analyse transversale comparative portant sur les 20 entrevues (17 individuelles et 3 *focus groups*) a permis de relever ce que les expériences et les vécus des intervenantes des deux sites avaient de commun et de différent, d'une part, ainsi que d'identifier les besoins spécifiques aux milieux et équipes locales, d'autre part.

Étape 4 : L'analyse des grands nœuds par regroupements théoriques (Paillé et Mucchielli, 2012), menée par deux doctorantes à partir de l'arbre thématique final, a permis une analyse interprétative du discours puis d'établir des liens avec les connaissances théoriques et empiriques existantes.

CHAPITRE 3

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AUX SIPPE : LE POINT DE VUE D'INTERVENANTES QUANT À LA PERTINENCE DES CRITÈRES ACTUELS POUR IDENTIFIER LES MÈRES IMMIGRANTES OU RÉFUGIÉES VULNÉRABLES¹

RÉSUMÉ

Le programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) offre une intervention précoce et intensive qui cible les facteurs de risque et promeut les facteurs de protection chez les enfants d'âge préscolaire et leurs familles. À ce jour, aucune étude n'a évalué la pertinence des critères d'admissibilité au programme pour la clientèle immigrante. La présente étude explore donc la capacité des critères d'admissibilité à identifier les mères réfugiées ou immigrantes vulnérables à partir du point de vue d'intervenantes SIPPE. Un total de 32 intervenantes SIPPE œuvrant dans deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) du territoire montréalais (où la clientèle est majoritairement issue de l'immigration) ont été rencontrées lors de 17 entrevues individuelles semi-structurées et de 3 *focus groups*. L'analyse qualitative, réalisée avec le logiciel NVivo, met en évidence la perception des intervenantes quant à la non-adéquation des critères actuels pour identifier la vulnérabilité lorsque la clientèle est issue de l'immigration. Les intervenantes identifient certains problèmes soulevés dans le cadre du processus décisionnel actuel. Enfin, des recommandations sont émises pour favoriser un processus décisionnel qui tienne compte des besoins spécifiques de la clientèle desservie.

¹ Le premier article constitutif de cette thèse a été soumis à la revue *Nouvelles pratiques sociales*. Il documente les résultats de nos recherches quant à l'adéquation des critères d'admissibilité au programme SIPPE pour les mères immigrantes et réfugiées, à partir du point de vue d'intervenantes SIPPE, ainsi que leurs recommandations. Y sont présentés les résultats de la recherche qualitative effectuée dans le cadre de cette thèse, c'est-à-dire, l'analyse de 17 entrevues individuelles et de trois *focus groups* menés auprès d'intervenantes SIPPE y ayant participé. Ont cosigné cet article avec l'auteur de cette thèse doctorale : Ghayda Hassan, Ph. D. (Professeure, Département de psychologie, UQÀM; chercheure et clinicienne de l'équipe SHERPA et SHERPA-RAPS du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal), Annie Lebrun, Ph D (psychologue) et Mylène Boivin, Ph D (psychologue).

Mots-clés : immigration, vulnérabilité, parentalité, prévention et périnatalité

ABSTRACT

The SIPPE program has been designed to address risk factors and promote protective practices, through early and intensive intervention for preschool children and their parents. However, the applicability of the eligibility criteria of the SIPPE Program for refugee and immigrant mothers remains unclear. The present study explores the perception of these criteria by mental health and psychosocial professionals. A total of 17 individual interviews and three focus groups were conducted with 32 professionals from two CSSS in the Montreal (whose area serves mostly immigrant populations). The qualitative analysis performed with the NVivo software highlights that participants perceive some of the existing criteria to be inadequate for accurately identifying vulnerable refugee or immigrant mothers. Difficulties identified by participants are related to the systematic use of strict administrative criteria, created for non-immigrant mothers, to determine the eligibility of immigrant and refugee mothers. Furthermore, participants perceived that administrative constraints within the SIPPE program impacted on how frequently clinical judgement was used as a basis for decision-making. Recommendations are presented which are in favour of facilitating SIPPE access in accordance with evidence-based studies on the existing variety and specificity of vulnerabilities among immigrants and refugees.

Key words: immigration, vulnerability, parenthood, prevention and perinatality

1. INTRODUCTION

Selon les projections démographiques de Statistique Canada (2016), d'ici 2030, au moins une personne sur quatre résidant au Canada sera née à l'étranger et environ trois Canadiens sur dix seront issus d'une minorité visible. Actuellement, la population canadienne est composée de 20 % d'immigrants, dont 4 % de nouveaux immigrants, établis au pays depuis moins de 5 ans (Statistique Canada, 2016). Les écrits touchant à la parentalité en contexte d'immigration identifient l'existence de facteurs de risque propres au fait migratoire, et d'autres qui émergent en lien avec la réalité migratoire ou les défis découlant de l'insertion sociale dans la société d'accueil. En effet, plusieurs familles immigrantes se retrouvent confrontées à de nombreux défis et obstacles systémiques pour pourvoir à leurs besoins, notamment les problèmes d'insertion sur le marché du travail, la discrimination, la pauvreté, les problèmes de santé physique et mentale ainsi que le manque d'accès au logement (Barn, 2006; Dufour *et al.*, 2012; Mitchell et Cropanzano, 2005). L'adversité liée aux conditions de vie d'immigration et à l'insertion sociale influence directement l'exercice du rôle parental à plusieurs égards, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur le développement et l'adaptation psychosociale de l'enfant (MSSS, 2004a; Vatz Laaroussi et Besson, 2008).

1.1 Vulnérabilité parentale en contexte migratoire

Cette étude s'intéresse plus particulièrement à la vulnérabilité associée à la période périnatale² et survenant en contexte migratoire. La notion de vulnérabilité sera abordée dans la perspective du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979, 1986). Celui-ci s'appuie sur l'idée que l'organisation sociale dans laquelle le système familial s'inscrit influence le développement de chacun de ses membres (Bronfenbrenner, 1979, 1986).

² Qui couvre la période allant de la grossesse jusqu'à la première année de vie de l'enfant.

Ce modèle conçoit l'intervention de façon systémique, en partant du principe qu'au-delà des compétences parentales, le développement de l'enfant dépend d'une multitude de facteurs : individuels, familiaux, environnementaux.

Les écrits documentent que la période entourant la naissance d'un enfant s'accompagne d'un risque accru pour le bébé et la future mère d'éprouver différentes formes de vulnérabilité lesquelles peuvent se répercuter sur l'exercice du rôle parental (Brotherson, 2007; Castel *et al.*, 2008; de Montigny *et al.*, 2010; Leahy-Warren *et al.*, 2011; Lessick *et al.*, 1992; Rogers, 1997; Wilkins, 2006). Par ailleurs, la vulnérabilité en période périnatale peut aussi être exacerbée par certaines circonstances de vie, dont celles découlant de l'expérience migratoire. Les écrits documentent les facteurs de risque spécifiques aux mères immigrantes et réfugiées (Bernard, 2008; Liebkind, 1996; Penrose, 2002; Wade *et al.*, 2005), ainsi que leurs incidences sur les conditions d'exercices de la parentalité (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a, 2002b).

Les travaux précurseurs de Battaglini et ses collègues (2000, 2002a, 2002b), qui portent sur les services de périnatalité offerts aux familles immigrantes, mettent en lumière la spécificité de la vulnérabilité en contexte migratoire, comparativement à celle observée chez les mères nées au Québec. Notamment, ces auteurs constatent que plusieurs mères immigrantes sont multipares et plus âgées que les mères blanches et nord-américaines, et que plusieurs d'entre elles sont détentrices d'un diplôme collégial ou universitaire (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a, 2002b). Parmi les facteurs de risque identifiés dans les écrits scientifiques, on retrouve notamment la diversité des trajectoires migratoires, étant donné leurs impacts potentiels sur la vulnérabilité émotionnelle et la santé physique des parents, surtout dans les cas de parcours migratoires traumatiques survenant dans un contexte de guerre ou de persécution, ou conséquents au besoin de fuir une catastrophe naturelle (Chicoine *et al.*, 1997; Massé, 1995; Renaud *et al.*, 2004; Rousseau *et al.*, 1997, 2003). Ces parcours sont souvent associés à la perte ou à la diminution significative du réseau de soutien préalable à l'immigration, ils contribuent

au sentiment d'isolement social et aux autres souffrances affectives (Liebkind, 1996; Bibeau *et al.*, 1992). Leur potentiel traumatique augmente aussi le risque d'éclosion de symptômes divers (stress post-traumatique et autres mécanismes) (Okitikpi et Aymer, 2003, p. 218).

Par ailleurs, ces parcours traumatiques s'accompagnent pour plusieurs d'un statut précaire une fois arrivées dans le pays d'accueil. Les écrits documentent l'incidence des statuts migratoires précaires, dont ceux de réfugiés ou de demandeurs d'asile, sur l'élévation du risque de vulnérabilité chez les mères immigrantes est documenté par certains auteurs (Hassan *et al.*, 2011; Bernard, 2008; Penrose, 2002; Wade *et al.*, 2005). Les démarches encourues pour régulariser ces statuts précaires nécessitent souvent un long temps d'attente, ce qui contribue à maintenir ces familles dans une situation précaire financièrement (Wiese et Burhorst, 2007), en plus de générer de l'incertitude face à l'avenir (Van der Veer, 1998).

Les écrits documentent que la précarité des conditions de vie interfère avec l'exercice du rôle parental (Bernard, 2008; Penrose, 2002; Wade *et al.*, 2005). La persistance dans le temps de conditions de vie précaires pour ces familles immigrantes s'accompagne ainsi d'un risque plus élevé de conséquences psychologiques et sociales à moyen et long termes, tant pour les individus que pour leurs familles (Duval, 1991; Legault, 2000; Moro, 1994, 1999, 2002; MSSS, 2004a, 2008b, 2016). Selon Battaglini *et al.* (2002a), la présence d'un réseau de soutien dans le pays d'accueil favorise le sentiment de mieux-être du parent. À l'inverse, l'absence de soutien augmente le sentiment d'isolement social et la souffrance affective.

Par ailleurs, il est désormais connu que la population immigrante fait partie des groupes plus vulnérables parmi l'ensemble de la population, et que les immigrants n'ont pas toujours accès aux services de santé (ASSSM, 2014). L'aplanissement des barrières systémiques faisant obstacle à l'insertion sociale de sa population immigrante doit faire

partie des priorités de toute société moderne qui aspire à des valeurs d'égalité et d'équité sociales. À ce titre, le rapport publié par l'Organisation mondiale de la santé (2013) réitère le rôle crucial des pays pour évaluer et optimiser l'efficacité de leurs structures d'accueil, de manière à assurer à leur population immigrante des conditions de vie propices à leur insertion sociale.

Au vu de ce qui précède, il apparaît crucial de s'attarder aux programmes préventifs en périnatalité ciblant les jeunes familles en situation de grande vulnérabilité, pour mieux comprendre l'accès aux services disponibles pour les familles les plus vulnérables. L'accès des immigrants aux services de santé offerts aux citoyens soulève la question de l'équité et de l'égalité, deux principes fondateurs des sociétés modernes. Cette étude se penche spécifiquement sur le programme préventif en périnatalité des Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE), implanté au début des années 2000, qui offre aux familles en situation de grande vulnérabilité psychosociale, une intervention intensive et de longue durée.

1.2 Le programme SIPPE et les autres programmes de prévention en périnatalité

Il existe plusieurs programmes de prévention et d'intervention ciblant les difficultés parentales et les conséquences qui y sont associées sur le développement et la sécurité de l'enfant. Les données probantes confirment que les programmes de visites à domicile par une infirmière ou un professionnel de la santé et des services sociaux sont efficaces et qu'ils contribuent significativement à améliorer les capacités parentales et le bilan développemental de l'enfant ainsi qu'à réduire le stress parental (Barlow *et al.*, 2006; Hassan *et al.*, 2011; MacMillan et Groupe canadien d'études sur les soins de santé préventifs, 2000; Mikton et Butchart, 2009; Olds et Kitzman, 1997; Pottie *et al.*, 2011).

Dans les trente dernières années, un nombre considérable d'études menées aux États-Unis ont démontré par des données probantes l'efficacité des programmes d'intervention par des infirmières à domicile (NFP). Jusqu'à ce jour, cependant, très peu d'études ont été menées auprès de la population canadienne. Les travaux récents de MacMillan (2013), réalisés en Ontario et en Colombie-Britannique, se penchent sur l'évaluation de l'efficacité de ces programmes auprès de la population canadienne.

Au Québec, le programme SIPPE, implanté au début des années 2000, cible les familles vivant en contexte de vulnérabilité (MSSS, 2003, 2004a)³; ce programme offre des services multidisciplinaires aux familles démunies en ce qui a trait aux causes systémiques perpétuant les inégalités en santé. L'évaluation de l'implantation des SIPPE a été documentée dans une série de rapports (Desrochers et Clapperton, 2007; Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE, 2010). Plus récemment, l'étude menée par Gendron *et al.* (2014) porte sur l'actualisation du programme.

1.3 Le processus d'admissibilité aux SIPPE

Les demandes de services proviennent de diverses sources (références du CLSC, avis de naissance, médecins, etc.). Au moment de la collecte de données pour la présente étude, les deux critères d'admissibilité retenus étaient : 1) le jeune âge de la mère (moins de 20 ans au moment de la grossesse, de la naissance de l'enfant ou de l'inscription au programme) et 2) l'extrême pauvreté⁴, telle que définie par la sous-scolarisation des mères et un revenu se situant sous le seuil du faible revenu établi par Statistique Canada (Lepage et Schoonbroodt, 2006; MSSS, 2004a). Ces critères furent déterminés à partir d'études menées auprès de populations blanches et nord-

³ Pour des informations détaillées sur la nature et les composantes des interventions individualisées et de milieu, consulter le document-cadre de référence des SIPPE publié par le MSSS (2004a).

⁴ « Le concept d'extrême pauvreté fait davantage référence à l'ampleur des problèmes liés à la pauvreté et à leur persistance dans le temps qu'à un indicateur particulier » (MSSS, 2005, p.13).

américaines (voir Battaglini *et al.*, 2000; Lepage et Schoonbroodt, 2006; Desrochers et Clapperton, 2007; Hassan *et al.*, 2011; Pampalon, Gamache et Hamel, 2010; Pottie *et al.*, 2011; Therrien et Mattie, 2011; Gendron *et al.*, 2014). Concernant ces populations, ces mêmes études tendent à suggérer que les deux principaux critères des SIPPE pour identifier les familles en difficulté sont valides – c'est-à-dire qu'ils permettraient de rejoindre une proportion considérable des familles qui requièrent des interventions spécifiques et un soutien en pratiques parentales pour le développement de l'enfant.

Faisant suite aux travaux réalisés par Battaglini et ses collègues (2000, 2002a, 2002b) sur les services de périnatalité à l'origine des SIPPE, qui concluaient à l'existence d'une discordance entre la vulnérabilité réelle des mères immigrantes et celle évaluée par les critères axés sur le jeune âge et la sous-scolarisation, certains ajustements ont été apportés au programme (MSSS, 2004a) pour tenir compte de la diversité ethnoculturelle des familles montréalaises. En particulier, il y a eu la reconnaissance de l'immigration comme critère d'admissibilité lors de la publication du cadre de référence (MSSS, 2004a), suivie de la confection d'un guide diffusé (MSSS, 2005) qui aborde chacun des aspects et des composantes des SIPPE et les interprète à la lumière du contexte migratoire. En plus de sensibiliser les intervenants SIPPE à la vulnérabilité spécifique des mères en contexte d'immigration récente, ce guide leur offre des repères pour l'identifier, fournissant ainsi une documentation conforme aux travaux jusqu'alors publiés sur les facteurs de risque associés à cette population (Bernard, 2008; Liebkind, 1996; Penrose, 2002; Wade *et al.*, 2005).

L'utilisation du critère de l'immigration récente pour admettre une mère immigrante au programme requiert cependant de l'intervenant qu'il exerce son jugement clinique (MSSS, 2004a). Toutefois, et contrairement à ce qui prévaut lors du recours aux critères officiels, les repères entourant l'exercice du jugement clinique pour accepter ou refuser une mère issue de l'immigration ne sont pas clairement établis.

À la suite d'une étude empirique sur les données probantes, la Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés (Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health [CCIRH]), insiste sur le risque d'une transposition automatique des facteurs de vulnérabilité à un groupe de la population distinct de celui pour lequel ils ont été sélectionnés (Geller et Siddiqui, 2011; Hassan *et al.*, 2011; Pottie *et al.*, 2011). La mésinterprétation des conditions de vulnérabilité et des problématiques liées à des conditions de vie difficiles est, à cet égard, l'un des facteurs déterminants dans l'accès inégal aux services de santé observé auprès des familles immigrantes ou réfugiées (Pottie *et al.*, 2011). Ainsi, le CCIRH recommande 1) l'adaptation des programmes de visites à domicile par un professionnel de la santé aux caractéristiques et vulnérabilités spécifiques des familles immigrantes ou réfugiées; et 2) l'évaluation de leur efficacité.

Ainsi, malgré leur pertinence et leur validité empirique auprès des mères blanches et nord-américaines (Pampalon *et al.*, 2010), l'utilisation des critères d'admissibilité actuels auprès des mères immigrantes et réfugiées soulève le risque qu'elles soient exclues du programme parce qu'elles ne correspondent pas aux dits facteurs officiels (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a; Hassan *et al.*, 2011; Pottie *et al.*, 2011). Or, à ce jour, les critères d'admissibilités aux SIPPE n'ont pas été examinés attentivement, de manière à documenter la question de l'accessibilité équitable au programme pour les mères immigrantes et réfugiées vulnérables. À la lumière des travaux publiés jusqu'alors sur les facteurs de risque associés à cette population (Bernard, 2008; Liebkind, 1996; Penrose, 2002; Wade *et al.*, 2005), il est impératif de s'attarder à cette question de la pertinence des critères administratifs actuels pour admettre une mère immigrante ou réfugiée au programme. Donc, le problème soulevé par le choix actuel des critères d'admissibilité quant au risque d'inéquité dans l'accès aux SIPPE pour les familles immigrantes reste entier.

À la lumière de ces informations, il s'avère crucial de documenter le bien-fondé des critères actuels pour déterminer l'admissibilité des familles immigrantes au programme SIPPE. C'est ce que vise cette étude, en se penchant sur la question de l'accessibilité au programme SIPPE pour la population immigrante à partir du point de vue des intervenants. Leur position privilégiée d'acteurs sur le terrain leur permet de fournir des informations riches et détaillées sur les situations de vulnérabilité rencontrées auprès de ces familles, et d'émettre leurs opinions quant à l'efficacité des critères actuels pour identifier la vulnérabilité des mères suite à l'immigration.

Par une description qualitative des perceptions des intervenants quant aux critères actuels lorsqu'il s'agit d'évaluer la vulnérabilité des mères immigrantes ou réfugiées, les résultats de cette étude peuvent favoriser un travail de conscientisation chez les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'auprès des décideurs politiques, quant aux facteurs qui influencent la décision d'accepter ou non ces mères au programme SIPPE.

Les deux objectifs de l'étude sont les suivants : 1) explorer le point de vue d'intervenants quant à la pertinence des critères SIPPE actuels pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables; 2) documenter les recommandations d'intervenants pour améliorer les critères d'admissibilité aux SIPPE, s'il y a lieu.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Échantillon et recrutement

Pour être admissibles à l'étude⁵, les intervenants devaient faire partie de l'équipe SIPPE ou avoir effectué des interventions de type SIPPE. Aucune variable liée aux intervenants n'a été contrôlée (âge, sexe, années d'expérience, etc.). Le recrutement des participantes s'est fait par l'envoi d'une annonce expliquant le projet de recherche aux chefs de service de six Centres locaux de services communautaires (CLSC) de Montréal appartenant à deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) desservant une population majoritairement immigrante. La participation requise pour ce projet pilote consistait en une entrevue individuelle et/ou en un *focus group*. Préalablement à l'entrevue individuelle et au *focus group*, les participantes devaient signer un formulaire de consentement éclairé.

L'échantillon total comporte 32 participantes⁶ (réparties dans les 17 entrevues individuelles et 3 *focus groups*), toutes de sexe féminin et répondant aux profils professionnels suivants : travailleuses sociales, infirmières et nutritionnistes. Ces intervenantes cumulaient plusieurs années d'expérience d'intervention en contexte multiethnique. Leurs connaissances et expériences de terrain font en sorte qu'elles étaient en mesure de nous fournir de riches renseignements sur l'évolution du programme, sur la pertinence des critères de sélection et sur les défis de l'intervention auprès des familles immigrantes dans le cadre des SIPPE.

⁵ Le projet a reçu l'approbation du comité éthique de la recherche (CÉR) de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) en date du 19 décembre 2012, ainsi qu'une attestation de recherche de deux CSSS participant à la collecte de données. Les étapes de la démarche d'autorisation pour l'analyse secondaire des données sont détaillées dans l'Annexe C.

⁶ Les 17 intervenantes rencontrées individuellement œuvrent auprès de familles immigrantes en situation de vulnérabilité dans le cadre du programme SIPPE et du programme « Enfance Famille Jeunesse ».

2.2 Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée en deux temps. Pour le premier CSSS (collecte de septembre 2012 à janvier 2013), un total de 9 entrevues individuelles a été réalisé, ainsi qu'un *focus group* avec l'équipe SIPPE regroupant 8 intervenantes. Pour le second CSSS (collecte de mai à juillet 2013), il s'agissait de 8 entrevues individuelles et de deux *focus groups*, l'un avec l'équipe du programme SIPPE regroupant 9 participantes et l'autre avec 3 intervenantes œuvrant dans un programme régulier de périnatalité. La durée des entrevues individuelles variait entre 60 et 90 minutes, et celle des *focus groups* était d'environ 120 minutes.

Initialement, les *focus groups* devaient avoir lieu avant d'entamer les entrevues individuelles. Pour des raisons pratiques, il a fallu renverser cet ordre dans les deux CSSS. Puisqu'aucune différence significative n'est ressortie suite à la lecture préliminaire des entrevues, toutes catégories confondues, l'ensemble du corpus (individuel et *focus groups*) a été regroupé pour la construction d'un seul arbre thématique.

2.3 Gestion des données

Les données ont été recueillies sur support numérique lors des entrevues individuelles et des *focus groups*. Pendant la transcription, les données d'entrevues ont été anonymisées puis importées dans le logiciel NVivo 10. L'utilisation de ce logiciel a permis de suivre rigoureusement le processus de recherche et d'accroître ainsi le caractère vérifiable et la crédibilité des constatations. Seuls les membres de l'équipe de recherche avaient accès aux transcriptions numériques des entrevues individuelles et des *focus groups*, ainsi qu'aux données importées sur NVivo.

2.4 Entrevues et analyses

Pour mieux apprécier et comprendre les expériences et les points de vue des professionnels du milieu des services sociaux (CLSC), les questions d'entrevue ont été élaborées en fonction des caractéristiques des participantes (intervenantes en CLSC de divers horizons) et des questions de recherche. Les grilles des entrevues individuelles et des *focus groups* ont été construites suite à des discussions du comité de recherche avec les collaborateurs⁷ de ce projet pilote.

Lors des *focus groups* et des entrevues individuelles, les thématiques abordées avec les participantes étaient les suivantes : 1) les perceptions générales des intervenantes par rapport aux SIPPE; 2) les perceptions générales des familles immigrantes desservies par les SIPPE; 3) les critères de sélection utilisés pour référer ou non une famille immigrante récente aux SIPPE; 4) l'accès et la rétention des familles au sein du programme SIPPE.

L'ensemble des entrevues individuelles et des *focus groups* ont ensuite été analysés avec la méthode qualitative de Paillé et Mucchielli (2012), à l'aide du logiciel NVivo10. Ainsi, une analyse thématique verticale s'est faite pour chaque entrevue, toutes catégories confondues, suivie d'une analyse transversale⁸ (comparative entre entrevues et deux milieux) du corpus qui s'est faite en quatre étapes successives (attribution de thèmes, inventaires, modifications et regroupements) permettant une thématization de plus en plus efficace, avec des thèmes de plus en plus stables et hiérarchisés. Les deux objectifs généraux de la recherche ont guidé la thématization et l'attribution des thèmes pertinents pour l'étude.

⁷ Intervenantes, chefs de programme et gestionnaires des CSSS.

⁸ L'analyse transversale des entrevues individuelles et des *focus groups* visait à comparer les milieux respectifs en fonction des équipes d'appartenance (programme SIPPE exclusif c. programmes SIPPE et régulier) et des secteurs (CLSC).

Étape 1 : Sur les 17 entrevues individuelles, une première entrevue sélectionnée au hasard a été analysée en groupe par trois doctorantes. Les thèmes alors relevés ont constitué les prémisses de l'arbre thématique. Cette première étape a été effectuée en demeurant le plus près possible des propos des participantes. Un accord interjuges a été conclu afin de confirmer l'objectivité du travail d'identification des thèmes ainsi que sa précision.

Étape 2 : Trois autres entrevues (également sélectionnées au hasard) ont été analysées individuellement, puis un accord interjuges a été conclu en équipes de deux (chacune des analystes avait deux entrevues à analyser et à comparer avec les entrevues d'une autre analyste). L'accord interjuges a permis de confirmer l'objectivité du travail d'identification des thèmes pertinents ainsi que sa précision. Une rencontre subséquente a eu lieu avec la directrice de recherche, madame Hassan, pour discuter des nœuds créés. L'analyse de ces quatre premières entrevues a permis de réaliser un arbre thématique afin de synthétiser les nombreux thèmes ayant été relevés au cours de cette première analyse (Paillé et Mucchielli, 2012).

Étape 3 : L'analyse individuelle des 16 autres entrevues a permis d'enrichir l'arbre thématique. Toujours lors de l'analyse thématique, mais dans un deuxième temps, les thèmes recoupés ont été analysés afin de vérifier ceux qui se répétaient, se complétaient ou s'opposaient. Les thèmes ont alors été positionnés ou regroupés sur des axes thématiques, des rubriques, ou suivant des sous-thèmes en fonction de leurs interrelations. Une révision des 17 entrevues individuelles et des 2 *focus groups* a ensuite été réalisée à partir des nouveaux nœuds de l'arbre thématique. Par la suite, une analyse transversale comparative portant sur les 20 entrevues (17 individuelles et 3 *focus groups*) a permis de relever ce que les expériences et les vécus des intervenantes des deux sites avaient de commun et de différent, d'une part, ainsi que d'identifier les besoins spécifiques aux milieux et aux équipes locales, d'autre part.

Étape 4 : L'analyse des grands nœuds par regroupements théoriques (Paillé et Mucchielli, 2012), menée par deux doctorantes à partir de l'arbre thématique final, a permis une analyse interprétative du discours ainsi que l'établissement de liens avec les connaissances théoriques et empiriques existantes.

La rigueur méthodologique de l'analyse qualitative a été assurée au moyen de plusieurs stratégies. D'abord, le recours à un accord interjuges permet d'accroître l'objectivité et la précision du travail d'identification des thèmes. Ensuite, la méthode d'analyse séquencée (Paillé et Mucchielli, 2012) génère des thèmes particulièrement fidèles aux propos des participantes. Finalement, le recours à deux sources de données (entrevues individuelles et *focus groups*) enrichit l'analyse qualitative en permettant entre autres la comparaison de variables (équipe SIPPE c. équipe multiprogramme; expériences et connaissances de l'intervenant; soutien clinique disponible; clientèle; culture organisationnelle locale [CLSC], etc.).

Cette approche méthodologique nous a permis de recueillir un nombre important d'informations sur les critères d'admissibilité aux SIPPE, d'une part, et sur l'intervention SIPPE en contexte multiethnique, d'autre part. Dans ce qui suit, nous présentons nos résultats quant aux critères.

3. RÉSULTATS

3.1 Le point de vue des intervenantes quant à la pertinence des critères SIPPE actuels pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables

Ce premier objectif est abordé en deux temps. D'abord 1) par l'exploration de la connaissance qu'ont les intervenantes de ces critères, puis 2) par la compilation de leurs

perceptions quant à l'adéquation de ces critères pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables.

3.1.1 La connaissance des intervenantes quant aux critères actuels d'admissibilité au programme SIPPE

Critères d'admissibilité et facteurs de vulnérabilité

Les participantes identifient clairement les deux critères administratifs de qualification aux SIPPE, à savoir le jeune âge de la mère (moins de 20 ans) et l'extrême pauvreté (revenu sous le seuil de la pauvreté et faible scolarité [secondaire 5 non complété]), respectivement désignés par plusieurs sous les appellations SIPPE 1 et SIPPE 2.

En plus de ces deux critères administratifs, nos participantes décrivent aussi d'autres situations de vulnérabilité par cumul de facteurs de risque prévues dans le cadre de référence (MSSS, 2004a). Parmi les situations par cumul de facteurs de risque les plus souvent nommées lors des *focus group*, on relève : « *les problèmes de santé mentale...* », « *[avoir] plusieurs enfants en bas âge* », « *[les situations] d'abus et de violence conjugale...* » et « *l'immigration récente* ».

En ce qui a trait à l'immigration récente, les propos des participantes démontrent une connaissance assez juste des situations de vulnérabilité rencontrées auprès de ces familles. En guise d'exemple, une intervenante précise : « *... moins de 5 ans, les demandeurs d'asile, les sans-papiers... un parcours traumatique [celles qui ont été] violées [ou] persécutées dans leur pays. Alors ça, c'est les critères d'admissibilité pour les familles immigrantes dans les SIPPE* ».

Lors des *focus groups*, les propos des intervenantes traduisent une utilisation variable de ce critère de l'immigration. L'analyse transversale des 20 entrevues réalisées (toutes catégories confondues) fait ressortir une utilisation plus fréquente du critère de

l'immigration récente lorsque l'intervenante provient d'une équipe SIPPE. À l'inverse, ce recours semble correspondre à une pratique d'exception pour celles rattachées à une équipe de périnatalité. En dépit de cette variabilité relevée parmi les équipes, la majorité des participantes considèrent que ce critère reste hautement pertinent pour les secteurs desservant une clientèle immigrante.

Les détails fournis par les participantes à propos des défis rencontrés lors de l'évaluation de la vulnérabilité d'une mère témoignent de leurs connaissances de la diversité et de la complexité des situations rencontrées sur le terrain. Cette connaissance de la complexité des situations de vulnérabilité les amène à privilégier une évaluation au cas par cas, plutôt qu'une application systématique des critères administratifs.

Le tableau 1 expose les facteurs de risque spécifiques à l'immigration qui ont été identifiés par les participantes lors des entrevues. Ces facteurs sont regroupés en fonction de trois temps distincts, à savoir, le vécu pré-migratoire, le parcours migratoire et le vécu post-migratoire.

Tableau 1 : Facteurs de vulnérabilité pris en compte pour déterminer l'admissibilité des mères immigrantes et réfugiées aux SIPPE

Conditions de vie pré-migratoires	Conditions entourant l'immigration	Conditions post-migratoires
-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Histoire familiale • Statut social (niv. d'éducation atteint) • Réseau familial et social • Indices de traumatismes, persécution • Motifs à la base du projet migratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Statut migratoire à l'arrivée • Nbr d'enfants : primipare/multipare • Conditions ayant motivé l'immigration • Indices de traumatismes associés à la migration 	<ul style="list-style-type: none"> • Statut migratoire à l'arrivée • Langues parlées : Français/anglais/autres • Âge : >30 ans • Présence/absence de réseau de soutien • Valeurs et normes sociales • Statut socioéconomique • Déqualification professionnelle
--	--	--

Le statut du critère de l'« immigration récente »

Sur la question visant à leur faire préciser l'utilisation contemporaine du critère de l'immigration récente, on relève une certaine ambiguïté dans les propos tenus par les intervenantes lors des *focus groups*.

En guise d'explication de la pratique actuelle entourant le recours au critère de l'immigration récente, certaines réfèrent au changement survenu il y a quelques années au sein de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSSM) de Montréal, lequel touche à la gestion administrative des critères officiels. Ainsi, en dépit du fait que l'utilisation de ce critère soit soutenue et encouragée par le cadre de référence du programme (MSSS, 2005) et dans le *Guide d'intervention auprès des familles immigrantes récentes* (Durand *et al.*, 2007), les propos tenus par les participantes lors des entrevues témoignent d'un revirement dans la gestion administrative des critères d'admissibilité au programme, en faveur d'une application systématique des critères officiels. L'une d'elles commente ce changement : « *un moment donné, le critère*

immigration, parcours migratoire difficile [ne] comptait plus. Le critère de base, c'était la faible scolarité, faible revenu ».

Lors des *focus groups*, malgré nos efforts pour amener les participantes à clarifier les circonstances entourant le changement de pratique concernant les critères, certaines questions sont restées sans réponse. Il se peut que le contexte de groupe ait contribué à cette difficulté d'obtenir plus de précisions. À cet effet, les entrevues individuelles ont permis d'obtenir certaines précisions. Les propos tenus par chacune lors des entrevues individuelles appuient l'existence d'un revirement de directives, au sein de l'institution du programme. Une participante témoigne : « *quand je suis arrivée, il y avait eu des consignes que la porte était fermée complètement [quant au critère de l'immigration récente], puis qu'on ne prenait que ceux qui répondaient aux critères [officiels]* ». Il est possible de délimiter de façon approximative la période entourant ce changement de politique interne face à la gestion des critères, mais sans plus.

Dans la pratique, ce revirement a plusieurs conséquences. Pour les intervenantes desservant une clientèle majoritairement immigrante, cela leur occasionne une pression additionnelle au moment de décider de l'admissibilité d'une mère immigrante. À cet effet, plusieurs disent ressentir une pression de la part des gestionnaires locaux et régionaux pour qu'elles privilégient les critères officiels lors de l'admissibilité d'une mère. Pour nos participantes rattachées à des secteurs dont la clientèle est majoritairement immigrante, cette pression soulève un profond malaise face à l'application systématique des critères officiels, sans égard aux facteurs de risque spécifiques aux mères immigrantes. Sur le plan éthique, certaines vont même jusqu'à souligner qu'une telle application stricte des critères en dépit des caractéristiques spécifiques des familles desservies va à l'encontre des données probantes sur les facteurs de risque associés à l'immigration récente.

Bien qu'une majorité de participantes pensent que les besoins des familles immigrantes sont trop importants pour ne pas en tenir compte et s'en tenir aux seuls critères officiels, le resserrement dans la gestion administrative en rend certaines frileuses. D'ailleurs, lorsqu'elles sont questionnées sur la fréquence du recours au critère de l'immigration récente, pour admettre une mère immigrante au programme, leurs propos témoignent de l'inconfort qui accompagne ces décisions.

Selon l'équipe et le secteur, apparaît une certaine variabilité dans le choix de recourir ou non au jugement clinique pour décider de l'acceptation d'une mère immigrante au programme. À cet effet, les *focus groups* font ressortir un certain malaise à l'égard de cette politique interne et des répercussions possibles sur l'accessibilité au programme pour des mères en situation de grande vulnérabilité.

Alors que certaines privilégient le conformisme par souci de ne pas déroger aux exigences administratives, d'autres confient qu'elles s'en écartent pour mieux tenir compte de la vulnérabilité réelle et spécifique des mères immigrantes. Le choix de se conformer aux exigences administratives face aux critères de sélection découle en grande partie de la pression qui accompagne le choix de s'écarter de la norme de l'institution. Par souci d'éviter d'être questionnées et d'avoir à justifier leurs décisions par jugement clinique, certaines intervenantes vont donc s'en tenir aux normes établies.

On relève aussi quelques intervenantes plus hésitantes à commenter leurs pratiques. Certaines restent silencieuses ou acquiescent par moments avec un signe de la tête, en direction de celles qui s'en tiennent généralement aux normes. Quelques-unes affirment s'en tenir aux directives et leurs propos témoignent du fait que le recours au critère de l'immigration récente relève plutôt d'une pratique d'« exception ». En guise d'exemple, une participante affirme pour sa part : « *moi non, je n'ai pas [référé de clients qui ne correspondaient pas aux critères officiels], non. C'était toujours les critères officiels de niveau d'éducation, pauvreté extrême* ». Pour celles qui se disent

conformistes à la lettre, il se peut que leurs propos traduisent un malaise plus général à parler d'une pratique déviante en présence de collègues lors de *focus groups*.

Pour celles qui affirment continuer de recourir au critère de l'immigration récente malgré les directives, leurs propos témoignent de la lourdeur désormais associée à la prise de décision à partir du jugement clinique. En effet, parmi celles qui décident de recourir au critère de l'immigration récente, ce choix les amène désormais à rechercher de façon systématique la validation auprès de collègues et de leurs supérieurs immédiats. Ainsi, tout en continuant d'y recourir pour répondre aux besoins des familles desservies, ces intervenantes s'exposent davantage aux questionnements et remises en question de leurs décisions cliniques. Pour certaines, ces remises en question font ressortir le sentiment de ne pas être compétente ou de ne pas disposer de la pleine autonomie professionnelle pour déterminer si, cliniquement, une mère devrait ou non bénéficier du programme.

3.2 La perception des intervenantes quant à l'efficacité des critères actuels pour identifier les mères immigrantes vulnérables

3.2.1 Une vulnérabilité qui dépasse les deux critères d'admissibilité

Les propos des participantes témoignent de leur compréhension du concept de vulnérabilité comme découlant de multiples facteurs. Les participantes distinguent clairement les situations de vulnérabilité correspondant aux critères administratifs, de celles découlant de l'immigration récente, qui s'accompagnent souvent d'un cumul de facteurs de risque. Une intervenante donne l'exemple suivant : « *un père de famille [...] qui vit beaucoup de stress et qui est confronté à une culture différente, c'est tout un contexte, je pense que c'est plusieurs facteurs mis ensemble* ». Compte tenu de ce qui précède, nos participantes expriment un inconfort face au type actuel de gestion des

critères, qui leur met une pression pour utiliser les critères officiels pour accepter une mère au programme. En effet, plusieurs ont le sentiment que ce type de gestion ne tient pas compte des particularités de la clientèle desservie. Plusieurs vont donc privilégier de prendre le temps nécessaire pour aller évaluer sur le terrain la vulnérabilité réelle d'une mère.

Ainsi, l'application systématique des critères actuels sans tenir compte des autres facteurs de risque et du contexte fait naître des critiques parmi les participantes. Entre autres, certaines soulèvent le risque qu'une application stricte des critères puisse avoir pour effet de restreindre l'admissibilité d'une mère au programme, en dépit d'une vulnérabilité réelle et requérant les services SIPPE. En effet, certaines mères, malgré une vulnérabilité réelle, se font refuser l'accès parce qu'elles ne se qualifient pas en fonction des critères prédéfinis. À l'inverse, d'autres mères peuvent être acceptées au programme en fonction d'un seul critère, mais sans présenter de vulnérabilité réelle. Une intervenante commente : « *on peut se retrouver à accepter les mamans qui n'ont pas leur secondaire cinq [...], mais ce sont des mamans qui ont la capacité [...] de se débrouiller [...], qui sont bien intégrées [...] et, techniquement, elles n'auraient pas besoin de SIPPE* ». Ainsi, l'acceptation systématique en fonction du jeune âge pose le risque d'attribuer des places dans le programme à certaines, au détriment d'autres mères ayant véritablement besoin des services SIPPE : « *on accepte celles qui n'en ont pas vraiment besoin puis on dit non à celles qui en auraient besoin sur le moment* ».

Selon les intervenantes, l'application stricte du critère de la faible scolarisation soulève un risque de discrimination face aux mères immigrantes, étant donné que plusieurs d'entre elles possèdent un diplôme attestant plus de 12 années d'études. En guise d'exemple, une participante explique : « *... faible revenu, aucun problème [...] faible scolarité... on avait beaucoup de difficulté avec ça, parce qu'on voyait beaucoup de clientèles d'immigration récente, parcours migratoire difficile, mais avec une scolarité plus élevée qu'un secondaire 5, et qui en arrachaient énormément ici* ». Ainsi, certaines

remettent en question le fait que la faible scolarité puisse avoir un poids déterminant face aux situations de vulnérabilité découlant d'un cumul de facteurs. En guise d'exemple, une intervenante commente : « ... *je ne suis pas sûre que la scolarité est celui qui vient en haut de la liste pour les femmes immigrantes* ».

Les intervenantes sont d'avis que certaines mères immigrantes, bien qu'ayant une vulnérabilité réelle, ne se qualifieront pas en fonction de l'un des deux critères d'admissibilité au programme : « ... *avec seulement avec ces critères-là, il y en a beaucoup qui nous échappent* ». À cet effet, des inquiétudes sont soulevées par certaines quant au fait qu'une gestion administrative ayant tendance à appliquer de façon stricte les critères officiels risque de bloquer l'accès au programme pour les mères immigrantes.

3.2.2 Le repérage de la vulnérabilité des familles immigrantes

La priorisation des critères officiels se répercute également sur les familles qui sont orientées vers le programme SIPPE lors de l'entrevue à l'accueil. À ce titre, certaines intervenantes soulignent que, par le passé, les entrevues initiales au téléphone tenaient compte du critère de l'immigration récente, ce qui fut délaissé suite à un changement dans la politique administrative. Ce changement d'orientation dans la gestion des critères administratifs se répercute également sur la formation des intervenants et le type d'entrevue réalisé lors de l'accueil afin de repérer les familles et les orienter vers les bons services. Même si elles ne disposent pas de chiffres à l'appui, certaines disent avoir constaté une diminution du nombre des familles immigrantes dirigées vers le programme. Des inquiétudes sont soulevées quant au risque que ces familles immigrantes passent entre les mailles du filet, que leurs besoins SIPPE ne soient pas repérés par l'intervenante de l'accueil et qu'elles ne puissent donc pas être dirigées vers des programmes. Par exemple : « *j'ai l'impression qu'elles ont été écartées [au triage*

à l'accueil psychosocial] à partir des critères d'éligibilité [critère du jeune âge et scolarité inférieure à 12 années] »; « quand ils arrivent à nous, ils ont déjà passé le filtre. Alors les femmes immigrantes nouvellement arrivées qui ont un secondaire 5 [...] j'ai l'impression qu'on en échappe présentement et pour qui le SIPPE serait pertinent [...] ».

Étant donné les défis pour rejoindre ces familles et identifier leurs besoins en services, plusieurs s'inquiètent du fait que ce délaissement du critère de l'immigration récente se répercute sur l'entrevue à l'accueil et l'évaluation qui sera faite des besoins des familles. Souvent, ces familles font des demandes ponctuelles qui portent sur des besoins essentiels. L'absence de critère spécifique à l'immigration augmente le risque que des mères se retrouvent écartées dès l'entrevue téléphonique faite à l'accueil. Ainsi, certaines intervenantes soulignent que, par le passé, lorsque le critère de l'immigration récente était pris en compte lors de l'entrevue faite à l'accueil, au triage, il était systématiquement investigué : *« quand il y avait ce critère, nouvelle immigrante [...], lors de l'évaluation téléphonique, c'était considéré un critère même avec un secondaire cinq de complété »*. Cette investigation était moins sujette à être influencée par l'expérience et la connaissance de l'intervenante de l'accueil quant aux situations de vulnérabilité spécifiques à l'immigration. Cela faisait d'après elles une grande différence. Ainsi, selon plusieurs, il importe que les intervenants de l'accueil soient mieux formés et outillés pour repérer les familles immigrantes vulnérables et en besoin de SIPPE. Un repérage plus rapide pourrait permettre d'orienter ces familles vers les bons services et augmenter l'efficacité de l'intervention SIPPE.

Les participantes notent en outre que le changement de politique s'accompagne d'un resserrement dans la gestion administrative. Il y a plus d'exigences et les intervenantes s'exposent à être questionnées sur leurs choix d'accepter des mères immigrantes sur la base de leur jugement clinique.

3.2.3 L'utilisation contemporaine du critère de l'immigration récente : l'admissibilité à partir du jugement clinique

Plusieurs déplorent également les conditions qui prévalent entourant l'utilisation du critère de l'immigration récente pour décider de l'éligibilité d'une mère. Étant donné que l'utilisation de ce critère n'est plus encouragée par les gestionnaires de l'ASSSM, le choix d'y recourir s'accompagne de démarches de validation additionnelles. Dans la pratique, les intervenantes sont d'avis que la Direction de santé publique (DSP) privilégie les décisions prises à partir de considérations administratives plutôt que cliniques. Certaines considèrent que les exigences administratives peuvent suffire pour dissuader d'avoir recours au jugement clinique : « *je pense qu'on ne le fait pas tout le temps [le recours au jugement clinique]* ». Donc, même si les intervenantes sont aptes et qu'elles disposent d'une certaine latitude pour accepter une mère sur la base du jugement clinique, dans les faits, cette décision revient au gestionnaire de programme : « *souvent, d'arriver en discussion de cas, c'est parce qu'y'a, la gestionnaire a accepté* ».

Certes, les intervenantes se considèrent comme suffisamment compétentes pour juger des facteurs de vulnérabilité de certaines mères, mais elles évaluent que les incertitudes qui entourent actuellement le recours au jugement clinique complexifient leur tâche. Pour y remédier, plusieurs privilégient une démarche de validation auprès de leurs collègues et de leur chef d'équipe, ce qui tend à retarder et alourdir le processus décisionnel, mais qui, en contrepartie, leur offre un appui dans leur décision. « *En fait, c'est des discussions, souvent [...] la gestionnaire va étudier la demande. Elle va décider, des fois seule, des fois avec un intervenant* ».

Ainsi, la décision d'accepter une mère immigrante sur la base du jugement clinique est habituellement prise en équipe ou par le chef de programme : « *j'en parle à [mon chef de programme]... je lui explique...* ». L'expérience du chef de programme dans les

points de services locaux s'avère être un facteur qui contribue au recours au jugement clinique parmi les intervenantes : « *il [chef de programme] est très sensible à ce qu'on lui amène en termes de vision lorsqu'on croit que ça devrait être SIPPE, habituellement, là, il va nous appuyer [dans la décision].* » Même si les intervenantes de l'équipe SIPPE disposent généralement du soutien de leur chef de programme, ils déplorent le peu d'autonomie professionnelle qui leur est octroyé par la DSP.

Par ailleurs, bien que l'absence de critères couvrant un certain nombre de situations (p. ex. : problèmes de santé mentale, signalements à la Direction de la protection de la jeunesse [DPJ], etc.) amène les intervenantes à se tourner vers leurs supérieurs immédiats, les décisions qui s'ensuivent n'entraînent pas la formulation de règles générales. « *Il faut pas que ça soit si rigide, je pense le programme SIPPE, je pense qu'il faudrait que ça soit laissé au jugement du professionnel parce qu'on a quand même toutes, on est toutes des professionnelles. On est capable de penser et de voir, cette cliente elle a vraiment besoin* ».

Le recours au jugement clinique s'accompagne ainsi de défis additionnels pour les participantes. Ainsi, pour celles appartenant à une équipe qui se consacre exclusivement au programme SIPPE, elles vont préalablement valider leur choix clinique auprès de leurs chefs de programme. Considérant que, par le passé, il leur était possible de déterminer à partir de leur jugement clinique des situations de vulnérabilité par cumul de facteurs de risque, plusieurs perçoivent ce changement d'orientation dans la politique institutionnelle comme une atteinte à leur autonomie professionnelle.

Bien que certaines affirment avoir pris, antérieurement, l'initiative de donner leur avis aux gestionnaires quant aux défis découlant des exigences administratives, par l'entremise de leur chef de programme, la plupart d'entre elles gardent l'impression de ne pas avoir été entendues.

L'opérationnalisation des critères d'admissibilité dans la pratique soulève ainsi certaines ambiguïtés. Les directives émises par la DSP ne semblent pas diffusées uniformément aux équipes. Le discours des intervenantes témoigne d'un écart entre les directives émises à l'interne⁹, qui ont pour fondement les critères administratifs du programme, et leur transposition sur le terrain. Les propos des participantes dénotent la difficulté de transposer les deux critères officiels de façon systématique pour identifier les situations de vulnérabilité dans la population générale. En guise d'exemple, une intervenante indique : « *j'en ai dans ma charge de cas des mamans qui sont universitaires, mais c'est la catastrophe, qui sont là depuis 2009, depuis 2008, théoriquement ne répondent pas aux critères, là.* »

Il s'avère difficile de préciser la fréquence à laquelle les participantes ont recours au critère de l'immigration récente. Certaines mentionnent qu'elles dévient rarement de ce qu'elles considèrent être les critères officiels :

Fait que c'est là que des fois on va faire nos petites exceptions, là. Parce que SIPPE 1, c'est vraiment clair, il faut que la mère ait en bas de 20 ans, on ne peut pas vraiment jouer là-dessus, là. Mais des fois [...] dans des cas de très (très) grande intensité de service, on va donner un cas de SIPPE 2 à quelqu'un. Ce n'est pas super courant, là. Non, parce qu'automatiquement c'est la politique, là.

De façon générale, plusieurs partagent l'avis que le recours au critère de l'immigration récente n'est pas encouragé par l'ASSSM, ce qui entraîne des délais additionnels pour obtenir l'approbation du supérieur afin d'être soutenue dans le choix d'y recourir. Ce recours reste donc en marge de la norme et nécessite l'ajout d'étapes de validation

⁹ Ce terme fait référence aux politiques institutionnelles du programme SIPPE, celles émises par les agences régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS) aux niveaux provincial, territorial et local (CLSC).

additionnelles, ce qui alourdit la prise de décision : « *on ne peut pas dire que l'immigration est clairement prise en compte dans les critères officiels. Parfois on va tricher, c'est là où on va avoir des familles très en besoin* ». Lors d'un *focus group*, certaines soulignent qu'il est nécessaire de l'utiliser régulièrement étant donné que la clientèle desservie est majoritairement issue de l'immigration. Encore ici, il n'est guère possible d'obtenir plus de précisions sur la fréquence de ce recours.

3.2.4 L'écart entre la vision régionale et la vision locale : ajuster les critères aux réalités des familles

Les propos des intervenantes font ressortir qu'elles disposent d'informations inégales en provenance de l'ASSSM quant aux directives internes. Les informations disponibles semblent variables dans un même point de service, ainsi qu'entre deux secteurs.

Lors des *focus groups*, plusieurs participantes éprouvent des difficultés à préciser le poids relatif des critères officiels comparativement aux autres critères de vulnérabilité utilisés pour l'acceptation d'une famille au programme SIPPE. Leurs propos témoignent d'une variabilité dans l'interprétation des critères pour accepter une mère au programme, selon l'intervenante, l'équipe et la culture locale.

L'écart entre la complexité des situations de vulnérabilité rencontrées sur le terrain et la politique institutionnelle en vigueur en ce qui concerne les critères d'admissibilité soulève plusieurs questionnements parmi les participantes. Il ressort de leurs propos qu'elles privilégient l'évaluation au cas par cas des situations de vulnérabilité, plutôt que d'appliquer les critères officiels sans discernement.

Dans ces situations, le jugement clinique s'avère être la modalité d'évaluation privilégiée par plusieurs intervenantes. Ce recours au jugement clinique leur permet ainsi d'accepter des mères qui autrement ne se qualifieraient pas pour le programme. Une intervenante commente : « *je sais que des fois on peut admettre des femmes qui*

correspondent pas parfaitement aux critères, mais on sent qu'il y a une grande vulnérabilité, soit problème de santé mentale ou historique de DPJ, quelque chose comme ça. Donc on va les inclure dans les SIPPE même s'ils ont un secondaire 5 de complété, là ».

Les évaluations de la vulnérabilité étant souvent menées au domicile familial, les intervenantes peuvent avoir accès à des informations cruciales leur permettant de mieux déterminer la vulnérabilité d'une famille. Elles peuvent ainsi départager le poids relatif à accorder aux divers facteurs (risque/protection) pour admettre ou non une mère au programme.

Montréal se différencie des autres territoires par sa forte concentration de population immigrante. Lors des *focus groups*, plusieurs intervenantes témoignent de leurs tentatives passées pour conscientiser les gestionnaires de l'ASSS régionale face aux besoins des familles desservies sur le plan local et qui ne sont pas nécessairement équivalents d'un territoire à l'autre. Bien que ces démarches entamées auprès des gestionnaires (locaux et régionaux) étaient soutenues par leurs chefs de programme, les participantes restent avec le sentiment qu'elles n'ont pas véritablement été entendues. À cet égard, une intervenante commente l'hétérogénéité de la population montréalaise, qui a pour effet d'entraîner des besoins spécifiques dans l'offre de services SIPPE pour les familles. D'ailleurs, lors de tables de concertation interrégionales, regroupant l'ensemble des territoires du Québec, les caractéristiques de Montréal la distinguent clairement des autres régions. En guise d'exemple, une intervenante commente : « *je pense qu'ils ont été définis de façon très... carrée. C'est-à-dire pour une population très homogène. Nous [territoire Montréal]... on amène toujours des choses qui ne collent pas avec le portrait très homogène ».*

Dans les faits, il peut parfois s'écouler de longs délais entre les demandes provenant des effectifs et les décisions qui s'ensuivent et proviennent du haut de la structure. Il se

dégage des propos des participantes un sentiment profond de ne pas être véritablement mises à contribution dans les discussions menant à la prise de décisions. Plusieurs ont le sentiment d'être mises devant le fait accompli : les décisions sont annoncées après-coup, imposées en dépit de ce qui a pu être soulevé comme défis associés à certaines exigences administratives. Plusieurs décrivent ainsi une gestion administrative axée sur le rendement et très peu arrimée aux besoins des familles desservies.

Le discours des participantes traduit également certains problèmes au niveau de la diffusion de l'information au sein de la structure organisationnelle, tant à l'horizontale qu'à la verticale. À titre d'exemple, les participantes expriment des opinions contrastées quant à l'utilité des directives émises par l'ASSSM. En ce qui concerne le critère du jeune âge, certaines sont d'avis que ce changement n'apporte rien de nouveau puisque les milieux locaux ne l'appliquaient plus de façon systématique depuis déjà un certain temps. Lors d'un *focus group*, une participante commente : « là, le [critère de l'âge] 20 ans est parti... Il est plus devenu clinique. Moi, c'est le critère de la scolarité, c'est très important... » D'autres accueillent la nouvelle directive de façon plus favorable, en précisant d'ailleurs qu'elle est désormais appliquée dans leur équipe : « maintenant, c'est faible revenu et faible scolarité. [...] Moi, je pense que ces deux critères-là, c'est deux critères de vulnérabilité et qu'automatiquement, ce qu'on appelait jeunes parents avant (moins de 20 ans), ils vont se retrouver par conséquent dans ces deux critères-là. »

Cependant, malgré ce changement dans la directive concernant le critère de l'âge, la plupart des participantes sont d'avis que le problème entourant le recours au jugement clinique reste entier. D'ailleurs, certaines expriment clairement que cette nouvelle directive n'apporte pas de changement véritable à la pratique locale : « maintenant, les critères ont changé SIPPE, on dit que... en bas de 20 ans, c'est plus dans les critères, mais y reste que nous on a, avant en tout cas, jusqu'à maintenant, ça toujours été, pis on en tient quand même compte. De façon générale souvent à cet âge [elles] ont pas

terminé leur secondaire 5. » Puis, « par contre, même s'il est plus vraiment là [critère de l'âge]... J'sais pas si vous êtes au courant, mais nous, on l'a gardé ».

3.2.5 Le flou entourant le recours au jugement clinique

En dépit du fait que les participantes privilégient recourir au jugement clinique pour déterminer l'admissibilité au programme lorsque les mères sont issues de l'immigration, les propos recueillis traduisent cependant des variations dans la fréquence du recours et le poids relatifs aux critères dans la prise de décision.

En revanche, les intervenantes qui privilégient le recours au jugement clinique pour tenir compte des besoins des clients déplorent les conditions qui prévalent pour ce faire. Le manque de balises a pour effet d'ajouter une pression aux intervenantes qui ne sont pas toujours certaines de prendre la bonne décision par rapport aux critères officiels d'admissibilité : « [...] *ce n'est pas toujours une frontière très claire* ». L'absence de balises claires pour encadrer la prise de décision par recours au jugement clinique contribue au malaise décrit par plusieurs participantes : « *Ce n'est pas toujours évident de dire "j'assume", je la propose [en suivant] mon jugement clinique* ».

Bien que l'acceptation par jugement clinique existe depuis toujours, cette pratique se retrouve de plus en plus à contre-courant des exigences administratives et n'est plus encouragée par la DSP. Elles expriment le sentiment que les dirigeants de programme sont peu favorables à l'utilisation du jugement clinique. Certaines affirment quant à elles ne pas réellement savoir ce qui est « accepté » ou non par les gestionnaires :

ici on s'est basé sur, euh, ma collègue, euh, qui est allée à une rencontre SIPPE et que là elle a eu la formation que selon notre jugement clinique, on pourrait référer des clients qui ne répondent pas nécessairement aux critères, euh,

officiels. On a commencé à le faire, mais on ne sait pas jusqu'à combien de, le nombre qu'on pourrait référer. C'est pour ça qu'on voudrait que ce soit officiel.

Le contexte de pratique actuel a pour conséquence que le choix de recourir au jugement clinique correspond à une déviation par rapport aux normes administratives. En effet, le choix d'y recourir semble désormais relever de l'exception, plutôt que de la norme. Pour celles jugeant utile d'y recourir, elles disent être enclines à multiplier les démarches de validation, de manière à partager la responsabilité qui incombe à de telles décisions. Elles considèrent également qu'il est délicat d'avoir à justifier de telles décisions, plus susceptibles de soulever des questionnements chez les gestionnaires que l'acceptation au programme reposant sur les critères officiels. « *On peut proposer SIPPE sur le jugement clinique, mais on aurait aussi le choix de la référer dans le psychosocial régulier, par exemple. Et ça, je trouve que la décision est vraiment pas évidente à prendre, là. Alors c'est ça, alors il y en aurait pour qui SIPPE serait vraiment bénéfique* ». Ces démarches additionnelles contribuent selon plusieurs à alourdir le processus décisionnel.

En effet le système actuel ne permet pas de documenter l'entièreté des étapes menant à la prise de décisions qui reposent sur le jugement clinique de l'intervenant. Ces « choix » ou décisions restent donc en grande partie absents des données statistiques. Ceci empêche les intervenants de bien connaître la réalité de la pratique dans les secteurs voisins, en plus de nuire à éclairer les dirigeants sur les particularités de l'intervention auprès des clientèles desservies, qui ne sont pas les mêmes d'un secteur à l'autre. En outre, il n'est guère possible d'y recourir afin de pouvoir utiliser ces situations pour définir des lignes directrices. En guise d'exemple, une participante suppose que ses collègues dans les autres secteurs recourent au jugement clinique, mais sans certitude : « *j pense qu'elles en ont eu des familles SIPPE qui ne répondaient pas aux critères, mais qui sont acceptées... par jugement clinique* ».

3.3 Les recommandations des intervenantes quant aux critères SIPPE

3.3.1 Élargir les critères d'admissibilité pour inclure les situations de vulnérabilité spécifiques aux familles immigrantes et réfugiées

Les participantes souhaitent redéfinir le concept de vulnérabilité en tenant compte des facteurs de risque spécifiques à la clientèle issue de l'immigration. Une définition plus globale aurait l'avantage, selon plusieurs, de rendre plus efficace la prise de décision pour déterminer l'admissibilité d'une mère au programme. Une intervenante commente : « *Le concept de vulnérabilité devrait être redéfini selon le contexte dans lequel tu travailles* ». Plusieurs remarquent que la gestion actuelle, qui priorise l'application systématique des critères administratifs, ralentit la prise de décision parce qu'elle implique de recourir au jugement clinique à chaque fois qu'un cas présente des facteurs de vulnérabilité non envisagés dans ses critères. Au vu de ce qui précède, une majorité souhaite l'assouplissement, dans la gestion administrative actuelle, des critères d'admissibilité au programme.

Les intervenantes sont également en faveur de l'ajout de critères mieux adaptés aux situations de vulnérabilité rencontrées sur le terrain. Plusieurs jugent essentiel d'inclure l'immigration récente. Les intervenantes conseillent l'officialisation du critère « *familles d'immigration récente [moins de 5 ans] qui cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité liés à leur parcours migratoire* ». Ces familles ont des besoins considérables lors des premiers mois suivant leur arrivée au pays d'accueil : « *nouveaux arrivants, c'est une priorité [...] c'est un très bon critère [...]* ».

3.3.2 Établir des repères pour prendre des décisions recevables

Aux yeux des participantes, le seul jugement clinique, autant inter qu'intra CSSS, s'avère trop variable, ce qui rend le processus décisionnel partiellement aléatoire et dépendant de facteurs qui ne sont pas connus de tous. En effet, les décisions par jugement clinique dépendent de plusieurs facteurs et sont traitées au cas par cas en collaboration avec le chef de programme. Parmi les principaux facteurs facilitant l'exercice du jugement clinique, on relève notamment la compétence et la connaissance du chef de programme au sujet des enjeux et défis de l'intervention auprès des familles immigrantes. En guise d'exemple, l'une exprime : « *il [mon chef de programme] a longtemps travaillé dans le SIPPE, il croit au programme et a été heurté qu'on enlève le critère du parcours migratoire difficile* ». Dans cette perspective, plusieurs disent se sentir plus à l'aise de dévier de la norme pour accepter une mère sur la base de leur jugement clinique lorsqu'elles bénéficient du soutien de leur chef de programme.

Dans le cadre des *focus groups*, certaines intervenantes suggèrent, en guise de solution, l'ajout de sous-critères pour les guider dans l'évaluation du risque de vulnérabilité. Parmi ces sous-critères, certaines identifient les contextes et statuts migratoires précaires : « *il y a aussi le parcours [...] migratoire difficile [...], le statut de réfugié ou les sans-statut, ceux qui ont vécu des parcours très difficiles, persécutés dans leur pays* ». Puis, certaines mentionnent les cas de santé mentale généralement considérés comme les plus lourds. À cet effet, l'état de stress post-traumatique qui affecte souvent ceux qui présentent un statut migratoire précaire est aussi suggéré à titre de critère : « *chez les femmes immigrantes [...], celles qui ont beaucoup de traumatismes dans leurs histoires et beaucoup d'isolement, elles sont plus à risque d'être négligentes envers leur enfant ou de ne pas prendre soin de leur grossesse parce qu'elles ne sont pas disponibles* ».

Elles suggèrent aussi la prise en compte des conditions de vie retrouvées dans le pays d'accueil, étant donnée leur incidence sur le processus d'insertion sociale de ces familles. On souligne entre autres l'absence de soutien (p. ex. conjoint ou famille élargie) : « *Moi, je pense que l'isolement pourrait en être un; le fait d'être isolé, de ne pas avoir de réseau, de famille proche [...] de personnes-ressources autour* ». Parmi les autres facteurs perçus comme cruciaux pour évaluer ces conditions de vie, notons la monoparentalité, le fait d'avoir des enfants avant l'arrivée au pays, le nombre et l'âge des enfants ainsi que le climat familial et conjugal.

Finalement, les participantes proposent une série d'autres facteurs de risque ou de protection relatifs aux connaissances et compétences du parent. Au premier chef sa maîtrise d'une des langues officielles du pays, sa connaissance du fonctionnement des institutions, des services gouvernementaux, des lois en vigueur et des droits conférés par le pays d'accueil.

Selon les intervenantes, une telle grille de sous-critères leur permettrait de mieux s'orienter lors de l'analyse des risques et de la prise de décision. Additionnellement, les intervenantes considèrent primordial que les critères et autres grilles d'indicateurs s'accompagnent d'un soutien clinique accrue. Un tel soutien pourrait prendre plusieurs formes, dont l'accès à une formation continue, des consultations ethnoculturelles, ou l'attribution d'un rôle de supervision à un coordonnateur clinique – avec lequel il serait possible de discuter les cas régulièrement.

4. DISCUSSION

Dans ce qui précède, nous avons cherché à rendre compte du point de vue des participantes quant à la pertinence des critères actuels de vulnérabilité régissant l'admission aux services offerts par le programme SIPPE lorsque la clientèle est

constituée de mères immigrantes ou réfugiées. Les sujets rencontrés avaient à la fois une opinion favorable du programme SIPPE dans son ensemble et une bonne connaissance des critères d'admission actuellement en usage. Les positions exprimées par les participantes sur ces critères font ressortir trois questions sensibles : des critères souvent inadéquats (4.1), dont les lacunes sont compensées par des jugements cliniques peu balisés (4.2), ce qui rend difficile l'évaluation de la performance du programme (4.3).

4.1 Des critères souvent inadéquats

Suivant les participantes, les critères d'admissibilité au programme SIPPE sont insuffisants pour estimer les besoins des familles immigrantes. Les mères issues de l'immigration qui sont en difficulté, en effet, ont généralement plus de 20 ans d'âge et ont accompli plus de 12 années d'études. En vertu des critères officiels, cela est suffisant pour les exclure. Or, font-elles remarquer, l'expérience leur apprend que cette exclusion ignore les multiples autres facteurs susceptibles de rendre ces mères vulnérables et l'intervention SIPPE nécessaire.

D'entrée de jeu, les participantes font valoir la multiplicité des facteurs de vulnérabilité qu'apporte la diversité des trajectoires migratoires et des origines ethnoculturelles des parents. Face à cette abondance de facteurs, il apparaît difficile de se faire une idée générale de la « vulnérabilité » et improbable d'identifier toutes les personnes vulnérables sur la base de seulement deux critères. Il est vraisemblable qu'on ait surévalué l'efficacité de ces critères en raison d'un défaut de méthode, c'est-à-dire en formulant des généralisations fondées sur l'étude de mères issues de la majorité « blanche » qui bénéficient du programme. Une préoccupation mainte fois soulevée dans la littérature savante, qui met en garde contre les distorsions engendrées par un échantillon devant servir à représenter la population nord-américaine dans son

ensemble. À une telle échelle de grandeur, en effet, les particularités et différences sont effacées (Lepage et Schoonbroodt, 2006; Battaglini *et al.*, 2000; Hassan *et al.*, 2011; Pottie *et al.*, 2011).

Cela dit, ce n'est pas parce que les facteurs sont nombreux qu'ils sont incommensurables. Les risques de vulnérabilité qui touchent la population immigrante sont identifiables. Les participantes considèrent que le programme doit se doter de critères appropriés pour s'assurer que les groupes démunis aient véritablement accès aux SIPPE. À cet égard, les vulnérabilités spécifiques évoquées par les participantes tendent à confirmer les observations contenues dans plusieurs écrits spécialisés (Battaglini *et al.*, 2000; Hassan *et al.*, 2011; Pottie *et al.*, 2011).

L'évaluation multifactorielle qu'elles préconisent comprend principalement : 1) L'association entre les statuts migratoires précaires et un risque de vulnérabilité sous forme de fragilisation dans l'exercice de la parentalité (Battaglini *et al.*, 2000; Bernard, 2008; Desrochers et Clapperton, 2007; Lepage et Schoonbroodt, 2006; Penrose, 2002; MSSS, 2004a; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008; Wade *et al.*, 2005); 2) L'association entre des traumatismes vécus dans le cadre de l'immigration et un risque plus élevé d'isolement affectif et social, d'éclosion ou d'aggravation d'un problème de santé mentale (Desrochers et Clapperton, 2007), et de difficultés d'adaptation au pays d'accueil (Battaglini *et al.*, 2002a; Lepage et Schoonbroodt, 2006).

Conséquemment, les participantes sont favorables à l'introduction officielle d'un critère associant l'immigration récente à une situation de vulnérabilité par cumul de facteurs de risque (MSSS, 2004a). Cette recommandation rejoint d'ailleurs les conclusions émises par d'autres chercheurs (Battaglini *et al.*, 2002a; Desrochers et Claperton, 2007; Gordie et Walz, 2012; Gendron *et al.*, 2013a, 2013b, 2014).

Pourquoi introduire ce critère? Pour nos participantes, l'inadéquation reprochée peut entraîner des inéquités considérables dans l'accès aux services, voire mener à

l'augmentation du niveau de vulnérabilité de ces mères et de leurs enfants. Or, cela contrevient à l'esprit des SIPPE, un programme de prévention en santé publique qui vise ouvertement la réduction des inégalités sociales ou de leurs effets. Cela rejoint les positions émises par le CCIRH, selon lequel l'un des facteurs déterminants de l'accès inégal des familles immigrantes ou réfugiées aux services de santé s'enracine dans la mésinterprétation de leurs conditions de vulnérabilité (Pottie *et al.*, 2011). En conséquence de quoi il recommande un effort d'ajustement qui permettrait à la fois d'adapter les visites à domicile et d'évaluer leur efficacité (Hassan *et al.*, 2011; Pottie *et al.*, 2011). La pertinence de cet ajustement est également soutenue dans le rapport du Comité-conseil post-chantier sur les SIPPE (Therrien et Mattie, 2011), pour lequel l'admissibilité doit tenir compte des différents profils de vulnérabilité existants (Therrien et Mattie, 2011).

En somme, un consensus clair se dégage : il est nécessaire que les critères administratifs soient révisés de manière à ce que les facteurs de vulnérabilité spécifiques à la clientèle immigrante soient officiellement reconnus (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a; Hassan *et al.*, 2011; Therrien et Mattie, 2011). Comme le relèvent les études déjà menées sur le programme (Desrochers et Clapperton, 2007; Gendron *et al.*, 2014; Gordie et Walz, 2012), celui-ci doit disposer d'indicateurs qui puissent permettre de bien refléter la diversité et la variabilité de la vulnérabilité sociale des familles. Les conclusions de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (Beauregard, Comeau et Poissant, 2010) et de Gendron *et al.* (2013a, 2013b, 2014), par exemple, viennent appuyer sur ce point les réserves de nos participantes au sujet du système I-CLSC : les indicateurs quantitatifs existants doivent être complétés par des indicateurs qualitatifs. Il faudrait notamment pouvoir répertorier les étapes du jugement clinique ou comparer l'influence des différents facteurs de risque dans la prise de décision. En reflétant mieux le travail des intervenantes, ce type d'information permettrait entre autres de faire progresser la compréhension des profils de vulnérabilité associés aux

différentes trajectoires migratoires, de concilier la vision des gestionnaires avec celle des équipes sur le terrain et d'offrir de meilleures formations.

4.2 Baliser et soutenir la primauté du jugement clinique

À l'heure actuelle, la rigidité des critères d'admission oblige les intervenantes à travailler « hors-normes », en quelque sorte; c'est-à-dire qu'elles doivent s'en remettre à leur jugement clinique personnel. Cette manière de faire est insécurisante à certains égards et efficace à d'autres.

Les situations de vulnérabilité par cumul, dont l'immigration récente, sont effectivement prévues et discutées dans le cadre de référence du programme et le *Guide d'intervention auprès des familles immigrantes récentes* (Desrochers et Claperton, 2007; Durand *et al.*, 2007). Pourtant, même si les participantes jugent ce critère pertinent et utile, en tenant compte du fait que la clientèle de leurs secteurs d'activité est majoritairement immigrante, elles se disent peu encouragées par l'employeur. Elles dénoncent à cet égard l'instauration depuis quelques années d'une politique institutionnelle qui privilégie l'application systématique des deux critères administratifs d'admissibilité. Fortin et Le Gall (2012) mettent en garde quant aux risques d'une politique institutionnelle d'application systématique de critères pour déterminer l'accès aux programmes de santé publique. Selon les auteurs, de telles politiques s'inscrivent dans une perspective de gestion où la recherche de l'uniformité l'emporte sur la prise en compte des besoins spécifiques des clientèles (Fortin et Le Gall, 2012). En uniformisant de la sorte, ajoutent-ils, les services offerts à la population pourraient se « déshumaniser ».

C'est dans ce contexte de rigidité que les intervenantes sont amenées à privilégier cette autre modalité d'accès aux SIPPE qu'est le recours au jugement clinique. Si la majorité des participantes dénonce l'application systématique des critères officiels, les

sentiments des participantes à l'égard du recours au jugement clinique sont partagés. Les membres des équipes SIPPE tendent à le valoriser et à l'encourager, mais les intervenantes des services de périnatalité plus généraux se montrent réticentes à l'idée de déroger aux directives internes.

Inconfort, ambiguïté, absence d'appui de la direction; il n'est pas étonnant que la pratique du jugement clinique varie d'une localité à l'autre, d'une équipe à l'autre, voire d'une personne à l'autre – autant en ce qui concerne la fréquence du recours que son exercice. Cette variabilité est notée par plusieurs auteurs (Desrochers et Clapperton, 2007; Gendron *et al.*, 2014). Les participantes relèvent donc ce paradoxe : le jugement clinique permet de compenser des inéquités dans l'accès des mères immigrantes et réfugiées aux SIPPE, d'une part, mais il risque lui aussi d'entraîner des inéquités, d'autre part. Qu'il s'agisse d'y recourir ou de l'appliquer adéquatement, en effet, les intervenantes sont laissées à elles-mêmes, ce qui ne peut qu'entraîner des disparités. Les risques d'inéquité entourant les décisions d'admissibilité qui reposent sur le jugement clinique des effectifs ont également été mis en lumière par plusieurs auteurs (Battaglini *et al.*, 2000; Bernard, 2008; Desrochers et Clapperton, 2007; Lepage et Schoonbroodt, 2006; MSSS, 2004b; Penrose, 2002; Vatz Laaroussi et Besson, 2008; Wade *et al.*, 2005).

Entre ce qui inquiète dans le recours au jugement clinique et ce qu'il a d'approprié pour déceler les vulnérabilités des familles immigrantes récentes, la recherche d'un équilibre paraît devoir s'imposer. D'une part, les difficultés entourant le recours au jugement clinique dans le processus décisionnel ont été largement documentées par des travaux et études menés depuis la création des SIPPE (Battaglini *et al.*, 2000 et 2002a; Desrochers et Clapperton, 2007; Lepage et Schoonbroodt, 2006). D'autre part, la pluralité des situations de vulnérabilité rencontrées sur le terrain rend peu réaliste d'envisager de fonder l'admissibilité au programme SIPPE seulement sur des critères, quelles que soient les améliorations apportées. À ce sujet, certaines intervenantes

proposent l'adoption d'une grille clinique de sous-critères qui pourraient guider le jugement clinique et favoriser une certaine uniformité dans son application. L'utilisation d'une grille balisée pour soutenir le jugement clinique des intervenants pourrait certainement aider à documenter et uniformiser le processus décisionnel (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a; Bernard, 2008; Desrochers et Clapperton, 2007; Penrose, 2002; Wade *et al.*, 2005). Cependant, comme le relèvent plusieurs participantes, la complexité des cas requiert des connaissances, de l'expérience et de l'écoute, ce qu'une grille de sous-critères est incapable de fournir, aussi bien faite soit-elle. Ainsi, si des critères mieux adaptés aux réalités des mères immigrantes et réfugiées sont nécessaires, ceux-ci doivent accorder une place névralgique au jugement clinique dans le cadre d'une gestion plus flexible.

Ces remarques informent sur la tension émanant des rapports de force qui s'exercent entre les directives administratives du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'expertise clinique des professionnels SIPPE. Sur ce plan, les participantes accentuent le thème du degré d'autonomie des équipes face aux besoins variables des populations selon les territoires. L'autonomisation des effectifs, en effet, est un élément fondamental de la philosophie d'intervention du programme SIPPE. La pierre angulaire de cette autonomisation étant le jugement clinique, cela devrait impliquer la recherche des conditions optimales pour son exercice dans le cadre du processus décisionnel. Mais ce n'est pas encore ce qui se produit.

Les intervenantes font plusieurs propositions constructives à ce sujet. Au premier chef, elles soutiennent que l'autonomisation nécessite une gestion plus collaborative entre les décideurs et les équipes locales. Cela implique l'assouplissement préalable des contraintes administratives de manière à ce que le recours au jugement clinique soit encouragé au moment d'identifier les besoins spécifiques d'une famille. La grille de

sous-critères mentionnée plus haut pourrait justement servir à relayer les facteurs de vulnérabilité identifiés dans les écrits spécialisés (Battaglini *et al.*, 2000; Bernard, 2008; Desrochers et Clapperton, 2007; Penrose, 2002; Wade *et al.*, 2005) pour assurer une uniformité sans pour autant nuire à l'autonomie des équipes.

D'après les intervenantes, l'autonomisation requiert également un investissement accru dans les besoins cliniques des effectifs. Il faudrait par exemple une supervision clinique mieux coordonnée, un accès facilité à des consultants spécialisés dans les problématiques de santé mentale et d'immigration, et de la formation continue. Des propositions qui rejoignent les constats de l'étude de Gendron *et al.* (2014) quant au manque de soutien et de formation clinique pour les intervenants SIPPE.

4.3 Revoir le choix des indicateurs pour mesurer le rendement des équipes SIPPE

Alors que les critères d'admissibilité au programme SIPPE conviennent peu aux familles immigrantes récentes et que le recours au jugement clinique manque de balises, il est difficile de compiler des statistiques fiables ou d'évaluer le rendement des équipes. Présentement, les décisions par recours au jugement clinique restent isolées, sans possibilité d'être diffusées dans les autres milieux, et sont absentes du système de compilation statistique du programme SIPPE. Comme le soulignent les participantes, les décisions cliniques ne peuvent donc ni être analysées, ni servir de référence aux décideurs, intervenants ou gestionnaires, ni orienter la création de balises, ni contribuer au progrès de la qualité des services. Ce serait là l'effet d'un trop grand « flou » entourant l'exercice du jugement clinique, la détermination des facteurs pertinents et l'usage qu'il convient d'en faire.

En plus d'un critère capable de discerner la vulnérabilité des familles immigrantes récentes et d'un recours valorisé et adéquatement encadré au jugement clinique, il

paraît donc incontournable de procéder à une révision du système I-CLSC. Ce dernier pourrait entre autres permettre de répertorier les étapes du jugement clinique, fournir des renseignements sur le poids respectif des différents facteurs de risque dans la prise de décision et contribuer à la définition de balises grâce aux données colligées. Ultimement, l'accès à ces informations permettrait de mieux comprendre et distinguer les profils de vulnérabilité associés aux trajectoires migratoires, de fournir une base de comparaison pour des indicateurs de performance, et de favoriser l'uniformité du recours au jugement clinique. Le système I-CLSC constituerait alors un outil précieux pour les équipes d'intervention. Bref, l'accès à un système de compilation de données qui reflète mieux la réalité du terrain peut certainement profiter aux équipes et décideurs en leur permettant de bien comprendre les influences respectives des facteurs en jeu, et de faire les ajustements requis pour optimiser l'efficacité des services dispensés par le programme SIPPE.

5. CONCLUSION

Les résultats de l'étude soulèvent d'abord la persistance de difficultés, chez les intervenantes, dans la détermination de l'admissibilité des mères immigrantes au programme SIPPE, en fonction des critères actuellement établis. Les intervenantes considèrent en effet que, à eux seuls, les critères officiels ne permettent pas d'évaluer avec justesse les situations de vulnérabilité spécifiques aux mères immigrantes. Pour remédier à cela, la plupart privilégient une évaluation qui repose sur leur jugement clinique, ce qui leur permet de tenir compte des facteurs de risque spécifiques à l'immigration. Même si cette pratique repose sur le souci des intervenantes d'offrir un traitement équitable pour déterminer la vulnérabilité psychosociale et les besoins des familles relativement au programme SIPPE, ce recours comporte plusieurs défis, dont celui découlant du manque de repères pour encadrer ces décisions. De plus, les difficultés à répertorier les décisions par jugement clinique contribuent à faire de ces

décisions des cas « isolés », ce qui empêche de faire un portrait général et rigoureux qui permettrait l'uniformisation de ce recours.

À ce problème s'ajoute un autre en ce qui concerne la gestion administrative du programme; en effet, le changement d'orientation dans la pratique institutionnelle occasionne une gestion plus stricte en ce qui a trait aux critères. Il en résulte des difficultés d'arrimage entre les décisions provenant d'en haut et celles qui sont issues de la base, c'est-à-dire des équipes locales. D'après les participantes, un tel type de gestion correspond davantage à un programme institutionnalisé recherchant l'uniformité des pratiques en vue d'un rendement optimisé qu'à une gestion de services axée sur les besoins des clients et leur satisfaction. Dans ce contexte les intervenantes se trouvent à exercer leur jugement clinique en dépit des directives de gestion, et au risque d'obstacles administratifs.

Cette situation soulève à son tour l'enjeu de l'équité dans l'accès au programme SIPPE. Ce dernier est implanté à l'échelle de la province dans l'objectif d'intervenir précocement sur les fondements des inégalités sociales en santé. En offrant une intervention précoce et intensive pour améliorer les conditions de vie des femmes enceintes, les SIPPE visent à aplanir les conséquences des inégalités sociales sur la santé et le développement des enfants. Puisque les familles immigrantes figurent parmi les groupes les plus à risque de vulnérabilité psychosociale, le programme devrait donc leur convenir particulièrement bien. Or, ce n'est pas ce que constatent les participantes. Ainsi, bien que l'adoption d'un critère de vulnérabilité spécifique à l'immigration puisse favoriser un processus décisionnel plus équitable pour cette clientèle, nos résultats suggèrent une difficulté plus fondamentale : la solution pour améliorer l'accès de cette clientèle au programme n'est peut-être pas de réviser les critères et de se doter d'une grille pour orienter le jugement clinique. Ceux-ci, en effet, resteront toujours, dans une certaine mesure, imparfaits et incomplets. La solution pour améliorer le processus décisionnel et en favoriser l'uniformité au sein des CSSS paraît plutôt résider

dans l'autonomisation des équipes SIPPE et la consolidation des capacités de jugement clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal [ASSSM]. (2014). *État de situation sur la santé des Montréalais et ses déterminants*. Montréal : auteur.
- Barlow, A., Varipatis-Baker, E., Speakman, K., Ginsburg, G., Friberg, I., Goklish, N., Walkup, J. (2006). Home-Visiting Intervention to Improve Child Care Among American Indian Adolescent Mothers: a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(11), 1101-1107. doi:10.1001/archpedi.160.11.1101
- Barn, R. (2006). Improving services to meet the needs of minority ethnic children and families. *ECM Research and Practice Briefings: children and families*, 13, 1-8.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L. et Fournier, M. (2000). *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.-M., Poulin, C.,... Heneman, B. (2002a). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenants et des mères immigrantes. *Service social*, 49(1), 35-69. doi: 10.7202/006877ar
- Battaglini, A., Gravel, S., Poulin, C., Fournier M. et Brodeur, J.-M. (2002b). Migration et paternité ou réinventer la paternité. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(1), 165-179. doi:10.7202/008267ar
- Beauregard, D., Comeau, L. et Poissant J. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Bernard, A. (2008). Les immigrants dans les régions. *L'emploi et le revenu en perspective*, 9(1), 5-16.

- Bibeau, G., Chan-Yip, A. M., Lock, M., Rousseau, C., Sterlin, C. et Fleury, H. (1992). *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Brotherson, S. E. (2007). From Partners to Parents: Couples and the Transition to Parenthood. *The International Journal of childbirth education*, 22(2), 7-12.
- Castle, H., Slade, P., Barranco- Wadlow, M. et Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3), 180-194.
- Chicoine, N., Charbonneau, J., Rose, D. et Ray, B. (1997). Le processus de reconstruction des réseaux sociaux des femmes immigrantes dans l'espace montréalais. *Recherches féministes*, 10(2), 27-48.
- Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Québec : Direction du développement des individus et des communautés
- De Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C. et Dubeau, D. (2010). À la rencontre des parents : des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 1-5.
- Desrochers M. et Clapperton, I. (2007). *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Réponse aux préoccupations des intervenants et des gestionnaires œuvrant à l'implantation des SIPPE* (rapport synthèse). Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Dufour, S., Hassan, G. et Lavergne, C. (2012). Mauvais traitements et diversité culturelle : Bilan des connaissances et implications pour la pratique. Dans M.-H. Gagné, S. Drapeau et M.-C. Saint-Jacques (dir.), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p. 143–171). Québec : Presse de l'Université Laval.

- Durand, D., Gravel, S., Desjardins, N., Fortier, M., Bourque, R., Manseau, S., ...Adrien, A. (2007). *Naître ici et venir d'ailleurs. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Duval, M. (1991). *Symposium québécois de recherche sur la famille : Comprendre la famille*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Fortin, S. et Le Gall, J. (2012). La parentalité et les processus migratoires. Dans F. de Montigny, A. Devault et C. Gervais (dir.), *La naissance d'une famille* (p. 178-196). Montréal : Éditions Chenelière.
- Geller, C. et Siddiqui, S. (2011). Nouveaux immigrants et réfugiés : Dépistage et soins de santé. *Module de formation de la Fondation pour l'éducation médicale continue*, 19(12). Récupéré du site de la *Foundation for Medical Practice Education* : <https://fmpe.org/>
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Lachance-Fiola, J. et Dupuis, F. (2013a). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 1. Évaluation de l'actualisation du PSJP : Axe Accompagnement des familles* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Gendron, S., Moreau, J., Dupuis, G., Lachance-Fiola, J. et Clavier, C. (2013b). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 3. Modélisation de cibles d'action du PSJP : Le développement des enfants et les parcours de vie des jeunes parents* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Gendron S., Dupuis, G., Moreau, J., Clavier, C., Lachance-Fiola, J., Dupuis, F. (2014). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Résumé : Principaux résultats de la recherche évaluation et piste de réflexion pour l'action* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

- Gordie, B et Walz, L. (2012). Une anthropologue au pays des SIPPE, périnatalité et petite enfance. *Revue du CREMIS*, 5(3). Repéré à <http://www.cremis.ca/revue-du-cremis/recherche/perinatalite-et-petite-enfance-une-anthropologue-au-pays-des-sippe>
- Hassan, G., Thombs, B. D., Rousseau, C., Kirmayer, L. J., Feightner, J, Ueffing, E. et Pottie, K. (2011). Appendix 12: Child Maltreatment: Evidence Review for Newly Arriving Immigrants and Refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 1-15.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., Corcoran, P. (2011) Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(33),174-184.
- Legault, G. (2000). *L'intervention interculturelle*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Lepage, M.-C. et Schoonbroodt, C. (2006). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Processus d'implantation et pratiques d'interventions liées à la composante Accompagnement des familles (Partie 1)*. Beauport : Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Lessick, M., Woodring, B., Naber, S. et Halstead, L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 9(3), 1-14.
- Liebkind, K. (1996). Acculturation and Stress: Vietnamese Refugees in Finland. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(2), 161-181.
- MacMillan, H. L. (2013). Protecting children from maltreatment: a Canadian call to action. *Paediatrics & Child Health*, 18(8), 409-410.
- MacMillan, H. L. et Groupe canadien d'études sur les soins de santé préventifs. (2000). Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 163(11), 1451-1458.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique : Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Mikton, C. et Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 353-361. doi:10.2471/BLT.08.057075

- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Direction générale de la santé publique du MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2004a). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2004b). *La consolidation des éléments essentiels à la mise en œuvre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2004c). *L'intervention auprès de jeunes parents : Pistes de réflexion et partage d'expériences*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à un an*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2008a). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2008b). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé publique, Dernière modification*. Québec : auteur.
- Mitchell, M. S. et Cropanzano, R. (2005). Social Exchange Theory: An interdisciplinary Review. *Journal of Management*, 31(6), 874-900. doi:10.1177/0149206305279602
- Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moro, M. R. (1999). Devenir père, devenir mère, en exil... Dans C. Boulard, P. Dutil, C. Mestre, S. Ibrahim et M. R. Moro (dir.), *Devenir parent en exil*. Toulouse : Érès.
- Moro, M. R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs : Naître et grandir en France*. Paris : La Découverte.

- Okitikpi, T. et Aymer, C. (2003). Social work with African refugee children and their families. *Child & Family Social Work*, 8(3), 213-223.
- Olds, D. L. et Kitzman, H. (1997). Review of Research on Home Visiting for Pregnant Women and Parents of Young Children. *The Future of Children*, 3(3), 53-92. doi:10.2307/1602543
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2013). *La recherche pour la couverture sanitaire universelle* (Rapport sur la santé dans le monde). Genève : auteur.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Pampalon, R., Gamache, P. et Hamel, D. (2010). *Indice de défavorisation matérielle et sociale du Québec. Suivi Méthodologique de 1991 à 2006*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Penrose, J. (2002). Nations States and Homelands: territory and territoriality in nationalist thought. *Journal of the Association for the Study of Ethnicity and Nationalism*, 8(3), 277-297. doi:10.1111/1469-8219.00051
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., Narasiah, L., ...Hassan, G (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 824-925. doi:10.1503/cmaj.090313
- Renaud, J., Germain, A. et Leloup, X (dir.). (2004). *Racisme et discrimination : Permanence et résurgence d'un phénomène inavouable*. Ste-Foy, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Rousseau, C., Moreau, S., Drapeau, A. et Marotte, C. (1997). *Politique d'immigration et santé mentale : Impact des séparations familiales prolongées sur la santé mentale des réfugiées* (rapport de recherche). Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- Rousseau, C., Drapeau, A. et Rahimi, S. (2003). The Complexity of Trauma Response: A Four-Year Follow-Up of Adolescents Cambodian Refugees. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1277-1290.
- Statistique Canada. (2016). *Enquête nationale auprès des ménages*. Ottawa : auteur.
- Therrien, N. et Mattie, A. (2011). Improving medical care for detained immigrants: a call for a legislative solution. *Journal of health care for the poor and underserved*, 22(2), 437-449.

- Van der Veer, G. (1998). *Counseling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma*. Chichester, U.K. : John Wiley and Sons.
- Vatz Laaroussi, M. et Messe Bessong, J. M. (2008). *Être parents en situation d'immigration : défis, enjeux et potentiels*. Dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau et È. Pouliot (dir.), *Visages multiples de la parentalité* (p. 255-286). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Wade, J., Mitchel, F. et Baylis, G. (2005). *Unaccompanied Asylum Seeking Children: The Response of Social Work Services*. Londres : British Association for Adoption and Fostering (BAAF).
- Wiese, E. B. et Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 596-613.
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2), 169-180. doi: 10.1016/j.midw.2005.07.001

CHAPITRE 4

PROGRAMME SIPPE : LE POINT DE VUE D'INTERVENANTES FACE AUX DÉFIS DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES MÈRES IMMIGRANTES OU RÉFUGIÉES¹

RÉSUMÉ

Le programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) offre une intervention précoce et intensive qui cible les facteurs de risque et promeut les facteurs de protection chez les enfants d'âge préscolaire et leurs familles. À ce jour, aucune étude n'a documenté les défis de l'intervention SIPPE auprès de la clientèle immigrante et réfugiée, ce qui constitue l'objectif de cette étude. Un total de 17 entrevues individuelles semi-structurées et de 3 *focus groups* ont été réalisés auprès de 32 intervenantes SIPPE œuvrant dans deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) du territoire montréalais (où la clientèle est majoritairement issue de l'immigration). L'analyse qualitative, réalisée avec le logiciel NVivo, fait ressortir que la clientèle immigrante a des besoins spécifiques dont certains diffèrent de ceux que l'on retrouve au sein de la population née en Amérique du Nord. Parmi les défis de l'intervention SIPPE soulevés par les intervenantes interrogées, certains découlent des réalités que vivent ces familles, de la diversité culturelle ainsi que des contraintes administratives du programme. Des recommandations sont émises pour optimiser l'intervention SIPPE auprès des familles immigrantes et réfugiées.

Mots-clés : périnatalité, petite enfance, prévention, immigration, vulnérabilité, équité, accès.

¹ Le deuxième article constitutif de cette thèse a été soumis au *Canadian Journal of Public Health*. Il documente les défis de l'intervention auprès des mères immigrantes et réfugiées dans le cadre du programme SIPPE, à partir du point de vue d'intervenantes. Ont cosigné cet article avec l'auteure de cette thèse doctorale : Ghayda Hassan, Ph. D. (Professeure, Département de psychologie, UQAM; chercheure et clinicienne de l'équipe SHERPA et SHERPA-RAPS du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal) et Gérald Lajoie, M. Ps. (Psychologue clinicien CJM).

ABSTRACT

The SIPPE program (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance²) offers intensive and early intervention focused on risk factors, aiming to promote the well-being of preschool-aged children and their families. To date, no study has been conducted to document the challenges faced by SIPPE health care professionals with immigrant and refugee families. This study documents the professionals' perspectives on these challenges. The sample consists of 17 individual semi-structured interviews, in addition to 3 focus groups, involving 32 SIPPE professionals in 2 Health and Social Services Centers (CSSS) in the Montréal area. These centers were chosen because they serve a predominantly immigrant population. The qualitative analysis, done with the NVivo software, highlights the specific and different needs of the immigrant and refugee population, as compared to those of caucasian North American families enrolled in the SIPPE program. The challenges faced by the professionals are related to the realities of these immigrant and refugee families, to the challenges of working in culturally diverse contexts as well as to the administrative constraints of the program itself. We offer recommendations to optimize the effectiveness of SIPPE interventions with immigrant and refugee families.

Key words: perinatal, prevention, immigration, vulnerability, equity, access.

² Integrated perinatal and early childhood services.

1. INTRODUCTION

À Montréal, un grand nombre de familles sont défavorisées et se retrouvent dans des conditions de vie précaires. En 2011, 29 % des familles avec au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans vivaient sous le seuil de faible revenu, soit 25 240 familles (MSSS, 2011). Ce pourcentage s'élevait à 53,8 % parmi les familles monoparentales (MSSS, 2011). Or, l'effet aggravant des situations socioéconomiques défavorables sur le risque de vulnérabilité psychosociale est bien documenté (DSP, 2011c; Frohlich *et al.*, 2008; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008; Lessick *et al.*, 1992). De fait, ces situations impliquent souvent plusieurs facteurs de risque concomitants (p. ex. : le faible revenu, la faible scolarité, la monoparentalité, l'isolement social, la violence conjugale et l'immigration; Hussen, 2017; ASSSM, 2014).

Par ailleurs, la période périnatale est associée à une vulnérabilité accrue pour le parent en devenir (Brotherson, 2007; de Montigny *et al.*, 2010; Lessick *et al.*, 1992; Rogers, 1997, Wilkins, 2006). C'est pour cette raison que le gouvernement du Québec a développé, dans sa politique de périnatalité 2008-2018, des services préventifs qui ciblent les mères qui sont dans une situation de grande vulnérabilité psychosociale. Considérant l'incidence des conditions de vie précaires sur la santé mentale et physique de la mère et de l'enfant à naître (p. ex., prévalence de la prématurité et du retard de croissance), la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité peut certainement permettre de prévenir de graves complications tant médicales que psychosociales (Lejeune, 2008; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008).

Le développement de programmes de périnatalité qui ciblent en particulier les jeunes mères en situation de vulnérabilité psychosociale agit sur les facteurs de risque en visant l'amélioration des conditions dans lesquelles la mère donnera naissance à son enfant (MSSS, 2004a, 2004b, 2004c, 2005; Beauregard, Comeau et Poissant, 2010). À cet égard, le programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

(SIPPE) a été mis sur pied dans le réseau de la santé et des services sociaux pour soutenir les familles vivant en contexte de vulnérabilité et pour promouvoir la santé, le bien-être et le développement optimal des enfants (MSSS, 2004a, 2005; Gendron *et al.*, 2013a, 2013b).

Depuis plusieurs années le gouvernement québécois cherche à mettre en œuvre un mode d'intervention concertée ciblant les déterminants majeurs des inégalités sociales en santé (MSSS, 2010, 2012a, 2012b). En effet, ce plan d'action national (MSSS, 2008a, 2008b) reconnaît la diversité des déterminants majeurs de ces inégalités et leurs incidences sur la santé, le bien-être et les capacités d'apprentissages des enfants jusqu'à l'âge adulte (Beauregard, Comeau et Poissant, 2010). Ainsi, dans la perspective de ce plan, l'aplanissement des inégalités sociales en santé requiert une action concertée entre l'État et les acteurs de la communauté afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des services offerts en périnatalité aux familles en contexte de vulnérabilité importante (MSSS, 2008a, 2008b).

1.1 Périnatalité, immigration et vulnérabilité

Dans un rapport intitulé *Migration internationale, santé et droits de l'homme*, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM, 2013) souligne que la santé des immigrants est un enjeu d'envergure mondiale et que certains groupes au sein de cette population se retrouvent en situation de grande vulnérabilité. Chez les immigrants, celle-ci est envisagée, d'une part, en fonction des facteurs individuels de vulnérabilité (âge, sexe, etc.) et, d'autre part, par rapport aux facteurs systémiques se rencontrant dans les sociétés d'accueil (OIM, 2013).

Plusieurs études sur les caractéristiques individuelles chez les populations immigrantes associées à un risque accru de vulnérabilité ont indiqué que le sexe en faisait partie. Ainsi, les femmes immigrantes sont plus à risque d'être dans une situation de précarité

financière et de souffrir d'isolement ou de violence conjugale que les hommes (Bernard, 2008; Hussen, 2017; Earner, 2010; Liebkind, 1996; OIM, 2013; Penrose, 2002; Statistique Canada, 2011; Wade *et al.*, 2005). De plus, certains statuts migratoires précaires – statuts de réfugié et de sans-papiers – accroissent la vulnérabilité due aux conditions de vie difficiles dans le pays d'accueil et induisent de la fragilité psychologique (Battaglini *et al.*, 2000; MSSS, 2004a; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008).

Des études ont mis en lumière que certains parents immigrants récents sont particulièrement vulnérables parce qu'ils vivent des difficultés d'intégration professionnelle aiguës (déqualification, discrimination, méconnaissance des réseaux, etc.) qui nuisent à la recherche d'un emploi de qualité. Les immigrants récents connaissent un taux de chômage plus élevé que le reste de la population, avec des revenus plus bas, et plusieurs d'entre eux vivent sous le seuil du faible revenu (Statistique Canada, 2016). À cela s'ajoutent d'autres épreuves sur les plans de l'adaptation culturelle, de l'isolement social et de l'impact du nouveau contexte de vie sur les interactions familiales et sociales. Plusieurs peuvent éprouver davantage de difficultés que les autres en raison des barrières linguistiques, ce qui peut entraver leur accès à certaines ressources et leur intégration (Statistique Canada, 2011, 2016). Des études montrent que les problèmes d'insertion sur le marché du travail, la précarité socioéconomique, la discrimination, la pauvreté, les problèmes de santé physique et mentale ainsi que le manque d'accès à des logements abordables figurent parmi les conditions adverses auxquelles sont confrontés les immigrants à leur arrivée dans le pays d'accueil, y compris au Québec (Barn, 2006; Dufour *et al.*, 2012; Mitchell et Cropanzano, 2005; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008; Watson *et al.*, 1996).

Selon l'OIM (2013), les causes structurelles de la vulnérabilité correspondent notamment aux conditions de vie et de travail, aux barrières linguistiques et culturelles, à l'absence de réseau social formel et informel pendant et après le processus migratoire,

etc. (OIM, 2013). L'organisme souligne que les lois, politiques et autres règles institutionnelles des différents paliers de l'État influencent les conditions qui prévalent pendant le processus d'insertion sociale de la population immigrante. Ainsi, certains facteurs systémiques au sein des structures d'accueil et des institutions publiques qui offrent des services de santé à la population peuvent à leur tour contribuer à bloquer ou freiner l'accès aux services publics et aux soins de santé pour cette population. Selon l'OIM (2013), le risque accru de maladies observé chez la population immigrante serait attribuable aux structures en place lors de la migration et à des obstacles systémiques retrouvés dans le pays d'accueil, qui bloquent ou limitent l'accès aux services de santé. À ce sujet, des études soulignent l'impact des structures d'accueil au sein des États sur l'accroissement de la vulnérabilité déjà identifiée chez la population immigrante, notamment en ce qui a trait au stress généré par les conditions de vie précaires et aux impacts négatifs de celles-ci sur l'état de santé des mères et des enfants à naître (Battaglini *et al.*, 2000; MSSS, 2004a; Vatz Laaroussi *et al.*, 2008).

Les facteurs de vulnérabilité sont donc multiples, et leur influence varie en fonction des trajectoires migratoires propres à chaque immigrant. Ainsi, la vulnérabilité découle souvent d'un cumul de facteurs de risque, tant liés aux circonstances entourant la migration et aux conditions de vie retrouvées dans le pays d'accueil qu'à l'histoire de vie préalable à la migration. L'État a un rôle déterminant à jouer pour faciliter l'accès aux institutions qui offrent des soins de santé à sa population immigrante (OMS, 2013).

1.2 Les programmes de prévention en périnatalité

Les conditions de vie adverses ont une incidence sur l'état de santé et le bien-être des mères, sur l'exercice du rôle parental et sur le développement global et l'adaptation psychosociale de l'enfant à naître (MSSS, 2004a; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008). C'est la raison pour laquelle des programmes de prévention et d'intervention en

périnatalité ont été mis sur pied en Amérique du Nord. Parmi ceux-ci, on note les *Nurse-Family Partnership* et *Nurse Home Visitation*. Ces programmes de visites à domicile par un infirmier ou un professionnel de la santé ont démontré – par des données probantes – leur efficacité à améliorer les capacités parentales et le bilan développemental de l'enfant tout en réduisant le stress parental (Barlow *et al.*, 2006; Hassan *et al.*, 2011; MacMillan et Groupe canadien d'études sur les soins de santé préventifs, 2000; MacMillan, 2013; Mikton et Butchart, 2009; Olds et Kitzman, 1997; Pottie *et al.*, 2011).

Au Québec, le programme SIPPE a été créé et implanté au début des années 2000 (MSSS, 2004a). L'objectif principal des SIPPE est d'optimiser le développement physique et psychologique des enfants de 0 à 5 ans, par exemple par la réduction des naissances d'enfants de petit poids et un meilleur bilan développemental. Pour y arriver, on cible l'amélioration des conditions de vie et des pratiques éducatives ou disciplinaires des parents ainsi que le renforcement de leur pouvoir d'agir, notamment en les aidant à définir leur projet de vie (p. ex. retour aux études) et à établir des conditions favorables au développement d'un attachement sécurisant chez l'enfant (Lepage et Schoonbroodt, 2006; MSSS, 2004a; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008).

À Montréal, les SIPPE travaillent de concert avec d'autres programmes, services et actions, à la réalisation de deux objectifs du Plan régional de santé publique 2010-2015 (DSP, 2011a). Celui-ci vise à 1) faire en sorte que les enfants naissent et se développent en santé et à 2) lutter contre les inégalités sociales en santé. Le cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004a) cible deux déterminants majeurs du développement et de l'adaptation sociale des enfants, soit la pauvreté et le jeune âge des parents. Ces déterminants servent à sélectionner parmi les mères les plus vulnérables, celles qui sont éligibles au programme.

Par ailleurs, le cadre de référence reconnaît l'existence de situations de vulnérabilité par cumul de facteurs de risque, dont fait partie l'immigration récente. Cette voie offre donc aux immigrants récents qui présentent un parcours migratoire où s'additionnent plusieurs de ces facteurs, la possibilité de bénéficier des services offerts par les SIPPE, mais sur une période de temps plus courte (MSSS, 2004a). En plus de cette reconnaissance de la vulnérabilité spécifique à cette population par l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un guide pour l'intervention SIPPE auprès des familles immigrantes, paru en 2005, offre des repères précieux pour l'intervention en contexte de diversité culturelle (MSSS, 2005).

Les études évaluant l'efficacité des programmes d'intervention en périnatalité, surtout menées auprès de femmes enceintes vivant en contexte de vulnérabilité, démontrent l'importance d'une intervention concertée menée par une équipe multidisciplinaire qui offre des services intégrés (de Montigny et Goudreau, 2009; Gordie et Walz, 2012; MCP2, 2005; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008; Rodriguez et Rivières-Pigeon, 2007). D'autres auteurs soulignent la nécessité de prendre en considération la composante culturelle et promeuvent une approche transculturelle de la périnatalité (Battaglini *et al.*, 2002a, 2002b; Fortin et Le Gall, 2007; Moro, 2004; Tremblay *et al.*, 2010). En tenant compte de l'importante contribution de la population immigrante au taux de natalité pour la région de Montréal, en effet, l'arrimage du programme aux particularités de cette clientèle se présente comme une nécessité.

Depuis sa création, le programme SIPPE a fait l'objet de quelques publications, en particulier concernant sa mise en chantier à l'échelle nationale et l'optimisation de ses composantes (Desrochers et Clapperton, 2007; MSSS, 2004a, 2005.). En ce qui concerne les soins aux familles immigrantes, à une exception près, le guide d'intervention de 2005 constitue le document le plus récent et, à notre connaissance, il

n'existe pas non plus d'étude portant sur son utilisation par les équipes ou sur la façon de transposer ses concepts sur le terrain auprès des mères immigrantes et réfugiées.

L'article précédent conclut que les intervenantes SIPPE considèrent les critères d'admissibilité actuels du programme peu pertinents pour identifier la vulnérabilité réelle des mères immigrantes ou réfugiées. Cette conclusion rejoint les mises en garde déjà faites par d'autres auteurs quant aux risques d'inéquité dans l'accès aux SIPPE en raison de critères d'admissibilité qui ne tiennent pas compte des facteurs de vulnérabilité spécifiques à la population immigrante (Hassan *et al.*, 2011; Pottie *et al.*, 2011).

Le présent article présente le second volet de la recherche conduite dans l'article précédent et documente les défis de l'intervention dans le cadre du programme SIPPE pour la clientèle immigrante et réfugiée, à partir du point de vue des intervenants. Les deux objectifs spécifiques sont : 1) documenter l'expérience des intervenants en ce qui a trait à l'intervention SIPPE auprès des mères immigrantes et réfugiées; et 2) documenter leurs recommandations pour améliorer l'intervention SIPPE auprès des mères immigrantes et réfugiées. Les intervenants SIPPE sont ciblés parce qu'ils sont les acteurs de première ligne sur le terrain et qu'il existe peu d'écrits explorant leur perspective sur ces défis et leurs besoins.

2. ÉCHANTILLON ET MÉTHODOLOGIE

2.1 Échantillon et recrutement

Pour être admissibles à l'étude³, les intervenants devaient faire partie de l'équipe SIPPE ou avoir effectué des interventions de type SIPPE. Aucune variable liée aux intervenants n'a été contrôlée (âge, sexe, années d'expérience, etc.). Le recrutement des participantes s'est fait par l'envoi d'une annonce expliquant le projet de recherche aux chefs de service de six Centres locaux de services communautaires (CLSC) de Montréal appartenant à deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) desservant une population majoritairement immigrante. La participation requise pour ce projet pilote consistait en une entrevue individuelle et/ou en un *focus group*. Préalablement à l'entrevue individuelle et au *focus group*, les participantes devaient signer un formulaire de consentement éclairé.

L'échantillon total comporte 32 participantes⁴ (réparties dans les 17 entrevues individuelles et 3 *focus groups*), toutes de sexe féminin et répondant aux profils professionnels suivants : travailleuses sociales, infirmières et nutritionnistes. Ces intervenantes cumulaient plusieurs années d'expérience d'intervention en contexte multiethnique. Leurs connaissances et expériences de terrain font en sorte qu'elles étaient en mesure de nous fournir de riches renseignements sur l'évolution du programme, sur la pertinence des critères de sélection et sur les défis de l'intervention auprès des familles immigrantes dans le cadre des SIPPE.

³ Le projet a reçu l'approbation du comité éthique de la recherche (CÉR) de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) en date du 19 décembre 2012, ainsi qu'une attestation de recherche de deux CSSS participant à la collecte de données. Les étapes de la démarche d'autorisation pour l'analyse secondaire des données sont détaillées dans l'Annexe C.

⁴ Les participantes œuvrent auprès de familles immigrantes en situation de vulnérabilité dans le cadre du programme SIPPE et du programme « Enfance Famille Jeunesse ».

2.1.1 Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée en deux temps. Pour le premier CSSS, 9 entrevues individuelles et un *focus group* comprenant les 8 membres de l'équipe SIPPE ont été réalisés entre les mois de septembre 2012 et janvier 2013, pour un total de 17 participantes. Pour le second CSSS, 8 entrevues individuelles et deux *focus groups* – l'un avec l'équipe SIPPE et l'autre avec l'équipe de périnatalité – ont été réalisés entre les mois de mai et de juillet 2013, pour un total de 15 participantes. La durée des entrevues individuelles variait entre 60 et 90 minutes, et celle des *focus groups* était d'environ 120 minutes.

Initialement, les *focus groups* devaient avoir lieu avant d'entamer les entrevues individuelles. Pour des raisons pratiques, il a fallu renverser cet ordre dans les deux CSSS. Puisqu'aucune différence significative n'est ressortie suite à la lecture préliminaire des entrevues, toutes catégories confondues, l'ensemble du corpus (individuel et *focus groups*) a été regroupé pour la construction d'un seul arbre thématique.

2.1.2 Gestion des données

Les données ont été recueillies sur support numérique lors des entrevues individuelles et des *focus groups*. Pendant la transcription, les données d'entrevues ont été anonymisées puis importées dans le logiciel NVivo 10. L'utilisation de ce logiciel a permis de suivre rigoureusement le processus de recherche et d'accroître ainsi le caractère vérifiable et la crédibilité des constatations. Seuls les membres de l'équipe de recherche avaient accès aux transcriptions numériques des entrevues individuelles et des *focus groups*, ainsi qu'aux données importées sur NVivo.

2.2 Entrevues et analyses

Pour mieux apprécier et comprendre les expériences et les points de vue des professionnels du milieu des services sociaux (CLSC), les questions d'entrevue ont été élaborées en fonction des caractéristiques des participantes (intervenantes en CLSC de divers horizons) et des questions de recherche. Les grilles d'entrevues individuelles et des *focus groups* ont été construites suite à des discussions du comité de recherche avec les collaborateurs⁵ de ce projet pilote.

Les entrevues individuelles étaient semi-structurées et visaient à documenter la perception des intervenantes quant aux principaux thèmes de l'étude, soit : 1) l'accès et la rétention des familles dans les interventions SIPPE; 2) la relation parent-intervenant; 3) les interventions offertes; 4) les réussites en intervention; 5) les obstacles, difficultés ou préoccupations liés à l'intervention; 6) les besoins des intervenantes; et enfin 7) toutes les recommandations ou demandes formulées par les intervenantes. Les *focus groups* ont abordé les mêmes thèmes, par le truchement de questions plus générales, formulées par l'assistante de recherche, destinées à démarrer la discussion. La différence entre les deux types d'entrevues réside dans le degré de profondeur des thèmes explorés. Alors que l'entrevue individuelle a favorisé une analyse en profondeur des thèmes, les *focus groups* ont permis d'explorer la variabilité des expériences et opinions face aux mêmes thèmes.

L'ensemble des entrevues individuelles et des *focus groups* ont ensuite été analysées avec la méthode qualitative de Paillé et Mucchielli (2012), à l'aide du logiciel NVivo10. Ainsi, une analyse thématique verticale s'est faite pour chaque entrevue, toutes catégories confondues, suivie d'une analyse transversale⁶ (comparative entre

⁵ Intervenantes, chefs de programme et gestionnaires des CSSS.

⁶ L'analyse transversale des entrevues individuelles et des *focus groups* visait à comparer les milieux respectifs en fonction des équipes d'appartenance (programme SIPPE exclusif c. programmes SIPPE et régulier) et des secteurs (CLSC).

entrevues et deux milieux) du corpus qui s'est faite en quatre étapes successives (attribution de thèmes, inventaires, modifications et regroupements) permettant une thématization de plus en plus efficace, avec des thèmes de plus en plus stables et hiérarchisés. Les deux objectifs généraux de la recherche ont guidé la thématization et l'attribution des thèmes pertinents pour l'étude.

Étape 1 : Sur les 17 entrevues individuelles, une première entrevue sélectionnée au hasard a été analysée en groupe par trois doctorantes. Les thèmes alors relevés ont constitué les prémisses de l'arbre thématique. Cette première étape a été effectuée en demeurant le plus près possible des propos des participantes. Un accord interjuges a été conclu afin de confirmer l'objectivité du travail d'identification des thèmes ainsi que sa précision.

Étape 2 : Trois autres entrevues (également sélectionnées au hasard) ont été analysées individuellement, puis un accord interjuges a été conclu en équipes de deux (chacune des analystes avait deux entrevues à analyser et à comparer avec les entrevues d'une autre analyste). L'accord interjuges a permis de confirmer l'objectivité du travail d'identification des thèmes pertinents ainsi que sa précision. Une rencontre subséquente a eu lieu avec la directrice de recherche, madame Hassan, pour discuter des nœuds créés. L'analyse de ces quatre premières entrevues a permis de réaliser un arbre thématique afin de synthétiser les nombreux thèmes ayant été relevés au cours de cette première analyse (Paillé et Mucchielli, 2012).

Étape 3 : L'analyse individuelle des 16 autres entrevues a permis d'enrichir l'arbre thématique. Toujours lors de l'analyse thématique, mais dans un deuxième temps, les thèmes recoupés ont été analysés afin de vérifier ceux qui se répétaient, se complétaient ou s'opposaient. Les thèmes ont alors été positionnés ou regroupés sur des axes thématiques, des rubriques, ou suivant des sous-thèmes en fonction de leurs interrelations. Une révision des 17 entrevues individuelles et des 2 *focus groups* a

ensuite été réalisée à partir des nouveaux nœuds de l'arbre thématique. Par la suite, une analyse transversale comparative portant sur les 20 entrevues (17 individuelles et 3 *focus groups*) a permis de relever ce que les expériences et les vécus des intervenantes des deux sites avaient de commun et de différent, d'une part, ainsi que d'identifier les besoins spécifiques aux milieux et équipes locales, d'autre part.

Étape 4 : L'analyse des grands nœuds par regroupements théoriques (Paillé et Mucchielli, 2012), menée par deux doctorantes à partir de l'arbre thématique final, a permis une analyse interprétative du discours puis d'établir des liens avec les connaissances théoriques et empiriques existantes.

La rigueur méthodologique de l'analyse qualitative a été assurée au moyen de plusieurs stratégies. D'abord, le recours à un accord interjuges permet d'accroître l'objectivité et la précision du travail d'identification des thèmes. Ensuite, la méthode d'analyse séquencée (Paillé et Mucchielli, 2012) génère des thèmes particulièrement fidèles aux propos des participantes. Finalement, le recours à deux sources de données (entrevues individuelles et *focus groups*) enrichit l'analyse qualitative en permettant entre autres la comparaison de variables (équipe SIPPE c. équipe multi-programme; expériences et connaissances de l'intervenant; soutien clinique disponible; clientèle; culture organisationnelle locale [CLSC], etc.).

Au moyen de cette méthode, nous avons pu documenter substantiellement les perspectives de nos participantes sur les critères d'admissibilité aux SIPPE, d'une part, et sur l'intervention SIPPE en contexte multiethnique, d'autre part. Dans ce qui suit, nous présentons nos résultats quant à l'intervention.

3. RÉSULTATS

3.1 L'expérience des intervenantes SIPPE auprès des mères immigrantes et réfugiées

Notre premier objectif de recherche est exploré suivant deux optiques, soit a) la vulnérabilité spécifique des mères et la nature de l'aide qu'elles requièrent dans le cadre de l'intervention SIPPE; et b) les défis de l'intervention SIPPE en contexte de diversité ethnoculturelle. Bien que la plupart des résultats obtenus auprès des participantes soient communs aux défis rapportés par les intervenants d'autres programmes, ils diffèrent à certains égards quant à leur incidence sur l'intervention SIPPE.

3.1.1 Une vulnérabilité avec des besoins d'aide spécifiques

D'abord, le contexte spécifique à l'immigration entraîne selon les participantes une situation de vulnérabilité accrue pour plusieurs familles récemment immigrées. Cette vulnérabilité ne se limite pas à un ou deux facteurs, mais englobe généralement un cumul de facteurs de risque : « *je pense que c'est plusieurs facteurs mis ensemble*⁷. » Même si certains facteurs sont comparables à ceux que l'on retrouve dans la population générale, c'est leur coexistence avec d'autres facteurs spécifiques à l'immigration qui augmente significativement le risque de vulnérabilité pour ces familles. Une intervenante commente: « *si la mère a un secondaire 5 dans son pays, et [qu'elle] arrive nouvellement ici [au Québec]... ce n'est pas la même chose que pour la mère qui a grandi ici et n'a pas un secondaire 5 [...]. Cette mère [immigrante] a des problèmes d'adaptation beaucoup plus larges que ceux des autres mères.* »

⁷ Cette citation et les autres citations *verbatim* qui suivent sont issues de la transcription des entrevues et *focus groups* réalisés pour la présente étude.

Les participantes relèvent l'existence d'un « choc culturel » découlant de l'immigration qui peut fragiliser l'équilibre d'un parent à différents degrés. Une participante donne l'exemple suivant : « ... *un père de famille qui vit beaucoup de stress, et qui est confronté à une culture différente [...] ça peut le rendre plus vulnérable* ». L'immigration peut également engendrer de grands bouleversements au sein de la famille. La remise en question des rôles traditionnels de l'homme et de la femme peut fragiliser l'équilibre du couple, créer des tensions, voire mener à l'éclatement de conflits et à des situations de violence conjugale. Une intervenante commente : « *je dirais que les problèmes de violence conjugale, j'en ai beaucoup, [du] contrôle économique très grand... je pense que là aussi il y a sûrement une perte de repères pour les papas qui arrivent ici et qui font face à des femmes qui vont changer au contact de la nouvelle société* ».

Le niveau socioéconomique préalable à l'immigration serait, de l'avis de plusieurs, un facteur qui affecte le processus d'insertion sociale. Ainsi, selon certaines, les parents qui proviennent de milieux plus aisés, ayant bénéficié d'une éducation collégiale ou universitaire, auront souvent une plus grande facilité à s'intégrer dans le pays d'accueil. À l'inverse, les parents provenant de milieux ruraux et plus défavorisés risquent davantage d'éprouver des difficultés à surmonter les défis d'insertion sociale: « *c'est plus le niveau d'éducation très bas, ils ne parlent ni anglais ni français... et ils n'ont pas de ressources [...]* ».

En plus de ces défis découlant de l'immigration, d'autres facteurs peuvent compliquer le processus d'insertion sociale chez ces parents. Les participantes soulignent la lourdeur qui accompagne les démarches des familles auprès des représentants de l'État. À cet effet, le système bureaucratique peut rapidement devenir un obstacle difficile à franchir, en particulier lorsque le parent méconnaît le fonctionnement de la société :

l'autre difficulté [...], comprendre nos systèmes, comment ils fonctionnent [...], comment tu obtiens le certificat de naissance [...], l'aide sociale, le congé parental, comment tu te procures des médicaments. Tout le lien avec les services gouvernementaux [que] moi-même je trouve compliqués.

La méconnaissance de l'une des deux langues officielles du pays peut également complexifier les initiatives des parents pour trouver les bonnes ressources. Par l'ajout de difficultés dans les démarches vers les bons services, la barrière linguistique peut freiner, voire bloquer l'échange et l'accès à des informations cruciales: « *[celles] qui [ne] parle[nt] pas la langue, ne conna[issent] pas le système [sont] complètement isolée[s] et devien[nent] mère[s] pour la première fois dans un contexte étranger* ».

Les participantes disent que le risque de vulnérabilité est plus élevé lorsque le départ du pays n'a pas été planifié et qu'il survient précipitamment, dans un contexte de fuite et de survie. Elles évoquent en guise d'exemple « *la maman qui a vécu des violences dans son pays et qui arrive ici parce qu'elle a été obligée de sauver sa peau* ». Ce type de statut, de réfugiés en l'occurrence, contribue à maintenir les familles dans un climat d'incertitude quant à leur statut officiel à titre d'immigrants. Les retards engendrés dans la régularisation de leur situation légale ont pour effet de restreindre ou bloquer leur accès aux services de santé publique. Une intervenante donne un exemple de ces obstacles systémiques additionnels en évoquant que « *le fait d'être demandeur d'asile met [le parent] dans une précarité au niveau financier, psychologique, etc., à tous les niveaux* ». De tels contextes migratoires entraînent donc une situation de vulnérabilité accrue pour ces parents, laquelle se répercute sur leur expérience de la parentalité : « *des clientes qu'on a avec des syndromes de stress post-traumatique, liés à leur immigration [...] ça a un impact sur leur vision et leur rapport à leur enfant* ». Le caractère traumatique qui accompagne souvent ces parcours migratoires augmente, selon plusieurs, le risque d'éclosion de problèmes de santé mentale. Ceux-ci, lorsqu'ils ne sont pas diagnostiqués et traités rapidement, risquent de se répercuter sur

l'adaptation psychosociale ultérieure des parents, en plus d'interférer avec l'exercice de leur rôle parental.

Les participantes identifient aussi certains groupes plus à risque de vulnérabilité au sein de la population immigrante, notamment les femmes et les mères pour qui l'immigration s'inscrit dans des contextes conjugaux particuliers, tels que le parrainage et les mariages « arrangés » à distance. Les intervenantes considèrent que ceux-ci créent un déséquilibre dans le rapport de force au sein du couple en plaçant la femme en situation d'extrême dépendance par rapport à son mari dans un contexte social qu'elle méconnaît. Alors que l'homme, déjà installé au pays depuis un certain temps, est actif sur le marché du travail, détient un réseau social (collègues ou autres), maîtrise l'une des langues du pays et possède une autonomie juridique et financière; sa femme reste souvent isolée, peine à apprendre l'une des langues officielles, peut-être sous-scolarisées ou sans expérience reconnue sur le marché du travail et connaît peu ou pas les ressources du quartier. Une participante commente : « *des femmes qui arrivent parrainées par le mari... puis les maris veulent les garder à la maison ou pour x raisons, il ne lui dit pas comment s'intégrer ou n'explique pas les règles [de fonctionnement de la société d'accueil]* ». Dans certains cas, l'entourage peut aussi contribuer à l'isolement de ces femmes, que ce soit en les gardant dans l'ignorance de leurs droits ou en les dissuadant d'aller vers les ressources disponibles pour les aider. Une participante cite les propos d'une mère : « *on m'a dit que si je venais te voir [travailleuse sociale], on allait me retirer mes enfants.* »

En somme, que ce soit au niveau des barrières linguistiques, culturelles, sociales ou personnelles, certains parents récemment immigrés se retrouvent avec un cumul de facteurs de risque dont les effets s'entrecroisent. Au bout du compte, ces situations de vulnérabilité découlant du contexte migratoire diminuent la disponibilité affective des parents pour leur enfant, ce qui se répercute sur « *le développement de l'enfant, le lien*

d'attachement positif, sécurisant » et justifie le besoin éminent qu'ont certaines mères de bénéficier d'une aide de type SIPPE.

Vulnérabilité transitoire c. vulnérabilité chronique

Les participantes identifient deux profils de vulnérabilité associés à l'immigration. Le premier profil correspond à une vulnérabilité situationnelle et transitoire, spécifique à l'immigration, qui s'observe souvent dans les premiers mois de l'arrivée au pays, même chez ceux qui disposent de compétences parentales adéquates. Les défis de l'insertion font en sorte que ces parents doivent apprendre rapidement les lois et règles de fonctionnement du pays d'accueil, tout en luttant contre des conditions de vie précaires. Les participantes accentuent ce point avec vigueur.

À leur arrivée, en effet, beaucoup de familles ont avant tout besoin d'être conseillées, orientées, voire accompagnées vers les services, ressources et programmes auxquelles elles sont admissibles. Ces familles *« ont besoin d'être mises en contact avec certaines ressources, pour pouvoir se débrouiller [d']elles-mêmes. Parce qu'elles savent ce qu'il faut, mais elles ne savent pas où se diriger »*; *« souvent ils [ne] connaissent pas la culture, ils ne savent pas comment ça fonctionne ici »*; *« [...] toute la paperasse, parce que du fait qu'ils ne savent pas comment fonctionner dans le système, [cela nécessite] beaucoup de médiation [ce n'est pas juste culturel,] c'est aussi bureaucratique... »*; *« ... les impôts, les allocations familiales, des fois [...] ils n'ont pas fait les impôts, [alors] les allocations familiales, ils [ne] les reçoivent [plus] et ils [ne] comprennent pas [pourquoi] »*. Des enjeux qui deviennent encore plus délicats lorsque les parents doivent aussi faire l'apprentissage de l'une des langues officielles du pays.

C'est pourquoi un volet incontournable dans l'accompagnement de ces familles consiste à les aider dans leurs démarches auprès des institutions publiques. Ce soutien

visé à faciliter l'avancement des procédures entreprises par ces familles auprès du gouvernement afin de leur donner accès aux services et ressources disponibles pouvant améliorer leurs conditions de vie : « *toute la paperasse à faire... la régularisation de leur statut d'immigration, ça peut être un autre facteur qui fait qu'ils n'ont pas d'accès [...], les enfants n'ont pas accès à la garderie subventionnée...* ». Aux yeux des participantes, il s'avère donc souvent nécessaire de privilégier dans un premier temps la transmission d'informations qui puissent aider ces mères à atteindre un seuil minimum de capacité à fonctionner dans la société : « *une maman qui [est] arrivée au pays [depuis] 3 mois... dans mon enseignement, il va falloir que j'aïlle plus lentement, ou que j'donne plus d'informations, parce que j'peux pas assumer qu'à connaît, qu'elle sait comment le système fonctionne* ».

Ces mêmes familles doivent souvent composer également avec une précarité financière aiguë qui se traduit par des besoins matériels majeurs et urgents. Cela influence la nature des demandes formulées par plusieurs d'entre elles, qui tendent alors à concerner des besoins essentiels devant être comblés dans l'immédiat : « *ils ont un besoin criant de ressources financières et alimentaires... ils ont des enfants, mais souvent ils [n']ont pas les capacités financières [pour] s'en occuper* »; « *[on] leur donne des billets d'autobus ou des billets de taxi...* »; « *La mère vient au CLSC disant qu'elle n'a pas de manteau d'hiver pour son nouveau-né, qu'elle n'a pas de nourriture, qu'elle n'a pas de lait* ». Ainsi, plusieurs participantes estiment souvent nécessaire d'aller au-delà des besoins initiaux exprimés par ces parents pour être en mesure d'identifier leur vulnérabilité réelle et le type d'aide requis.

Les participantes considèrent que ces situations, bien que transitoires, sont suffisamment sérieuses pour interférer avec le bon exercice du rôle parental. Une intervenante commente à ce sujet : « *comment être disponible pour ses enfants, être [présente] quand en même temps [il] faut que tu réapprennes, je trouve que ce qui est vraiment marquant, c'est qu'ils n'ont plus leur famille élargie, ils se ramassent soit*

une femme seule avec très peu de réseaux, ou soit un couple isolé [...] ». Les intervenantes sont d'avis que les parents qui sont dans de telles situations présentent d'importants besoins de type SIPPE, auxquels il est généralement possible de répondre sur une période plus courte que les 5 ans prévus par le programme. L'une des participantes résume la situation ainsi : « *c'est les mamans qui pourraient bénéficier du SIPPE parce qu'elles ont juste besoin d'une certaine intensité [...] d'être mises en contact avec certaines ressources, pour pouvoir se débrouiller elles-mêmes* ».

Le deuxième profil concerne les situations de vulnérabilité chroniques. Celles-ci s'inscrivent plutôt dans la trajectoire de vie du parent et dépassent le seul contexte de l'immigration ou encore consiste en une situation de vulnérabilité transitoire qui devient une condition de vie permanente lorsque l'intégration sociale n'a pas réussi. Pour les parents qui correspondent à ce profil, les conditions migratoires et les défis de l'intégration dans un pays étranger s'ajoutent à une fragilité préexistante. Il s'agit de personnes qui ont connu la précarité et enduré des traumatismes multiples avant l'immigration. Une intervenante commente les difficultés d'insertion sociale des mères qui sont dans cette situation : « *[elles sont] totalement démunies et leur capacité de s'occuper de leur enfant est compromise* ». Ces parents pourraient bénéficier, selon les intervenantes, de l'intensité et de la durée complète du programme SIPPE.

3.1.2 Les défis de l'intervention SIPPE auprès des mères immigrantes

Les participantes relatent avoir à faire face à de nombreux défis, dans le cadre de leurs interventions. Notons que si les enjeux soulevés par les participantes ne sont pas nouveaux ou liés aux seuls SIPPE; ce qui nous intéresse ici est leur incidence sur l'intervention SIPPE. Nous les regroupons en sept thématiques : la diversité des cultures et la barrière linguistique, les trajectoires migratoires au potentiel traumatique, le repérage tardif, le sentiment d'impuissance devant les grands enjeux sociaux, les

contrastes entre la vision des dirigeants et celle des équipes locales, le manque de flexibilité de la gestion administrative, et les insuffisances de l'encadrement clinique.

La diversité des cultures et la barrière linguistique

En premier lieu, nos participantes identifient le défi de la diversité des référents culturels et religieux (en ce qui concerne les rapports homme-femme, la façon de concevoir les soins, l'éducation, les rôles parentaux, etc.), et les peurs et préjugés à l'égard du pays d'accueil. Du côté des intervenantes, ce contexte spécifique à l'intervention ethnoculturelle entraîne souvent un investissement de temps beaucoup plus long auprès de ces familles. Plusieurs considèrent par exemple qu'il leur faut plus de temps pour parvenir à établir un lien de confiance minimal avec ces familles. Lors d'un *focus group*, une intervenante commente : « *on identifie ça comme des barrières culturelles, y'a vraiment des facteurs culturels qu'il faut tenir compte, c'est un défi dans l'intervention* ». Une autre intervenante illustre le phénomène :

elles [les mères] arrivent avec leur vision de la maternité et de la façon dont on élève un enfant et dans une culture très différente. [Ici] c'est une culture de performance [...], l'enfant doit être stimulé, on arrive avec nos normes de propreté [...], de sécurité. Mais chaque culture aussi est différente.

Pour plusieurs familles, les craintes ou préjugés cultivent les réticences à l'égard de l'offre des SIPPE. À titre d'exemple, l'une commente : « *elles [ces mères] ont peur de la DPJ... elles entendent que la DPJ va prendre le bébé [...]* ». Certaines observent aussi que plusieurs familles immigrantes méconnaissent le fonctionnement du pays d'accueil, ce qui peut contribuer à les placer dans une position de plus grande dépendance vis-à-vis de leurs proches : « *quand ils arrivent [...] c'est pas tout le monde*

qui ont des bons conseils à dire sur la communauté [le Québec], sur le pays d'accueil. Il y a [beaucoup] de monde qui raconte des affaires qui n'ont pas de fondement. »

Puis, nos participantes identifient également des défis considérables associés à la barrière linguistique. Entre autres, plusieurs participantes émettent que cette barrière linguistique a pour effet de compliquer le travail d'accompagnement, dans la mesure où elle nuit à l'établissement d'une communication claire et efficace, qui puisse permettre de bien identifier les besoins des familles pour leur offrir les bons services : *« souvent on n'arrive pas à se faire comprendre »*. Il peut arriver que les deux parents ne maîtrisent aucune des deux langues officielles; les services d'un interprète sont alors requis, sans pour autant faciliter le travail d'accompagnement. Une intervenante commente : *« je déteste quand je dois avoir un interprète dans mon intervention parce que je trouve ça difficile de communiquer [par l'entremise d'une tierce personne]. À chaque fois que je dois intervenir, ça doit être calculé et l'interprète doit être là. »*

De l'avis des intervenantes, l'accompagnement auprès de certaines familles issues de cultures traditionnelles éloignées de celle du Québec et véhiculant des conceptions inégalitaires des rapports entre l'homme et la femme représente un défi de taille. Cet écart peut complexifier l'intervention dans certains contextes déjà difficiles. Une intervenante cite en guise d'exemple les propos d'une mère victime de violence conjugale et issue d'une culture traditionnelle : *« j'ai dit quelque chose à mon mari et c'est ma faute et il a raison pour me frapper »*. Ces enjeux viennent compliquer l'accompagnement au quotidien de ces mères : *« [...] c'est très difficile de convaincre [...] de dire qu'il y a des ressources ici. Tu n'es pas seule, tu peux appeler la police »*. Plus l'écart est grand entre la culture d'origine et celle du pays d'accueil, plus l'accompagnement risque d'être long et ardu : *« c'est un défi, de faire réaliser à la mère, [de] lui apporter un autre point de vue, c'est toujours de longue haleine [...] on fait pas des changements comme ça, même si le parent réalise qu'il faut changer, [ça prend du temps] avant qu'il puisse changer ses comportements »*.

C'est dans ce contexte que certaines participantes reconnaissent qu'elles sélectionnent l'information avant de la transmettre aux familles, de manière à ne pas compromettre l'alliance de travail. Elles considèrent qu'elles suivent les objectifs du programme, mais autrement; de manière à respecter les différentes conceptions du rôle parental :

[certains] parents immigrants ne savent pas jouer avec les enfants [...] ou ils n'ont pas les mêmes façons de jouer avec leurs enfants qu'ici au Québec. C'est peut-être moins [important] d'aller jouer au ballon dehors [par exemple]. Mais ici il faut les amener à développer autre chose.

Les trajectoires migratoires au potentiel traumatique

Les participantes considèrent que certaines trajectoires entraînent plus de complications pour l'intervention que d'autres. Certains statuts migratoires en particulier (demandeur d'asile ou sans-papiers) augmentent les risques que ces familles se retrouvent dans des conditions de vie précaires à leur arrivée. L'incertitude découlant de ces statuts peut aussi occasionner des difficultés dans l'accès aux services : « *on a beaucoup de demandeurs d'asile, qui sont les plus vulnérables au niveau financier parce qu'il y a beaucoup de choses auxquelles ils n'ont pas accès, notamment les allocations familiales, ou par exemple les garderies à 7 \$ [...] souvent, ça empêche les gens de travailler...* »

De surcroît, selon plusieurs participantes, les parcours migratoires traumatiques entraînent des problèmes de santé mentale, souvent non diagnostiqués et non traités. Une intervenante parle de son expérience auprès de ces mères aux prises avec un passé migratoire traumatique : « *[...] des familles monoparentales [...] avec des gros*

problèmes de santé mentale chez les mamans [...] ». Puisque ces parents sont généralement plus isolés et qu'ils ne sont pas enclins à demander de l'aide auprès des services publics, les participantes considèrent que le repérage de ces problèmes de santé mentale est particulièrement difficile. Plusieurs participantes constatent que ces délais nuisent à la bonne intégration sociale de ces familles, en plus des défis additionnels qu'ils génèrent au quotidien, à moyen et long terme, dans l'accompagnement SIPPE.

Le repérage tardif

Nos participantes sont d'avis qu'il n'existe pas d'autres programmes permettant d'offrir aux familles immigrantes un service d'une intensité comparable à celle des SIPPE. À défaut d'être repérées puis orientées rapidement vers les SIPPE ces familles aboutissent souvent dans des programmes où sont menées des interventions ponctuelles qui ne répondent qu'à une fraction de leurs besoins :

les services courants, là, y font du ponctuel. Oui ils vont donner des ressources, [aider] mais tout le désarroi des parents qui doivent [...] prendre soin des enfants en même temps que de vivre plein d'autres choses [silence], il [n'y] en a pas, [...] qui vont vraiment avoir un regard sur le développement des enfants [silence].

Ainsi, nos participantes considèrent que, trop souvent, les situations de vulnérabilité observées chez les familles immigrantes ne sont pas identifiées assez rapidement, en dépit du fait que ces professionnels tiennent un rôle de premier plan auprès de ces familles, pour en repérer la vulnérabilité réelle, ce qui permettrait de les référer rapidement vers les SIPPE. D'ailleurs, lors des *focus groups*, le problème du repérage et de la référence tardive aux SIPPE a été décrit par quelques intervenantes. En guise d'exemple, l'une commente ainsi son expérience : « *il y a quelques clientes qu'on a*

prises en OLO, puis en cours de suivi on s'est dit "non, franchement, cette maman-là bénéficierait vraiment d'un suivi plus long terme. Ça [n'a] pas de bon sens qu'on ferme le dossier après l'accouchement" ».

Un sentiment d'impuissance devant les enjeux sociaux de grande envergure

L'ampleur des défis rencontrés dans le quotidien de l'accompagnement SIPPE auprès des mères immigrantes et réfugiées crée un contexte d'intervention propice au développement d'un sentiment d'impuissance parmi les intervenantes. Les conditions d'intervention difficiles en amènent certaines à poser un regard critique sur l'aide réellement apportée aux familles immigrantes vulnérables : « *on n'a pas de coupons d'autobus. Toutes les fois que j'ai payé de ma poche parce que je me sentais mal. Euh, je ne peux pas laisser une famille comme ça, ce n'est pas humain [...]* ».

parfois [...] l'impuissance de dire qu'on est face à une famille, elle a [...] besoin de tels services, puis on a beau faire tous les téléphones au monde... non, c'est comme ça puis c'est tout. [...] ils n'avaient le droit à rien, absolument rien. Mais je fais quoi? Ma liste d'organismes communautaires, ils ne fournissent pas.

Les participantes sont conscientes qu'elles font face, dans le cadre de leurs interventions, à des problèmes de société beaucoup plus larges :

il y a tout un pan, là, la grande pauvreté, la grande pauvreté des familles avec qui on travaille, SIPPE ne peut pas le régler, c'est des problèmes structurels de société, ça, et puis on est pris avec ça comme intervenant avec ça parce que les familles sont prises avec les problèmes de pauvreté.

Deux visions : celle des dirigeants et celle des équipes locales

Actuellement, les participantes ont l'impression que le partage d'information entre les intervenants, les gestionnaires et l'Agence n'est pas optimal. Plusieurs expriment leur insatisfaction face aux communications passées entre les milieux locaux, et la Direction de santé publique (DSP) de l'ASSS de la région de Montréal. Plusieurs estiment que la boucle de rétroaction n'est pas efficace pour permettre de consolider les écarts de visions entre les hauts dirigeants de programme et les intervenants sur le terrain.

Les participantes évoquent des démarches entreprises afin de conscientiser les gestionnaires de programme à propos des difficultés causées par des exigences administratives trop strictes. Mais elles expriment le sentiment d'avoir été peu entendues. En effet, elles constatent qu'il leur est difficile d'obtenir l'accord des gestionnaires de programme pour ajuster certaines exigences aux besoins des familles. Parmi les demandes formulées auprès de l'ASSSM, l'une portait sur l'imposition de visites à domicile aux familles bénéficiant du programme, même lorsque celles-ci sont cliniquement contre-indiquées. Plusieurs disent constater chez certaines familles un réel malaise à l'idée de recevoir chez elles la visite de représentants de l'État. En guise d'exemple, une participante commente : « *des fois il y a des clients qui ne veulent pas qu'on aille chez eux, bien on devrait faire des visites à domicile parce que c'est ça que le programme veut* ». Suite à leurs démarches exigeant davantage de flexibilité, les participantes concernées constatent que la situation reste non résolue. Une intervenante commente : « *puis là on se fait dire non, c'est à domicile. Y faut que ce soit à domicile* ».

Rétrospectivement, les participantes constatent également la lenteur avec laquelle les gestionnaires répondent aux questions qu'elles soulèvent. Ce qui accroît encore leur sentiment d'être peu entendues. Selon les intervenantes, il peut s'écouler plusieurs mois, voire des années, avant qu'un changement dans la gestion survienne en réponse à leurs demandes initiales. Pendant ce temps, les participantes doivent trouver par elles-mêmes, ou de concert avec leurs collègues et chefs de programme, des solutions temporaires pour ne pas pénaliser les familles en besoins des SIPPE.

Une gestion administrative peu flexible

Les exigences liées à la gestion administrative du programme apparaissent de plus en plus strictes aux participantes. On leur laisse moins de marge de manœuvre qu'avant pour adapter ces exigences aux besoins des familles. Ainsi, malgré l'existence du *Guide d'intervention auprès des familles immigrantes récentes*, nos participantes sont d'avis qu'il a très peu d'influence sur les décisions administratives. Cette incohérence entre le contenu du *Guide* et les exigences des gestionnaires met une pression additionnelle sur les équipes, puisque certaines directives leur paraissent difficilement applicables sur le terrain et contraires aux besoins des familles. De plus, la rigidité qu'elles perçoivent contribue selon plusieurs à générer plus de défis d'intervention. À cet égard, le discours des intervenantes témoigne qu'elles sont dans une position privilégiée pour trouver la manière appropriée d'ajuster les exigences aux besoins spécifiques des familles immigrantes. Si elles bénéficiaient de la marge de manœuvre nécessaire, précisent-elles, il leur serait possible de prévenir certaines situations où l'application rigide des règles administratives est susceptible de nuire aux familles ou d'aggraver leur vulnérabilité.

Cette flexibilité peut s'avérer cruciale quand vient le temps de faire preuve de tact dans le contact avec les familles. Rappelons que le contexte volontaire du programme SIPPE donne aux familles le droit de refuser en cours de route les services auxquels elles ont initialement consenti : « *le programme SIPPE c'est un programme volontaire [...]. On ne les force pas à continuer. On ne peut pas les forcer.* » À l'inverse, même à supposer qu'elles constatent une vulnérabilité inattendue, les intervenantes n'ont aucun pouvoir pour moduler l'intensité ou la durée du suivi des familles : « *on a des inquiétudes pour les enfants, on essaie de pousser un peu plus loin, puis ben ils veulent qu'on ferme le dossier, ben on le ferme à ce moment-là* ».

Le discours des participantes traduit donc le sentiment que plusieurs exigences administratives viennent freiner les initiatives des équipes locales visant à adapter l'offre de service aux besoins spécifiques des clientèles desservies. À titre d'exemple, une intervenante commente : « *c'est un programme de la santé publique [...] des directives qui viennent de la santé publique puis il y a des choses très strictes, des informations très strictes que nous devons leur donner* ». En dépit des efforts des intervenantes pour favoriser l'arrimage des services offerts aux besoins des familles, il s'avère néanmoins que ce type de gestion administrative génère une pression additionnelle sur les équipes, en plus d'alourdir le travail d'accompagnement. Pour illustrer les conséquences du manque de flexibilité en matière d'intensité et de durée des services, des participantes confient que même si certaines familles peuvent accepter l'offre de services SIPPE dans l'espoir d'obtenir une aide immédiate et rapide pour répondre à des besoins de base (« *le client [...] en pleine crise, il va vouloir [les SIPPE], puis dans 3 mois, il va peut-être trouver fatigant qu'une [intervenante] vienne souvent* »), d'autres peuvent décliner l'aide proposée, par méfiance ou incompréhension de ce qu'elle implique. De même, la durée actuelle proposée aux familles peut en décourager certains quant à leurs compétences parentales. Une participante affirme à cet égard que « *ça peut avoir l'effet d'envoyer le message au parent : tu n'es pas une bonne maman parce qu'on est toujours chez toi* ». En outre, puisque l'offre de services n'a pas été ajustée depuis la création des SIPPE de manière à tenir compte de l'évolution des familles montréalaises, il se produit un décalage. Celui-ci occasionne, de l'avis de plusieurs, une offre de services de plus en plus éloignée des besoins réels de ces familles. Une intervenante commente :

Ce qui est bâti par la DSP est probablement très applicable pour la fille qui habite Hochelaga, mais pas nécessairement pour la mère qui arrive du Pakistan. Elle [mère pakistanaise] n'interagit pas comme ça avec son enfant,

ce n'est pas comme ça qu'on élève une enfant [...], mais je ne peux pas arriver avec mon livre : aujourd'hui on va faire le chapitre 1.

Un encadrement clinique jugé insuffisant

Selon les participantes, il y a des écarts considérables en ce qui concerne la formation, l'expérience de travail et les compétences professionnelles. Ainsi, certains secteurs disposent d'intervenantes formées spécialement pour œuvrer auprès d'une clientèle immigrante, tandis que d'autres n'en ont pas. Certains secteurs disposent d'effectifs très expérimentés, tandis que d'autres sont composés majoritairement de jeunes récemment diplômés. À ce sujet, une intervenante commente : « *ici... ce sont des gens qui viennent, qui sortent de l'école, qui débutent leur carrière qui sont, qui se retrouvent dans SIPPE... puis ça se ressent beaucoup* ». Les variations actuelles entre les équipes et secteurs engendrent, de l'avis des intervenantes, un risque d'inéquité dans la dispensation de l'offre SIPPE pour la clientèle immigrante. En effet, les facteurs dont l'intervenante doit tenir compte pour ajuster les services offerts aux mères immigrantes sont nombreux et complexes. En conséquence, on retrouve un consensus parmi les participantes à l'effet que les défis associés à l'intervention en contexte ethnoculturel requièrent qu'elles puissent bénéficier d'un encadrement et d'un soutien clinique pour compenser les éventuels manques d'expérience ou de formation : « *parce que SIPPE, là, ça prend beaucoup de maturité, déjà personnelle, là, puis aussi professionnelle...* ».

En somme, l'intervention auprès des familles immigrantes n'est pas systématiquement plus lourde qu'avec les autres familles, mais les enjeux sont différents (difficultés liées à l'immigration et à l'intégration, vécu pré-migratoire, parcours migratoire, histoire sociopolitique du pays d'origine). Cette différence exige de l'adaptabilité. Les intervenantes ont besoin de temps pour appréhender la complexité et analyser avec

justesse la vulnérabilité de ces familles pour déterminer la bonne marche à suivre; puis elles ont besoin de l'autonomie nécessaire pour moduler l'intensité et la durée des services lorsque la situation l'exige.

3.2 Documenter les recommandations des intervenantes pour améliorer l'intervention SIPPE auprès des mères immigrantes et réfugiées

La transposition du programme SIPPE auprès d'une clientèle issue de l'immigration soulève des problèmes de plusieurs ordres. Pour y remédier, les participantes suggèrent d'apporter des modifications au programme qui tiennent compte des besoins spécifiques des familles immigrantes et des conditions de travail des intervenantes. Ces suggestions, que nous présentons ci-dessous, peuvent être regroupées en cinq catégories : la révision des mécanismes de repérage SIPPE pour les familles immigrantes, le développement d'une gestion participative, l'accroissement des ressources d'encadrement et de soutien clinique, l'accroissement de l'investissement financier dans le programme et la révision du système informatique I-CLSC.

3.2.1 Réviser les mécanismes de repérage SIPPE pour les familles immigrantes

Il se dégage du discours des participantes certaines préoccupations quant à la capacité du programme à rejoindre rapidement les familles immigrantes, de manière à leur offrir les services requis par leurs situations dans un court délai. À cet égard, plusieurs déplorent que l'intervention SIPPE auprès des familles immigrantes soit souvent curative plutôt que préventive, comme le veut la mission du programme. Certaines participantes relèvent cette incongruité apparente et son incidence sur l'accompagnement quotidien de ces familles.

La flexibilité de l'offre et des modalités d'intervention

Tel que mentionné préalablement, la majorité des participantes sont d'avis que l'offre SIPPE n'a pas véritablement été révisée en fonction de la spécificité de la vulnérabilité découlant de l'immigration, laquelle engendre des besoins distincts qui requièrent une adaptation. Voici, à titre d'exemple, le commentaire émis lors d'un *focus group* par une intervenante, qui reflète fidèlement l'opinion émise par les autres participantes sur ce point : « *quand on est confronté à des familles qui sont dans le besoin, il y a une rigidité dans ce qu'on offre [...] il y a peut-être matière à réviser où est-ce qu'on est rendu, à savoir [le programme] offrait ça, mais est-ce que c'est [bien adapté aux besoins de ces familles], ce qu'on offre? »*

Les intervenantes sont ainsi d'avis que les modalités des services ne devraient pas être imposées et doivent rester flexibles et s'adapter aux demandes formulées par les familles afin de ne pas pénaliser des familles vulnérables et démunies lorsque vient le temps de chercher l'aide requise. Par exemple, la précarité financière qui prévaut chez plusieurs familles immigrantes, lors de la première année suivant leur arrivée au pays d'accueil, peut les restreindre dans leur capacité à se mobiliser. Ainsi, en dépit de leur motivation, certaines mères vont éprouver des difficultés ne serait-ce qu'à se rendre sur les lieux où se trouve la ressource d'aide : « *quand t'as une mère devant toi qui est full mobilisée, oui j'vais aller faire telles démarches, j'vais aller là, j'vais aller là, mais elle n'a pas 3 \$ pour payer l'autobus. [...] c'est quelque chose sur un budget de 800 \$.* »

Les intervenantes préconisent donc une offre de service qui soit centrée sur les besoins des familles immigrantes, et respectueuse de la diversité des cultures. Elles suggèrent de redéfinir la notion de vulnérabilité sur laquelle repose le programme en tenant compte des facteurs de risque propres à la population immigrante afin que les familles qui pourraient bénéficier des SIPPE soient mieux ciblées : « *nouveaux arrivants [...], au moins... pour 6 mois... ça ne sera pas un programme SIPPE à long terme [...].*

C'est [...] une autre sorte de SIPPE ». Puis, elles suggèrent l'adaptation de l'offre de service du programme SIPPE aux situations de vulnérabilité particulières des familles immigrantes récentes et réfugiées, lorsque celles-ci sont suffisamment graves pour affecter leur capacité de répondre adéquatement aux besoins de leurs enfants.

Elles sont favorables à la mise en place de SIPPE intensifs à court terme pour la clientèle immigrante, s'échelonnant sur une année ou moins et visant à favoriser le processus d'insertion sociale : « *un SIPPE court-terme... qu'on sait que ce n'est pas nécessairement de l'accompagnement jusqu'à 5 ans... que ça va demander une certaine intensité à cause... des conditions d'immigration... y a comme un plan de support... sur un an [...].* » Cette offre de services intensifs pourrait permettre aux familles concernées d'acquiescer « [...] *des outils, des supports [...], un levier* », en plus d'être respectueuse de leur conception de l'aide requise. Par contraste, les personnes aux prises avec une vulnérabilité qui s'inscrit dans leur trajectoire de vie, et dont les conditions migratoires et les défis associés viennent augmenter le risque qu'elles développent des difficultés d'adaptation psychosociale chroniques, pourraient bénéficier de l'intensité et de la durée complète du programme SIPPE.

3.2.2 Développer une gestion participative

Sur le plan de la gestion, les participantes souhaitent que les hauts gestionnaires du programme reconnaissent la valeur de leur expertise clinique pour éclairer les besoins des clientèles locales. Les participantes aspirent à pouvoir déterminer, de concert avec les familles, des moyens pertinents pour atteindre les objectifs d'intervention SIPPE. En d'autres termes, elles sont d'avis qu'il est souhaitable que leurs expériences et compétences soient mises à profit dans un type de gestion plus participative. Une telle gestion aurait l'avantage d'impliquer les effectifs dans les discussions visant à trouver les solutions aux problèmes qui les concernent.

De façon concrète, certaines suggèrent qu'un coordonnateur clinique externe puisse documenter ce qui se fait à travers les CLSC sur le territoire montréalais. Les participantes croient que cela pourrait entre autres favoriser un travail de réflexion plus général sur la pratique, en leur donnant accès à l'expérience des uns et des autres. En outre, l'accès à des renseignements sur les pratiques SIPPE à travers les CSSS pourrait permettre d'offrir aux gestionnaires de programme un portrait plus juste des interventions réalisées sur le terrain et de leurs variations en fonction des équipes et de la clientèle desservie.

3.2.3 Besoins additionnels de ressources pour l'encadrement et le soutien clinique

D'abord, les participantes soulignent qu'il faut que chaque milieu soit doté d'une équipe multidisciplinaire SIPPE. Celle-ci permet de discuter des dossiers et des stratégies d'intervention avec un minimum d'angles morts : *« l'équipe multi, c'est une force... notre nutritionniste, infirmière, travailleuse sociale, psychoéducatrice, ça, c'est vraiment super de travailler en équipe [...] On sent qu'on peut travailler sur plusieurs facettes à différents moments de la situation »*. L'expertise multidisciplinaire constitue une importante ressource, en plus d'offrir un espace d'expression et d'échange au sujet de la pratique de l'intervention SIPPE : *« je pense que l'équipe, c'est un must, c'est vraiment essentiel parce que... parfois on vit des choses, des confrontations, des situations épouvantables à domicile, puis je pense qu'on a besoin d'en parler avec des gens qui comprennent »*. Les participantes sont donc d'avis qu'il convient d'offrir systématiquement aux intervenantes cette possibilité d'être assignées à une équipe SIPPE locale afin de pouvoir se prévaloir du soutien clinique et de l'expertise multidisciplinaire qui l'accompagnent.

Bien qu'elles soient conscientes que des variations existeront toujours quant à l'expérience clinique entre les équipes locales – qu'elles sont même parfois nécessaires lorsqu'elles permettent l'adaptation de l'offre aux besoins des familles desservies –, les participantes considèrent toutefois qu'il est impératif de mieux encadrer l'expertise clinique des équipes SIPPE. Elles suggèrent donc que les formations et autres activités cliniques dispensées par l'ASSSM de la région de Montréal soient offertes sur une base continue à l'ensemble des intervenants SIPPE.

3.2.4 Investir financièrement dans le programme

Le budget du programme ne suffit pas pour répondre aux besoins des familles SIPPE. Une intervenante précise : « beaucoup de besoins, très petite équipe, souvent on n'arrive pas à répondre [...] parce que c'est des gens qui ont beaucoup de besoins ». Le manque d'argent rend difficile la mobilisation des intervenantes. Certaines considèrent entre autres ne pas avoir suffisamment de temps pour développer des activités de groupe :

je pense que nous n'avons pas assez de temps pour en faire. Je pense que ça devrait consister en ça l'intervention qu'on fait parce que c'est ça qui va faire une réelle différence. Parce que si on vise éventuellement à rendre plus autonome, ces parents à les rendre, à les outiller, à les rendre plus compétents. Ça prend du temps, beaucoup de temps. Et avec les pressions administratives pour faire rencontrer x nombre de clients par jour, pour faire x nombre de statistiques, puis, etc. C'est en totale contradiction avec les besoins du programme. D'autant plus, les femmes immigrantes dans le programme, c'est encore plus de temps que ça prend.

Les intervenantes doivent donc suivre d'autres priorités, malgré la pertinence clinique qu'il y aurait à implanter certains projets locaux : « ce n'est pas un manque d'intérêt,

mais [...] on n'a pas le temps ». Le manque de budget a aussi un impact sur les effectifs pour chaque secteur : « *on veut souvent développer des choses, mais on n'a pas les moyens, on n'a pas les personnes pour le faire* »; « *les ateliers de stimulation c'est un beau projet, on veut le faire, mais le temps manque...* ».

On souligne aussi que certains secteurs n'ont pas eu d'augmentation budgétaire depuis plusieurs années malgré l'augmentation du nombre des familles en situation de vulnérabilité, ce qui a des effets pervers sur la répartition du budget alloué aux SIPPE. En guise d'exemple, une participante explique que l'absence d'allocation additionnelle pour répondre à une demande croissante a acculé son chef de programme à un choix difficile. Soit remplacer un consultant clinique, soit augmenter le nombre d'intervenants sur le terrain. En choisissant l'intervenant, on arrivera à aider plus de familles à moyen terme, mais aux dépens de la santé de l'équipe et de la richesse clinique des effectifs.

3.2.5 Réviser le système informatique I-CLSC

En ce moment, la conception des codes liés aux SIPPE dans le système informatique I-CLSC fait en sorte qu'il s'avère difficile ou impossible de répertorier l'entièreté des interventions réalisées par les intervenants lorsqu'ils s'écartent du cadre préétabli par le programme. Cette réalité entraîne de multiples répercussions. Sur le plan de la gestion administrative et de la comptabilité, le fait que les données statistiques ne reflètent pas l'entièreté des interventions empêche de conscientiser les gestionnaires régionaux quant à la variabilité des besoins des familles desservies selon les différents secteurs et territoires de la métropole : « *il y a un système, mais ils ne vont pas la rentrer... Ils ne vont pas avoir le budget pour la cliente, ils vont juste montrer qu'elle aurait dû être SIPPE, mais qu'on ne peut pas la mettre SIPPE [pour différentes raisons]* ». Les intervenantes sont d'avis que les statistiques générées actuellement par

le système ne favorisent pas la conciliation entre la vision des gestionnaires et celle des équipes locales. Il importe de mesurer l'intervention par des indicateurs mixtes, quantitatifs et qualitatifs, de manière à mieux refléter le travail des intervenantes.

Cette réalité du système informatique a aussi un impact sur la dispensation des services aux familles. Pour les intervenantes qui choisissent d'ajuster leurs interventions, elles doivent s'assurer de répondre minimalement à certaines exigences administratives pour éviter que le budget alloué aux SIPPE soit amputé, étant donné que le rendement du programme se mesure en fonction des données générées par I-CLSC : « *au niveau de la reddition de comptes... le programme nous demande ça, il mesure juste une petite partie [...] parce qu'ils ne mesurent même pas les autres [interventions], puis on est payé en fonction de cette partie-là* ». Ainsi, certaines initiatives prises sur le plan local restent isolées et difficiles à généraliser à travers les différents secteurs de la région montréalaise, puisqu'elles ne peuvent être inscrites dans le système de données I-CLSC. Cette situation contribue à complexifier le travail de conscientisation des gestionnaires de programme quant aux besoins hétérogènes des familles montréalaises en ce qui a trait aux services SIPPE.

En conséquence, les intervenantes recommandent une légère révision du système informatique afin qu'il intègre de nouveaux codes au programme, ou modifie ceux existants, de manière à refléter le réel travail effectué dès l'évaluation de l'admissibilité au programme.

4. DISCUSSION

La présente étude se donnait comme objectif de documenter la nature des défis et enjeux de l'intervention auprès des mères immigrantes et réfugiées dans le cadre du programme SIPPE. Parmi les principaux constats, il y a d'abord celui d'une

vulnérabilité spécifique à l'immigration et s'accompagnant de besoins distincts. Les mères immigrantes n'ont pas nécessairement des besoins de services équivalents à ceux des familles blanches nord-américaines, ni la même conception de l'aide requise. Par ailleurs, elles sont plus susceptibles de se trouver dans des situations de vulnérabilité dans l'exercice de leur rôle parental, surtout pour ce qui est des femmes immigrantes ou réfugiées enceintes ou ayant des enfants en bas âge. En conséquence, les intervenantes considèrent que le critère de l'immigration devrait être au cœur de l'intervention SIPPE.

Nos résultats soulèvent la question fondamentale de l'équité sociale pour les familles immigrantes québécoises en situation de vulnérabilité psychosociale. Ils témoignent en effet de difficultés à bien repérer l'ensemble des familles démunies, notamment celles issues de l'immigration, et à bien répartir les services SIPPE pour assurer l'accès équitable aux populations visées. Cette situation s'accompagne d'une offre de services qui peut ne pas être arrimée aux besoins réels de ces familles. À ce titre, nos résultats appuient les constats de l'étude réalisée par Gendron *et al.* (2014), qui soulignent le taux d'attrition élevé des participants au programme lorsque l'enfant a entre 18 et 24 mois. Puisque ce taux semble en corrélation avec le profil des mères dont les trajectoires migratoires induisent un risque élevé de vulnérabilité, les auteurs recommandent d'entreprendre des recherches pour le documenter. Ils émettent par ailleurs quelques pistes de réponse à approfondir – notamment le budget octroyé aux équipes locales et la disponibilité des ressources cliniques (formation ou supervision auprès de collègues ou consultants spécialisés).

4.1 L'intervention SIPPE en contexte migratoire

Les intervenantes révèlent qu'il serait possible et pressant de répondre aux situations de vulnérabilité spécifiques à l'immigration, qui souvent revêtent un caractère

transitoire et sont liées à des besoins essentiels nécessitant une aide intensive. En axant l'intervention sur les besoins d'aide spécifiques à cette population, le programme montrerait qu'il reconnaît l'importance du contexte migratoire quant aux difficultés psychosociales observées chez les mères, plutôt que de laisser entendre qu'il les associe automatiquement à un manque de compétence parentale (Battaglini *et al.*, 2000). Une telle distinction s'avère primordiale pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination systémique en reconnaissant les facteurs de vulnérabilité spécifiques aux conditions de vie d'un groupe. Ces observations rejoignent les constats déjà émis par certains auteurs (Battaglini *et al.*, 2000; Fortin et Le Gall, 2007; Moro, 2004; Tremblay *et al.*, 2010) quant aux facteurs de vulnérabilité spécifiques à l'immigration.

Nos participantes, sensibilisées aux défis et enjeux de l'immigration par leur expérience sur le terrain, constatent à quel point les services offrant une aide ponctuelle ne suffisent pas pour répondre aux besoins de ces familles. De plus, pour certaines familles ayant une vulnérabilité élevée, les services ponctuels peuvent prolonger indûment leur précarité, puisqu'elles ne sont pas repérées suffisamment tôt pour être orientées vers le programme SIPPE. Dans cette optique, nos participantes considèrent non seulement nécessaire de réviser le programme, mais de s'attarder également aux facteurs systémiques qui contribuent, pour les familles immigrantes, à ralentir ou à bloquer leur accès rapide aux SIPPE. Nos participantes soulignent ainsi leurs préoccupations face à un enjeu majeur de société, soit l'aplanissement des inégalités sociales en santé pour les familles en situation de grande vulnérabilité.

En outre, cette proposition de changement s'inscrit en continuité avec l'approche du guide d'intervention publié par l'ASSSM, qui cherche à faciliter l'accès aux SIPPE pour les familles immigrantes récentes qui présentent un cumul de facteurs de vulnérabilité (Desrochers et Clapperton, 2007). La perspective de santé publique adoptée par ce cadre de référence (MSSS, 2004a) considère les circonstances de l'immigration comme une condition qui modifie l'état de santé et de bien-être des

familles (Battaglini *et al.*, 2000; Evans et Lien, 2005; Gravel *et al.*, 2005). Elle met de l'avant l'importance de tenir compte des circonstances migratoires et des conditions pré et post-migratoires dans lesquelles ces familles ont évolué et vont évoluer (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a; Bérubé, 2004; Hyman et Dussault, 2000).

4.2 Développer et soutenir l'expertise clinique d'équipes SIPPE

Parmi les défis évoqués par les intervenantes interrogées, l'un touche à la conception et à la dispensation des services SIPPE, lesquels varient d'un secteur à l'autre, selon la culture institutionnelle locale (MSSS, 2005, 2010). Ainsi, tous les milieux ne disposent pas d'une équipe dédiée SIPPE, certains CLSC privilégient d'offrir l'intervention par l'entremise d'intervenants assignés aux équipes multiprogrammes. Nos participantes constatent alors la disparité quant à l'expérience clinique des intervenants SIPPE. Ceci occasionne des écarts quant à la compréhension de l'intervention SIPPE, puisque les nouveaux intervenants ne maîtrisent pas vraiment la philosophie d'intervention du programme SIPPE et n'ont souvent pas reçu la formation initiale. Ces constats rejoignent ceux qui ont été émis par Gendron *et al.* (2014) au sujet de l'hétérogénéité et de l'aspect ponctuel de l'offre de formation en appui aux intervenants du Programme soutien aux jeunes parents (PSJP), malgré les modules de formation élaborés par le MSSS. Qu'il s'agisse de nouveaux intervenants ou d'intervenants plus expérimentés, ces auteurs constatent qu'il existe des lacunes considérables dans l'offre de formation : des dimensions centrales de l'intervention d'accompagnement restent peu ou pas abordées. Il y a donc peu de formation continue ou de mesures de soutien, tant auprès des intervenants en CSSS que dans les organismes communautaires partenaires, portant sur le travail en collaboration ou en partenariat, une composante pourtant essentielle de ce programme (Gendron *et al.*, 2014, p. 3).

Les intervenantes sont conscientes que des variations existeront toujours, qu'elles sont même parfois nécessaires lorsqu'elles visent l'adaptation de l'offre aux besoins des familles desservies. Il n'en est pas moins nécessaire, selon elles, d'encadrer l'expertise SIPPE. Il serait donc pertinent de regarder attentivement certains facteurs relatifs à l'expérience et à l'expertise des intervenants dans la répartition des effectifs à travers l'ensemble des CSSS. Selon plusieurs, les secteurs sont inégaux, certains ayant presque exclusivement des intervenants d'expérience, alors que d'autres sont composés en majorité de jeunes et de débutants. De plus, étant donnée la complexité des situations de vulnérabilité et les enjeux en découlant pour la construction d'un lien de confiance entre l'intervenant et les familles, les intervenantes considèrent qu'il est primordial d'avoir accès à de la supervision clinique sur une base hebdomadaire, et hors de la ligne de gestion. La question du manque d'investissement et de supervision pour le volet clinique rejoint les constats émis dans l'étude récente de Gendron *et al.* (2014) quant au fait que plus de la moitié des intervenants du Programme soutien aux jeunes parents (PSJP), qui accompagnent la quasi-totalité des familles, ont peu accès à de la supervision clinique, malgré l'existence d'enjeux cliniques sensibles.

4.3 Revoir la cohérence entre la gestion administrative et les besoins des familles immigrantes

Le plan d'action national en santé publique publié par le gouvernement québécois a pour effet de mettre de l'avant des services de santé préventifs, en plus de venir appuyer le travail des acteurs œuvrant à l'aplanissement des inégalités sociales en santé. Dans cette perspective, il importe pour un gouvernement de s'assurer de l'optimisation des programmes dispensés, de manière à s'assurer d'une gestion saine des ressources publiques.

À la lumière de nos résultats, il s'avère important de s'attarder à la question des prescriptions quant à la durée du programme. Un programme aussi intense et continu dans le temps, dispensé à une clientèle aux trajectoires et aux vulnérabilités variées et complexes, doit s'accompagner, d'une plus grande flexibilité dans la mise en place et dans l'allocation des ressources, afin de le rendre plus équitable. À ce titre, la durée de cinq années du service semble surestimée et irréaliste compte tenu des ressources disponibles et des défis de l'intervention auprès d'une population aux problématiques variées, complexes et chroniques. Nos participantes sont témoins du manque de ressources financières, matérielles et humaines pour permettre l'optimisation des services, même dans le court terme, pour répondre rapidement et efficacement aux besoins multiples qui apparaissent.

Les participantes questionnent les objectifs de rendement mesurés par le système actuel de compilation statistique I-CLSC. En effet, elles sont d'avis que la gestion de l'ASSSM vise la performance des services offerts et privilégie le choix d'indicateurs de mesures quantifiables. Cependant, pour que les gestionnaires justifient l'allocation des dépenses ainsi que l'octroi de budget additionnel, encore faut-il qu'ils disposent de chiffres reflétant la réalité du terrain. Il en résulte que les choix budgétaires se prennent en fonction des exigences administratives, lesquelles peuvent ne pas correspondre aux besoins réels des familles. Dans cette perspective, nos participantes soulèvent un autre problème, celui de l'imposition de fréquence pour les visites à domicile. À ce titre, dans la mesure où certaines se montrent sensibles à l'inconfort exprimé par plusieurs familles immigrantes, elles doivent tout de même s'efforcer d'y répondre minimalement, pour s'assurer que cela n'engendre pas de coupures budgétaires au programme. Cette gestion administrative axée sur le rendement leur demande de respecter certaines exigences au détriment des besoins réels des familles immigrantes desservies. Les risques découlant d'une gestion axée sur la performance ont déjà été

soulevés par Fortin et Le Gall (2007) qui en soulignait les répercussions négatives, dont celle du risque de déshumaniser le système de soins et de services de l'État.

Au-delà des chiffres répertoriés sur l'intervention offerte aux familles, il s'avère aussi crucial qu'un tel programme puisse se doter de mécanismes internes qui puissent permettre d'en mesurer l'efficacité. En effet, l'optimisation des ressources requiert de s'attarder aux effets découlant des choix dans la gestion institutionnelle. Gendron *et al.* (2014) soulignent, dans le cadre d'une étude sur les SIPPE, l'existence d'un lien direct entre, d'une part, l'intensité de l'intervention offerte auprès des familles et, d'autre part, les décisions régionales débouchant sur l'octroi de plus grandes ressources. Les données obtenues dans cette étude soulignent aussi le lien existant entre le type de gestion des ressources et les choix d'un mode de redistribution des allocations qui tiennent compte des besoins spécifiques aux clientèles desservies. Pour soutenir une telle gestion, toutefois, les auteurs mentionnent que les politiques ministérielles doivent s'axer sur une harmonisation des exigences de rendement avec la réponse aux besoins de la clientèle, puisqu'il s'agit de deux aspects interdépendants (Gendron *et al.*, 2014).

4.4 La nécessité de se doter d'un système de comptabilisation flexible

Nos participantes déplorent que le système de compilation n'ait pas la flexibilité requise pour qu'elles puissent répertorier l'entièreté des ajustements faits dans le cadre de leurs interventions, lesquels visent à mieux répondre aux besoins spécifiques des familles immigrantes. À l'heure actuelle, le choix des indicateurs quantitatifs associés aux exigences administratives de l'ASSSM ne donne qu'un portrait partiel de la réalité du terrain. À ce titre, elles sont d'avis qu'il est nécessaire de réviser les indicateurs actuels, afin d'y inclure des indicateurs qualitatifs, lesquels auraient l'avantage d'enrichir la compréhension des besoins des familles desservies et d'ajuster en conséquence de l'offre de services.

Dans un avis scientifique sur l'efficacité de l'intervention de type SIPPE en fonction des différentes clientèles (Beauregard, Comeau et Poissant, 2010), les auteurs concluent que la durée et l'intensité du programme sont des éléments essentiels à sa pleine efficacité. Toutefois, ces éléments doivent également s'accompagner de conditions favorables au respect des critères, à savoir, l'investissement dans la formation et la supervision des intervenants (Beauregard, Comeau et Poissant, 2010). Dans cette perspective, il importe que les mesures de rendement puissent inclure des indices mixtes, portant sur la dispensation de formation et de supervision clinique aux équipes, de manière à offrir un portrait de l'intervention qui tienne compte d'un ensemble de facteurs.

L'accès à un portrait juste de l'intervention SIPPE s'avère incontournable à maints égards. Dans un premier temps, cet accès peut favoriser un travail de conscientisation auprès des gestionnaires et de l'ASSS de la région de Montréal quant aux besoins des populations locales, qui varient en fonction des secteurs desservis. Dans un deuxième temps, les statistiques générées à partir des données I-CLSC peuvent faciliter les demandes d'octroi de budget et une redistribution des ressources plus équitable, en fonction des besoins spécifiques et distincts des populations locales desservies.

Enfin, ce constat rejoint les recommandations préalablement faites par certains auteurs sur la nécessité de réviser le choix des indicateurs afin d'obtenir un portrait qui puisse refléter avec justesse l'intégralité du travail réalisé sur le terrain par les intervenants (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a; MSSS, 2005; Gordie et Walz, 2012).

5. CONCLUSION

La présente étude explorait, à partir du point de vue d'intervenantes, les défis et enjeux découlant de l'intervention dans le cadre du programme SIPPE lorsque la clientèle est

issue de l'immigration. Parmi les principaux constats qui en émergent, le plus remarquable porte sur le besoin de réviser l'offre du programme SIPPE de manière à s'assurer qu'elle puisse répondre aux besoins spécifiques des familles immigrantes vulnérables.

Les situations de vulnérabilité spécifiques à l'immigration, ou par cumul de facteurs de risque (incluant les trajectoires migratoires), s'avèrent souvent transitoires et n'impliquent pas nécessairement de difficultés au niveau des compétences parentales. Or, la définition de la vulnérabilité qui est actuellement retenue par les gestionnaires du programme ne permet pas d'en tenir compte pour l'offre de services SIPPE, ce qui freine le développement de stratégies d'intervention optimales pour répondre aux besoins spécifiques des familles immigrantes. Pour l'État, les coûts économiques et sociaux, à moyen et long termes, associés aux difficultés d'insertion sociale de la population immigrante ne sont pourtant pas négligeables. Les participantes suggèrent donc de réviser l'offre de service SIPPE de manière à offrir une intervention intensive axée sur les situations de vulnérabilité spécifiques aux familles immigrantes récentes, sur une période d'une année.

En ce qui concerne l'intervention elle-même, la majorité des intervenantes disent apprécier l'intensité et la durée des services que le programme SIPPE leur permet d'offrir aux familles immigrantes. Cependant, elles souhaitent pouvoir y apporter des modifications en fonction des situations particulières. À leurs yeux, il s'avère délicat de départager l'intervention curative de l'intervention préventive, étant donné la précarité des conditions de vie de ces familles, qui entraînent de grands besoins dans l'immédiat. Elles aspirent à une plus grande autonomie professionnelle, pour pouvoir déterminer les priorités dans l'accompagnement qu'elles offrent. Les occasions de répondre aux besoins ponctuels exprimés par cette clientèle peuvent favoriser l'établissement, à moyen et long termes, d'un lien de confiance. Ainsi, au fur et à mesure que l'urgence s'estompera, l'intervention SIPPE auprès de la famille pourra à

son tour évoluer vers d'autres types d'interventions préventives. De l'avis de plusieurs, l'intervention préventive ne doit pas nécessairement s'inscrire dans des cases rigides, mais doit plutôt s'appuyer sur les postulats théoriques et la réalité du terrain qui en sont les fondements.

Les résultats de cette recherche confirment certains constats d'études et de travaux menés depuis la création du programme SIPPE. À leur lumière, la persistance des problèmes entourant l'offre de services SIPPE et sa pertinence pour la clientèle immigrante soulèvent des enjeux fondamentaux pour une société qui aspire à défendre des valeurs d'équité et de justice sociale. Cependant, le devis de recherche qualitatif de la présente étude ne permet pas de généraliser ces résultats à l'ensemble de la province de Québec. Une recherche de plus grande envergure, utilisant une méthodologie mixte et ciblant la clientèle issue de l'immigration, permettrait de préciser les conclusions tirées ici et d'orienter les recommandations qui y figurent quant à la révision du programme SIPPE.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal [ASSSM]. (2014). *État de situation sur la santé des Montréalais et ses déterminants*. Montréal : auteur.
- Barlow, A., Varipatis-Baker, E., Speakman, K., Ginsburg, G., Friberg, I., Goklish, N., Walkup, J. (2006). Home-Visiting Intervention to Improve Child Care Among American Indian Adolescent Mothers: a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(11), 1101-1107. doi:10.1001/archpedi.160.11.1101
- Barn, R. (2006). Improving services to meet the needs of minority ethnic children and families. *ECM Research and Practice Briefings: children and families*, 13, 1-8.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L. et Fournier, M. (2000). *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.-M., Poulin, C.,... Heneman, B. (2002a). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenants et des mères immigrantes. *Service social*, 49(1), 35–69. doi: 10.7202/006877ar
- Battaglini, A., Gravel, S., Poulin, C., Fournier M. et Brodeur, J.-M. (2002b). Migration et paternité ou réinventer la paternité. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(1), 165–179. doi:10.7202/008267ar
- Beauregard, D., Comeau, L. et Poissant J. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Bernard, A. (2008). Les immigrants dans les régions. *L'emploi et le revenu en perspective*, 9(1), 5-16.
- Bérubé, L. (2004). *Parents d'ailleurs, enfants d'ici : Dynamique d'adaptation du rôle parental chez les immigrants*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Brotherson, S. E. (2007). From Partners to Parents: Couples and the Transition to Parenthood. *The International Journal of childbirth education*, 22(2), 7-12.
- De Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C. et Dubeau, D. (2010). À la rencontre des parents : des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 1-5.
- De Montigny, F. et Goudreau, J. (2009). Les services de première ligne et l'intervention familiale. Dans C. Lacharité et J. P. Gagnier (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir* (p. 183-208). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Desrochers M. et Clapperton, I. (2007). *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Réponse aux préoccupations des intervenants et des gestionnaires œuvrant à l'implantation des SIPPE* (rapport synthèse). Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Direction de santé publique [DSP]. (2011a). *Plan régional de santé publique 2010-2015 : Garder notre monde en santé*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Direction de santé publique [DSP]. (2011c). *Les inégalités sociales de santé à Montréal : Le chemin parcouru* (Rapport synthèse du directeur de santé publique). Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

- Dufour, S., Hassan, G. et Lavergne, C. (2012). Mauvais traitements et diversité culturelle : Bilan des connaissances et implications pour la pratique. Dans M.-H. Gagné, S. Drapeau et M.-C. Saint-Jacques (dir.), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p. 143–171). Québec : Presse de l'Université Laval.
- Durand, D., Gravel, S., Desjardins, N., Fortier, M., Bourque, R., Manseau, S., ...Adrien, A. (2007). *Naître ici et venir d'ailleurs. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Earnar, I. (2010). Double risk: Immigrant mothers, domestic violence and public child welfare services in New York City. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), 288-293. doi:10.1016/j.evalprogplan.2009.05.016
- Evans, W. N. et Lien, D. S. (2005). The benefits of prenatal care : evidence from the PAT bus strike. *Journal of Econometrics*, 125(1-2), 207-239.
- Fortin, S. et Le Gall, J. (2007). Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques. *Enfances, Familles, Générations*, 6, 16-37.
- Frohlich, K., de Koninck, M., Demers, A. et Bernard P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Lachance-Fiola, J. et Dupuis, F. (2013a). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 1. Évaluation de l'actualisation du PSJP : Axe Accompagnement des familles* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Gendron, S., Moreau, J., Dupuis, G., Lachance-Fiola, J. et Clavier, C. (2013b). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 3. Modélisation de cibles d'action du PSJP : Le développement des enfants et les parcours de vie des jeunes parents* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

- Gendron S., Dupuis, G., Moreau, J., Clavier, C., Lachance-Fiola, J., Dupuis, F. (2014). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Résumé : Principaux résultats de la recherche évaluation et piste de réflexion pour l'action* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Gordie, B et Walz, L. (2012). Une anthropologue au pays des SIPPE, périnatalité et petite enfance. *Revue du CREMIS*, 5(3). Repéré à <http://www.cremis.ca/revue-du-cremis/recherche/perinatalite-et-petite-enfance-une-anthropologue-au-pays-des-sippe>
- Gravel, S., Brodeur, J. M., Champagne, F. et Vissandjée, B. (2005). Évolution de la prise en compte au Québec de la migration en santé publique du phénomène de l'immigration au Québec. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 53, 192-204.
- Hassan, G., Thombs, B. D., Rousseau, C., Kirmayer, L. J., Feightner, J, Ueffing, E. et Pottie, K. (2011). Appendix 12: Child Maltreatment: Evidence Review for Newly Arriving Immigrants and Refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 1-15.
- Hussen, A. D. (2017). *Rapport annuel au Parlement sur l'immigration*. Ottawa : Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.
- Hyman, I. et Dussault, G. (2000). Negative consequences of acculturation on health behaviour, social support and stress among pregnant Southeast Asian immigrant women in Montreal: an exploratory study. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 357-360.
- Lejeune, M. (2008). *Pertinence pour le Québec des instruments de reconnaissance des acquis de l'expérience en France, aux États-Unis et au Royaume-Uni* (Rapport soumis au Programme de subventions à la recherche appliquée). Québec : Fonds national de formation de la main-d'œuvre, TRANSPOL, INRS Urbanisation, Culture et Société.
- Lepage, M.-C. et Schoonbroodt, C. (2006). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Processus d'implantation et pratiques d'interventions liées à la composante Accompagnement des familles (Partie 1)*. Beauport : Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

- Lessick, M., Woodring, B., Naber, S. et Halstead, L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 9(3), 1-14.
- Liebkind, K. (1996). Acculturation and Stress: Vietnamese Refugees in Finland. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(2), 161-181.
- MacMillan, H. L. (2013). Protecting children from maltreatment: a Canadian call to action. *Paediatrics & Child Health*, 18(8), 409-410.
- MacMillan, H. L. et Groupe canadien d'études sur les soins de santé préventifs. (2000). Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 163(11), 1451-1458.
- Martin, C. et Boyer, G. (2000). *Naître égaux – Grandir en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Montréal : Direction générale de la santé publique de Montréal-Centre.
- Mercier, M.-J., Hassan, G., Lebrun, A. et Boivin, M. (2018, soumis). Critères d'admissibilité aux SIPPE : le point de vue d'intervenants quant à la pertinence des critères actuels pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables. *Nouvelles Pratiques Sociales*.
- Mikton, C. et Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 353-361. doi:10.2471/BLT.08.057075
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2000). *Naître égaux – Grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2004a). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2004b). *La consolidation des éléments essentiels à la mise en œuvre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2004c). *L'intervention auprès de jeunes parents : Pistes de réflexion et partage d'expériences*. Québec : auteur.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à un an*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2008a). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2008b). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune*. Québec : Direction de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2011). *Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants 2011-2014. Projet d'enquête et d'intervention*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2012a). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2012b). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids* (en collaboration avec Québec en Forme et l'INSPQ). Québec : auteur.
- Mitchell, M. S. et Cropanzano, R. (2005). Social Exchange Theory: An interdisciplinary Review. *Journal of Management*, 31(6), 874-900. doi:10.1177/0149206305279602
- Moro, M. R. (2004). Approche transculturelle de la périnatalité. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 33(supl. 1), 5-10. doi:10.1016/S0368-2315(04)96657-4
- Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project [MCP2]. (2005). *A national initiative to address the availability and quality of maternity services*. Ottawa : Santé Canada.
- Olds, D. L. et Kitzman, H. (1997). Review of Research on Home Visiting for Pregnant Women and Parents of Young Children. *The Future of Children*, 3(3), 53-92. doi:10.2307/1602543

- Organisation internationale pour les migrations [OIM]. (2013). *Migration internationale, santé et droits de l'homme*. Genève : auteur.
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2013). *La recherche pour la couverture sanitaire universelle* (Rapport sur la santé dans le monde). Genève : auteur.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Penrose, J. (2002). Nations States and Homelands: territory and territoriality in nationalist thought. *Journal of the Association for the Study of Ethnicity and Nationalism*, 8(3), 277-297. doi:10.1111/1469-8219.00051
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., Narasiah, L., ...Hassan, G (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 824-925. doi:10.1503/cmaj.090313
- Rodriguez, C. et Rivières-Pigeon, C. (2007). A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care*, 7 (e28). Récupéré le 1^{er} septembre 2017 de http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=4728&cf_id=68&lang=fr
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 74(9), 65-72.
- Statistique Canada. (2011). *Enquête nationale auprès des ménages*. Ottawa : auteur.
- Statistique Canada. (2016). *Enquête nationale auprès des ménages*. Ottawa : auteur.
- Tremblay M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N. et Owen, N. (2010). Physiological and Health implications of a sedentary lifestyle. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 35(6), 725-740. doi:10.1139/H10-079
- Vatz Laaroussi, M. et Messe Bessong, J. M. (2008). *Être parents en situation d'immigration : défis, enjeux et potentiels*. Dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau et È. Pouliot (dir.), *Visages multiples de la parentalité* (p. 255-286). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Wade, J., Mitchel, F. et Baylis, G. (2005). *Unaccompanied Asylum Seeking Children: The Response of Social Work Services*. Londres : British Association for Adoption and Fostering (BAAF).

- Watson, J., Kirby, R., Kelleher, K. et Bradley, R. (1996). Effect of Poverty on Home Environment: an analysis of three-year outcome data for low birth premature infants. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(3), 419-431.
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2), 169-180. doi: 10.1016/j.midw.2005.07.001

DISCUSSION ET CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Notre recherche avait pour objectif principal d'évaluer l'adéquation du programme SIPPE pour la clientèle immigrante et réfugiée. Pour l'atteindre, il est apparu singulièrement pertinent d'approcher les intervenants SIPPE, qui accompagnent les familles au quotidien avec pour mission de prévenir les inégalités sociales en santé et de soulager leurs effets. Notre démarche comportait deux volets, à savoir : 1) documenter le point de vue des intervenants SIPPE quant à l'adéquation des critères d'admissibilité au programme pour les mères immigrantes et réfugiées, et 2) documenter les défis et enjeux de l'intervention SIPPE pour cette même clientèle.

Dans ce qui suit, nous allons discuter des principaux résultats de notre recherche. Nous présenterons d'abord un récapitulatif du programme SIPPE, puis nous exposerons nos résultats quant à notre question centrale, à savoir l'adéquation du programme SIPPE pour la clientèle immigrante et réfugiée. Cette discussion critique s'articulera autour de trois thèmes, soit : (1.1) l'état de la littérature sur le programme SIPPE; (1.2) les critères d'admissibilité au programme et (1.3) les défis de l'intervention SIPPE auprès des familles immigrantes. Suivra (2) une discussion plus générale du contexte institutionnel dans lequel s'inscrit le programme SIPPE. Enfin, nous (3) explorerons les principales implications cliniques de cette thèse, ses apports et limites, et nos recommandations pour des recherches futures.

1. RÉCAPITULATIF ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

1.1 État de la littérature sur le programme SIPPE

En guise de rappel, les SIPPE furent créés à partir de l'intégration du programme « Naître égaux – Grandir en santé » (NE-GS), implanté au Québec en 1991, avec le « Programme de soutien aux jeunes parents » (PSJP), au début des années 2000. Alors que le programme NÉ-GS cible les mères de 20 ans et plus ou les familles vivant en contexte d'extrême pauvreté, le PSJP s'adresse aux mères ou aux jeunes parents âgés de moins de 20 ans. Par la suite, un troisième programme s'est ajouté, portant sur le « Soutien éducatif précoce », et visant les enfants de 2 à 5 ans issus de milieux défavorisés.

En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) diffusait officiellement le cadre de référence du programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). En ayant pour but d'harmoniser les pratiques existantes dans les équipes locales, le cadre de référence reconnaît l'importance d'adapter les services dispensés pour tenir compte des besoins spécifiques aux milieux locaux. Ainsi, le programme SIPPE a permis l'intégration des services de périnatalité au sein d'équipes multidisciplinaires, pour couvrir une période s'étendant de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 5 ans (MSSS, 2004a; Therrien et Mattie, 2011).

Les SIPPE visent à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. Pour y arriver, ils se proposent entre autres d'œuvrer à la diminution de la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux, dont la maltraitance et la négligence envers les enfants. Cela, de manière à favoriser la naissance et le développement des enfants dans le cadre d'un projet de vie porteur de

réussite pour les parents, tout en renforçant le pouvoir d'agir des personnes et des communautés (MSSS, 2004a).

Il existe plusieurs facteurs de risque de vulnérabilité psychosociale qui s'appliquent à des degrés divers aux différents groupes qui composent la population. À partir des données probantes recensées dans les écrits scientifiques, le MSSS a sélectionné les critères d'admissibilité au programme en fonction de deux déterminants majeurs pour la santé et le bien-être des femmes enceintes, des bébés à naître, des pères et des enfants d'âge préscolaires. Ainsi, le premier groupe visé par le programme comprend les jeunes femmes enceintes et les mères âgées de moins de 20 ans, alors que le deuxième regroupe comprend les familles vivant en contexte d'extrême pauvreté. Pour définir le concept d'extrême pauvreté, le cadre de référence retient deux indicateurs spécifiques, à savoir, la sous-scolarisation et le faible revenu (MSSS, 2004a).

Tout en considérant que les deux critères d'admissibilité sont essentiels pour déterminer la vulnérabilité d'une famille et décider de son admissibilité au programme, le cadre de référence reconnaît que leur fiabilité est limitée. De fait, afin de combler l'écart potentiel entre l'application des critères d'admissibilité et la vulnérabilité réelle d'une famille, le cadre encourage le recours au jugement clinique. Ce dernier est en effet appelé à jouer un rôle pivot, dans la mesure où l'on reconnaît que la vulnérabilité est souvent multifactorielle. Parmi ces situations de vulnérabilité par cumul de facteurs de risque susceptibles de requérir le jugement clinique de l'intervenant, le cadre de référence mentionne l'immigration récente. Ainsi, sur cette base, une famille récemment immigrée peut être admissible au programme pour une durée restreinte (Battaglini *et al.*, 2000; MSSS, 2004a).

À la suite de la création des SIPPE, un certain nombre d'études ont documenté son application et ont formulé des recommandations visant l'optimisation de ses composantes aux familles (Desrochers et Clapperton, 2007; Lepage et Schoonbroodt,

2006; Durand *et al.*, 2007; Therrien, 2011). Ces études relèvent quelques défis quant à la capacité d'ajuster les pratiques existantes dans certains milieux, afin de respecter la philosophie d'intervention du programme. Véritable raison d'être du programme SIPPE, cette philosophie accentue la volonté d'aplanir les inégalités sociales en santé par des mesures préventives. Or, des problèmes sont également évoqués quant à l'application systématique des deux critères d'admissibilité, autant aux mères nées au Québec qu'à celles qui sont issues de l'immigration (Therrien, 2011; Desrochers et Clapperton, 2007). À titre d'exemple, certaines mères nées au Québec étaient admises au programme en raison de leur jeune âge sans toutefois présenter de réelle vulnérabilité. À l'inverse, des mères immigrantes ayant une scolarisation supérieure à 12 années se voyaient refuser l'accès au programme malgré leur pauvreté ou une forte vulnérabilité (Desrochers et Clapperton, 2007; Therrien, 2011). Les milieux consultés lors de ces études réitèrent l'importance du jugement clinique et soulignent l'utilité du critère de l'immigration récente pour déterminer la vulnérabilité et décider de l'admissibilité au programme.

Par ailleurs, certains auteurs soulignent les défis et la complexité du travail d'accompagnement lorsque les bénéficiaires proviennent de la population immigrante. Les auteurs relèvent les trois éléments suivants : 1) le portrait de la vulnérabilité psychosociale des mères immigrantes n'est pas le même que celui des mères nées au Québec; 2) ces portraits de vulnérabilité s'avèrent fort complexes et diversifiés selon les réalités migratoires; et 3) l'immigration entraîne pour les familles des besoins spécifiques et a un impact variable sur la conception de l'aide requise – en fonction des cultures de provenance (Battaglini *et al.*, 2002a, 2002b; Desrochers et Clapperton, 2007; Therrien, 2011; DSP, 2007).

En outre et comme le soutiennent Gendron *et al.* (2014), la formation et le soutien clinique offerts aux équipes SIPPE présentent des écueils. Les auteurs constatent que la formation, les compétences et l'expérience des intervenants manquent d'uniformité.

Cela diminue considérablement la fiabilité des critères pour déterminer l'admissibilité d'une famille au programme, en plus de faire varier la qualité de l'intervention offerte aux familles immigrantes (Desrochers et Clapperton, 2007).

Pour faire face à ces défis, ces études recommandent d'offrir aux intervenants sur une base régulière un soutien clinique, l'accès à de la formation continue et l'encadrement de la pratique du jugement clinique (MSSS, 2005; Desrochers et Clapperton, 2007; Therrien, 2011). En dépit des critiques et recommandations émises, les critères n'ont pas été modifiés pour mieux baliser l'admissibilité des familles vulnérables d'immigration récente. En effet, le MSSS a privilégié le *statu quo* tout en réitérant le rôle essentiel du jugement clinique pour l'évaluation des facteurs de vulnérabilité lorsque les critères ne suffisent pas pour tenir compte des caractéristiques spécifiques aux clientèles desservies.

Après avoir exposé ce bilan de l'évolution du programme depuis sa création, nous allons maintenant présenter le portrait dressé par nos participantes de l'état actuel du programme. Il se dégage de leurs propos un tableau très semblable à celui qui a été révélé par les premiers travaux menés sur le programme (Battaglini *et al.*, 2000, 2002a, 2002b; Therrien, 2011; Desrochers et Clapperton, 2007). Ces propos, en effet, mettent en lumière certains écueils liés à l'opérationnalisation du programme SIPPE pour la clientèle immigrante et réfugiée avec pour conséquence l'amplification et la complexification des problèmes soulevés par les auteurs (Desrochers et Clapperton, 2007; Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE, 2010; Therrien, 2011). Nous exposons ci-dessous les principaux enjeux soulevés par nos participantes ainsi que leurs recommandations.

1.2 Les critères d'admissibilité et les facteurs de vulnérabilité

1.2.1 La disparité entre les critères officiels et la réalité du terrain

Les participantes rapportent privilégier les deux critères officiels, soit le jeune âge et l'extrême pauvreté. Ces facteurs de risque ont été établis à partir d'études menées surtout en Amérique du Nord auprès d'une clientèle principalement « blanche » (Battaglini *et al.*, 2000; Hassan *et al.*, 2011; Therrien 2011). Ils sont devenus la norme pour déterminer l'admissibilité des mères au programme SIPPE. Or, les intervenantes estiment que cette norme établie à l'époque de la création du programme ne s'est pas adaptée à l'évolution sociodémographique du Québec, devenu pluriethnique.

En effet, l'augmentation significative de la population immigrante au Québec depuis les années 2000 a considérablement modifié le contexte de l'intervention SIPPE. Nos participantes constatent que les critères d'admissibilité actuels ne permettent pas de tenir compte de la vulnérabilité spécifique qui découle de l'immigration, ce qui se répercute sur l'offre de services aux familles. Car même si les mères immigrantes partagent certains facteurs de risque avec les mères blanches nord-américaines, elles se démarquent par d'autres facteurs, ceux-là spécifiques à l'immigration. Les intervenantes interrogées constatent que les familles immigrantes présentent des besoins différents de ceux que l'on retrouve chez les mères nées au Québec, lesquels sont également modulés en fonction des trajectoires migratoires. Elles disent être de plus en plus confrontées à des situations de vulnérabilité psychosociale complexes requérant une intervention spécialisée. Il importe donc que l'évaluation de la vulnérabilité du parent tienne compte de l'expérience pré et post-migratoire. Ne pas en tenir compte risque, selon elles, de restreindre injustement l'accès aux services SIPPE pour cette clientèle particulièrement vulnérable. Les intervenantes croient en effet que

l'absence de critère d'admissibilité officiel spécifique à l'immigration augmente le taux de refus de certaines mères en situation de vulnérabilité grave.

À cet égard, plusieurs intervenantes accentuent l'utilité du critère de l'immigration récente, rejoignant en cela les propos tenus par les équipes locales, les chefs de programme et plusieurs auteurs d'études antérieures (Battaglini *et al.*, 2000; Hassan *et al.*, 2011; MSSS, 2003, 2004b, 2010; Therrien et Mattie, 2011). Le caractère crucial que revêt l'usage de ce critère pour les intervenantes que nous avons approchées reflète le fait qu'elles travaillent en grande majorité auprès de familles immigrantes. Or, en dépit des études ayant souligné l'utilité de ce critère pour bien identifier la vulnérabilité des mères immigrantes et réfugiées, les participantes indiquent qu'il a plutôt été mis à l'écart par les directives de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) qui, depuis quelques années, privilégie plutôt une gestion axée sur l'application des critères d'admissibilité officiels.

Ce changement dans la politique institutionnelle sur les critères d'admissibilité en surprend plusieurs, compte tenu de la réalité du terrain, en plus d'engendrer une certaine confusion chez les intervenantes, qui ne savent plus si elles peuvent recourir ou non au critère de l'immigration récente et, si oui, à quelle fréquence. Peuvent-elles y recourir systématiquement lorsque les mères sont issues de l'immigration? Y a-t-il un plafond associé à son utilisation? Malgré leurs tentatives pour sensibiliser les hauts gestionnaires de programme à la réalité du terrain, elles estiment que ces efforts se sont avérés infructueux.

Par conséquent, et en dépit de ce que certaines études ont révélé (Battaglini *et al.*, 2000; Desrochers et Clapperton, 2007; Durand *et al.*, 2007; Hassan *et al.*, 2011 MSSS, 2004a; Therrien, 2011), les propos des intervenantes nous permettent de constater que l'utilisation du critère de l'immigration récente relève de l'exception plutôt que de la norme, parce que le choix d'y recourir nécessite de dévier des pratiques établies par

l'institution. Il en résulte une situation paradoxale puisque, pour les intervenantes œuvrant dans des secteurs majoritairement peuplés de familles immigrantes, une application stricte des critères aurait pour effet de bloquer l'accès au programme à la majorité des mères desservies dans leurs secteurs. Dans les faits, donc, les intervenantes ajustent les critères officiels afin de tenir compte des vulnérabilités spécifiques à l'immigration.

Or, si la réalité du terrain impose ce choix, celui-ci s'accompagne d'une pression additionnelle pour les intervenantes, puisqu'il les fait déroger aux normes de l'institution. Elles expliquent que leurs décisions de recourir au critère de l'immigration récente sont plus sujettes à être contestées par les gestionnaires de programme. Il faut dire que ces derniers doivent à leur tour justifier les dépenses budgétaires allouées au programme auprès de leurs supérieurs immédiats et démontrer qu'elles respectent les règles administratives établies. Donc, même si, en raison du soutien et de l'expertise de l'équipe, les pratiques d'exception sont plus fréquentes et moins lourdes pour les intervenantes appartenant à une équipe spécialisée SIPPE desservant une clientèle majoritairement immigrante, l'inconfort et l'insécurité s'accompagnent d'une multiplication des démarches de validation auprès des collègues ou du chef de programme.

Pour pallier ce risque, les intervenantes se fient au cadre de référence du programme, qui prévoit des situations de vulnérabilité découlant d'un cumul de facteurs de risque. Ces situations requièrent une évaluation de la vulnérabilité à partir du jugement clinique de l'intervenant. Le recours à ce dernier permet donc de compenser les limites découlant des critères, lesquels sont incapables d'englober l'ensemble des situations de vulnérabilité potentielles – en dépit d'autres mérites.

1.2.2 Les facteurs de vulnérabilité non prévus par les directives actuelles

Les intervenantes interrogées constatent que l'immigration est un facteur de risque additionnel eu égard aux nombreux défis qui en découlent, lesquels se répercutent sur l'exercice du rôle parental. Alors que certains facteurs – tels que l'âge, le nombre d'enfants et le niveau de scolarité atteint – peuvent être considérés comme des éléments de « protection » face au risque de vulnérabilité chez les mères nées au Québec; nos participantes observent au contraire que ces mêmes facteurs contribuent à augmenter le risque de vulnérabilité psychosociale des mères immigrantes. Par exemple, même si de nombreuses mères immigrantes et réfugiées ont fait des études supérieures, l'immigration entraîne pour plusieurs d'entre elles une déqualification résultant de la non-reconnaissance de leurs diplômes et de leur expérience professionnelle. De la même manière, l'âge de la mère ou la présence d'enfants avant l'immigration tend à accroître la pression sociale et économique qui marque le contexte migratoire, ce qui augmente le risque de vulnérabilité psychosociale à l'arrivée dans le pays d'accueil.

Les principaux facteurs de vulnérabilité spécifiques à l'immigration récente identifiés par les intervenantes concernent les conditions préexistantes à l'immigration, le parcours migratoire et les conditions de vie à l'arrivée au pays d'accueil¹. Les conditions préexistantes à l'immigration englobent l'histoire familiale, le statut social (y compris le niveau d'éducation atteint), le réseau familial et social, les indices de traumatismes (p. ex. vécu de persécution) et les motifs à la base du projet migratoire. Parmi les facteurs de risque associés au parcours migratoire, les participantes à l'étude accentuent les contextes imprévus ou précipités entourant le départ (p. ex. guerre, persécution, catastrophe naturelle). Les vécus traumatiques (deuil, séparation d'avec les proches parents ou enfants, séjour dans un camp de réfugiés, etc.) et les symptômes post-traumatiques qui en découlent. Ces constats quant aux facteurs de vulnérabilité

¹ L'Annexe B regroupe les principaux facteurs identifiés par nos participantes.

rejoignent ceux des publications scientifiques sur ce sujet (Lau *et al.*, 2006; Bean *et al.*, 1992; Hancock, 2005; Ima et Hohm, 1991; Kwok et Tam, 2005; Maiter *et al.*, 2004; Segal, 2008; Solis, 2003; Van der Veer, 1998).

Les intervenantes identifient plusieurs facteurs de risque associés au vécu post-migratoire :

- Elles évoquent d'abord les conditions de vie précaires à l'arrivée au pays d'accueil. À cet égard, certains statuts migratoires (les statuts de réfugié et de demandeur d'asile) s'accompagnent d'une grande précarité financière, et d'une incertitude face à l'avenir rendant difficile l'élaboration d'un projet de vie pour les parents. Les intervenantes constatent également que les parents qui sont dans une telle situation présentent un risque accru d'éprouver des difficultés d'adaptation psychosociale bien au-delà de la première année suivant l'immigration.
- Elles soulignent que les problèmes de santé mentale des parents, lorsqu'ils ne sont ni diagnostiqués ni traités, contribuent aussi à leur isolement par rapport à la communauté d'accueil. Ces constats font écho aux profils de trajectoires à risque déjà identifiés par Battaglini *et al.* (2000).
- Elles notent que la barrière linguistique peut représenter un obstacle imposant pour certains parents.
- Elles remarquent que le choc des cultures n'a pas la même intensité selon les circonstances entourant l'immigration et les pays de provenance. Ainsi, certains parents éprouvent plus de difficultés que d'autres à apprivoiser une culture différente, voire parfois en opposition avec leurs propres référents culturels.

- Nos participantes accentuent l'importance du réseau social pour les familles. La présence d'un réseau de soutien et sa qualité constituent des facteurs qu'il est impératif d'évaluer pour déterminer le degré de vulnérabilité d'une famille.
- Enfin, les intervenantes mentionnent certains obstacles systémiques auxquels les familles immigrantes sont confrontées lors des premiers mois suivant leur arrivée au pays en ce qui concerne l'accès aux services et ressources publiques, le chômage forcé qui en découle, les délais engendrés par le système bureaucratique en vue de la régularisation de leur statut ou de l'obtention d'une reconnaissance des diplômes détenus et de l'expérience professionnelle acquise. (Ces facteurs sont présentés à l'Annexe A.)

En somme, les participantes sont convaincues de l'importance d'évaluer la vulnérabilité des mères immigrantes et réfugiées en tenant compte des facteurs de risque spécifiques à l'immigration lorsqu'il s'agit de déterminer leur admissibilité au programme SIPPE.

1.2.3 Les répercussions sur la tâche

Une vulnérabilité difficile à cerner

La complexité observée par les intervenantes rend impossible de recueillir une information suffisante sur les familles qui pourraient être admises au programme lors de l'entrevue téléphonique avec le service d'accueil psychosocial. Les participantes soulignent par ailleurs le manque d'uniformité de ces entrevues téléphoniques, qui varient selon les équipes, les secteurs et les territoires. Ces entrevues ne sont pas prises en charge par le même service dans les différents secteurs, par exemple, ce qui fait en sorte que les intervenantes responsables des évaluations téléphoniques ne disposent ni des mêmes connaissances ni du même niveau d'expérience. Ajoutons que pour celles

qui ne sont pas familiarisées avec la vulnérabilité spécifique aux familles immigrantes, l'entrevue téléphonique risque d'être formelle et conforme au questionnaire préétabli; tandis que pour celles qui ont de l'expérience avec cette clientèle, l'entrevue sera adaptée de manière à permettre d'identifier cette vulnérabilité.

Le statut ambigu du critère de l'immigration récente

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les intervenantes disent faire face à des restrictions dans le recours au critère de l'immigration récente depuis l'émission d'une directive de l'ASSS régionale qui porte sur la gestion des critères d'admissibilité. Certaines affirment s'en tenir depuis aux critères administratifs, alors que d'autres disent continuer d'y recourir, en dépit de l'inconfort associé à ce choix. Dans ce contexte de gestion, la prudence et l'ambiguïté relevées dans les énoncés lorsqu'il est question du critère de l'immigration peuvent traduire l'hésitation à y recourir et à dévier de la norme.

Celles qui décident d'y recourir expriment le sentiment que leurs décisions ne sont pas véritablement soutenues par les gestionnaires. L'insécurité qui accompagne ce choix les amène à multiplier les démarches de validation auprès de leur supérieur immédiat afin de pouvoir se justifier devant les gestionnaires. Par ailleurs, en dépit de ces démarches additionnelles, les intervenantes constatent que, en définitive, celles-ci ne règlent en rien le flou entourant le recours au jugement clinique. Les problèmes soulevés par les participantes en ce qui concerne l'absence de balises pour encadrer l'exercice du jugement clinique dans les décisions d'acceptation d'une mère au programme ont déjà été identifiés par d'autres auteurs, dont Battaglini *et al.* (2002a) et Gordie et Walz (2012).

Les aléas du recours au jugement clinique

Nos participantes constatent que les décisions entourant le jugement clinique sont plus susceptibles d'être remises en question par les gestionnaires de programme. Dans les faits, les décisions par jugement clinique entraînent davantage de contraintes administratives pour les intervenantes, ce qui a un effet dissuasif. De leur côté, les intervenantes se disent aptes à exercer pleinement le jugement clinique pour déterminer quelles sont les situations de vulnérabilité requérant les services SIPPE, et elles aspirent à être reconnues et encouragées à exercer ce jugement de façon autonome. Il leur apparaît même plus facile d'accepter une mère dans un programme régulier tout en lui offrant l'intensité SIPPE, puisque la « vigilance » des gestionnaires paraît plus facile à contourner de cette manière.

Le système actuel occasionne également des situations où des mères peuvent être admises automatiquement (selon le critère du jeune âge), sans présenter un réel besoin de services SIPPE. Qu'il s'agisse de refuser les familles qui présentent un réel besoin ou d'en admettre d'autres par erreur, dans un cas comme dans l'autre, nos participantes déplorent également que le type de gestion repose principalement sur des mesures de rendement quantitatif portant sur le choix des critères officiels inscrits au système I-CLSC.

En bref, en dépit de leur sensibilité à l'égard des facteurs de risque de ces mères, de leurs connaissances et de leurs expériences, les intervenantes interrogées considèrent qu'elles sont largement désarmées devant la complexité des enjeux retrouvés dans les situations de vulnérabilité psychosociale des familles immigrantes. Même si nos participantes continuent de privilégier le recours au jugement clinique pour évaluer la vulnérabilité des mères immigrantes, les repères et le soutien clinique entourant ces décisions restent à leur avis insuffisants.

1.2.4 Recommandations des participantes

Nos participantes se représentent clairement les enjeux soulevés par le souci d'adéquation entre la vulnérabilité réelle des familles et les critères d'admissibilité aux SIPPE. En conséquence de quoi elles formulent des propositions précises et concrètes qui visent quatre cibles prioritaires : l'élaboration d'un nouveau critère, l'assouplissement administratif, l'encadrement du jugement clinique et la révision du système I-CLSC.

a) Officialiser le critère de l'immigration récente

Les intervenantes estiment que l'absence d'un critère spécifique à l'immigration pour la gestion des situations de vulnérabilité rend difficile l'exercice du jugement clinique. Pour cette raison, elles demandent que le critère de l'immigration récente soit reconnu officiellement parmi les critères d'admissibilité au programme SIPPE.

b) Assouplir les exigences administratives entourant le choix des critères

Par ailleurs, elles sont d'avis que la réalité du terrain évolue plus vite et s'avère plus complexe. Elles trouvent essentiel de réviser la politique institutionnelle de manière à assouplir les exigences administratives pour l'application des critères et à leur octroyer une pleine autonomie dans l'exercice du jugement clinique. Leurs opinions rejoignent les conclusions de Desrochers et Clapperton (2007) quant à l'importance, dans un programme de cet ordre, de mettre en place une politique institutionnelle d'encadrement qui soit suffisamment souple au niveau du processus décisionnel. C'est en ce sens que les intervenantes considèrent crucial de soutenir le recours au jugement clinique, puisque beaucoup de situations requièrent une analyse approfondie du risque. L'établissement de conditions plus favorables à la prise de décisions par recours au

jugement clinique s'avère ainsi un besoin particulièrement aigu pour les équipes multiprogrammes.

c) Encadrer l'exercice du jugement clinique

À l'heure actuelle, la question du recours au jugement clinique est ambiguë pour plusieurs, notamment parce que les balises encadrant cet exercice sont insuffisantes, voire contradictoires, et qu'elles créent une zone grise. Ce recours suit différentes tendances, selon les politiques et priorités du moment, la philosophie du chef de programme, l'expérience des équipes, etc.

Les constatations émises par une majorité des participantes font écho aux études menées sur le programme SIPPE ayant mis en lumière la disparité dans l'exercice du jugement clinique pour déterminer l'admissibilité d'une mère au programme. À cet égard, Battaglini *et al.* (2000) soutient que l'exercice du jugement clinique est en grande partie attribuable aux initiatives d'intervenants disposant d'une expérience et d'une connaissance des enjeux et de la vulnérabilité spécifique à l'immigration. Bien que ces initiatives reposent sur le souci de ne pas défavoriser une clientèle démunie et en besoin de service, l'absence de balises clairement définies par l'administration du programme risque de créer des inégalités quant à l'accès au programme. Une mère pourrait par exemple être acceptée sur la base du jugement clinique dans un secteur donné, tout en se voyant refuser l'accès dans le secteur voisin. L'utilisation du jugement clinique sans balises formelles crée donc une zone grise dans l'interprétation des facteurs de vulnérabilité (Battaglini *et al.*, 2002a, 2002b; Desrochers et Clapperton, 2007).

Au vu de ce qui précède, les recommandations de nos participantes quant à la nécessité de clarifier les balises entourant le recours au jugement clinique, et d'en préciser

l'utilisation, rejoignent des constats déjà émis parmi certains auteurs (voir Battaglini *et al.*, 2002a, 2002b; Desrochers et Clapperton, 2007).

Nos participantes sont d'avis que sans mesures de soutien et d'encadrement clinique appropriées, cet exercice ne pourra pas être optimisé au sein des équipes. Elles sont d'avis que l'encadrement, la formation et la supervision en dehors de la ligne de gestion s'avèrent être des éléments essentiels – ce qui a été également souligné par des études précédentes (Gendron *et al.*; 2014; Therrien, 2011). Ce soutien peut prendre plusieurs formes, comme la supervision régulière d'un coordonnateur clinique, des discussions informelles entre les membres de l'équipe ou des activités de formation continue.

d) Réviser le système I-CLSC

Selon les intervenantes interrogées, la révision du système de compilation de données est incontournable parce que, dans son état actuel, il ne permet pas d'obtenir un portrait complet des étapes entourant la prise de décision par jugement clinique. Le système I-CLSC utilise des indicateurs quantitatifs de mesure du rendement, ce qui ne permet pas d'éclairer les décisions reposant sur le jugement clinique de l'intervenant. Les intervenantes sont donc d'avis qu'il est souhaitable que ce système soit doté d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs additionnels pour permettre de répertorier les éléments cliniques, lesquels peuvent éclairer les raisonnements qui sous-tendent les décisions.

Cette mise à jour permettrait de faciliter la saisie de données et l'inscription des mères au programme, au-delà des restrictions artificielles qui viennent avec le fait de se limiter à seulement deux critères administratifs d'admissibilité. Puisque le système est accessible à tous les secteurs, l'inscription de telles informations pourrait servir au partage de l'expérience et des compétences, autant entre les équipes locales qu'entre

les territoires et les régions. L'accès aux décisions par jugement clinique pourrait éclairer le poids respectif des facteurs en cause dans les décisions finales, et favoriserait la cohérence de ce recours dans la pratique. Par ailleurs, l'accès à des données complètes peut simplifier les démarches auprès des gestionnaires régionaux lorsqu'il faut justifier des besoins de ressources additionnelles pour un secteur donné – puisque les besoins ne sont pas les mêmes pour tous les secteurs et territoires.

1.3 Les défis de l'intervention SIPPE auprès des familles immigrantes

1.3.1 Le choc culturel et la complexité

La question du choc culturel a été abondamment abordée dans la littérature sur l'intervention interculturelle, notamment pour envisager l'établissement de l'alliance thérapeutique. Nos interprétations du discours des intervenantes révèlent la présence d'un choc culturel, même s'il n'est pas nécessairement reconnu par elles en ces termes. Les facteurs identitaires liés aux composantes culturelles, religieuses ou ethniques des intervenantes comme des familles peuvent entrer en conflit avec les valeurs véhiculées par la société d'accueil et augmenter ainsi les risques de subir diverses formes de discrimination raciale, ethnique ou religieuse (Derose *et al.*, 2007; Bean *et al.*, 1992; Ima et Hohm, 1991; Kwok et Tam, 2005; Lau *et al.*, 2006; Maiter *et al.*, 2004). Ainsi, plusieurs intervenantes font état de la présence de défis réciproques dans la rencontre interculturelle lors de l'intervention SIPPE auprès des mères immigrantes et réfugiées. Les référents culturels des mères immigrantes et réfugiées doivent être considérés et nécessitent l'adaptation non seulement du savoir-faire, mais aussi du savoir-être des intervenants. C'est en ce sens que les habiletés et compétences relationnelles (écoute, sensibilité, ouverture à l'autre, non-jugement) apparaissent centrales pour faciliter l'appropriation mutuel. Les rapports homme-femme ainsi que les relations parent-

enfant devraient également être révisés à la lumière de cette rencontre entre deux cultures.

Suivant les propos que nous avons recueillis, cet apprivoisement requiert cependant du temps. Du côté de l'intervenant, ce temps d'accompagnement auprès des familles contribue à leur permettre de se familiariser avec les référents culturels et favorise le dialogue. Il permet à l'intervenant de comprendre et d'identifier les besoins à prioriser auprès des familles dans le cadre du suivi offert. Du côté des familles, ce temps leur permet de se familiariser avec les lois et règles de fonctionnement du pays d'accueil, ainsi qu'avec la communauté et les autres services offerts par le gouvernement. Ce temps d'apprivoisement peut ainsi faciliter leur ouverture quant aux services qui leur sont offerts.

Au-delà de ce premier défi, les facteurs liés au processus migratoire exposent les intervenants à des réalités complexes, étrangères, troublantes et souvent difficiles à décoder. Selon nos participantes, certaines barrières font en sorte de rendre plus difficile l'identification des besoins d'aide réels de ces familles. Que ce soit pour des raisons linguistiques ou culturelles, ces familles arrivent dans le réseau public avec des besoins spécifiques, et une conception de l'aide requise qui peut être différente de celle qui est véhiculée par la société d'accueil. Même lorsque ces familles vont vers les services publics pour obtenir de l'aide, les intervenantes constatent chez certaines mères immigrantes de la méfiance et de l'insécurité à l'égard des professionnels et des services gouvernementaux. Cette méfiance peut avoir plusieurs origines; elle peut provenir d'expériences de vie préalables à l'immigration, des circonstances entourant l'immigration, ou bien découler du vécu post-migratoire. Ainsi, certains vécus traumatiques avant et pendant l'immigration influencent grandement ces familles, en contribuant à leurs difficultés d'adaptation. Parmi les traumatismes relevés par les intervenantes, il y a entre autres les souffrances engendrées par les désastres naturels, les violences de guerre, la perte de proches et les départs imprévus ou précipités du

pays d'origine. S'ajoutent à ces facteurs de vulnérabilité des problèmes de santé mentale tels que des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique, qui ont des répercussions à long terme sur la santé mentale globale des mères. Ces symptômes restent souvent méconnus, ce qui rend d'autant plus difficile leur traitement efficace dans un délai rapide, en plus d'accroître les risques d'éclosion et d'aggravation de difficultés d'adaptation psychosociale et de problèmes dans l'exercice du rôle parental. En plus des vécus pré-migratoires difficiles, certaines familles vont se retrouver dans des conditions de vie précaires à leur arrivée (p. ex. insalubrité du logement, chômage forcé, etc.). Les intervenantes soulignent l'impact de l'insécurité financière qui accompagne certains statuts migratoires précaires, et constatent l'incidence négative de l'immigration sur la qualité du réseau de soutien des familles. Nos participantes constatent également que certaines de leurs familles ont eu de mauvaises expériences avec les services de l'État, lesquelles ont accentué leur méfiance à l'égard de l'aide qui leur est proposée.

1.3.2 Les répercussions sur la tâche

De l'avis des intervenantes interrogées, ce contexte d'intervention ethnoculturelle a de grandes répercussions sur leurs tâches dans le cadre des SIPPE. Il rend délicat d'identifier le degré de vulnérabilité des familles immigrantes pour les orienter vers les bons services. Et il est plus qu'improbable que l'entrevue téléphonique d'accueil puisse trancher convenablement devant la complexité des tableaux de vulnérabilité psychosociale.

Ce constat a déjà été fait dans le rapport préliminaire sur l'implantation du programme (Desrochers et Clapperton, 2007), lequel soulignait la nécessité d'établir et de consolider des partenariats avec les acteurs du réseau de la santé et des services publics afin d'aider au repérage rapide des mères immigrantes en besoin de services de type

SIPPE. Or, Gendron *et al.* (2014) constatent que les intervenants et médecins qui assurent le suivi pendant ou après la grossesse des jeunes mères réfèrent très rarement ces dernières aux SIPPE (Gendron *et al.*, 2014, p. 3). Il semble donc que le souci d'assurer un repérage optimal des mères immigrantes et réfugiées en situation de vulnérabilité psychosociale reste d'actualité.

Nos intervenantes considèrent pourtant que ces demandes d'aide constituent des occasions utiles d'établir un premier contact avec les familles et de construire un climat de confiance. En effet, puisque l'immigration engendre pour plusieurs familles la perte de repères et d'accès aux ressources dont ils disposaient dans leur pays d'origine, ce premier contact s'avère crucial. C'est en effet à partir de l'aide ponctuelle et intensive qu'elles offrent aux familles que peut s'établir un lien de confiance à long terme. Par la suite, ces familles sont effectivement plus enclines à recontacter les intervenantes lorsqu'elles se retrouvent en situation de besoin.

L'offre telle que conçue lors de l'implantation des SIPPE soulève donc des défis compte tenu de l'évolution de la réalité sociodémographique montréalaise. En effet, les services n'ont pas été ajustés de manière à mieux répondre aux besoins spécifiques des familles immigrantes. Les participantes à l'étude décrivent une réalité d'intervention où la pluriethnicité influence considérablement les défis à relever. Dans un tel contexte, les participantes disent devoir adapter elles-mêmes l'offre de services pour offrir une aide qui soit arrimée aux besoins des familles et respectueuse de leur conception du type d'aide requis.

La nécessité d'assouplir certaines exigences administratives

Les intervenantes interrogées croient à la nécessité d'offrir une intervention intensive et apprécient le fait que le programme SIPPE leur permette de rester impliquées

pendant 5 années auprès des familles. L'intensité et la durée typiques de l'intervention leur paraissent correspondre aux besoins, importants et variés, des familles en situation de vulnérabilité psychosociale. Elles leur permettent d'établir un lien de confiance significatif, et d'observer l'évolution des membres de la famille. En d'autres mots, elles sont convaincues de la richesse potentielle d'un tel programme d'intervention précoce et de son utilité pour améliorer les conditions de vie des familles démunies et favoriser le développement optimal de l'enfant avant l'entrée à la maternelle.

Cependant, elles considèrent que les prescriptions actuelles d'intensité et de durée ne tiennent pas suffisamment compte de la diversité des besoins des familles et de leurs valeurs culturelles (MSSS, 2004a). Elles croient que les prescriptions d'intensité et de durée peuvent engendrer de graves effets pervers. C'est pourquoi ces prescriptions doivent rester suffisamment souples pour être ajustées aux besoins des familles desservies et à leur ouverture à l'idée de recevoir des visites à domicile, de se rendre au CLSC ou d'alterner entre les deux types de rencontre.

Selon les intervenantes interrogées, près des trois quarts des dossiers se ferment un peu avant que l'enfant ait atteint l'âge de 24 mois, ce qui a pour effet d'empêcher l'application de la prescription de durée complète de l'intervention SIPPE (5 ans). Les fermetures de dossiers peuvent être faites tant à l'initiative de l'intervenant que des familles. Les propos des intervenantes à ce sujet rejoignent les conclusions de Gendron *et al.* (2014), qui rapportent un taux de fermeture de dossiers de 60 % avant l'âge de 2 ans. Dans cette même étude, les auteurs soulignent l'impact d'un tel taux d'attrition sur l'évaluation de l'efficacité de l'intervention SIPPE, étant donné que le groupe le plus affecté par l'arrêt précoce du suivi correspond aux mères présentant les trajectoires les plus à risque.

Les intervenantes se montrent donc préoccupées à l'idée que l'imposition d'une intensité et d'une durée spécifiques pour le programme, sans tenir compte des besoins

réels ni de la conception du type d'aide requis, puisse nuire à l'ouverture des familles devant les services offerts et à leur volonté d'y recourir. Selon les intervenantes, l'application des prescriptions du programme serait utopique et contraire à la philosophie d'un programme d'intervention qui se veut axée sur l'augmentation du pouvoir d'agir des parents. Pour mieux comprendre ces inquiétudes, on peut évoquer les constats émis par Laurin *et al.* (2008) suite à une recherche participative menée auprès de deux groupes de parents défavorisés. Ces auteurs se sont en effet penchés sur l'incidence que peuvent avoir la fréquence et la durée des visites à domicile, dans un contexte d'intervention où elles sont imposées aux parents. Ils observent que ce thème génèrait, parmi les deux groupes, des sentiments exacerbés d'intrusion et de contrôle de l'État quant à l'éducation des enfants et l'exercice du rôle parental. Parmi les participantes, certains soulignent d'ailleurs la ressemblance entre le programme SIPPE et la DPJ, qu'ils jugent également trop intrusive. Dans cette optique, nos participantes expriment leur malaise à imposer des visites à domicile et s'inquiètent du risque que cela pose au niveau du lien thérapeutique, qui pourtant est, selon Gendron *et al.*, « *l'un des ingrédients essentiels de résilience* » (2014, p. 2).

Une offre de services à réviser

Les intervenantes considèrent que l'offre de services doit être révisée et ajustée pour mieux tenir compte de la diversité des référents et des besoins spécifiques associés à l'immigration. Pour être en mesure de prioriser les besoins réels des familles, nos participantes souhaitent bénéficier d'une plus grande autonomie clinique pour pouvoir ajuster l'intensité et la modalité d'intervention en fonction de l'évolution de chaque famille. Une telle approche centrée sur le client leur semble beaucoup plus favorable

pour établir le lien de confiance avec les familles et améliorer le rendement des interventions.

En raison des obstacles systémiques qui bloquent l'accès aux services pour les familles récemment immigrées, les intervenantes sont surtout interpellées pour intervenir dans les situations de crise et d'urgence. En conséquence de quoi il leur est à peu près impossible de remplir la mission du programme qui privilégie la prévention. Nos participantes décrivent ainsi une intervention souvent axée sur la réponse à des nécessités de base et des besoins essentiels et immédiats pour ces familles, sans pour autant nécessiter l'intensité et la durée à moyen et long terme, prescrit par le programme.

En somme, les participantes expriment que leur travail, pour être efficace, exige d'être adapté en fonction d'une grande variété de situations particulières. Et cette adaptation n'est possible qu'en leur accordant plus d'autonomie.

La formation et la supervision des intervenants

Les écarts d'expérience et de maturité entre les intervenants SIPPE, les variations locales dans l'opérationnalisation de l'offre de services (p. ex. équipe privilégiée SIPPE ou intervenant privilégié, équipe SIPPE ou équipe multiprogramme, etc.) ainsi que certains choix dans la gestion des budgets (p. ex. diminuer le nombre de visites après un premier enfant) font partie des facteurs qui occasionnent une certaine disparité dans la dispensation des services.

Dans les CLSC où il y a des équipes spécialisées SIPPE, celles-ci offrent des conditions d'intervention plus souples et mieux axées sur les besoins cliniques des clientèles locales. À l'inverse, dans les secteurs où le programme est appliqué par des intervenants appartenant à des équipes multiprogrammes, les conditions sont moins

favorables à l'ajustement. Les intervenantes associées aux équipes multiprogrammes bénéficient en effet d'un soutien clinique moindre et privilégient une intervention plus conforme aux exigences administratives.

De même, au sein des diverses équipes, certains intervenants sont très expérimentés, tandis que d'autres sont nouveaux, maîtrisent peu la philosophie d'intervention du programme SIPPE et n'ont pas toujours bénéficié de la formation initiale. Ces constats rejoignent ceux qui ont été émis par Gendron *et al.* (2014) au sujet des lacunes qu'ils observent dans l'offre de formation et de supervision, autant pour les nouveaux intervenants que pour les intervenants expérimentés. Ils accentuent l'hétérogénéité et l'aspect ponctuel des formations offertes aux intervenants du PSJP – malgré les modules de formation élaborés par le MSSS. Ils remarquent que moins de la moitié des intervenants du PSJP peuvent compter sur de la supervision. Ils soulignent en outre que, pour les intervenants en CSSS et les organismes communautaires partenaires, il y a peu de formation continue et de mesures de soutien portant sur le travail en collaboration ou en partenariat, une composante pourtant essentielle de ce programme (Gendron *et al.*, 2014, p. 3).

Les intervenantes sont conscientes que des variations existeront toujours, qu'elles sont même souhaitables lorsqu'elles visent l'adaptation de l'offre aux besoins des familles desservies. Il n'en est pas moins nécessaire, selon elles, d'encadrer l'expertise SIPPE. Il conviendrait d'examiner attentivement certains facteurs relatifs à l'expérience et à l'expertise des intervenants, en portant autant attention à la formation qu'à la répartition des effectifs à travers l'ensemble des CSSS. De plus, étant donné la complexité des situations de vulnérabilité et le caractère crucial de la construction d'un lien de confiance entre l'intervenant et les familles, les participantes considèrent qu'il est primordial d'avoir accès à de la supervision clinique sur une base hebdomadaire, et en dehors de la ligne de gestion.

Le système de données I-CLSC et la question du budget alloué au programme

Les exigences administratives actuelles ont des répercussions directes sur la dispensation des services à la population. Nos participantes expliquent porter une attention particulière à ces exigences puisqu'elles sont conscientes que les gestionnaires utilisent les données compilées par le système I-CLSC lorsqu'ils demandent des ressources additionnelles. Étant donné que le rendement du programme se mesure à partir d'indicateurs prédéfinis et de nature surtout quantitative, les intervenantes qui choisissent d'ajuster l'intervention de façon à mieux répondre aux besoins des familles doivent tout de même s'assurer de répondre minimalement aux exigences administratives, sans quoi leurs moyens d'action sont directement menacés.

Les intervenantes doivent ainsi composer avec les contraintes d'un système d'inscription de données se limitant à prendre en compte les deux critères d'admissibilité officiels du programme SIPPE. Cela occasionne des distorsions significatives. Les mères présentant d'autres situations de vulnérabilité, par exemple, doivent être inscrites ailleurs, dans un autre programme, en attendant que les intervenantes puissent justifier leur inscription au programme SIPPE. Autre exemple, les intervenantes ne peuvent pas modifier le lieu des rencontres à domicile, même lorsque la situation l'exige. Si elles déterminent un autre endroit pour les rencontres, elles doivent néanmoins effectuer des visites à domicile pour que leurs interventions soient compilées par le système. Naturellement, ajoutent des participantes, ces ajustements non compilés dans la base de données restent largement inconnus; ce qui, en retour, rend difficile l'évaluation du programme et les prises de décisions éclairées quant aux ressources et financements alloués. Ceci rejoint les constats de Gordie et Walz (2012), dans leur étude menée sur le travail de terrain des intervenantes SIPPE et les problèmes dans le système de compilation de statistiques du programme.

Ce genre de situation explique pourquoi les participantes dénoncent un mode de gestion qui fait peu de cas de la pertinence clinique et déplorent les limites des indicateurs offerts par le système I-CLSC. L'absence de compilation de données exhaustives biaise les données statistiques obtenues et empêche d'établir un portrait clair des services fournis et requis. Dès lors, c'est tout le volet de l'intervention SIPPE qui vise à faire des aménagements sur le terrain pour mieux répondre aux besoins des familles immigrantes qui se trouve occulté. Au lieu de favoriser la cohérence, la transparence et l'uniformité entre la vision des gestionnaires régionaux et celles des milieux locaux, les limites du système actuel renforcent l'écart entre les perceptions. Les intervenantes sont privées d'un outil précieux pour sensibiliser les gestionnaires à la réalité de leurs interventions; en retour, les gestionnaires sont privés d'informations cruciales pour l'allocation des ressources et l'élaboration des budgets.

1.3.3 Recommandations des participantes

La complexité des situations de vulnérabilité rencontrées rend nécessaire de revoir les mécanismes internes du programme pour s'assurer de l'efficacité du dépistage des familles et pouvoir les orienter rapidement vers le programme. Les participantes considèrent que le programme, dans sa forme initiale, s'avère peu adapté pour répondre aux besoins d'aide spécifiques aux familles immigrantes et réfugiées. Elles dénoncent le format d'intervention unique, lequel leur paraît rigide et peu sensible à la diversité culturelle des familles montréalaises. Elles envisagent une approche de coopération favorisant la concertation et la participation active des familles dans la détermination de leurs besoins de services. Dans ce qui suit, nous allons présenter les recommandations formulées par les intervenantes pour bonifier l'offre des SIPPE auprès des familles immigrantes et réfugiées.

a) Publiciser le programme et développer un partenariat avec les professionnels du réseau pour le dépistage des mères ayant besoin de services de type SIPPE.

Compte tenu de la complexité des situations de vulnérabilité rencontrées auprès de la population immigrante, les intervenantes formulent le besoin d'établir et de consolider des partenariats avec les autres programmes et services offerts dans le réseau public et communautaire. Nos participantes considèrent en outre qu'il faut qu'un travail soit fait auprès des professionnels de la santé pour les conscientiser quant à l'aide demandée par les familles immigrantes. Elles croient important de mieux publiciser l'offre de SIPPE auprès d'un large éventail de professionnels du réseau de santé publique et des organismes communautaires afin d'identifier un plus grand nombre de familles immigrantes en situation de vulnérabilité et de pouvoir les référer plus rapidement au programme. L'idée serait de mettre à profit les demandes d'aide ponctuelle pour transmettre aux familles des informations sur les services et ressources disponibles, faciliter leurs contacts avec les autres organismes communautaires et leur permettre de mieux évaluer leurs besoins relativement à l'intervention SIPPE.

b) Réviser le processus de dépistage à l'accueil

Eu égard aux insuffisances notoires de l'échange téléphonique initial pour procéder à la première évaluation de la vulnérabilité d'une famille – une étape pourtant déterminante –, les participantes sont d'avis qu'elles doivent être compensées par au moins une visite à domicile. Même si de telles évaluations menées sur place requièrent du temps et des ressources additionnelles, nos participantes les considèrent essentielles pour atteindre une certaine justesse dans le jugement et assurer l'équité dans l'accès au programme.

c) Permettre une certaine flexibilité dans la durée et l'intensité du programme

Le programme SIPPE est porté par une approche écosystémique, qui vise à établir une relation de soutien en coopération avec les familles. Le rôle des intervenants sur le terrain s'avère d'autant plus capital que le programme est souvent l'occasion du premier contact de ces familles avec les établissements de services de santé du réseau public (Gendron *et al.*, 2014). Par une intervention qui humanise les soins offerts, l'intervenant a la possibilité de créer des ponts entre la culture du pays d'accueil et celle du pays de provenance des familles (Fortin et Le Gall, 2012). Son ouverture à la pluralité des savoirs et des pratiques peut favoriser la création d'un espace de rencontre permettant aux familles d'exprimer leurs désirs, leurs attentes et leurs besoins (Fortin et Le Gall, 2012).

Or, selon les intervenantes, les conditions actuelles ne favorisent pas l'optimisation de ce type d'approche. Les participantes considèrent que la création de SIPPE spécialisés dans les services à court terme pourrait permettre d'offrir une intervention rapide et intensive qui faciliterait la transition des familles immigrantes. Une telle intervention pourrait diminuer l'incidence des conditions de vie précaires qui prévalent à l'arrivée au pays pour un grand nombre de familles immigrantes. Les intervenantes proposent que ce type d'intervention à court terme soit offert pendant la première année suivant l'arrivée, puis réévalué en fonction de l'évolution de la situation de la famille concernée. Pour les familles aux prises avec des fragilités préalables à l'immigration, ou celles présentant un parcours migratoire traumatique, les intervenantes préconisent d'offrir une intervention SIPPE plus soutenue à moyen ou long terme.

d) Bonifier l'offre de soutien clinique et de formation continue

Face aux enjeux et défis posés par l'intervention en contexte pluriethnique, les intervenantes estiment nécessaire de disposer d'un accès régulier à la supervision

clinique et à des consultations spécialisées afin de leur permettre d'offrir aux familles immigrantes un service d'accompagnement de qualité. Le manque de connaissances quant aux problèmes de santé mentale liés aux expériences traumatiques pré ou post-migratoires, par exemple, ou quant aux spécificités de l'intervention en contexte de diversité culturelle, peut rendre difficiles le repérage rapide des besoins ou l'établissement d'un lien de confiance.

Les intervenantes souhaitent par conséquent bénéficier de formations spécialisées sur l'interculturalité, sur le repérage des problèmes de santé mentale (le stress post-traumatique, au premier chef) et sur l'évaluation des rapports mère-enfant. Pour favoriser une certaine cohérence des interventions cliniques, elles considèrent qu'il faut que les formations et activités cliniques soient chapeautées par l'ASSS de Montréal, et offertes sur une base continue à tous les intervenants SIPPE. Selon Gendron *et al.* (2013a, 2013b, 2014), les lacunes de formation et d'encadrement rencontrées ont de lourdes implications cliniques pour des dimensions centrales de l'intervention d'accompagnement SIPPE – telles que le développement de l'enfant, le renforcement des compétences parentales et l'insertion socioprofessionnelle des jeunes parents.

e) Disposer de ressources additionnelles

Nos participantes soulignent finalement les défis découlant du manque de ressources. Elles constatent que le budget alloué au programme SIPPE n'a pas suivi l'augmentation de la population et du taux de pauvreté dans plusieurs secteurs, dont ceux qui desservent des populations majoritairement issues de l'immigration. Elles croient nécessaire d'investir dans les ressources du programme de manière à rejoindre l'ensemble des familles en situation de vulnérabilité psychosociale, les acheminer efficacement vers les services ou organismes pertinents et les prendre en charge lorsque nécessaire. Pour assurer une répartition des ressources qui reflète les réalités

sociodémographiques de chaque secteur, le système I-CLSC pourrait être mis à contribution – à condition qu’il soit révisé de manière à comporter des indicateurs quantitatifs et qualitatifs variés.

* * *

Dans ce qui précède, nous avons posé l’ensemble de nos résultats de recherche et discuté son détail.

1) Nous avons d’abord rappelé succinctement les nombreuses correspondances entre la littérature spécialisée la plus récente et les propos recueillis auprès de nos participantes. C’est ce qui nous a permis entre autres d’apprécier l’écart entre la philosophie officielle du programme SIPPE et la réalité vécue par les familles issues de l’immigration récente – qu’il s’agisse d’aplanir les inégalités sociales en santé ou d’assumer un rôle de prévention.

2) Nous avons ensuite relayé les considérations de nos participantes relativement à la capacité des critères d’admissibilité en vigueur à rendre compte du risque réel de vulnérabilité des familles nouvellement arrivées au Québec. À ce sujet, elles soutiennent que l’immigration récente doit figurer parmi lesdits critères et être clairement reconnue comme tel par les administrateurs du programme; que le jugement clinique doit être mieux valorisé, balisé et appuyé par la direction; que les exigences administratives doivent être assouplies pour offrir une plus grande autonomie aux intervenants; et que le système I-CLSC doit être révisé en profondeur.

3) Finalement, nous nous sommes penchées sur les perceptions de nos participantes en ce qui a trait aux défis de l’intervention. Constatant le degré élevé de complexité généré par ces défis, elles souhaitent que le programme soit mieux publicisé pour favoriser l’émergence de partenariats solides dans le milieu des services communautaires; que le dépistage à l’accueil passe par au moins une rencontre en personne; que l’intensité et

la durée des interventions soient modulables en fonction des besoins; que le soutien clinique aux interventions et la formation soient consolidés; et que des ressources plus abondantes soient allouées au programme SIPPE.

Nos résultats de recherche soulèvent l'enjeu fondamental de l'équité sociale en santé et laissent entendre que les SIPPE, conformément à leur mission, peuvent mieux y contribuer s'ils sont adaptés. Avant de passer en revue les apports et limites de nos travaux, et de formuler nos recommandations, prenons un instant pour prendre du recul en envisageant ces résultats et leurs implications cliniques dans une perspective plus générale; en portant attention au contexte institutionnel dans lequel ils s'inscrivent.

2. CONSIDÉRATIONS SUR LA DIMENSION INSTITUTIONNELLE DES ENJEUX SOULEVÉS PAR LES PARTICIPANTES

L'expérience migratoire se trouve à l'intersection d'une diversité de déterminants de la santé associés aux inégalités sociales. Même si, pour certains parents plus résilients, cette expérience peut s'avérer être une source de dépassement, pour d'autres, elle s'accompagne d'une vulnérabilité psychosociale considérable et de problèmes d'adaptation. Au-delà de l'influence des trajectoires migratoires, notre recherche souligne la contribution décisive de facteurs systémiques au sein des sociétés d'accueils, lesquels contribuent à leur tour à l'accentuation et à la persistance dans le temps de la vulnérabilité psychosociale découlant de l'immigration.

Dans une perspective de santé publique, Battaglini *et al.* (2002a, 2002b) de même que Fortin et Le Gall (2012) rappellent l'importance pour l'État de tenir compte des coûts sociaux et économiques à moyen et long terme associés aux problèmes d'insertion sociale de sa population immigrante. « La vulnérabilité associée aux circonstances migratoires permettra non seulement d'améliorer l'accessibilité aux programmes

intégrés en périnatalité et d'éviter des inégalités en matière de santé pour les femmes immigrantes, mais aussi d'ajuster ces interventions en fonction de besoins sociaux et culturels. » (Battaglini, 2002a, p. 66). Par une action concertée sur les déterminants majeurs de la santé, l'État peut diminuer les facteurs de risque de vulnérabilité psychosociale découlant de l'immigration, contribuant dès lors à favoriser l'insertion sociale de ses immigrants. En effet, « la reconnaissance pour une société, de l'importance d'investir son temps et ses ressources pour le mieux-être de ses enfants, est le garant de l'héritage des générations à venir » (Fortin et Le Gall, 2012, p.182)

L'immigration est reconnue comme étant un déterminant majeur en santé (MSSS, 2015). C'est pourquoi les mères immigrantes vulnérables font partie de la clientèle ciblée par le programme SIPPE. Nos données démontrent cependant que les critères actuels d'admissibilité viennent freiner l'accès au programme pour ces mères. Or, dans la mesure où ce programme de prévention en santé publique vise la réduction des inégalités sociales ou de leurs effets, le non-accès de certaines mères immigrantes et réfugiées pose un problème grave.

Au-delà de l'accessibilité au programme, nos résultats indiquent aussi la nécessité d'en faire la révision afin de l'adapter au contexte d'intervention auprès d'une clientèle issue de diverses cultures. Or, en dépit de problèmes déjà soulevés par des études préliminaires sur les SIPPE (Durand *et al.*, 2007; MSSS, 2005) et des recommandations passées (Battaglini *et al.*, 2002a, 2002b; Fortin et Le Gall, 2012; Hassan *et al.*, 2011, Therrien, 2011), nous constatons l'absence de modifications tangibles et durables ayant permis de régler ou, à tout le moins, de réduire les difficultés d'arrimage lorsque la clientèle provient de l'immigration.

La question qu'on est alors en droit de se poser est la suivante : quels sont les facteurs qui freinent l'ajustement du programme aux besoins des familles immigrantes récemment arrivées? À cet égard, Fortin et Le Gall (2012) accentuent le rôle des

politiques et conditions organisationnelles, lesquelles peuvent faire obstruction à une philosophie d'intervention tenant compte de la pluralité des savoirs et des pratiques en matière de soins périnataux et d'exercice du rôle parental. Ces politiques et conditions organisationnelles, en principe, encadrent les services et assurent le lien entre les nombreux acteurs impliqués. Si ce cadre présente des faiblesses et incohérences, il menace par conséquent la possibilité même de mettre en pratique une philosophie de programme, quelle qu'elle soit. Suivant les mêmes auteurs, c'est aux échelons supérieurs de la hiérarchie administrative qu'il revient d'entretenir cette richesse clinique essentielle, en investissant dans la formation, la supervision ou l'accompagnement, par exemple. Comme le soutient Battaglini *et al.* (2002a, 2002b), cela signifie aussi recueillir les informations sensibles là où elles sont le plus fiables : c'est-à-dire en s'appuyant sur l'expérience et les connaissances des intervenants quant aux enjeux de l'immigration. D'après lui, c'est dans et par l'intervention que se développe la sensibilité à l'égard de la vulnérabilité de la clientèle; ce qui constitue le meilleur garant de l'établissement d'une relation de confiance.

Pourtant, à l'heure actuelle, il semble que plusieurs exigences administratives (p. ex. quant aux critères de sélection, à la fréquence et à l'intensité du service ainsi qu'au lieu des visites) fassent obstacle à la philosophie du programme SIPPE (Baker et Lacharité, 2012). Pour Fortin et Le Gall (2012), ces exigences s'inscrivent dans une vision globale où la recherche de l'uniformité prévaut sur une pratique axée sur les besoins spécifiques des individus. Ils y voient une forme de « déshumanisation » des services offerts, coupés autant du vécu des intervenants sur le terrain que des spécificités retrouvées parmi les sous-groupes de la population (Fortin et Le Gall, 2012). Il n'est donc pas étonnant que les intervenantes interrogées dans le cadre de nos recherches, en quête de ce qui est juste et équitable d'un point de vue clinique, décident parfois de contourner les règles. Quitte à devoir vivre ensuite avec une pression supplémentaire.

Ces enjeux ramènent le système I-CLSC au centre de nos préoccupations. Dans un contexte de pénurie de services et de ressources humaines dans le secteur de la santé publique, une gestion responsable passe par l'instauration de mécanismes internes permettant d'évaluer l'efficacité des ressources, pour pouvoir les ajuster aux besoins locaux. Sur le plan budgétaire et sur celui de la reddition de comptes, toutefois, l'impossibilité de consigner les ajustements fonctionnels apportés au programme dans le système informatique fait en sorte qu'il est difficile de conscientiser les hauts gestionnaires quant aux problèmes soulevés par les choix de gestion affectant la dispensation de services. Ceci rend difficiles l'analyse et l'évaluation des pratiques fonctionnelles retrouvées à travers les secteurs, pour bien éclairer les besoins spécifiques aux familles desservies – lesquels ne sont pas nécessairement équivalents d'une famille à l'autre, d'un secteur à l'autre ou d'un territoire à l'autre. Gendron *et al.* (2013a, 2013b, 2014) réitèrent, à la suite d'études et de travaux antérieurs, la nécessité de se doter d'indicateurs qui rendent davantage compte de l'intervention réalisée. Ces auteurs constatent en effet la diversité de critères employés pour évaluer la vulnérabilité sociale des familles – d'une équipe à l'autre, mais aussi au sein d'une même équipe. Selon ces auteurs, le nombre restreint des indicateurs admis par le système I-CLSC ainsi que leur manque de pertinence pour cerner les enjeux de l'immigration récente réduisent la capacité des équipes et des décideurs à apporter des ajustements qui pourraient être bénéfiques pour le PSJP.

Ajoutons que, comme le rappellent Gendron *et al.* (2014) dans leurs recommandations, le budget alloué aux équipes locales pour organiser l'offre et la dispensation de services est également déterminant – notamment pour le taux de rétention de la clientèle. Ils suggèrent par ailleurs d'évaluer la disponibilité des ressources cliniques (formation ou supervision auprès de collègues ou consultants spécialisés).

3. APPORTS, LIMITES ET RECOMMANDATIONS DE RECHERCHES FUTURES

3.1 Apports

Nos résultats de recherche s'inscrivent dans un contexte social hautement pertinent compte tenu de l'apport significatif de la population immigrante au renouvellement de la population canadienne et québécoise. Ils pourraient contribuer à ouvrir la voie vers une meilleure reconnaissance de la vulnérabilité et des besoins de service des familles issues de l'immigration afin de, ultimement, (re)donner à ces dernières une plus grande capacité d'action sur leur vie.

L'espace alloué au dialogue dans la collecte de données a favorisé le partage et la mise en commun du savoir et de l'expérience des intervenantes ayant participé à la recherche. Grâce à quoi il a été possible de contribuer à l'émergence de nouvelles connaissances sur la réalité des mères immigrantes démunies. Nos résultats apportent en effet un éclairage sur plusieurs dimensions de la question de l'adaptation du programme SIPPE aux besoins spécifiques des familles immigrantes. C'est pourquoi la principale retombée clinique que nous pouvons raisonnablement attendre est l'amélioration de la qualité des services offerts à la population immigrante.

Ce projet de recherche abordait la question de l'équité dans l'accès aux services préventifs en périnatalité pour la population immigrante. Ainsi, nous voulions, dans un premier temps, documenter la pertinence des critères actuels du programme SIPPE pour identifier la vulnérabilité chez les mères immigrantes et réfugiées. Nos résultats indiquent qu'ils ne sont pas suffisants. À cet égard, nos résultats appuient certains travaux passés de même que les observations provenant du milieu clinique (équipes locales SIPPE) quant à la nécessité de réviser les critères d'admissibilité au programme. Pour le moment, ces critères risquent d'exclure des familles immigrantes et réfugiées

issues de minorités ethnoculturelles vulnérables qui bénéficieraient de ces services. Les résultats indiquent également la nécessité de réviser et d'adapter l'outil servant à dépister les familles et à les référer vers le programme SIPPE. En documentant les perceptions de celles qui ont un contact quotidien avec cette réalité, nous fournissons les bases pour une révision rigoureuse et efficace. En outre, par la reconnaissance des facteurs de vulnérabilité propres à la population immigrante qu'une telle révision implique, il devient possible d'ajuster en amont les ressources administratives et cliniques déjà en place pour mieux tenir compte des défis de l'intervention ethnoculturelle. Ce volet est essentiel à la pérennité du programme.

En documentant la qualité de l'arrimage entre l'offre de services et les besoins spécifiques de la population immigrante, nous fournissons les bases pour le développement d'une procédure d'évaluation de la dispensation des SIPPE en contexte de diversité culturelle. Cette procédure d'évaluation fonctionnelle permettra de préciser les besoins financiers et de mieux les exposer au moment de les justifier. Elle permettra aussi d'estimer les besoins d'encadrement clinique des intervenants qui œuvrent auprès de cette clientèle. Il facilitera finalement la distribution plus équitable des ressources allouées au programme, en permettant de discerner avec plus d'acuité les besoins respectifs des différents territoires.

3.2 Limites

La présente étude comporte certaines limites. Le choix de recourir au point de vue des intervenants SIPPE visait à donner un espace de parole aux acteurs qui interviennent directement auprès des familles immigrantes. Lors des entrevues, les thèmes abordés ont permis d'analyser des nœuds thématiques liés aux questions de recherche. La taille de l'échantillon s'avère suffisante et les secteurs choisis sont appropriés eu égard aux questions de recherche. En conséquence de quoi nos résultats sont suffisamment

robustes pour servir de référence sur des territoires accueillant une large population immigrante ou réfugiée. Cette extrapolation ne peut cependant pas s'appliquer fiablement au-delà du champ d'étude; l'échantillon est trop restreint pour généraliser les résultats à l'ensemble des intervenants SIPPE de la province.

Notre approche méthodologique aurait pu être bonifiée par un deuxième échantillon constitué de mères immigrantes recevant les SIPPE. La mise en commun des perceptions respectives de chaque groupe aurait permis de faire ressortir des convergences et des divergences, selon les cas.

Par ailleurs, il n'y a pas eu d'analyse approfondie de la dispensation des services en fonction des types d'équipes – SIPPE ou multiprogramme. Certains résultats suggèrent que la présence d'une équipe SIPPE spécialisée aurait des répercussions tant sur la qualité des services offerts à la clientèle que sur le climat de travail. En particulier, l'équipe SIPPE offre la possibilité d'échanger de façon informelle avec des collègues qui partagent la même réalité; ce qui offre aux intervenants un soutien clinique utile et apprécié. Il paraît également vraisemblable que l'équipe SIPPE spécialisée permette plus de souplesse dans l'accès au programme, notamment par un recours particulièrement fréquent au jugement clinique. À l'inverse, les intervenants qui travaillent au sein de plusieurs programmes semblent disposer d'un soutien clinique moindre, ce qui pourrait expliquer en partie le fait qu'ils recourent moins fréquemment au jugement clinique dans la prise de décision. Cette hypothèse mériterait d'être documentée dans une recherche future, puisqu'elle soulève des enjeux sociaux relatifs à l'accès et à l'équité pour les familles en situation de grande vulnérabilité.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal [ASSSM]. (2014). *État de situation sur la santé des Montréalais et ses déterminants*. Montréal : auteur.
- Alaggia, R. et Maiter, S. (2006). Domestic violence and child abuse: Issues for immigrant and refugee families. Dans R. Alaggia et C. Vine (dir.), *Cruel but not unusual: Violence in Canadian families* (p. 99-126). Waterloo : Wilfrid Laurier University Press.
- Alix, C., Dunnigan, L., Gamache, P., Hamel, D., Hamel, M., Pampalon, R., Paquet, G. et Pilon, M. (2007). *Riches de tous nos enfants : La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans* (Troisième rapport national sur la santé de la population du Québec). Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Alvarado, E. (1993). Les jeunes des communautés culturelles. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 211-226.
- Ancil, H. (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ausloos, G. (1994). La compétence des familles, l'art du thérapeute. *Service social*, 43(3), 7-22. doi:10.7202/706665ar
- Autant-Dorier, C. (2008). Trajectoires familiales et expériences migratoires : transmission et recompositions identitaires. Dans N. Geneix, L. Chartier et F. Carraud (dir.), *Travailler avec des enfants et des parents venus d'ailleurs. Actes du colloque organisé par l'Observatoire de l'enfance en France le 5 mars 2008* (p. 3-9). Grenoble : Observatoire de l'enfance en France.
- Bajoit, G. (2003), *Le changement social : Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines*. Paris : Armand Colin.
- Baker, M. et Lacharité, C. (2012). Culture de la naissance : postures et pratiques professionnelles. Dans F. de Montigny, A. Devault et C. Gervais (dir.), *La naissance d'une famille : accompagner les parents et leurs enfants en période périnatale* (p. 218-233). Montréal : Chenelière Éducation.

- Barlow, A., Varipatis-Baker, E., Speakman, K., Ginsburg, G., Friberg, I., Goklish, N., Walkup, J. (2006). Home-Visiting Intervention to Improve Child Care Among American Indian Adolescent Mothers: a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(11), 1101-1107. doi:10.1001/archpedi.160.11.1101
- Baron, G. (1999). *L'impact de la pauvreté sur la santé et le développement des tout-petits*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Barn, R. (2006). Improving services to meet the needs of minority ethnic children and families. *ECM Research and Practice Briefings: children and families*, 13, 1-8.
- Barn, R, Ladino, C. et Rogers, B. (2006). *Parenting in Multi-Racial Britain*. Londres : National Children's Bureau.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L. et Fournier, M. (2000). *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.-M., Poulin, C.,... Heneman, B. (2002a). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenants et des mères immigrantes. *Service social*, 49(1), 35-69. doi: 10.7202/006877ar
- Battaglini, A., Gravel, S., Poulin, C., Fournier M. et Brodeur, J.-M. (2002b). Migration et paternité ou réinventer la paternité. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(1), 165-179. doi:10.7202/008267ar
- Beauchemin, M., Bégin, C., Bouchard, M., Boucher, C., Brunet, L., Bujold, R., ...Delisle, N.-A. (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Québec : Institut national de santé publique.
- Beauregard, D., Chan, A. et Comeau, L. (2010). *Avis scientifique sur la rétention des clientèles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Beauregard, D., Comeau, L. et Poissant J. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bean, F. D., Rumbaut, R. G. et Portes, A. (1992). *Immigrant America: A Portrait*. Berkeley : University of California Press.
- Bernard, A. (2008). Les immigrants dans les régions. *L'emploi et le revenu en perspective*, 9(1), 5-16.
- Bérubé, L. (2004). *Parents d'ailleurs, enfants d'ici : Dynamique d'adaptation du rôle parental chez les immigrants*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Beski, C. (2002). Soutenir les positions d'acteurs et l'interculturalité : une alternative méthodologique à l'impuissance. *Fonction parentale et rapports interculturels*, 4, 14–15.
- Bibeau, G., Chan-Yip, A. M., Lock, M., Rousseau, C., Sterlin, C. et Fleury, H. (1992). *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Bouchard, C. (1989). Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'intervention précoce. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 138–149. doi:10.7202/031523ar
- Bouchard, C. (1991). *Un Québec fou de ses enfants*. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Boule, E. (1993). Interférences dans les pratiques traditionnelles des mères maghrébines en France. *Immigration et maternité*. (102-121). Toulouse : Presses universitaires du Mirail.
- Bourque, D. et Favreau, L. (2003). *Développement des communautés, santé publique et CLSC*. Gatineau : Université du Québec en Outaouais, Centre d'étude et de recherche en intervention sociale.
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa : Santé Canada.
- Breton, J.-J. et Émond, A. (1993). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*. Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies, Santé Québec.
- Brinbaum, Y. (2005). D'une génération à l'autre, les aspirations éducatives des familles immigrées : ambition et persévérance. *Éducation et formation*, 72, 53–75.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Brotherson, S. E. (2007). From Partners to Parents: Couples and the Transition to Parenthood. *The International Journal of childbirth education*, 22(2), 7-12.
- Camilleri, C. (1989). La culture et l'identité culturelle : champ notionnel et devenir. Dans C. Camilleri et M. Cohen-Émerique (dir.), *Chocs de culture : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel* (p. 21-76). Paris : L'harmattan.
- Castle, H., Slade, P., Barranco- Wadlow, M. et Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3), 180-194.
- Catherine, N. L., Gonzalez, A., Boyle, M., Sheehan, D., Jack, S. M., Hougham, K. A. et Waddell, C. (2016). Improving children's health and development in British Columbia through nurse home visiting: a randomized controlled trial protocol. *BMC health services research*, 16(1), 349.
- Chiasson, N. et Deschênes, G. (2007). *La compétence interculturelle actualisée dans une approche d'empowerment au service des familles immigrantes* (rapport de recherche). Sherbrooke : Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE).
- Chicoine, N., Charbonneau, J., Rose, D. et Ray, B. (1997). Le processus de reconstruction des réseaux sociaux des femmes immigrantes dans l'espace montréalais. *Recherches féministes*, 10(2), 27-48.
- Chouinard, C. (2012). Éditorial : La périnatalité sous l'angle de la santé publique. *Le Péricoop*, 18(2), 1-2.
- Clapperton, I., Kishchuk, N. et Legault, M.-J. (2012). *Portrait de l'accessibilité et de la continuité des services de maternité et des services de soins primaires pédiatriques (de 0 à 5 ans) pour la population de Montréal. Volet groupes de discussion auprès des professionnels et des gestionnaires de la santé*. Montréal : Direction Régionale de Santé Publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Clarke, K. (2006), Childhood, parenting and early intervention: a critical examination of the Sure Start National Programme. *Critical Social Policy*, 26(4), 699-721.

- Clavier, C., Gendron, S., Potvin, L. et Moreau, J. (2013). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 2. Évaluation de l'actualisation du PSJP : Axe Création d'environnements favorables* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Cohen-Émérique, M. et Hohl, J. (2002). Menace à l'identité personnelle chez les professionnels en situation interculturelle. Dans C. Sabattier, H. Malewska et F. Tanon (dir.), *Identités, acculturation et altérité* (p. 199-228). Paris : L'Harmattan
- Colin, C., Oullet, F., Boyer, G. et Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Colin, C. et Desrosiers, H. (1989). *Naître égaux et en santé : Avis sur la grossesse en milieu défavorisé*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Association des hôpitaux du Québec.
- Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Québec : Direction du développement des individus et des communautés
- Corneau, M., Lepage, C. et le Hénaff, L. (2010). *Rapport du Chantier 4 sur le déploiement du soutien à la création d'environnements favorables. Démarche d'optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)* (rapport à l'intention du Comité directeur de gestion de projets pour l'optimisation et le suivi des SIPPE [CDG- SIPPE]). Québec : Direction régionale de santé publique de la Capitale- Nationale.
- Couchard, F. (1999). *La psychologie clinique interculturelle*. Paris : Dunod.
- Crépin, C. (2011). *Le rôle de parent. Attentes et besoins des familles : actions innovantes dans les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents* (Bulletin de Dossier d'étude n°144). Paris : Caisse nationale des allocations familiales.
- Daigneault, J.-M. (2010). L'intervention auprès des enfants et des familles issues de l'immigration. Un processus clinique sensible à la réalité ethnoculturelle. *Défi jeunesse*, 16(3), 19-22.

- Dandurand, R. B. et Ouellette, F.-R. (2012). Un partenariat québécois de recherche sociale : Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles. *Enfance, Familles, Générations*, 16, 124-144.
- De Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C. et Dubeau, D. (2010). À la rencontre des parents : des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 1-5.
- De Montigny, F. et Goudreau, J. (2009). Les services de première ligne et l'intervention familiale. Dans C. Lacharité et J. P. Gagnier (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir* (p. 183-208). Boucherville : Gaëtan Morin.
- De Plaen, S., Alain, N., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A. et Sassine, M. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 281-299.
- Derose, K. P., Escarce, J. J. et Lurie, N. (2007). Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health affairs*, 26(5), 1258-1268.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J. et Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Desrochers, M. et Beausoleil, M. (2009). *Cadre de référence pour soutenir l'intégration du Développement des Communautés : Document de consultation*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Desrochers, M., Beausoleil, M., Durocher, P. et Fortier, M.- M. (2009). *Pour l'élaboration d'une stratégie concertée CSSS/DSP de soutien au développement des communautés* (document de réflexion de la Table régionale de santé publique). Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centres de santé et de services sociaux de Montréal.
- Desrochers M. et Clapperton, I. (2007). *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Réponse aux préoccupations des intervenants et des gestionnaires œuvrant à l'implantation des SIPPE* (rapport synthèse). Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

- Désy, M., Battaglini, A. et Bastien, R. (2007). *Mesure de l'intensité nécessaire à l'intervention auprès des jeunes immigrants et leur famille : Centre jeunesse de Montréal et Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Devault, A., Denis, L., Lacharité, C. et de Montigny, F. (2012). Le rôle des femmes dans la vie des jeunes pères vivant en contexte de vulnérabilité. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(2), 30-47.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion.
- Direction de santé publique [DSP]. (2007). *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance : Réponse aux préoccupations des intervenantes et des gestionnaires œuvrant à l'implantation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à Montréal (SIPPE)*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Direction de santé publique [DSP]. (2011a). *Plan régional de santé publique 2010-2015 : Garder notre monde en santé*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Direction de santé publique [DSP]. (2011b). *Plan régional de santé publique 2010-2015 : Orientation 1 – Des enfants qui naissent et se développent en santé*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Direction de santé publique [DSP]. (2011c). *Les inégalités sociales de santé à Montréal : Le chemin parcouru* (Rapport synthèse du directeur de santé publique). Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Direction de santé publique [DSP]. (2011d). *L'évolution des naissances à Montréal, 1984 à 2009. Fascicule 3: La santé des nouveau-nés à Montréal*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Direction de santé publique [DSP]. (2012). *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*. Montréal: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

- Direction de santé publique [DSP]. (2013). *Cadre de gestion du Programme régional de santé publique (PRSP) 2010- 2015*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Direction de santé publique [DSP]. (2014). *Analyse des disparités en santé. État de situation sur la santé des Montréalais et ses déterminants – 2014. Document complémentaire*. Montréal: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Direction régionale de santé publique [DRSP] et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal [CIUSSS-CSIM]. (2016). *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique*. Montréal : auteur.
- Dufour, S., Hassan, G. et Lavergne, C. (2012). Mauvais traitements et diversité culturelle : Bilan des connaissances et implications pour la pratique. Dans M.-H. Gagné, S. Drapeau et M.-C. Saint-Jacques (dir.), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p. 143–171). Québec : Presse de l'Université Laval.
- Durand, D., Gravel, S., Desjardins, N., Fortier, M., Bourque, R., Manseau, S., ...Adrien, A. (2007). *Naître ici et venir d'ailleurs. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Durand, D. et Guay, D. (2011). *Cadre de référence du programme Interventions éducatives précoces 2010- 2015*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Duval, M. (1991). *Symposium québécois de recherche sur la famille : Comprendre la famille*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Duval, M. (1992). Être mère au foyer à Montréal... quand on arrive de l'étranger. *Relations interethniques et pratiques sociales*, 5(2), 119-130.
- Earnar, I. (2010). Double risk: Immigrant mothers, domestic violence and public child welfare services in New York City. *Evaluation and Program Planning*, 33(3), 288-293. doi:10.1016/j.evalprogplan.2009.05.016
- Émond, A., Gosselin, J. C. et Dunnigan, L. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune*. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et de services sociaux.

- Evans, W. N. et Lien, D. S. (2005). The benefits of prenatal care : evidence from the PAT bus strike. *Journal of Econometrics*, 125(1-2), 207-239.
- Ezembé, F. (1996). Comment la violence psychologique est pensée dans les pratiques familiales, sociales, éducatives et juridiques en situation de migration. Dans M. Gabel, S. Lebovici et P. Mazet (dir.), *Maltraitance psychologique* (p. 293-316). Paris : Éditions Fleurus.
- Fdhil, A. (1999). Biculturalisme, scolarité et image de soi. *Bulletin de psychologie*, 443, 577-580.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. et Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32, 607-619.
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (dir.). (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être.
- Fontes, L. A. (2005). *Child Abuse and Culture: Working with Diverse Families*. New York : Guilford Press.
- Fortin, S. et Le Gall, J. (2007). Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques. *Enfances, Familles, Générations*, 6, 16-37.
- Fortin, S. et Le Gall, J. (2012). La parentalité et les processus migratoires. Dans F. de Montigny, A. Devault et C. Gervais (dir.), *La naissance d'une famille* (p. 178-196). Montréal : Éditions Chenelière.
- Fortin, S. et Legault, G. (1994). Modes de résolution de problèmes des jeunes familles immigrantes : résultats de recherche. *Service social*, 43(2), 97-127.
- Frohlich, K., de Koninck, M., Demers, A. et Bernard P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Furuto, S. M. et Murase, K. (1992). Asian Americans in the future. Dans S. M. Furuto, R. Biswas, D. K. Chung, K. Murase et F. Ross-Sheriff (dir.), *Social work practice with Asian Americans* (Sage sourcebooks for the human services vol. 20, 240-253). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Gagné, M.-H., Richard, M.-C. et Dubé, C. (2015). *Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental. Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec*. Québec : Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval.

- Gaudet, S., Clément, R. et Deuzeman, K. (2005). Daily hassles, ethnic identity and psychological adjustment among Lebanese-Canadians. *International Journal of Psychology*, 40(3), 157-168.
- Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H. et Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect. A meta-analysis. *Child Maltreatment*, 9(3), 277-291.
- Geller, C. et Siddiqui, S. (2011). Nouveaux immigrants et réfugiés : Dépistage et soins de santé. *Module de formation de la Fondation pour l'éducation médicale continue*, 19(12). Récupéré du site de la *Foundation for Medical Practice Education* : <https://fmpe.org/>
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Lachance-Fiola, J. et Dupuis, F. (2013a). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 1. Évaluation de l'actualisation du PSJP : Axe Accompagnement des familles* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Gendron, S., Moreau, J., Dupuis, G., Lachance-Fiola, J. et Clavier, C. (2013b). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 3. Modélisation de cibles d'action du PSJP : Le développement des enfants et les parcours de vie des jeunes parents* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Gendron S., Dupuis, G., Moreau, J., Clavier, C., Lachance-Fiola, J., Dupuis, F. (2014). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Résumé : Principaux résultats de la recherche évaluation et piste de réflexion pour l'action* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Gilbert, S. (2007). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'apport heuristique de rencontres intersubjectives. *Recherches qualitatives*, 28(3), 19-39.
- Gordie, B et Walz, L. (2012). Une anthropologue au pays des SIPPE, périnatalité et petite enfance. *Revue du CREMIS*, 5(3). Repéré à <http://www.cremis.ca/revue-du-cremis/recherche/perinatalite-et-petite-enfance-une-anthropologue-au-pays-des-sippe>

- Gouvernement du Québec (2008a). Loi sur les services de santé et les services sociaux. *Recueil des lois et des règlements du Québec* (R.L.R.Q.), S- 4.2.
- Gouvernement du Québec (2008b). Loi sur la santé publique. *Recueil des lois et des règlements du Québec* (R.L.R.Q.), S- 2.2.
- Gouvernement du Québec. (2012). Loi sur la santé publique. *Recueil des lois et des règlements du Québec* (R.L.R.Q.), S-2.2.
- Gravel, S., Brodeur, J. M., Champagne, F. et Vissandjée, B. (2005). Évolution de la prise en compte au Québec de la migration en santé publique du phénomène de l'immigration au Québec. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 53, 192-204.
- Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. (1988). *Puis, la porte s'est ouverte : Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*. Ottawa : Multiculturalisme et Citoyenneté Canada.
- Guay, A., Bell, L., Doré, C. et Gallagher, F. (2015). SIPPE : Comment maintenir la fidélité des familles au programme? *Santé publique*, 12(2), 55-57.
- Guba, E. (1981). Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Technology Research and Development*, 29(2), 75-91.
- Guérin, A. (2000). Intervention d'Anne Guérin. *Fonction parentale et rapports interculturels*, 4, 4-10.
- Guy, M. E. et McCandless, S. A. (2012). Social Equity: Its Legacy, Its Promise. *Public Administration Review*, 72(S1), S5-S13. doi:10.1111/j.1540-6210.2012.02635.x
- Häggman-Laitila, A. (2005). Families' Experiences of Support Provided by Resource-Oriented Family Professionals in Finland. *Journal of Family Nursing*, 11(3), 195-224.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M.,...Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec : Centre de recherche du CHU de Québec.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou-Azizah, G., Da Silva, R. B., ...Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé Publique*, 27(1), 27-37.

- Hamel, M. (1992). *Les retards de développement et l'intervention précoce. Recension d'écrits*. Rimouski : Unité de santé publique, Centre hospitalier régional de Rimouski.
- Hancock, T. U. (2005). Cultural Competence in the Assessment of Poor Mexican Families in the Rural Southeastern United States. *Child Welfare*, 84(5), 689-711.
- Hardy, J. B., Astone, N. M., Brooks-Gunn, J., Shapiro, S. et Miller, T. L. (1998). Like mother, like child: Intergenerational patterns of age at first birth and associations with childhood and adolescent characteristics and adult outcomes in the second generation. *Developmental Psychology*, 34(6), 1220-1232. doi:10.1037/0012-1649.34.6.1220
- Harris, S. J., Jansen, P. A., Saxell, L., Carty, E. A., MacRae, G. S., Peterson, K. L. (2012). Effect of a collaborative interdisciplinary maternity care program on perinatal outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 184(17), 1885-1892.
- Hassan, G. (2013). À la rencontre de l'autre : L'intervention en psychologie clinique culturelle. Présentation. *Revue québécoise de psychologie*, 34(2), 1-5.
- Hassan, G., Rousseau, C. et Moreau, N. (2013). Ethnic and religious discrimination : the multifaceted role of religiosity and collective self-esteem. *Transcultural Psychiatry*, 50(4), 475-492. doi:10.1177/1363461513495586
- Hassan, G., Thombs, B. D., Rousseau, C., Kirmayer, L. J., Feightner, J, Ueffing, E. et Pottie, K. (2011). Appendix 12: Child Maltreatment: Evidence Review for Newly Arriving Immigrants and Refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 1-15.
- Herman, J. L. (1994). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*. Londres : Rivers Oram/Pandora List.
- Hussen, A. D. (2017). *Rapport annuel au Parlement sur l'immigration*. Ottawa : Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.
- Hyman, I. et Dussault, G. (2000). Negative consequences of acculturation on health behaviour, social support and stress among pregnant Southeast Asian immigrant women in Montreal: an exploratory study. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 357-360.
- Ima, K. et Hohm, C. F. (1991). Child Maltreatment Among Asian and Pacific Islander Refugees and Immigrants. The San Diego Case. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3), 267-285.

- Institut de recherche et documentation en économie de la santé [IRDES]. (2004). *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé. Rapport de recherche réalisé dans le cadre du programme de Sciences biomédicales, santé et société. Thème 3 : Déterminants sociaux de la santé.* Paris : auteur.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ] (2001). Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – Les nourrissons de 5 mois. Conditions de vie, santé et développement, section I – Pauvreté, conditions de naissance et santé des nourrissons. *Collection la santé et le bien-être*, 1(3), 1-90. Québec : auteur.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ]. (2016a). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-15. Résultats pour Montréal. État de santé mentale.* Montréal : Direction de Santé Publique (DSP) et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud de l'Île de Montréal.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ]. (2016b). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-15. Résultats pour Montréal. État de santé physique.* Montréal : Direction de Santé Publique (DSP) et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud de l'Île de Montréal.
- Institut de la statistique du Québec [ISQ]. (2016c). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-15. Résultats pour Montréal. Habitudes de vie et statut pondéral.* Montréal : Direction de Santé Publique (DSP) et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud de l'Île de Montréal.
- Irwin, L.G., Siddiqi, A. et Herzman, C. (2007). *Early child development: A powerful equalizer.* Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Jack, S. M., Busser, D., Sheehan, D., Gonzalez, A., Zwingers, E. J. et MacMillan, H. L. (2012). Adaptation and implementation of the Nurse-Family Partnership in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103(7), S42-48. doi:10.17269/cjph.103.2972
- Jack, S. M., Catherine, N., Gonzalez, A., MacMillan H. L., Sheehan, D. et Waddell, C. (2015). Adapting, piloting and evaluating complex health interventions: lessons learned from the Nurse-Family Partnership Program in Canadian public health settings. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 35(8/9), 151-159.

- Jackson, K. F. (2009). Building cultural competence: A systematic evaluation of the effectiveness of culturally sensitive interventions with ethnic minority youth. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1192-1198. doi:10.1016/j.chilyouth.2009.08.001
- Jarvis, C., Munoz, M., Graves, L., Stephenson, R., D'Souza, V. et Jimenez, V. (2011). Retrospective Review of Prenatal Care and Perinatal Outcomes in a Group of Uninsured Pregnant Women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(3), 235-243. doi:10.1016/S1701-2163(16)34824-1
- Kalanga Wa Tshisekedi, M.-R. et Legault, G. (2008). L'approche ethnopsychiatrique de Devereux et Nathan. Dans G. Legault et L. Rachédi (dir.), *L'intervention interculturelle* (p. 143-160). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzner, J. et Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees : general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 183(12), E959-E967. doi:10.1503/cmaj.090292.
- Korbin, J. E. (2002). Culture and child maltreatment: cultural competence and beyond. *Child Abuse and Neglect*, 26(6-7), 637-644.
- Kvale, S. (2003). The psychoanalytical interview as inspiration for qualitative research. Dans P. M. Camis, J. E. Rhodes et L. Yardley (dir.), *Qualitative research in psychology. Expanding perspectives in methodology and design* (p. 275-297). Washington, DC : American Psychological Association.
- Kwok, S.-M. et Tam, D. M.-Y. (2005). Child abuse in Chinese families in Canada : Implications for child protection practice. *International Social Work*, 48(3), 341-348.
- Lambert, R., St-Pierre, J., Lemieux, L., Chapados, M., Lapointe G., Bergeron, P., ...Trudel, G. (2014). *Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé* (Rapport de la vice-présidence aux affaires scientifiques). Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Lau, A. S., Takeuchi, D. T. et Alegria, M. (2006). Parent-to-Child Aggression Among Asian American Parents: Culture, Context, and Vulnerability. *Journal of Marriage and Family*, 68(décembre), 1261-1275.

- Laurin, I., René, J. F., Dallaire, N., Ouellet, F., Devault, A. et Turcotte, G. (2008). *Qu'en pensons-nous? Des groupes de parents s'expriment. Une démarche de recherche participative visant à favoriser une prise de parole de parents et de citoyens, en appui aux services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)*. Montréal : Agence la santé et des services sociaux de Montréal et Direction de santé publique.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., Corcoran, P. (2011) Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(33),174-184.
- Le Blanc, M.- F., Raynault, M.- F. et Lessard, R. (2012). *Les inégalités sociales de santé à Montréal : Le chemin parcouru* (Rapport 2011 du directeur de santé publique). Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Le Bossé, Y. (1996). *Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux*. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(1), 127-145. doi:10.7202/301353ar
- Le Bossé, Y., Dufort, F. (2001). Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés : Une autre façon d'intervenir. Dans F. Dufort et J. Guay (dir.), *Agir au cœur des communautés : La psychologie communautaire et le changement social* (p. 75-115). Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Lefebvre, C., Walz, L. et Denoncourt, I. (2013). *Milieus de vie favorables – Jeunesse : Guide pour soutenir la mise en œuvre d'un plan d'action intersectoriel*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Le Gall, J. et Xenocostas, S. (2011). L'adaptation des soins sociosanitaires de première ligne à la diversité religieuse : l'exemple du Québec. *Ethnologies*, 33(1), 169-189.
- Legault, G. (2000). *L'intervention interculturelle*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Legault, G. (1993). Femmes immigrantes : problématiques et intervention féministe. *Service social*, 42(1), 63-80.
- Legault, G. et Lafrenière, M. (1992). Situations d'incompréhensions interculturelles dans les services sociaux : problématique. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 113-131. doi:10.7202/502073ar

- Legault, G. et Rachédi, L. (2008). *L'intervention interculturelle* (2^e éd.). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Lejeune, M. (2008). *Pertinence pour le Québec des instruments de reconnaissance des acquis de l'expérience en France, aux États-Unis et au Royaume-Uni* (Rapport soumis au Programme de subventions à la recherche appliquée). Québec : Fonds national de formation de la main-d'œuvre, TRANSPOL, INRS Urbanisation, Culture et Société.
- Lejeune, M. et Bernier, A. (2014). *La reconnaissance des compétences des travailleurs immigrants qualifiés : une revue des tendances nationales et internationales pour mieux comprendre les politiques et les pratiques pour le Québec* (rapport remis à la Direction générale de l'énoncé politique, ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion). Montréal : TÉLUQ, Université du Québec.
- Lepage, L. et Letendre, R. (1998). Les participants des cours de croissance personnelle : motifs de fréquentation et expérience des cours et consultation d'autres services de santé. Une étude exploratoire. *Santé mentale Québec*, 23(1), 252-259.
- Lepage, M.-C. et Schoonbroodt, C. (2006). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Processus d'implantation et pratiques d'interventions liées à la composante Accompagnement des familles (Partie 1)*. Beauport : Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Lessick, M., Woodring, B., Naber, S. et Halstead, L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 9(3), 1-14.
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris : Plon.
- Li, S.-A. (2014). *Implementing a long-term home visiting program for vulnerable, young mothers within a community: Perspectives from healthcare and social service providers* (thèse de doctorat). Hamilton : McMaster University.
- Liebkind, K. (1993). Self-reported ethnic identity, depression and anxiety among young Vietnamese refugees and their parents. *Journal of Refugee Studies*, 6(1), 25-39. doi:10.1093/jrs/6.1.25
- Liebkind, K. (1996). Acculturation and Stress: Vietnamese Refugees in Finland. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(2), 161-181.

- MacMillan, H. L. (2013). Protecting children from maltreatment: a Canadian call to action. *Paediatrics & Child Health*, 18(8), 409-410.
- MacMillan, H. L. et Groupe canadien d'études sur les soins de santé préventifs. (2000). Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 163(11), 1451-1458.
- Maiter, S., Alaggia, R. et Trocmé, N. (2004). Perceptions of Child Maltreatment by Parents from the Indian Subcontinent: Challenging Myths About Culturally Based Abusive Parenting Practices. *Child Maltreatment*, 9(3), 309-324.
- Marteaux, A. (2002). La fragilisation de la fonction paternelle dans le processus migratoire. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, 28(1), 157-164. doi:10.3917/ctf.028.0157
- Martel, D. (2007). *Analyses du milieu et des besoins des familles : compilation régionale*. Longueuil : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Martin, C. et Boyer, G. (2000). *Naître égaux – Grandir en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Montréal : Direction générale de la santé publique de Montréal-Centre.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique : Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Mayer, F. et Morin, C. (2000). *Pour réduire les inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté – Annexe 1 – Le faible revenu après impôt au Québec : situation actuelle et tendances récentes*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- McCain, M. N., Mustard, J. F. et Slankers, S. (2007). *Early years study 2 : Putting science into action*. Toronto : Council for Early Child Development.
- McGolrick, M., Giordano, J. et Pearce, J. W. (dir.) (1996). *Ethnicity and Family Therapy* (2^e éd.). New York : Guilford Press.
- Meintel, D., Labelle, M., Turcotte, G. et Kemperneers, M. (1985). La nouvelle double journée de travail des femmes immigrantes au Québec. *International Review of Community Development*, 14(automne), 33-44.

- Meintel, D. et Le Gall, J. (1995). *Les Jeunes d'origine immigrée. Rapports familiaux et transitions de vie. Le cas des jeunes Chiliens, Grecs, Portugais, Salvadoriens et Vietnamiens* (Études et recherches n° 10). Québec : Direction des communications du Ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles,.
- Melhuish, E., Belsky, J. et Bernes, J. (2010). Le programme Sure Start et son évaluation en Angleterre. Dans R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. D. Peters et M. Boivin (dir.), *Encyclopedie sur le développement des jeunes enfants* (p. 1-8). Montréal : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.
- Mercier, M.-J., Hassan, G., Lebrun, A. et Boivin, M. (2018, soumis). Critères d'admissibilité aux SIPPE : le point de vue d'intervenants quant à la pertinence des critères actuels pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables. *Nouvelles Pratiques Sociales*.
- Mercier, M.-J., Hassan, G. et Lajoie, G. (2018, soumis). Programme SIPPE : Le point de vue d'intervenantes face aux défis de l'intervention auprès des mères immigrantes ou réfugiées. *Canadian Journal of Public Health*.
- Mesmin, C. (2001). *La prise en charge ethnoclinique de l'enfant de migrants*. Paris : Dunod.
- Mikton, C. et Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 353-361. doi:10.2471/BLT.08.057075
- Millieux, M., Pintaux, E. et Guedeney, A. (2011). Interventions préventives en périnatalité : illustrations de terrain. *Pratiques psychologiques*, 17(2), 173-188. doi:10.1016/j.prps.2010.10.001
- Ministère de la Citoyenneté et Immigration Canada (MCIC). (2005). *Les immigrants récents des régions métropolitaines : Canada – un profil comparatif d'après le recensement de 2001*. Ottawa : auteur.
- Ministere de l'Immigration et des Communautés Culturelles du Québec. (2007). *Caractéristiques de l'immigration au Québec. Statistiques*. Québec : Direction de la recherche et de l'analyse prospective.
- Ministere de l'Immigration et des Communautés Culturelles du Québec. (2009). *Fiche synthèse sur l'immigration au Québec – Année 2008*. Québec : Direction de la recherche et de l'analyse prospective.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (1991). *Un Québec fou de ses enfants. Rapport du groupe de travail pour les jeunes* (rapport Bouchard). Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (1993). *Politique de périnatalité*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2000). *Naître égaux – Grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2002). *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Direction générale de la santé publique du MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2004a). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2004b). *La consolidation des éléments essentiels à la mise en œuvre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2004c). *L'intervention auprès de jeunes parents : Pistes de réflexion et partage d'expériences*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à un an*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2008a). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2008b). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune*. Québec : Direction de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, auteur.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2011). *Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants 2011-2014. Projet d'enquête et d'intervention*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2012a). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2012b). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids* (en collaboration avec Québec en Forme et l'INSPQ). Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2012c). *Regard mixte sur certaines particularités et retombées de l'Approche de la pédiatrie sociale telle qu'implantée au Québec et sur son intégration dans le système actuel des services sociaux et de santé* (Rapport de recherche programme Actions concertées). Québec : Fonds de recherche Société et Culture.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025 : Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Québec : auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé publique, Dernière modification*. Québec : auteur.
- Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration. (2000). *Portraits statistiques de la population immigrée, 1996 : Québec, régions métropolitaines de recensement, régions administratives. Recensement 1996 : données ethnoculturelles*. Québec : auteur.
- Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration. (2001). *Plan stratégique 2001-2004*. Québec : auteur.
- Mistry, M. et Sood, K. (2015). Permeating the social justice ideals of equality and equity within the context of Early Years : challenges for leadership in multicultural and mono-cultural primary schools. *Education 3-13*, 47(5), 548-564. doi: 10.1080/03004279.2013.837944
- Mitchell, M. S. et Cropanzano, R. (2005). Social Exchange Theory: An interdisciplinary Review. *Journal of Management*, 31(6), 874-900. doi:10.1177/0149206305279602

- Morales Huet, M. (1996). Psychothérapies mère-bébé à domicile : Traitements de dyades mère-enfant à risques et inaccessibles aux soins en institution. *Devenir*, 8(2), 7-41.
- Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moro, M. R. (1999). Devenir père, devenir mère, en exil... Dans C. Boulard, P. Dutil, C. Mestre, S. Ibrahim et M. R. Moro (dir.), *Devenir parent en exil*. Toulouse : Érès.
- Moro, M. R. (2001). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations* (2^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Moro, M. R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs : Naître et grandir en France*. Paris : La Découverte.
- Moro, M. R. (2004). Approche transculturelle de la périnatalité. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 33(supl. 1), 5-10. doi:10.1016/S0368-2315(04)96657-4
- Moro, M. R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris : Odile Jacob.
- Mucchielli, A. (2004). *Étude des communications : approche par la modélisation des relations*. Paris : Armand Colin.
- Mucchielli, A. (dir.). (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project [MCP2]. (2005). *A national initiative to address the availability and quality of maternity services*. Ottawa : Santé Canada.
- Munoz, M. et Chirgwin, J. (2007). Les immigrants et demandeurs d'asile : nouveaux défis. *Le médecin du Québec*, 42(2), 33-43.
- Okitikpi, T. et Aymer, C. (2003). Social work with African refugee children and their families. *Child & Family Social Work*, 8(3), 213-223.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R. Jr., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Luckey, D. (1997a). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 278(8), 637-643. doi:10.1001/jama.1997.03550080047038

- Olds, D. L., Holmberg, J. R., Donelan-McCall, N., Luckey, D. W., Knudtson, M. D. et Robinson, J. (2014). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses on children: follow-up of a randomized trial at ages 6 and 9 years. *JAMA pediatrics*, 168(2), 114-121.
- Olds, D. L. et Kitzman, H. (1997). Review of Research on Home Visiting for Pregnant Women and Parents of Young Children. *The Future of Children*, 3(3), 53-92. doi:10.2307/1602543
- O'Mahony, J. et Donnelly, T. (2010). Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: a review and analysis of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 917-928.
- Organisation des Nations Unies [ONU]. (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Paris : auteur.
- Organisation internationale pour les migrations [OIM]. (2013). *Migration internationale, santé et droits de l'homme*. Genève : auteur.
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève : auteur.
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : Division de la promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé.
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2001). *La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs* (Rapport sur la santé dans le monde). Genève : auteur.
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2003). *Façonner l'avenir* (Rapport sur la santé dans le monde). Genève : auteur.
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2005). *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* (Rapport sur la santé dans le monde). Genève : auteur.
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2013). *La recherche pour la couverture sanitaire universelle* (Rapport sur la santé dans le monde). Genève : auteur.
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2014). *Statistiques sanitaires mondiales 2014 : une masse d'informations sur la santé publique mondiale*. Genève : auteur.

- Organisation mondiale de la santé [OMS] et UNICEF. (2008). *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant*. Genève : auteurs.
- Ouellet, F., Paiement, M. et Tremblay, P.-H. (1995). *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe*. Montréal : Direction de santé publique de Montréal-Centre et CECOM de l'Hôpital Rivières des Prairies.
- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R. et Garon, S. (2000). Intervention en soutien à l'empowerment. Dans Naître égaux – Grandir en santé. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 85-102.
- Oxman-Martinez, J. et Lapierre Vincent, N. (2002). *Precarious Immigration Status, Dependency and Women's Vulnerability to Violence: Impacts on their Health*. Montréal : McGill University Centre for Applied Family Studies et Immigration and Metropolis (Domain4), Centre de recherche interuniversitaire de Montréal sur l'immigration et la dynamique urbaine.
- Paillé, P. (dir.). (2006). *La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain*. Paris : Armand Colin.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Pampalon, R., Gamache, P. et Hamel, D. (2010). *Indice de défavorisation matérielle et sociale du Québec. Suivi Méthodologique de 1991 à 2006*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Paquin (2009). *Naissances sur le territoire du CSSS de la Montagne*. Montréal : Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Parent, C., Drapeau, S., Brousseau, M. et Pouliot, E. (dir.). (2008). *Visages multiples de la parentalité*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Penrose, J. (2002). Nations States and Homelands: territory and territoriality in nationalist thought. *Journal of the Association for the Study of Ethnicity and Nationalism*, 8(3), 277-297. doi:10.1111/1469-8219.00051
- Perreault, M., Trempe-Masson, C., Gastaldo, D., Boyer, G. et Colin, C. (1998). Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de périnatalité en milieu d'extrême pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 23(1), 163–186. doi:10.7202/032443ar

- Pioli, D. (2006). Le soutien à la parentalité : entre émancipation et contrôle. *Société et jeunesses en difficulté 1*. Récupéré le 1^{er} septembre 2017 de <https://journals.openedition.org/sejed/106>
- Poissant, J. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants : résumé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Ponterotto, J. G., Rao, V., Zweig, J., Rieger, B. P., Schaefer, K., Michelakou, S., Armenia, C. et Goldstein, H. (2001). The relationship of acculturation and gender to attitudes toward counseling in Italian and Greek American college students. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 7(4), 362-375.
- Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., Narasiah, L., ...Hassan, G (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 824-925. doi:10.1503/cmaj.090313
- Poupart, L. (1997). *Les femmes immigrantes et la violence conjugale : pour un véritable accès à l'exercice de leurs droits*. Montréal : Groupe de travail sur les femmes immigrantes et la violence conjugale.
- Pourtois, J.-P., Demonty, B. et Jouret, D. (2004). Souffrances affectives, cognitives et sociales des parents en exil. *Pensée plurielle*, 8(2), 51-60. doi:10.3917/pp.008.0051
- Pourtois, J.-P. et Desmet, H. (2004). *L'éducation implicite*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Poussin, G. (1999). *La fonction parentale*. Paris : Dumod.
- Rachédi, L., Le Gall, J. et Leduc, V. (2010). Réseaux transnationaux, familles immigrantes et deuils. *Lien social et Politiques*, 64, 175-187.
- Ramey, C. T. et Ramey, S. L. (2004). Early learning and school readiness: Can early intervention make a difference? *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(4), 471-491. doi:10.1353/mpq.2004.0034
- Raphaël, D. (2006). Les inégalités de santé au Canada : faible préoccupation, actions insatisfaisantes, succès limités. Dans M. O'Neil, A. Pederson, S. Dupéré et I. Rootman (dir.), *Promotion de la santé au Canada et au Québec : Perspectives critiques* (p. 138-159). Québec : Presses de l'Université Laval.

- Renaud, J., Germain, A. et Leloup, X (dir.). (2004). *Racisme et discrimination : Permanence et résurgence d'un phénomène inavouable*. Ste-Foy, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Montréal : Réseau francophone international pour la promotion de la santé.
- Richards, M. et Abbott, R. (2009). *Childhood mental health and adult life chances in post-war Britain: insights from three national birth cohort studies*. Londres : The Smith Institute, UNISON.
- Robichaud, F. et de Montigny, F. (2004). L'expérience des familles immigrantes : le point de vue des mères en milieu québécois. *Bulletin du CDRFQ*, 5(2), 13-14.
- Rodriguez, C. et Rivières-Pigeon, C. (2007). A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care*, 7 (e28). Récupéré le 1^{er} septembre 2017 de http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=4728&cf_id=68&lang=fr
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 74(9), 65-72.
- Ross, D. et Roberts, P. (1999). *Le bien-être de l'enfant et le revenu familial : Un nouveau regard au débat de la pauvreté*. Ottawa : Conseil canadien de développement social.
- Rotenberg V., Kutsay, S. et Venger, A. (2000). The subjective estimation of integration into a new society and the level of distress. *Stress & Health*, 16(2), 117-123.
- Rousseau, C., Moreau, S., Drapeau, A. et Marotte, C. (1997). *Politique d'immigration et santé mentale : Impact des séparations familiales prolongées sur la santé mentale des réfugiées* (rapport de recherche). Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- Rousseau, C., Drapeau, A. et Rahimi, S. (2003). The Complexity of Trauma Response: A Four-Year Follow-Up of Adolescents Cambodian Refugees. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1277-1290.
- Rousseau, C., Hassan, G., Moreau, N., Jamil, U. et Myrna, L. (2010). Du global au local : Repenser les relations entre l'environnement social et la santé mentale des immigrants et des réfugiés. *Thèmes Canadiens/Canadian Issues*, printemps/été, 88-92.

- Sabatier, C. (1991). Les relations parents-enfants dans un contexte d'immigration. Ce que nous savons et ce que nous devrions savoir. *Santé mentale au Québec*, 16(1), 165-190.
- Salazar, S. et Palkhavala, A. (2009). Étude pilote du programme Nurse-Family Partnership au Canada. *Bulletin du CSAJE*, 4(1).
- Sammons, P., Slyva, K., Melhuis, E., Siraj-Blatchfor, I. et Taggardt, B. (2004). *The Effective Provision of Pre-school Education (EPPE) Project* (Rapport final). Londres : Department for Education and Skills.
- Sammons, P., Slyva, K., Melhuis, E., Siraj-Blatchfor, I., Taggardt, B., Barreau, S. et Grabbe, Y. (2007). *Influences on Children's Development and Progress in Key Stage 2: Social/Behavioural Outcomes for Year 5*. Londres : Department for Children, Schools and Families.
- Saulnier, G. (2004). Immigration et parentalité. *Recherches sur la famille*, 5(2), 11-12.
- Segal, C. (2008). Classroom behavior. *Journal of Human Resources*, 43, 783-814.
- Senellet, C. (2007). *La parentalité décryptée : pertinence et dérives d'un concept*. Paris : L'Harmattan.
- Shore, R. (1997). *Rethinking the brain. New insights into Early Development*. New York : Families and Work Institute.
- Siddiqi, A., Irwin, L. G. et Hertsman, C. (2007). *Total Environment Assessment Model for Early Child Development : Evidence Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health*. Vancouver, BC : Human Early Learning Partnership (HELP).
- Simard, M., Tremblay, M. E., Lavoie, A. et Audet, N. (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012 : portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Solis, J. (2003). Re-thinking illegality as a violence against, not by Mexican Immigrants, Children, and Youth. *Social Issues*, 59(1), 15-31.
- Statistique Canada. (2006). *Enquête nationale auprès des ménages*. Ottawa : auteur.
- Statistique Canada. (2006). *Recensement 2006*. Ottawa : auteur.
- Statistique Canada. (2011). *Enquête nationale auprès des ménages*. Ottawa : auteur.

- Statistique Canada. (2016). *Enquête nationale auprès des ménages*. Ottawa : auteur.
- St-Amand, N. et Kérisit, M. (1998). *Pauvreté et nouvelles solidarités : Repenser l'intervention*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- St-Arnaud, Y. (1999). *Le changement assisté*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Paul, D. et Archambault, J. (2001). *Les pratiques d'empowerment en première ligne* (rapport de recherche subventionné par le CQRS et le CRSH). Sherbrooke : CLSC de Sherbrooke, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement.
- Tanninen, H.-M., Häggman-Laitila, A., Kangaasniemi, M. et Pietilä, A.-M. (2014). How Ressource-Enhancing Family Nursing is realized by Finnish Parents? An intervention Study. *International Journal of Caring Services*, 7(2), 520-529.
- Taylor, L. A., Tan, A. X., Coyle, C. E., Ndumele, C., Rogan, E., Canavan, M. et Bradley, E. H. (2016). Leveraging the social determinants of health: what works? *PLOS One*, 11(8), 1-20. doi:10.1371/journal.pone.0160217
- Therrien, L. (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (rapport du comité conseil post-chantiers sur les SIPPE). Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Therrien, N. et Mattie, A. (2011). Improving medical care for detained immigrants: a call for a legislative solution. *Journal of health care for the poor and underserved*, 22(2), 437-449.
- Thiebault, M. et Maffessoli, M. (2012). *L'impact de la migration sur la parentalité : réalité ou représentations? Dossier thématique* (recherche réalisée pour l'Agence de Développement Locale pour l'intervention [ADLI] dans le Bas-Rhin). Strasbourg : Observatoire régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV).
- Tissier, J., Bouchouchi, A., Glaude, C., Legge, A., Désir, S., Greacen, T. et Dugravier, R. (2011). Une intervention préventive communautaire en périnatalité. *Pratiques psychologiques*, 17(2), 107-117. doi:10.1016/j.prps.2010.11.006
- Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy*, 16(2), 125-146. doi:10.1017/S0047279400020341
- Tremblay M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N. et Owen, N. (2010). Physiological and Health implications of a sedentary lifestyle. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 35(6), 725-740. doi:10.1139/H10-079

- Van der Veer, G. (1998). *Counseling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma*. Chichester, U.K. : John Wiley and Sons.
- Vatz Laaroussi, M. (2001). *Le familial au cœur de l'immigration : les stratégies de citoyenneté des familles immigrantes au Québec et en France*. Paris, Montréal : L'Harmattan.
- Vatz Laaroussi, M. (2008). Les familles immigrantes et leurs réseaux : des vecteurs de résilience intergénérationnels. *Bulletin de l'Association pour la recherche interculturelle*, 46, 43-54.
- Vatz Laaroussi, M. (2015). *Sensibiliser, accompagner et lutter contre le racisme pour mieux vivre ensemble* (Mémoire présenté dans le cadre d'une consultation publique en vue d'une nouvelle politique québécoise en matière d'immigration, de diversité et d'inclusion). Québec : Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion.
- Vatz Laaroussi, M., Bolzman, C. et Lahlou, M. (2008). *Familles migrantes au gré des ruptures. Tisser la transmission*. Lyon : L'Interdisciplinaire.
- Vatz Laaroussi, M. et Messe Besson, J. M. (2008). *Être parents en situation d'immigration : défis, enjeux et potentiels*. Dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau et È. Pouliot (dir.), *Visages multiples de la parentalité* (p. 255-286). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Veilleux, R. et Boyer, G. (2002). *Mise à jour du programme Naitre égaux-Grandir en santé : Consultation auprès des familles*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec, Directions de santé publique du Québec.
- Verjus, A. et Boisson, M. (2004). La parentalité, une action de citoyenneté. Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004) (Dossier d'étude numéro 62). Paris : Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).
- Verjus, A. et Boisson, M. (2005). Le parent et le couple au risque de la parentalité. L'apport des travaux en langue anglaise. *Information sociale*, 122(2), 130-135.
- Vinsonneau, G. et Camilleri, C. (1987). Pour une approche en psychologie culturelle : contribution à l'étude de la dynamique identitaire. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 35(11-12), 475-483.

- Vissandjee, B., Bates, K., Violla, F., Kuntz, J. (2013). Expérience d'immigration et droit à la santé, à des soins et à des services de qualité : une question de justice sociale. *Alterstice*, 3(1), 67-83.
- Wade, J., Mitchel, F. et Baylis, G. (2005). *Unaccompanied Asylum Seeking Children: The Response of Social Work Services*. Londres : British Association for Adoption and Fostering (BAAF).
- Walz, L. (2013). *Guide régional pour le Soutien à la création d'environnements favorables du programme SIPPE : Orientations 2013-2016*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Watson, J., Kirby, R., Kelleher, K. et Bradley, R. (1996). Effect of Poverty on Home Environment: an analysis of three-year outcome data for low birth premature infants. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(3), 419-431.
- Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up. Part 1*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé- Europe.
- Wiese, E. B. et Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 596-613.
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2), 169-180. doi: 10.1016/j.midw.2005.07.001
- Yahyaoui, A. (2010). *Exil et déracinement : Thérapie familiale des migrants*. Paris : Dunod.
- Yoshikawa, H. (1995). Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency. *The future of Children*, 5(3), 51-75. doi:10.2307/1602367
- Zaharna, R. S. (1989). Self-Shock : The double-bonding challenge of identity. *International Journal of Intercultural Relations*, 13, 501-505. doi:10.1016/0147-1767(89)90026-6
- Zeanah, C. H., Borris, N. et Larrieu, J. (1997). Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 165-178. doi:10.1097/00004583-199702000-00007

- Zhao, J., Xue, L. et Gilkinson, T. (2010). *État de santé et capital social des nouveaux immigrants. Données probantes issues de l'enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada*. Ottawa : Citoyenneté et Immigration Canada.
- Zoccolillo, M. (2000). Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - Les nourrissons de 5 mois. Santé et adaptation sociale des parents, section II : Adaptation sociale. *Collection la santé et le bien-être, 1(9)*, 1-60. Québec : Institut de la statistique du Québec.

ANNEXE A

Caractéristiques des mères immigrantes selon leur niveau de vulnérabilité (source : Battaglini *et al.*, 2000)

Mères moins vulnérables	Mères vulnérables	Mères très vulnérables
<ul style="list-style-type: none"> ● Parrainées ● Migration planifiée ● Souvent pour rejoindre le conjoint ● Primipares à l'arrivée ● Projet migratoire s'inscrivant dans le projet familial ● Plus jeunes à l'arrivée (début vingtaine) ● Parlant français 	<ul style="list-style-type: none"> ● Indépendantes ou parrainées ● Migration planifiée ou involontaire ● Primipares ou multipares ● Détenant des études universitaires ● Parlant l'anglais dans un secteur de services francophone 	<ul style="list-style-type: none"> ● Réfugiées ou en attente de statut ● Migration involontaire, précipitée ● Multipares ● Migration vécue comme une rupture ● Séparation familiale (impliquant conjoint et/ou enfant) ● Vécu de persécution ● Plus âgées à l'arrivée (plus de 30 ans) ● Allophones

ANNEXE B

Principaux facteurs de risque et de vulnérabilité identifiés par les participantes de la recherche, associés à la clientèle d'immigration récente ou réfugiée :

Facteurs généraux :

- Statut matrimonial : monoparentalité / conjoint de fait / marié, etc.;
- Réseau social : présence ou absence;
- Identification de problématiques familiales : climat de violence familiale suspecté (ou confirmé) / abus (physique, psychologique, verbale, sexuelle);
- Difficultés financières;
- Scolarité / formation; professionnel / insertion sur le marché du travail;
- Identification d'un problème de toxicomanie / alcool;
- Problème de santé mentale : passé ou présent.

Facteurs spécifiques à la population immigrante :

Conditions de vie pré-migratoires :

- pays d'origine aux prises avec des conflits sociopolitiques; vécu traumatique dans le parcours de vie du parent;

Contexte entourant la migration :

- statut politique à l'arrivée dans le pays d'accueil ;
- identification de traumatismes liés au contexte de l'immigration (séparation, abandon, rupture, guerre, violence).

Contexte actuel dans le pays d'accueil :

- Personnel : primipare à l'arrivée, multipare, âgée de plus de 30 ans; langue parlée : possède au moins l'une des deux langues officielles du pays d'accueil, allophone;
- Social : présence de soutien (famille, amis, personnes-ressources);
- Professionnel : niveau d'éducation, qualification reconnue / déqualification, chômage, etc.;
- la connaissance du pays d'accueil : (la langue, la culture, les lois, les valeurs et normes sociales, etc.).

Santé mentale et impact sur le fonctionnement quotidien :

- problème identifié, suspecté;
- suivi médical ;
- isolement affectif;
- indices de fermeture face à la société d'accueil;
- sévérité du problème et conséquence sur le fonctionnement quotidien du parent;
- Indices de stress post-traumatique lié aux circonstances entourant la migration;
- Indices d'ouverture / fermeture face à la société d'accueil.

ANNEXE C

Étapes de la démarche d'autorisation pour l'analyse secondaire des données.

- Automne 2014 : une première demande pour l'utilisation secondaire des données du projet pilote (no 269) a été remplie et déposée au Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) à la mi-octobre 2014. Cette demande indiquait que nous étions la chercheuse principale du projet avec la professeure Ghayda Hassan comme co-chercheuse. Suite au dépôt de cette demande, la responsable de l'ASSSM nous a contactées afin de compléter le dossier avant qu'il soit soumis aux membres du comité. Parmi les documents demandés, figurait une lettre d'évaluation scientifique de notre projet de recherche par le département de psychologie de l'UQAM. À l'hiver 2015, ladite lettre manquait toujours au dossier. Afin de permettre l'avancement de cette demande auprès du CÉR, en avril 2015, nous avons communiqué avec (titre).
- Printemps 2015 : nouvelle demande au CÉR pour l'ajout du nom Marie-Josée Mercier à l'équipe de recherche déjà autorisée par le CÉR dans le cadre du projet pilote de la professeure Ghayda Hassan. À l'automne 2015, nous étions toujours dans l'attente d'un retour sur cette demande d'autorisation. À notre connaissance, la dernière communication entre l'ASSSM et madame Ghayda Hassan, à l'hiver 2015, indiquait que nous recevions un certificat d'autorisation dans les plus brefs délais. Dans les faits, nous n'avons jamais obtenu de certificat de l'ASSSM, celle-ci ayant été dissoute entre-temps. Ainsi, à l'hiver 2016, la professeure Ghayda Hassan a été informée par l'ancienne administration de l'ASSSM du fait que, compte tenu de la dissolution de cette dernière, nous devions désormais obtenir l'autorisation éthique du CÉR de l'UQAM.
- Au début de l'été 2016, j'ai communiqué directement avec le CÉR de l'UQAM pour lui expliquer ma situation suite à la dissolution de l'ASSSM. Au terme de cette communication, j'ai été dirigée vers la responsable du CÉR. Au même moment, ma directrice, madame Ghayda Hassan, s'est également entretenue avec le CÉR de l'UQAM. Lors de cet entretien, elle a été informée du fait que cet organe ne pouvait pas émettre de certificat éthique de façon rétrospective (puisque l'analyse secondaire des données avait déjà été effectuée). Il a alors été convenu que nous expliciterions cet imbroglio avec l'Agence dans la section Méthodologie de recherche de notre thèse écrite. À ces précisions, nous ajoutons les modalités prises pour garantir l'anonymat lors de l'utilisation des données du projet pilote (en les anonymisant préalablement) afin d'être en mesure d'en

faire l'analyse secondaire. Ainsi, notre analyse secondaire s'est vue respecter les principes éthiques directeurs de l'UQAM (2011) et de notre ordre professionnel (Ordre professionnel des psychologues du Québec).

Par ailleurs, compte tenu de l'impossibilité d'obtenir un certificat du CÉR de l'UQAM, madame Hassan a entrepris les démarches requises afin d'obtenir le renouvellement du certificat d'éthique permettant l'utilisation des données de recherche dans le cadre de son projet pilote. L'autorisation a donc été prolongée jusqu'en décembre 2016 par l'ASSSM, ainsi que le CSSS de la Montagne.

ANNEXE D

Grille de questions des entrevues individuelles sur les critères d'admissibilité

1.	a) Quels sont les critères officiels pour admettre une mère ou une famille immigrante à SIPPE?	b) Que pensez-vous de ces critères?
	c) Est-ce qu'il y aurait d'autres critères à considérer?	d) Lesquels?
	e) Y a-t-il eu des situations où des familles immigrantes ont été admises à SIPPE parce qu'elles répondaient aux critères officiels, mais où vous aviez l'impression qu'elles n'avaient pas besoin de SIPPE?	
2.	a) Y a-t-il eu des situations où des familles immigrantes n'ont pas été référées à SIPPE parce qu'elles ne répondaient pas aux critères officiels, mais où vous aviez l'impression qu'elles auraient bénéficié de SIPPE?	
	b) Y a-t-il des situations où vous avez référé des familles immigrantes à SIPPE alors qu'elles ne répondaient pas aux critères officiels?	c) Si oui : i- Comment avez-vous procédé? ii- Quelles stratégies avez-vous utilisées? iii- Quels critères avez-vous utilisés? iv- À quels services vous les référez alors?
	d) Y a-t-il des familles immigrantes qui vous sont référées à SIPPE par la voie d'autres services?	e) Si oui, combien? Et par quels services?

ANNEXE E

Grille *Focus Groups* Intervenantes SIPPE

1) Parlez-nous de vos expériences en tant qu'intervenantes SIPPE auprès des familles immigrantes en général.

1a) Quelles sont leurs forces en termes d'intégration et de rôle parental?

1b) Quels sont leurs besoins en termes d'intégration et de rôle parental?

1c) Quelles sont leurs difficultés en termes d'intégration et de rôle parental?

1d) Y a-t-il des facteurs ou situations qui les rendent vulnérables en termes d'intégration et de rôle parental? Lesquels?

1e) Quelles sont leurs demandes?

2) Comment est-ce que les familles immigrantes arrivent à SIPPE? Par quels chemins ou sources de référence?

2a) Quels sont les critères officiels pour admettre une mère ou une famille immigrante à SIPPE?

2b) Que pensez-vous de ces critères?

2c) Est-ce qu'il y aurait d'autres critères à considérer? Lesquels?

2d) Y a-t-il eu des situations où des familles immigrantes ont été admises à SIPPE parce qu'elles répondaient aux critères officiels, mais où vous aviez l'impression qu'elles n'avaient pas besoin de SIPPE?

2e) Y a-t-il eu des situations où des familles immigrantes n'ont pas été référées à SIPPE, parce qu'elles ne répondaient pas aux critères officiels, mais où vous aviez l'impression qu'elles auraient bénéficié de SIPPE?

2f) Y a-t-il des situations où vous avez référé des familles immigrantes à SIPPE alors qu'elles ne répondaient pas aux critères officiels?

i- Comment avez-vous procédé?

ii- Quelles stratégies avez-vous utilisées?

iii- Quels critères avez-vous utilisés?

2e) À quels services vous les référez alors?

3) Y a-t-il des familles immigrantes qui vous sont référées à SIPPE par la voie d'autres services? Si oui, combien? Et par quels services?

4) Quelles recommandations feriez-vous pour mieux identifier les familles immigrantes vulnérables qui pourraient bénéficier de SIPPE?

ANNEXE F

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES INTERVENANTS

Titre de la recherche: « Évaluation des critères d'admissibilité aux SIPPE pour les familles immigrantes et réfugiées – projet pilote »

Chercheuses principales : Ghayda Hassan, professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, tel : 514-987-3000 # 4946; Cécile Rousseau, M.D. Professeure, département de psychiatrie, Université McGill.

Financement : UQAM- Faculté des Sciences Humaines, et CSSS de la Montagne, Équipe de recherche et d'intervention transculturelle- IRSC.

Bonjour,

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de considérer les renseignements contenus dans le présent formulaire d'information et de consentement avant de vous décider. Votre participation à ce projet est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y prendre part.

1) Description du projet de recherche

Vous êtes invité à prendre part à ce projet de recherche visant à mieux comprendre votre perception de la vulnérabilité des familles immigrantes ou réfugiées desservies dans votre territoire en lien avec les critères d'admissibilité au programme SIPPE, ainsi que votre perception quant à l'intervention dans le cadre de SIPPE auprès de ces familles. Le but de cette recherche est de nous permettre de mieux identifier les facteurs de vulnérabilité qui caractérisent ces familles et de comprendre les obstacles de l'accès à SIPPE, pour éventuellement réviser les critères d'admissibilité à SIPPE s'il y a lieu afin de mieux répondre aux besoins des familles mais aussi des intervenants. Il est prévu de recruter environ 26 intervenant(e)s par CSSS. Le projet a lieu dans deux CSSS à Montréal, donc six CLSC.

2) Nature de la participation au projet

Votre participation à ce projet consiste en une participation à un focus groupe, d'une durée d'environ deux heures. Le focus groupe aura lieu sur les heures de travail afin de faciliter le déplacement pour tous les intervenants qui y participeront.

Vous serez également invité à participer à une entrevue individuelle d'une durée d'une à deux heures. L'entrevue individuelle pourrait se faire sur les heures de travail ou non, à votre convenance. Elle aura lieu sur place au CLSC dans votre bureau ou un local privé et vous n'aurez donc pas à vous déplacer.

Le focus groupe et l'entrevue individuelle portent sur votre perception des interventions en CLSC, votre perception des interventions SIPPE et des critères de vulnérabilité et d'admissibilité des familles immigrantes ou réfugiées dans votre territoire au programme SIPPE. Les entrevues focus groupes et individuelles seront enregistrées pour être ensuite retranscrites.

*Évaluation des critères d'admissibilité aux SIPPE pour les familles immigrantes et réfugiées –
projet pilote*
Ghayda Hassan UQÀM

3) Avantages de la participation au projet

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur les critères de vulnérabilité de familles immigrantes en lien avec les services SIPPE dont elles pourraient bénéficier.

4) Risques et inconvénients de la participation au projet

Il n'y a pas de risques significatifs associés à votre participation à cette recherche. Il n'y a pas non plus de risque lié à la situation des familles desservies ou à votre situation en tant qu'intervenant. Cependant il peut y avoir un inconvénient lié au fait que les focus groupes et entrevues auront lieu sur vos heures de travail et pourraient impliquer un déplacement éventuel de votre part. De plus, certaines questions pourraient raviver des émotions fortes en vous, liées à vos expériences actuelles ou passées. Vous demeurerez libre de ne pas répondre à une question que vous estimerez embarrassante ou dérangeante et sans avoir à vous justifier. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter davantage de votre situation et de vos besoins.

La diffusion des résultats auprès des gestionnaires pourrait causer certains risques liés à votre profession en raison des informations potentielles qui peuvent surgir sur les profils des familles incluses dans l'intervention SIPPE et qui pourraient ne pas correspondre aux critères « officiels » d'admissibilité. Plusieurs stratégies sont envisagées afin de minimiser ces risques. Premièrement, il sera réaffirmé lors de la diffusion des résultats que toute famille admise au sein du programme SIPPE l'a été en fonction d'un ou des deux critères administratifs officiels. Également il sera précisé que les critères de vulnérabilité autres considérés par les intervenantes sont issus d'un procédé d'analyses de données qualitatives et quantitatives de groupes et d'analyses de dossiers cliniques ainsi que d'une démarche déductive et interprétative de la part de l'équipe de recherche. Il est donc impossible d'identifier individuellement ce qui a été dit par vous. Par ailleurs, les résultats de la recherche vous seront présentés en premier dans le cadre d'une réunion avec les intervenant(e)s ayant pris part à l'étude pour validation et pour discussion autour des stratégies de diffusion possibles.

Vous ne serez pas questionné(e) sur des situations familiales spécifiques. Toutefois, advenant le cas où vous nous rapporterez une situation familiale qui pourrait contrevenir à la loi de la protection de la jeunesse, nous porterons ceci à votre attention pour discussion au sein de votre équipe clinique. Vous-même et votre équipe clinique pourrez faire les vérifications et les démarches nécessaires ou exigées par la loi, s'il s'avère que la situation familiale les demande.

5) Confidentialité

Tous les renseignements recueillis lors des entrevues de groupes et individuelles sont dénominalisés (codés) et confidentiels. Aucun élément des rapports de recherche ne permettra de retracer votre identité ou celle de personnes tierces. Veuillez noter que la confidentialité dans un focus group est relative du fait de la présence de plusieurs participant(e)s. Le respect de la confidentialité des propos échangés dans le focus groupe dépend de la discrétion de chaque participant(e)s. Vous êtes en ce sens prié(e) de garder les propos exprimés durant le focus group confidentiels. De plus, il est interdit durant les focus group de divulguer de l'information sur les

*Évaluation des critères d'admissibilité aux SIPPE pour les familles immigrantes et réfugiées –
projet pilote*

Ghayda Hassan UQAM

tiers, qu'il s'agisse de collègues, de clients ou autres, et c'est pour cela que les questions du focus
groupes adressent vos perceptions générales sur la population desservie et les services rendus.

Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à votre enregistrement et au contenu des
transcriptions. Des verbatims dénominalisés et tirés de entrevues focus groupes et individuelles
pourraient être utilisés dans le cadre de la diffusion des résultats lors de conférence ou dans des
articles scientifiques ou des présentations pédagogiques.

Afin de ne pas permettre de vous identifier, on vous attribuera un numéro de code dont seuls les
membres de l'équipe de recherche auront la liste correspondante. Le matériel de recherche
(enregistrement numérique, transcription, toute donnée informatisée) ainsi que votre formulaire
de consentement seront protégés en les conservant séparément dans un classeur sous clé situé
dans le local de recherche de la chercheuse principale (UQAM) pour la durée totale du projet.
Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée,
c'est-à-dire qu'il ne sera pas possible de savoir qui a dit quoi. Les données de la recherche seront
détruites cinq ans après la fin du projet de recherche.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que les chercheurs
doivent permettre l'accès à votre dossier de recherche à une personne mandatée par le comité
d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, ou par
l'établissement. Ces personnes et ces organismes adhèrent tous à une politique de stricte
confidentialité.

6) Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats de cette recherche seront diffusés en tant que données de groupe. Cela signifie que
vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. L'équipe de recherche prévoit faire une
première diffusion des résultats aux CLSC, pour recueillir vos réactions. Vous serez donc invités
à être présents, mais vous êtes tout à fait libre de choisir d'assister ou non à cette rencontre. Si
vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats de la recherche, veuillez indiquer une adresse
postale ou courriel où nous pourrions vous le faire parvenir :

7) Compensation pour la participation à la recherche

Il n'y a pas de compensation financière pour participer à la recherche.

8) Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Votre participation à ce projet est totalement volontaire. Vous êtes libre de ne pas participer à la
recherche sans que vous ayez besoin de vous justifier et sans que cela nuise à vos relations avec
vos collègues, vos gestionnaires ou les familles avec lesquelles vous intervenez. Vous êtes aussi
libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas et à
votre demande les renseignements vous concernant seront détruits, à l'exception des
enregistrements des focus groupes. Les chercheuses pourraient, elles aussi, décider d'interrompre
votre participation ou d'arrêter la recherche si elles pensent notamment que c'est dans votre
intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

3/5

*Évaluation des critères d'admissibilité aux SIPPE pour les familles immigrantes et réfugiées –
projet pilote*
Ghayda Hassan UQÀM

9) Utilisation secondaire des données

Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche (2 ou 3) qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes approché aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité des chercheuses principales et seront autorisés par un comité d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

10) Personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter la chercheuse principale, madame Ghayda Hassan, au numéro (514) 987- 3000 # 4946. Pour toute question relative à vos droits en tant que sujet de recherche, vous pouvez contacter la Commissaire locale à la qualité des services du CSSS de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent au 514-331-3025 poste 1003.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal au numéro suivant : 514-528-2400, poste 3262 ou encore par courriel à ethique@santepub-mtl.qc.ca.

*Évaluation des critères d'admissibilité aux SIPPE pour les familles immigrantes et réfugiées –
projet pilote*
Ghayda Hassan UQÀM

11) Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je suis libre de participer ou non à la recherche sans que cela me nuise. Je sais que je peux me retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne me cause de tort.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux et ne libère pas les chercheurs de leur responsabilité civile ou professionnelle.

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les connaissances sur les aspects facilitants et les différents défis ainsi que les besoins des intervenants offrant des interventions de type SIPPE à des familles immigrantes ou issues de minorités ethnoculturelles.

Oui Non

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom du participant	Signature	Date
--------------------	-----------	------

12) Déclaration de l'intervieweur

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de la personne obtenant le consentement du participant	Signature	Date
--	-----------	------

L'original du formulaire sera conservé au Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, DS-4979 et une copie signée sera remise au participant.

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CER de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal, le 30 novembre 2012 :

Date de la version du présent formulaire : 30 novembre 2012

5/5

Approuvé CER
Agence de la santé et des
services sociaux de Montréal