

Évaluation du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères* –
Sections sur la grossesse et l'accouchement

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Évaluation du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères* –
Sections sur la grossesse et l'accouchement

Direction du développement des individus
et des communautés

Avril 2011

AUTEURES

Danielle Landry, médecin en santé communautaire
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Mary Richardson, anthropologue
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Chantale Audet, anthropologue
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Marie-Hélène Beaudry, stagiaire en anthropologie
Université Laval

Amélie Bourret, anthropologue
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

François Daoust
Centre d'analyse de textes par ordinateur, Université du Québec à Montréal

COMITÉ DE SUIVI

Nicole April, médecin spécialiste en santé communautaire, médecin-conseil pour la rédaction des sections sur la grossesse et l'accouchement du *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères* (2008)
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Chantale Audet, anthropologue, responsable de la mise à jour du contenu et du développement du *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Johanne Laverdure, psychologue, chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Réal Morin, médecin spécialiste en santé communautaire, directeur scientifique
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

TRANSCRIPTION DES ENTREVUES

Anne Levac, Qualitexte

MISE EN PAGES

Mélissa Lafrenière, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-61673-3 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-61674-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette évaluation et de partager avec nous leurs réflexions sur l'utilisation du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*.

Trois centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont collaboré au recrutement : nous voulons souligner l'aimable participation du personnel des CSSS de la Vieille-Capitale, de Beauce et Lucille-Teasdale.

De même, plusieurs organismes communautaires nous ont référé des participantes. Pour préserver l'anonymat des personnes recrutées, nous ne pouvons nommer ces organismes. Qu'ils soient d'autant plus remerciés pour leur précieuse contribution à cette évaluation.

RÉSUMÉ

Depuis plus de trente ans, les parents du Québec connaissent le *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères* (MVE), un guide gratuit offrant des informations sur l'enfant jusqu'à l'âge de deux ans. En 2000, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est devenu responsable de la production de cet ouvrage populaire, y incluant pour la première fois, en 2008, des sections sur la grossesse et l'accouchement. Ces sections ont été les premières du guide à avoir bénéficié d'un certain niveau de simplification systématique par des expertes : élimination du jargon scientifique, utilisation de phrases simples et courtes et de messages-clés, travail de clarification de la table des matières, du lexique et de l'index, de même que de la mise en page et des illustrations. Avec cet ajout, l'objectif demeurerait de répondre aux questions des parents, d'offrir une information appuyée scientifiquement et représentant un consensus des pratiques, et d'adapter le plus possible le langage pour les faibles lecteurs.

En parallèle, certains spécialistes de l'alphabétisation ont émis des réserves à l'équipe s'occupant de la production du MVE quant à son utilité pour les personnes ayant de faibles capacités de lecture. Par ailleurs, plusieurs articles sur la littératie en santé indiquent que les documents écrits touchant à la santé sont en général rédigés à un niveau trop élevé pour les habiletés en lecture d'une grande partie des personnes ciblées. L'INSPQ ayant toujours pris pour acquis que le MVE rejoignait l'ensemble de la population des parents, il était pertinent de se questionner sur la capacité réelle de cet outil à atteindre les faibles lecteurs.

Dans cette perspective, l'INSPQ a décidé d'évaluer les sections sur la grossesse et l'accouchement du guide MVE quant à leur degré d'utilisation chez les personnes peu scolarisées et d'ajuster le guide en fonction de cette évaluation afin que son utilisation soit optimale. Comme aucun test convivial, valide et rédigé en français n'existait au moment de l'évaluation pour apprécier le niveau individuel de littératie en santé, le niveau de scolarité a été utilisé comme approximation.

À partir d'un modèle logique portant sur la production des sections sur la grossesse et l'accouchement, des questions d'évaluation ont été déterminées, de façon consensuelle, par le comité de suivi de l'évaluation. La question principale était la suivante :

Les résultats à court terme liés à l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement (consultation et compréhension aisée, capacité à répondre aux questions, aide à la prise de décision) ont-ils été atteints, notamment chez les femmes enceintes faiblement scolarisées (sans diplôme d'études secondaires)? Une question supplémentaire concernant la capacité de ces sections à améliorer la confiance des parents en leurs propres compétences a été ajoutée.

Pour répondre à ces questions, une évaluation formative, exploratoire, centrée sur l'utilisation des résultats par l'équipe de production du MVE, a été réalisée, incluant trois volets.

Constituant la partie centrale de l'évaluation, le premier volet consistait en entrevues individuelles et de groupe, menées auprès de 54 femmes de scolarité faible (sans diplôme d'études secondaires, n = 25) ou plus élevée (avec un diplôme d'études collégiales ou plus, n = 29). Même si le but et les questions d'évaluation ciblaient en particulier les personnes faiblement scolarisées, une collecte de données complémentaire auprès de personnes plus scolarisées a aussi été réalisée. Une telle collecte a permis de déterminer dans quelle mesure les commentaires des personnes moins scolarisées étaient partagés par les personnes plus scolarisées. On voulait ainsi éviter d'associer à tort certains commentaires au fait d'être faiblement scolarisé et mieux comprendre l'utilisation du guide dans les deux groupes.

Les participantes provenaient de milieux rural ou urbain (Québec, Beauce et Montréal) et étaient enceintes ou avaient accouché depuis moins d'un an au moment de l'entrevue. Elles avaient reçu une version française du MVE (versions 2008 ou 2009), dans laquelle figuraient les nouvelles sections sur la grossesse et l'accouchement. Elles ont été interviewées sur leur appréciation de ces sections, en tenant compte des questions d'évaluation issues du modèle logique.

Le second volet, complémentaire au premier, portait sur l'analyse systématique des commentaires envoyés par les parents à l'équipe de production du MVE, via un questionnaire anonyme d'appréciation inséré dans le guide. Seuls les commentaires portant sur les sections grossesse et accouchement et concernant les versions 2008 et 2009 ont été retenus.

Finalement, une analyse de la lisibilité des sections prénatales du guide a été effectuée à l'externe de l'INSPQ, grâce au logiciel Sato-calibrage.

Les données issues de ces trois volets ont été mises en parallèle et nous permettent de conclure que, dans l'ensemble, les résultats à court terme liés à l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement ont été atteints, tant chez les participantes moins que plus scolarisées. En général, les femmes disent consulter ces sections (quoique de manière différenciée selon la scolarité), les comprendre et les utiliser pour répondre à leurs questions et les aider à prendre des décisions. D'après les propos recueillis, le guide semble soutenir leur confiance en leurs propres compétences parentales. Ces résultats jettent un éclairage sur l'utilisation des sections prénatales chez les femmes selon le niveau de scolarité mais sont cependant à interpréter à la lumière du fait que, pour plusieurs raisons, nous n'avons pas rejoint autant de personnes ayant de grandes difficultés de lecture que nous l'aurions souhaité. En effet, les participantes, même moins scolarisées, n'éprouvaient pas, pour la plupart, de grandes difficultés à lire et comprendre les informations contenues dans le guide. Éventuellement, une autre évaluation pourrait permettre une appréciation plus juste de la situation très spécifique des femmes enceintes qui ne lisent qu'avec grande difficulté ou pas du tout. Les participantes recrutées ont toutefois émis de nombreux commentaires, qui nous ont permis de dresser une liste de suggestions destinées à l'équipe de production du MVE pour améliorer les prochaines éditions du guide, ce qui constituait le but de cette évaluation.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	IX
1 CONTEXTE ET ÉLÉMENTS PRÉALABLES À L'ÉVALUATION.....	1
1.1 Le guide <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères</i>	1
1.2 Problématique et pertinence de l'évaluation.....	2
1.3 Comité de suivi et aperçu de l'évaluation	3
1.4 Modèle d'analyse logique (sections grossesse et accouchement).....	4
1.5 But de l'évaluation	4
1.6 Questions d'évaluation	5
2 MÉTHODE.....	7
2.1 Approche d'évaluation retenue.....	7
2.2 Premier volet : entrevues.....	8
2.2.1 Population visée et recrutement	8
2.2.2 Collecte et analyse des données.....	15
2.2.3 Considérations éthiques	17
2.2.4 Caractéristiques des participantes à l'évaluation.....	17
2.3 Deuxième volet : commentaires spontanés des parents	29
2.4 Troisième volet : évaluation de la lisibilité.....	29
3 RÉSULTATS	31
3.1 Premier volet : entrevues.....	31
3.1.1 Consultation du guide MVE	31
3.1.2 Compréhension du guide MVE.....	50
3.1.3 Capacité du guide MVE à répondre aux questions des participantes	53
3.1.4 Impacts du guide MVE sur la prise de décision et la confiance.....	62
3.2 Deuxième volet : commentaires spontanés des parents	66
3.3 Troisième volet : évaluation de la lisibilité des sections sur la grossesse et l'accouchement.....	67
4 DISCUSSION ET CONCLUSION.....	69
4.1 Approche évaluative et mise en parallèle des résultats.....	69
4.2 Limites de l'évaluation	70
4.3 Littératie versus scolarité et contexte de vie.....	71
4.4 Différences dans les résultats par niveau de scolarité	72
4.5 Conclusions sur les questions d'évaluation	73
4.6 Pistes pour des évaluations futures.....	74
5 RECOMMANDATIONS	75
RÉFÉRENCES.....	77
ANNEXE 1 MODÈLE D'ANALYSE LOGIQUE	79

ANNEXE 2	FEUILLET D'INFORMATION.....	87
ANNEXE 3	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE COORDONNÉES PERSONNELLES	91
ANNEXE 4	FICHE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	95
ANNEXE 5	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENTREVUE	101
ANNEXE 6	SCHÉMA D'ENTREVUE INDIVIDUELLE	107
ANNEXE 7	SCHÉMA D'ENTREVUE DE GROUPE	115
ANNEXE 8	FORMULAIRE « VOTRE APPRÉCIATION DU GUIDE »	121

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Questions d'évaluation	6
Tableau 2	Répartition prévue des participantes selon la région, la scolarité et le type d'entrevue	10
Tableau 3	Répartition réelle des participantes selon la région, la scolarité et le type d'entrevue	12
Tableau 4	Nombre de participantes selon la scolarité et le type d'entrevue.....	18
Tableau 5	Nombre de participantes selon le niveau de scolarité.....	18
Tableau 6	Nombre de participantes selon l'âge et la scolarité.....	19
Tableau 7	Nombre de participantes selon la parité et le statut (enceinte ou accouchée)	19
Tableau 8	Nombre de participantes selon l'âge du bébé et la scolarité.....	20
Tableau 9	Nombre de participantes selon le suivi de grossesse et la scolarité.....	21
Tableau 10	Nombre de participantes selon le pays de naissance et la scolarité.....	21
Tableau 11	Nombre de participantes selon la langue maternelle et la scolarité.....	21
Tableau 12	Nombre de participantes selon la situation conjugale et la scolarité.....	22
Tableau 13	Nombre de participantes selon le revenu du ménage et la scolarité	22
Tableau 14	Habitudes et capacités de lecture des participantes sans DES.....	24
Tableau 15	Habitudes et capacités de lecture des participantes ayant un DEC ou plus	26
Tableau 16	Résumé : caractéristiques des participantes selon la scolarité.....	28

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ATO	Analyse de textes par ordinateurs
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DEC	Diplôme d'études collégiales
DEP	Diplôme d'études professionnelles
DES	Diplôme d'études secondaires
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MVE	<i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères</i>
OLO	Programme Œufs, Lait, Orange
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
UQAM	Université du Québec à Montréal

1 CONTEXTE ET ÉLÉMENTS PRÉALABLES À L'ÉVALUATION

Le processus d'évaluation dont il est question dans le présent rapport a débuté par l'identification de certains éléments contextuels liés au guide MVE, la formation d'un comité de suivi, l'établissement d'un modèle d'analyse logique du guide et la détermination des principales questions d'évaluation. Ces différents aspects préalables au choix de la méthode d'évaluation et à la collecte de données sont exposés dans les prochaines pages.

1.1 LE GUIDE *MIEUX VIVRE AVEC NOTRE ENFANT DE LA GROSSESSE À DEUX ANS : GUIDE PRATIQUE POUR LES MÈRES ET LES PÈRES*

Depuis plus de trente ans, les parents du Québec connaissent le MVE, un guide pratique remis gratuitement dès la naissance du bébé et offrant des informations sur l'enfant jusqu'à l'âge de deux ans.

En 2000, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est devenu responsable de la production de cet ouvrage populaire. Depuis lors, plusieurs éléments se sont mis en place pour mener à la rédaction des sections « grossesse et accouchement » du guide. Premièrement, les utilisateurs du guide manifestaient depuis longtemps le besoin d'obtenir plus d'informations sur la période prénatale. De plus, à cette époque, le Collège des médecins informait l'Institut de sa décision de cesser l'édition du guide intitulé *Neuf mois pour la vie* à l'intention des futurs parents. En parallèle, la Fondation Lucie et André Chagnon offrait une opportunité de financement à l'Institut afin qu'il puisse élaborer des sections additionnelles sur la grossesse et l'accouchement. Ces sections, les premières du guide à avoir bénéficié d'un certain niveau de simplification¹ systématique par des expertes, ont été publiées pour la première fois dans l'édition de mai 2008 (Doré et Le Hénaff, 2008). Avec cet ajout, l'objectif demeurait de répondre aux questions des parents, d'offrir une information appuyée scientifiquement et représentant un consensus des pratiques, et d'adapter le plus possible le langage pour les faibles lecteurs.

Le MVE est maintenant remis aux femmes enceintes, toujours gratuitement, le plus tôt possible au début du suivi de grossesse. Ce nouveau mode de distribution du MVE, en début de suivi de grossesse plutôt qu'à la naissance du bébé, a nécessité une phase de rodage. En conséquence, des disparités dans la distribution ont été notées, selon les régions.

Le MVE est imprimé à chaque année et des mises à jour sont effectuées régulièrement. Ainsi, en 2010, la section sur l'alimentation a été revue et simplifiée. En 2009, année de la collecte de données pour la présente évaluation, un peu plus de 152 000 copies du MVE (Doré et Le Hénaff, 2009) ont été produites. De ce nombre, environ 120 500 exemplaires (100 000 en français et 20 500 en anglais) ont été acheminés vers différents points de distribution dans les diverses régions du Québec, afin d'être donnés aux femmes lors du suivi de grossesse.

1. Par simplification, on entend : l'élimination du jargon scientifique; l'utilisation de phrases simples et courtes et de messages-clés; un travail de clarification de la table des matières, du lexique et de l'index, de même que de la mise en page et des illustrations.

1.2 PROBLÉMATIQUE ET PERTINENCE DE L'ÉVALUATION

L'INSPQ, qui adhère à des valeurs d'équité, de recherche du bien commun et de réduction des inégalités en matière de santé², a toujours considéré que le MVE devait rejoindre l'ensemble des parents du Québec, y compris les plus vulnérables. Lorsqu'il a accepté de produire le guide, en 2000, l'Institut souhaitait poursuivre le travail amorcé depuis la toute première édition, soit tenter d'offrir à tous les parents québécois un outil d'information pratique, rédigé dans un langage se voulant simple.

Toutefois, certains spécialistes de l'alphabétisation ont émis des réserves à l'équipe s'occupant de la production du MVE quant à son utilité pour les personnes ayant de faibles capacités de lecture. Le guide ne serait pas adapté à cette population et son utilisation dans sa forme actuelle serait sous-optimale.

Par ailleurs, plusieurs articles sur la littératie en santé³ montrent clairement que les documents écrits touchant à la santé (outils d'éducation, formulaires de consentement, instructions pour la médication) sont en général rédigés à un niveau trop élevé pour les habiletés en lecture d'une grande partie des personnes ciblées (Parker, Ratzan et Lurie, 2003; Rudd, Moeykens et Colton, 2000; Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council of Scientific Affairs, American Medical Association, 1999). Le même commentaire s'applique au matériel produit à l'intention des femmes enceintes et des jeunes mères (Levandowski *et al.*, 2006; Freda, Damus et Merkatz, 1999). Il n'y a pas lieu de croire que le MVE fasse exception.

Comme l'INSPQ a toujours pris pour acquis que le MVE rejoignait l'ensemble de la population des parents, il est pertinent de se questionner sur la capacité réelle de cet outil à atteindre les faibles lecteurs. Les commentaires venant d'experts en alphabétisation et les résultats d'études sur la littératie en santé confirment la pertinence d'évaluer le guide en ce sens.

Dans cette perspective, une opportunité d'évaluation s'est présentée, suite à la rédaction des sections du MVE sur la grossesse et l'accouchement. Le financement de la rédaction ayant été assuré par la Fondation Lucie et André Chagnon, l'INSPQ s'est engagé, en contrepartie, à évaluer lesdites sections quant à leur degré d'utilisation chez les personnes peu scolarisées et à ajuster le guide en fonction de cette évaluation afin que son utilisation soit optimale.

Les termes de cette entente concernaient les personnes faiblement scolarisées et non les personnes ayant de faibles capacités de lecture ou niveaux de littératie, les deux concepts n'étant pas nécessairement équivalents. Pour des raisons expliquées à l'annexe 1, le niveau

2. « Dans les limites des responsabilités qui lui incombent, l'Institut inscrit ses activités dans une perspective d'équité, d'une part, et de recherche du bien commun, d'autre part. Par équité, l'Institut entend participer à la réduction des inégalités en matière de santé. » Institut national de santé publique du Québec (2004), p. 7.

3. Littératie en santé : « La capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie. » Association canadienne de santé publique (2008), p. 13.

de scolarité a été utilisé comme approximation du niveau de littératie, dans la présente évaluation.

1.3 COMITÉ DE SUIVI ET APERÇU DE L'ÉVALUATION

En mai 2008, suite à la parution des sections sur la grossesse et l'accouchement, un comité de suivi de l'évaluation a été mis en place, composé des personnes suivantes, toutes de l'INSPQ :

- Danielle Landry, M.D., M. Sc. (médecin en santé communautaire), responsable de l'évaluation;
- Chantale Audet, M.A. (anthropologue), responsable de la mise à jour du contenu et du développement du MVE;
- Nicole April, M.D., MPH, FRCPC (médecin spécialiste en santé communautaire), médecin-conseil pour la rédaction des sections sur la grossesse et l'accouchement du MVE 2008;
- Johanne Laverdure, M.A. (psychologue), chef d'unité scientifique, unité Développement et adaptation des personnes;
- Réal Morin, M.D., MPH., FRCPC (médecin spécialiste en santé communautaire), directeur scientifique, Direction du développement des individus et des communautés.

Ces personnes connaissent bien le MVE et sont toutes susceptibles d'utiliser les résultats de l'évaluation, à des degrés divers, notamment pour améliorer le guide. Mentionnons aussi qu'à l'été 2008, Ariane Courville (résidente en santé communautaire) a réalisé une revue de littérature, sur la littératie en santé, qui a soutenu le comité dans sa réflexion sur le sujet.

Le comité s'est réuni à plusieurs reprises afin de réfléchir à l'orientation générale de l'évaluation et en particulier aux aspects suivants :

- le modèle d'analyse logique des sections sur la grossesse et l'accouchement;
- le but de l'évaluation;
- les principales questions d'évaluation;
- la méthodologie d'évaluation.

En décembre 2008, le comité a entériné un Protocole d'évaluation, en trois volets : entrevues auprès d'utilisatrices du MVE, évaluation des commentaires spontanés des parents concernant le guide et évaluation de la lisibilité du guide par logiciel informatique. Au printemps 2009, ce protocole a été proposé au comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier de l'Université Laval (faisant partie du Centre hospitalier universitaire de Québec) et aux comités d'éthique des trois centres de santé et de services sociaux (CSSS) ciblés pour le recrutement des participantes aux entrevues dans les régions de Québec, Beauce et Montréal.

En septembre 2009, deux personnes se sont ajoutées au comité de suivi, à l'étape de la collecte et de l'analyse de données provenant des entrevues :

- Mary Richardson, Ph. D. (anthropologue), responsable de la collecte et de l'analyse des données qualitatives recueillies lors des entrevues et de la rédaction du rapport pour le volet sur les entrevues;
- Amélie Bourret, M.A. (anthropologue), collaboratrice pour quelques entrevues à Montréal.

De plus, Marie-Hélène Beaudry, stagiaire en anthropologie, a participé à l'évaluation de janvier à avril 2010 en assistant à quelques entrevues de groupe et en assurant la transcription, la codification et le traitement de certaines entrevues.

Monsieur François Daoust, du Centre d'analyse de textes par ordinateurs (Centre ATO) de l'Université du Québec à Montréal, a produit l'évaluation de la lisibilité des sections grossesse et accouchement du guide, via le logiciel Sato-calibrage, en décembre 2009.

Deux rencontres du comité de suivi ont eu lieu, en février et juin 2010, afin d'échanger notamment sur les résultats préliminaires obtenus.

Finalement, une étape d'appropriation du rapport d'évaluation s'est déroulée en novembre 2010. Cette étape d'échange entre les auteures de l'évaluation et l'équipe de production du MVE a permis à l'équipe de discuter des résultats de l'évaluation dans le but d'améliorer les prochaines versions des sections prénatales.

1.4 MODÈLE D'ANALYSE LOGIQUE (SECTIONS GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT)

Préalablement à l'évaluation, un modèle d'analyse logique a été complété par le comité de suivi, pour deux raisons :

- Clarifier et décrire, de façon schématique et consensuelle, les activités liées à la production des sections sur la grossesse et l'accouchement, les publics cibles et les résultats attendus;
- Servir de base aux questions d'évaluation, qui sont issues directement de ce modèle.

Le modèle de Porteous, Sheldrick et Stewart (1997) a été utilisé. Le schéma présenté à l'annexe 1 reflète le consensus du comité de suivi en ce qui a trait à la conceptualisation des sections sur la grossesse et l'accouchement. Les différentes dimensions du modèle sont explicitées dans cette annexe, de même que les raisons qui ont présidé au choix du niveau de scolarité pour approximer le niveau de littératie.

1.5 BUT DE L'ÉVALUATION

L'évaluation a été réalisée dans le but d'améliorer les sections sur la grossesse et l'accouchement, tant dans leur forme que dans leur contenu, afin qu'elles soient utilisées de façon optimale par les parents, même faiblement scolarisés.

1.6 QUESTIONS D'ÉVALUATION

En tenant compte du but de l'évaluation et en prenant appui sur le modèle d'analyse logique décrit à l'annexe 1, la question d'évaluation centrale a été énoncée de la façon suivante :

Les résultats à court terme liés à l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement ont-ils été atteints, notamment chez les femmes enceintes faiblement scolarisées (sans diplôme d'études secondaires)?

Le tableau 1 reprend cette question centrale et présente les sous-questions qui ont été priorisées par le comité de suivi, en se basant sur les principales dimensions de l'utilisation indiquées dans le modèle logique (annexe 1).

Une question supplémentaire concernant le résultat à moyen terme « amélioration de la confiance des parents dans leurs compétences » a été ajoutée. En effet, il paraissait très important, aux yeux des membres du comité de suivi, d'évaluer la capacité des nouvelles sections à soutenir cette confiance chez les femmes enceintes, puisqu'il s'agit d'un principe fondamental guidant la rédaction du MVE.

Tableau 1 Questions d'évaluation

But de l'évaluation : Améliorer les sections sur la grossesse et l'accouchement, tant dans leur forme que dans leur contenu, afin qu'elles soient utilisées de façon optimale par les parents, même faiblement scolarisés.			
Question principale : Les résultats à court terme liés à l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement ont-ils été atteints notamment chez les femmes enceintes faiblement scolarisées (sans diplôme d'études secondaires)?			
	Dimensions de l'utilisation à explorer	Résultats à court terme attendus	Sous-questions
U T I L I S A T I O N	Manière d'utiliser les sections sur la grossesse et l'accouchement	Consultation aisée des nouvelles sections par les parents	Les femmes enceintes consultent-elles les sections sur la grossesse et l'accouchement? Si oui : pourquoi? Si non : pourquoi?
			Comment les consultent-elles? (consultation ponctuelle, lecture continue, images, messages-clés, encadrés, autres modalités)
			Ont-elles discuté de ces sections avec des clinicien(ne)s?
		Compréhension aisée des nouvelles sections par les parents	La consultation est-elle aisée ou non? (disponibilité du guide, format, table des matières, index, lexique, phrases assez simples, absence de jargon, lisibilité, autres dimensions)
	Fins poursuivies par l'utilisatrice	Réponse aux questions des parents sur la grossesse et l'accouchement	Les femmes enceintes comprennent-elles facilement l'information présentée dans les sections sur la grossesse et l'accouchement?
		Aide à la prise de décision quant aux questions/situations vécues par les parents pendant la grossesse et l'accouchement	Les femmes enceintes estiment-elles que les sections sur la grossesse et l'accouchement répondent adéquatement à leurs questions?
		Résultat à moyen terme attendu	
		Amélioration de la confiance des parents dans leurs compétences	Les femmes enceintes estiment-elles que l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement les aide à améliorer leur confiance en leurs propres compétences?

2 MÉTHODE

2.1 APPROCHE D'ÉVALUATION RETENUE

La présente évaluation devait permettre aux principaux utilisateurs (les membres de l'équipe MVE de l'INSPQ) d'améliorer les sections sur la grossesse et l'accouchement. En effet, ce sont eux qui auront à tenir compte des résultats et des recommandations dans la production du guide. Ceci explique la grande place occupée par les membres de cette équipe à toutes les étapes du processus d'évaluation. Il s'agit donc d'une évaluation centrée sur l'utilisation des résultats (*utilization-focused evaluation*). Ce type d'évaluation ne préconise aucun but évaluatif (formatif, sommatif ou autre), type de données (quantitatives, qualitatives, mixtes) ou devis en particulier. Il tente plutôt de s'adapter aux besoins particuliers des principaux utilisateurs des résultats.

« L'évaluation centrée sur l'utilisation des résultats est un processus permettant une prise de décisions sur ces différents points, en collaboration avec un groupe d'utilisateurs bien identifié et en portant une attention toute particulière à la manière dont ils prévoient utiliser les résultats de l'évaluation. » (traduction libre)⁴

Patton (2002), p. 1.

Pour s'adapter au contexte particulier prévalant au moment de sa réalisation, cette évaluation se voulait formative. Comparativement aux autres sections du MVE, les sections sur la grossesse et l'accouchement, publiées pour la première fois en mai 2008, avaient encore peu circulé dans la population générale. De plus, le nouveau mode de distribution du MVE (en début de suivi de grossesse plutôt qu'à la naissance du bébé) était encore en phase de rodage au moment de la collecte de données, ce qui entraînait des disparités dans la distribution. Pour ces raisons, il aurait été prématuré d'évaluer de façon sommative l'atteinte des résultats prévus pour ces sections, surtout à moyen ou long terme. La présente évaluation voulait plutôt permettre de vérifier le degré d'atteinte des résultats à court terme liés à l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement, dans une visée formative d'amélioration du MVE.

« L'évaluation sommative diffère de l'évaluation formative. Cette dernière met l'accent sur les façons d'améliorer un programme plutôt que sur le jugement définitif quant à son efficacité. » (traduction libre)⁵

Patton (1997), p. 67.

L'évaluation a été conçue en trois volets afin de pouvoir s'appuyer sur diverses sources de données : des entrevues individuelles et de groupe auprès de femmes enceintes ou ayant accouché dans la dernière année; des commentaires spontanés faits par les parents et soumis par écrit à l'équipe du MVE; une analyse de la lisibilité par logiciel.

4. « *Utilization-focused evaluation is a process for making decisions about these issues in collaboration with an identified group of primary users focusing on their intended uses of evaluation.* » Patton (2002), p. 1.

5. « *Summative evaluation contrasts with formative evaluation, which focuses on ways of improving and enhancing programs rather than rendering definitive judgment about effectiveness.* » Patton (1997), p. 67.

Un devis observationnel, exploratoire, centré sur un recueil de données qualitatives a été adopté parce que cette démarche semblait bien adaptée au contexte et aux questions d'évaluation posées. L'approche qualitative, via des entrevues individuelles et de groupe, a permis d'entendre la voix de femmes qui ont consulté les sections sur la grossesse et l'accouchement à des degrés divers ou même qui n'y ont pas eu recours, pour toutes sortes de raisons. Des femmes de niveau de scolarité faible (moins qu'un diplôme d'étude secondaire) et plus élevé (diplôme d'études collégiales ou universitaires) ont été recrutées. Les commentaires reçus dans chaque groupe ont apporté un éclairage sur l'utilisation de ces nouvelles sections, dans une perspective d'amélioration de la forme et du contenu du guide MVE.

Même si le but et les questions d'évaluation ciblaient en particulier les personnes faiblement scolarisées, une collecte de données complémentaire auprès de personnes plus scolarisées (chez qui on pouvait anticiper de meilleures capacités de lecture), a aussi été réalisée. Une telle collecte a permis de déterminer dans quelle mesure les commentaires des personnes moins scolarisées étaient partagés par les personnes plus scolarisées. On voulait ainsi éviter d'associer à tort certains commentaires au fait d'être faiblement scolarisé et mieux comprendre l'utilisation du MVE dans les deux groupes.

En plus des entrevues, les commentaires écrits envoyés spontanément par les parents en réponse au questionnaire inclus dans le MVE 2008 et 2009, ont été systématiquement analysés. Seuls les commentaires portant sur les nouvelles sections (grossesse et accouchement) ont été retenus.

Finalement, la lisibilité des sections sur la grossesse et l'accouchement a été évaluée au moyen du logiciel informatique Sato-calibrage, au Centre d'analyse de textes par ordinateurs (ATO) de l'UQAM.

2.2 PREMIER VOLET : ENTREVUES

Le volet des entrevues était de loin le plus exigeant en termes de temps et d'énergie, requérant près d'un an pour le recrutement, la réalisation des entrevues, les transcriptions, l'analyse des données et la rédaction du rapport. Dans cette section, nous décrivons la population visée pour participer à cette évaluation, la collecte de données, et les considérations éthiques liées à une telle démarche.

2.2.1 Population visée et recrutement

Les critères d'inclusion pour cette évaluation étaient les suivants :

- Être une femme âgée de 18 ans ou plus.
- Ne pas avoir de diplôme d'études secondaires (DES) **ou** avoir obtenu un diplôme d'études collégiales (DEC) ou universitaires.
- Avoir reçu la version française 2008 ou 2009 du guide MVE pendant la grossesse. (Les personnes ayant reçu le guide sans toutefois l'avoir utilisé n'étaient pas exclues.)

- Être enceinte de plus de 30 semaines au moment de l'entrevue **ou** avoir un bébé de 0 à 9 mois⁶.

Bien que les sections sur la grossesse et l'accouchement s'adressent à l'ensemble des parents, nous avons choisi de cibler les femmes, et ce pour deux raisons principales : d'abord, vers la fin de la grossesse et dans les premiers mois de vie de leur bébé, elles sont généralement en congé de maternité et donc plus disponibles pour participer à une entrevue; et deuxièmement, elles sont plus directement concernées par l'information sur la grossesse et l'accouchement et risquent donc d'y avoir porté une attention particulière. Cependant, dans le cas de plusieurs entrevues individuelles, le conjoint était également présent, et certains ont participé activement à l'entrevue. Les participantes devaient avoir 18 ans ou plus, en raison d'exigences éthiques particulières à respecter pour interviewer des personnes mineures.

Tel qu'expliqué ci-haut, le critère de scolarité nous permettait de rencontrer des femmes de deux pôles de scolarité pour pouvoir comparer leurs réponses.

Le troisième critère permettait de rencontrer uniquement des personnes ayant reçu une version du MVE contenant les sections sur la grossesse et l'accouchement (2008 ou 2009), car autrement leurs propos n'auraient eu qu'un intérêt limité pour cette évaluation.

Le dernier critère nous assurait de rencontrer des femmes enceintes ayant eu suffisamment de temps pour prendre connaissance du guide ou, si elles avaient accouché, qui étaient encore assez proches de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement pour bien s'en souvenir. Les participantes avec des bébés de plus d'un an étaient moins susceptibles d'avoir reçu la version 2008 ou 2009 du MVE et de se souvenir de l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement, par rapport aux mères d'enfants moins âgés.

Pour tenir compte de la diversité des milieux de vie de la population utilisatrice du MVE et assurer une certaine exemplarité de l'échantillon à cet effet, les participantes ont été sélectionnées dans trois régions du Québec, en milieu rural et urbain. Les régions de Québec, Montréal et Beauce ont été choisies pour des raisons de faisabilité (déplacements des intervieweuses et budgets requis) et parce qu'elles présentaient une masse critique de personnes ayant les caractéristiques que nous cherchions (nombre de personnes dans les programmes visés par le recrutement).

L'ensemble des démarches de recrutement devait permettre d'interviewer entre 22 et 26 femmes par région : dix d'entre elles en entrevue individuelle et les autres en entrevue de groupe. La moitié des participantes devait présenter un niveau de scolarité faible (sans DES) et les autres un niveau plus élevé (DEC ou plus). Les évaluatrices pensaient atteindre la saturation des données avec le nombre de participantes retenu.

6. Ce critère a évolué au fil du processus parce que les femmes recrutées en 2010 pouvaient avoir reçu le MVE 2008 ou 2009 tout en ayant un bébé d'un an ou moins. En janvier 2010, nous avons donc demandé des femmes ayant eu un bébé dans la dernière année.

Le tableau suivant indique la répartition des participantes prévue :

Tableau 2 Répartition prévue des participantes selon la région, la scolarité et le type d'entrevue

Région	Entrevues individuelles	Entrevues de groupe	Total
CSSS de la Vieille-Capitale (Québec)	< DES : 5 DEC ou plus : 5	Groupe 1 (< DES) : 6-8 Groupe 2 (DEC ou plus) : 6-8	22-26 participantes
CSSS Lucille-Teasdale (Montréal)	< DES : 5 DEC ou plus : 5	Groupe 1 (< DES) : 6-8 Groupe 2 (DEC ou plus) : 6-8	22-26 participantes
CSSS de Beauce (Chaudière-Appalaches)	< DES : 5 DEC ou plus : 5	Groupe 1 (< DES) : 6-8 Groupe 2 (DEC ou plus) : 6-8	22-26 participantes
	30 entrevues individuelles	6 entrevues de groupe (36 à 48 participantes)	66-78 participantes

Mode de recrutement

Le recrutement a eu lieu dans les régions de la Capitale-Nationale, de Chaudière-Appalaches et de Montréal, par l'intermédiaire de collaboratrices œuvrant dans des centres de santé et de services sociaux (CSSS) ou dans des organismes communautaires.

L'équipe de périnatalité de chaque CSSS a été approchée afin d'identifier les intervenantes pouvant référer des participantes parmi la clientèle des divers programmes offerts (rencontres pré et postnatales, cliniques prénatales, Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE), programme *Œufs, lait, orange* (OLO) et autres).

Nous avons notamment fait appel aux intervenantes privilégiées œuvrant dans les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE). Les SIPPE sont offerts dans tous les CSSS, aux femmes enceintes ou mères de famille d'enfants de 0-5 ans qui présentent les critères suivants : être âgée de moins de 20 ans **ou** être âgée de 20 ans ou plus, ne pas avoir terminé ses études secondaires et vivre sous le seuil de faible revenu. Ces critères d'inclusion aux SIPPE recoupent ceux de la présente évaluation, ce qui était susceptible de faciliter le recrutement des femmes sans DES.

Dans la région de la Capitale-Nationale, les infirmières œuvrant dans les cliniques prénatales ont été sollicitées, puisque la majorité des femmes enceintes y est vue, vers 14 et 28 semaines de grossesse, pour des prélèvements sanguins, des conseils et la remise du guide MVE.

Dans cette même région, le CSSS de la Vieille-Capitale a participé au recrutement de femmes parmi la clientèle dans les CLSC suivants : Basse-Ville, Haute-Ville, Ancienne-Lorette, Ste-Foy-Sillery, des Rivières et Limoilou. Une première approche a été faite auprès des chefs d'équipe en périnatalité lors d'une de leurs réunions hebdomadaires. Le protocole

d'évaluation et l'échéancier y ont été expliqués et chacune des chefs d'équipe devait ensuite solliciter la collaboration de ses intervenantes pour identifier des femmes correspondant aux critères de l'évaluation afin de nous les référer. Un feuillet d'information (annexe 2) décrivant la démarche d'évaluation leur a été remis. Les intervenantes pouvaient ainsi le distribuer et l'expliquer lors de leurs activités régulières avec leur clientèle dans le cadre des programmes ci-haut mentionnés. Par la suite, elles nous communiquaient les noms et numéros de téléphone des personnes qui acceptaient que leurs coordonnées nous soient transmises (annexe 3) pour que nous puissions prendre rendez-vous avec elles. De plus, nous avons contacté plusieurs organismes communautaires dans les mêmes quartiers pour qu'ils nous aident à identifier des femmes correspondant aux critères de sélection. Ces organismes étaient approchés surtout pour compléter le recrutement des femmes sans diplôme de cinquième secondaire. Enfin, nous avons assisté à plusieurs rencontres post-natales au CLSC de Ste-Foy afin de solliciter la participation des mères inscrites.

Dans la région de Chaudière-Appalaches, le CLSC de Saint-Georges a été approché par téléphone, et la même démarche a été entamée auprès de l'équipe en périnatalité. Une infirmière nous a transmis, avec leur accord, le nom d'une trentaine de femmes susceptibles de vouloir participer à l'évaluation. Deux organismes communautaires ayant une clientèle faiblement scolarisée ont aussi participé au recrutement.

Dans la région de Montréal, le CSSS Lucille-Teasdale a participé au recrutement. Les deux chefs d'équipe en périnatalité des CLSC Rosemont et Hochelaga-Maisonneuve y ont collaboré en nous envoyant les coordonnées des femmes qui acceptaient qu'elles nous les transmettent. En complément, nous avons contacté plusieurs organismes communautaires dans les mêmes quartiers pour qu'ils nous aident à identifier des femmes correspondant aux critères de sélection. Afin d'expliquer notre projet d'évaluation directement aux usagères des services de CLSC et de groupes communautaires, et de solliciter leur participation, nous avons fait deux présentations : une dans un groupe de femmes enceintes inscrites au programme OLO, et une dans un organisme communautaire où il y avait un groupe de mères de jeunes bébés se rencontrant à toutes les semaines. Nous avons demandé aux femmes ayant un intérêt pour le projet d'évaluation d'inscrire leur nom, numéro de téléphone et niveau d'études sur une feuille pour que nous puissions les rejoindre pour une entrevue.

Dès que la personne responsable des entrevues avait le nom et numéro de téléphone d'une participante potentielle, elle l'appelait afin de vérifier si elle rencontrait les critères d'inclusion et si elle acceptait toujours de participer à une entrevue. Elle expliquait ensuite d'autres détails du projet et de l'entrevue, et prenait un rendez-vous selon la convenance de la participante.

Au total, de septembre 2009 à mai 2010, 69 femmes ont été rencontrées et 54 retenues pour l'évaluation. Le tableau suivant indique la répartition réelle des participantes :

Tableau 3 Répartition réelle des participantes selon la région, la scolarité et le type d'entrevue

Région	Entrevues individuelles	Entrevues de groupe	Total
CSSS de la Vieille-Capitale (Québec)	< DES : 4 DEC ou plus : 5 [DEP : 2]*	Groupe 1 (< DES) : 7 Groupe 2 (DEC ou plus) : 6	22 participantes
CSSS Lucille-Teasdale (Montréal)	< DES : 5 DEC ou plus : 6	[Groupe 1 (scolarité mixte) : 13]* Groupe 2 (DEC ou plus) : 5	16 participantes
CSSS de Beauce (Chaudière-Appalaches)	< DES : 4 DEC ou plus : 5	Groupe 1 (< DES) : 5 Groupe 2 (DEC ou plus) : 2	16 participantes
	29 entrevues individuelles	5 entrevues de groupe (25 participantes)	54 participantes

* Ces entrevues n'ont pas été retenues ni analysées dans le cadre du présent rapport puisque les participantes ne rencontraient pas les critères d'inclusion pour la scolarité, tel qu'expliqué ci-bas.

Pour les entrevues individuelles, le recrutement s'est déroulé comme prévu, à quelques exceptions près. Dans la région de Québec, deux participantes ont été référées comme n'ayant pas de DES. Cependant, lors de l'entrevue, il s'est avéré qu'elles avaient complété une formation professionnelle (DEP). Cette situation explique le fait qu'il n'y a que quatre entrevues individuelles de femmes sans DES dans la région, alors que cinq étaient prévues.

Dans la région de Montréal, une des entrevues individuelles auprès de femmes plus scolarisées devait se dérouler seule à seule avec l'intervieweuse. Cependant, la participante avait invité une amie à notre insu pour prendre part à l'entrevue. Comme cette amie rencontrait les critères d'inclusion, l'entrevue a été menée avec ces deux personnes, qui ont répondu à tour de rôle aux questions du schéma d'entrevue individuelle. Cette entrevue a été analysée comme s'il s'agissait de deux entrevues individuelles, ce qui explique que nous ayons eu six participantes avec un DEC ou plus au lieu de cinq.

Dans la Beauce, nous n'avons pas pu compléter le nombre prévu d'entrevues individuelles de femmes sans DES parce que le recrutement a démarré tardivement et s'est déroulé sur une longue période, dépassant ainsi les délais prévus.

Pour les entrevues de groupe, différents modes de recrutement ont été utilisés. À Québec, le groupe moins scolarisé était un groupe déjà formé, hébergé dans un organisme communautaire, et qui a accepté de faire cadrer notre entrevue dans une des activités de formation prévues par l'organisme (activité sur l'expression de soi, le respect des autres, les compétences parentales et autres). Cette entrevue a eu lieu dans le milieu de vie des participantes, soit l'organisme communautaire. Il s'agissait d'un groupe de femmes très défavorisées socialement (monoparentales pour la plupart, sans réseau social protecteur, avec un très faible revenu et peu scolarisées).

Le groupe plus scolarisé était composé de femmes recrutées par les CLSC ou par d'autres milieux. Elle a eu lieu aux bureaux de l'INSPQ à Québec.

À Montréal, le groupe qui devait rassembler des femmes moins scolarisées était aussi un groupe existant de femmes fréquentant un organisme communautaire. Tout comme à Québec, l'intervenante a accepté d'insérer notre entrevue dans le cadre des activités régulières de l'organisme, dans leurs locaux. Les intervieweuses n'avaient donc pas le contrôle sur les participantes et ces dernières avaient l'habitude d'arriver et de partir à leur guise, car il s'agissait d'une activité hebdomadaire à laquelle elles assistaient régulièrement. L'intervenante croyait que toutes les femmes du groupe avaient une scolarité faible (sans DES). Il s'est avéré que plusieurs d'entre elles possédaient un diplôme équivalent à un DEC ou plus d'après leurs réponses à la fiche sociodémographique (annexe 4). La scolarité des femmes de ce groupe était donc mixte : trois femmes n'avaient pas de DES, six avaient un DEC ou plus et quatre n'avaient pas indiqué clairement leur scolarité. Puisqu'elle ne rencontrait pas nos critères d'inclusion, cette entrevue n'a pas été analysée dans le cadre du présent rapport. Par ailleurs, les délais à respecter pour le recrutement n'ont pas permis de constituer un autre groupe de femmes sans DES dans la région de Montréal, en remplacement.

À Montréal, l'entrevue avec le groupe plus scolarisé a eu lieu au CLSC Rosemont, avec des femmes recrutées par le biais d'un organisme communautaire et d'un groupe OLO. À noter que le programme OLO peut être offert à des femmes scolarisées mais financièrement défavorisées. Plusieurs immigrantes nous ont été référées par le biais de ce programme.

En Beauce, le groupe de femmes moins scolarisées a été recruté par un organisme communautaire qui travaille auprès de jeunes mères (moins de 25 ans). L'entrevue a donc eu lieu à leur centre lors d'une activité régulière. Le groupe plus scolarisé était composé de femmes recrutées principalement par le CLSC de St-Georges et a eu lieu dans un local du CLSC. Cependant, seulement deux femmes se sont présentées lors de l'entrevue. L'intervieweuse a utilisé le schéma d'entrevue de groupe même si le groupe ne comportait que deux personnes. Nous avons dû analyser cette entrevue comme un groupe.

Défis et embûches du recrutement

Le mode de recrutement choisi comportait certains défis que nous notons ici pour en tirer des leçons dans le cas d'évaluations futures. D'abord, le fait de procéder par les CSSS nous plaçait dans une situation de dépendance face aux intervenantes qui devaient ajouter le recrutement de participantes pour notre évaluation à leurs nombreuses autres tâches. De plus, certains CLSC sont déjà très sollicités pour collaborer à des études de toutes sortes et vivent un sentiment de sur-sollicitation, porté à la fois par les intervenantes et par leurs clientes. Il est donc compréhensible que la collaboration ait été variable d'un CLSC à l'autre. Aussi, puisque l'information passait parfois par plusieurs paliers, des évaluatrices aux intervenantes, en passant par des responsables de divers niveaux, celles qui recrutaient directement n'avaient pas toujours une information juste sur ce que nous cherchions. Un certain nombre de personnes nous ont donc été référées sans toutefois être incluses dans l'étude, parce qu'elles ne correspondaient pas aux critères de recrutement.

En outre, à l'automne 2009, le contexte de la pandémie appréhendée du virus H1N1 a fait en sorte que de nombreux programmes des CSSS ont été suspendus (rencontres prénatales et postnatales, cliniques d'allaitement, ateliers de stimulation pour les bébés et autres). Dans certains CSSS, les infirmières ont été mises à contribution pour les campagnes de vaccination massive, ce qui a limité leurs activités auprès des femmes enceintes et récemment accouchées, et donc leur capacité à recruter des femmes pour notre évaluation. Nous avons accusé des retards dans le recrutement en raison de cette situation.

Ces circonstances nous ont incitées à mettre davantage d'énergie dans les démarches auprès d'organismes communautaires, entre autres dans l'espoir d'y retrouver un plus grand nombre de femmes peu scolarisées. Ces organismes se sont avérés une source précieuse de références, et ils ont participé avec beaucoup d'enthousiasme, les entrevues de groupe avec les femmes sans diplôme d'études secondaires ayant lieu sous leur toit.

Il n'en demeure pas moins que le recrutement de femmes moins scolarisées (**et** enceintes de 30 semaines ou plus ou ayant accouché dans la dernière année) s'est avéré plus difficile. À titre indicatif, les femmes sans DES contribuant aux naissances sont relativement peu nombreuses : en 2009, au Québec, des données provisoires indiquent 6 520 naissances de mères n'ayant pas réussi leur secondaire sur un total de 88 600 naissances (ISQ, 2010a), soit 7,4 % des naissances. Des échanges avec un chercheur ayant mené une étude auprès d'une population socioéconomiquement défavorisée (Charland et Roy, 2009) nous incitent à penser que certaines femmes moins scolarisées pourraient aussi être moins enclines à participer à des activités organisées, surtout lorsqu'il s'agit d'activités formelles initiées par les institutions de l'État. Pour cette raison, la collaboration d'organismes communautaires avec lesquels elles ont un lien de confiance a permis de recruter des personnes que nous n'aurions probablement pas rejointes autrement. Mentionnons que nous avons eu nettement plus de références pour des femmes détenant un diplôme d'études collégiales ou universitaires. Toujours à titre indicatif, en 2009, dans la province, des données provisoires montrent qu'elles constituaient effectivement le groupe ayant le plus contribué aux naissances : 52 968 sur un total de 88 600 (ISQ, 2010a), soit près de 60 % des naissances.

Parmi les femmes moins scolarisées, les femmes ayant des capacités de lecture vraiment faibles se sont avérées les plus difficiles à rejoindre. Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour expliquer ce phénomène. D'une part, certaines personnes ont reçu l'information sur l'évaluation uniquement à l'aide du feuillet d'information (annexe 2), mais n'ont pas bénéficié d'explications supplémentaires, tel que nous l'avions demandé. Dans ces cas, l'intervenante n'a ni appelé à leur place, ni transmis leurs coordonnées aux évaluatrices, laissant le soin aux femmes intéressées de procéder à ces démarches par elles-mêmes. Nous pensons que ceci a pu exclure certaines femmes, surtout celles qui, moins à l'aise avec la lecture, ne pouvaient lire et comprendre seules le feuillet d'information et les démarches à suivre pour participer à l'évaluation. En outre, certaines personnes avec de faibles niveaux de littératie en santé ont possiblement refusé de participer par gêne, par méfiance ou parce qu'elles avaient déjà été sollicitées pour d'autres études. Finalement, quelques intervenantes ont exclu certaines participantes, malgré nos explications, si elles disaient ne pas avoir lu le MVE. Il aurait été très intéressant de connaître les raisons de cette non-utilisation, possiblement liée à un faible niveau de littératie. Tout ceci souligne la

difficulté de rejoindre cette population, ainsi que l'importance de développer des stratégies et des efforts supplémentaires pour l'atteindre lors d'études ultérieures.

2.2.2 Collecte et analyse des données

Deux types d'entrevues complémentaires (individuelles et de groupe) ont été réalisés.

Entrevues individuelles

Les entrevues individuelles ont été menées par un seul membre de l'équipe, à l'exception de quatre entrevues à Montréal, conduites par une autre personne de l'équipe du MVE. Les deux sont anthropologues. Les entrevues individuelles avaient lieu au domicile de la participante. Il y avait parfois une autre personne présente : le bébé, le conjoint, ou un autre enfant. Elles duraient entre 45 minutes et deux heures. Avant de commencer l'entrevue, l'intervieweuse expliquait le contexte de l'évaluation, les objectifs poursuivis, les avantages et inconvénients, les mesures prises pour assurer la confidentialité, le droit d'arrêter l'entrevue en tout temps, et la compensation financière. Ensuite, elle faisait signer le formulaire de consentement (annexe 5) en deux copies, dont une conservée par la participante.

Un schéma d'entrevue semi-dirigé (annexe 6) basé sur les questions d'évaluation du tableau 1 (p. 6) a été utilisé pour les entrevues. Celles-ci ont été enregistrées en format numérique, avec le consentement des participantes, pour s'assurer de retenir l'ensemble des propos et les nuances d'expression.

Une question ouverte sur la perception de la compréhension générale des sections sur la grossesse et l'accouchement était posée lors des entrevues. Comme il arrive que des personnes ne réalisent pas leur incompréhension ou ne souhaitent pas la révéler, nous estimions important d'approfondir cette dimension. Pour ce faire, lors des entrevues individuelles, quatre mises en situation sur la consultation et la compréhension de certains passages jugés plus difficiles aux yeux de l'équipe de production du MVE ont été proposées (annexe 6). Si la participante ne trouvait pas l'information recherchée au bout de quelques minutes, l'intervieweuse lui indiquait où chercher et poursuivait avec les questions sur la compréhension. Si la compréhension semblait ardue, l'intervieweuse expliquait l'information qu'on cherchait à transmettre et posait des questions qui nous permettraient de faciliter la compréhension dans une version ultérieure. L'intervieweuse notait par écrit ses observations portant sur deux points : la manière de consulter le guide et la compréhension des extraits du MVE choisis.

Un questionnaire sociodémographique (annexe 4), présenté à la fin de l'entrevue, permettait de mieux connaître les caractéristiques des participantes. Parfois la participante le complétait seule, parfois l'intervieweuse le complétait avec elle en lui posant les questions. Ensuite, l'intervieweuse remettait la compensation financière de 30 \$ à la participante et lui faisait signer un reçu. Après l'entrevue, l'intervieweuse complétait un « rapport post-entrevue », afin de noter ses observations et impressions générales.

Entrevues de groupe

Les entrevues de groupe servaient de complément aux entrevues individuelles. Elles ont permis de rencontrer un nombre plus important de participantes et de recueillir des commentaires dans un contexte d'échange entre pairs. De façon générale, le fait d'être en groupe a stimulé les réflexions des participantes, chacune réagissant aux commentaires et points de vue de l'autre. De plus, entendre les propos amenés par les autres membres du groupe pouvait valoriser les expériences individuelles et ainsi permettre à une personne plus réservée de se révéler davantage.

Les entrevues de groupe étaient d'une durée de 90 à 120 minutes. Le schéma d'entrevue (annexe 7) abordait les mêmes thèmes que ceux explorés en entrevue individuelle, à l'exception de certaines questions sur l'expérience personnelle. Les mises en situation abordées dans les entrevues individuelles n'ont pas été utilisées dans les entretiens de groupe, puisque le contexte du groupe ne s'y prêtait pas. Par contre, plus de temps a été consacré à des discussions sur les thèmes centraux de l'entrevue.

Le déroulement des entrevues de groupe était similaire à celui des entrevues individuelles (formulaires de consentement, fiche sociodémographique, compensation financière et reçu).

Analyse des données

Les entrevues ont été enregistrées, puis transcrites sur support numérique en vue de l'analyse. Ensuite, à l'aide du logiciel N'Vivo 8, conçu pour le traitement des données qualitatives, elles ont été encodées selon une arborescence des principaux thèmes abordés (appelés « nœuds »). Les codes ont été mis en parallèle avec les thèmes de l'arborescence, en considérant aussi les thèmes non prévus initialement ayant émergé des entrevues. Les données des entrevues de groupe ont été traitées de la même façon que celles provenant des entrevues individuelles. Cette étape a permis d'organiser l'information dans le but de l'analyse.

Pour l'analyse, nous avons procédé en entonnoir : à partir des extraits d'entrevue bruts, nous avons fait des tableaux (ou « matrices ») pour chaque nœud du niveau hiérarchique le plus bas, en retenant les grandes tendances des propos à ce sujet, le numéro de l'entrevue, et l'extrait d'entrevue (ou « verbatim ») le plus pertinent.

À l'étape suivante, nous avons regroupé ensemble les nœuds de niveau hiérarchique inférieur sous un même thème plus général (par exemple : « consultation du MVE »). Ces tableaux-résumés contenaient différents thèmes reliés (par exemple : la table des matières, l'index, le lexique, etc.), le nombre de commentaires à ce sujet par scolarité, et quelques verbatim exemplaires pour un même thème. En outre, ils présentaient une conclusion et une recommandation lorsque pertinent. Ceci nous permettait de bien identifier la tendance et de savoir de qui provenaient les commentaires. Aussi, nous pouvions vérifier si le point de vue était partagé par d'autres personnes, et si oui, combien. Les nuances pouvaient donc se faire quant aux caractéristiques des participantes ayant émis un commentaire (origine, parité, âge, scolarité, etc.). Cette façon de procéder a permis de conserver toute la complexité et la subtilité du contenu des entrevues et d'éviter une sur-simplification des

propos, tout en permettant de bien saisir la portée en termes du nombre de commentaires allant dans le même sens.

Enfin, nous avons mis ces tableaux-résumés en rapport avec les questions d'évaluation issues du modèle logique. Ainsi, nous avons regroupé l'information de façon à répondre aux questions d'évaluation, tout en ajoutant toute information pertinente émergeant des entrevues, même si elle n'avait pas été prévue au départ.

2.2.3 Considérations éthiques

Cette évaluation portait sur des opinions et commentaires concernant un guide populaire et aucun préjudice au fait d'y participer n'était envisagé préalablement à sa réalisation.

Le projet a été présenté au comité d'éthique de la recherche du CHUQ (CHUL) et approuvé en mai 2009 (Projet C09-05-034).

Le projet a également été proposé aux Comités d'éthique de la recherche du CSSS de la Vieille-Capitale, du CSSS de Beauce, et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (affilié au CSSS Lucille-Teasdale). Dans les trois cas, les coordonnatrices des comités d'éthique ont confirmé par écrit que, puisqu'il s'agissait d'un projet d'évaluation (et non de recherche), il pouvait se dérouler dans les CSSS prévus sans avoir besoin d'une approbation éthique des comités concernés.

Un consentement éclairé a été obtenu auprès de chaque participante aux entretiens individuels ou de groupe, incluant un consentement à l'enregistrement (annexe 5).

Tout au long de l'évaluation, des procédures ont été mises en place pour assurer la confidentialité des données : anonymat maintenu, utilisation de codes à la place des noms, données conservées de façon sécuritaire, engagement à la confidentialité de toutes les personnes associées à la collecte et au traitement des données.

Une compensation financière de 30 \$ a été remise à chaque participante, suite aux entrevues, afin de défrayer les coûts éventuels associés à la participation à l'évaluation (stationnement, garde d'enfants ou autres).

2.2.4 Caractéristiques des participantes à l'évaluation

Les caractéristiques des participantes ont été tirées des fiches sociodémographiques (annexe 4) remplies par les femmes lors des entrevues. Elles sont présentées selon la scolarité (sans DES ou avec DEC ou plus) pour faciliter les comparaisons.

Caractéristiques sociodémographiques

Les tableaux suivants présentent les principales caractéristiques sociodémographiques des participantes.

Tableau 4 Nombre de participantes selon la scolarité et le type d'entrevue

Type d'entrevue	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
Entrevue individuelle	13	16
Entrevue de groupe	12	13
Total	25	29

Nous avons rejoint 25 femmes sans DES au total : 13 en entrevues individuelles et 12 en entrevue de groupe.

Nous avons aussi rejoint 29 femmes avec un DEC ou plus : 16 en entrevues individuelles et 13 en entrevue de groupe.

Tableau 5 Nombre de participantes selon le niveau de scolarité

Plus haut niveau d'études complété	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
Primaire	2	0
Secondaire sans DES	20	0
Secondaire avec DES	3	0
DEC	0	5
Universitaire	0	24
Total	25	29

Chez la majorité des participantes moins scolarisées (22 sur 25), le niveau d'études correspondait de façon stricte au critère d'inclusion « sans DES », puisqu'il variait du primaire au secondaire non complété. La majorité avait atteint le deuxième cycle du secondaire (troisième à cinquième secondaire). Deux de ces femmes avaient une équivalence de cinquième secondaire, sans toutefois avoir complété un DES. De même, deux participantes étaient en cours de formation, l'une en vue de compléter une cinquième secondaire et l'autre afin de poursuivre un DEP à l'éducation aux adultes.

Trois femmes vues en groupe à Québec avaient en fait complété un DES, sans toutefois avoir poursuivi leurs études plus loin. Comme elles faisaient partie d'une entrevue de groupe, nous ne pouvions pas exclure leurs commentaires de l'évaluation.

Chez toutes les participantes plus scolarisées, le niveau d'études correspondait de façon stricte au critère d'inclusion « DEC ou plus ». Cinq participantes détenaient un DEC sans avoir obtenu de diplôme supplémentaire. La grande majorité avait une scolarité de niveau universitaire (baccalauréat, maîtrise ou doctorat).

Tableau 6 Nombre de participantes selon l'âge et la scolarité

Groupe d'âge	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
18-20 ans	11	0
21-25 ans	9	5
26-30 ans	1	13
31-35 ans	3	6
36-40 ans	0	4
41 +	1	1
TOTAL	25	29

Toutes les participantes avaient 18 ans ou plus.

Dans l'ensemble, les participantes sans DES étaient plus jeunes que celles avec un DEC ou plus : la majorité (20/25) avait 25 ans ou moins. Parmi celles-ci, 11 étaient âgées de 18 à 20 ans au moment de l'entrevue.

La majorité (24/29) des femmes avec un DEC ou plus était âgée de plus de 25 ans. Parmi celles-ci, environ la moitié était âgée de 26 à 30 ans au moment de l'entrevue.

Tableau 7 Nombre de participantes selon la parité et le statut (enceinte ou accouchée)

Parité	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
1 ^{er} bébé	12	18
2 ^e bébé ou plus	13	11
Total	25	29
Femme enceinte ou ayant accouché au moment de l'entrevue	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
Femme enceinte lors de l'entrevue (bébé pas né)	6	8
Femme ayant déjà accouché au moment de l'entrevue (bébé déjà né)	19	21
Total	25	29

La moitié des participantes sans DES (12/25, presque toutes âgées de 18-20 ans), et près de deux-tiers des participantes avec un DEC ou plus (18/29) étaient primipares (enceintes ou ayant accouché d'un premier bébé) au moment de l'entrevue.

Nous avons pu constater lors des entrevues qu'en général, les primipares lisaient davantage sur la grossesse et l'accouchement, avaient un intérêt plus marqué pour l'information, et suivaient des cours prénatals. Les multipares consultaient moins le guide pour les sections prénatales, ce qui obligeait l'intervieweuse à ramener plus souvent leurs commentaires sur ces sections.

Au moment de l'entrevue, deux participantes avaient un peu moins de 30 semaines de grossesse : nous avons choisi de les inclure car elle avait consulté le guide et répondaient à tous les autres critères d'inclusion. Environ trois-quarts des femmes, peu importe leur scolarité, n'étaient plus enceintes et avaient déjà accouché, la plupart dans la dernière année. Lors des entrevues, ces mères étaient plus près du contenu post-natal du guide et devaient donc faire davantage appel à leur mémoire pour nous parler des sections sur la grossesse et l'accouchement. L'intervieweuse devait plus souvent les rappeler au contenu prénatal au cours des entrevues afin de susciter une information qui réfère à cette période. Par contre, elles avaient vécu le cycle complet de la grossesse et de l'accouchement, ce qui leur donnait une perspective plus globale sur ces chapitres.

Tableau 8 Nombre de participantes selon l'âge du bébé et la scolarité

Âge du bébé lors de l'entrevue	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
0-12 mois (incluant bébés pas nés)	20	29
Plus de 12 mois	5	0
Total	25	29

Au moment de l'entrevue, cinq femmes sans DES avaient un bébé de plus d'un an, ce qui ne rencontrait pas nos critères d'inclusion, strictement parlant. À une exception près, il s'agissait de participantes rencontrées dans une entrevue de groupe, que nous ne pouvions pas exclure de l'évaluation. La participante avec un bébé de plus d'un an rencontrée en entrevue individuelle avait cependant reçu (quoique tardivement) la version 2009 du guide et pouvait la commenter, ce qui nous a permis de l'inclure dans l'évaluation.

Toutes les participantes avec un DEC ou plus avaient un bébé de moins d'un an, ce qui rencontrait nos critères d'inclusion.

Tableau 9 Nombre de participantes selon le suivi de grossesse et la scolarité

Suivi de grossesse	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
Médecin de famille	11	7
Médecin obstétricien	11	14
Sage-femme	0	2
Suivi conjoint médecin de famille-obstétricien	2	5
Suivi conjoint médecin de famille et sage-femme	0	1
Non assigné	1	0
Total	25	29

En général, le suivi des participantes était assuré par un médecin (soit médecin de famille ou obstétricien), à l'exception de trois participantes, toutes plus scolarisées, qui ont été suivies par une sage-femme, en totalité ou en partie.

Tableau 10 Nombre de participantes selon le pays de naissance et la scolarité

Pays de naissance	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
Canada	23	17
Autre pays	2	12
Total	25	29

Parmi les femmes sans DES, toutes sont nées au Canada, à deux exceptions près.

La majorité des participantes plus scolarisées est née au Canada, cependant, plus du tiers (12 sur 29) est né à l'extérieur du pays. Des données provisoires montrent qu'au Québec, en 2009, environ 25 % des naissances étaient de parents (père, mère ou les deux) nés à l'étranger (ISQ, 2010b). Il paraît donc approprié que 14 femmes sur 54 (un peu plus de 25 % de notre échantillon) viennent d'un autre pays.

Tableau 11 Nombre de participantes selon la langue maternelle et la scolarité

Langue maternelle	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
Français	23	20
Autre	2	9
Total	25	29

Pratiquement toutes les femmes sans DES étaient de langue maternelle française. Près du tiers des participantes plus scolarisées était de langue maternelle autre que le français.

Peu importe leur niveau de scolarité, toutes les femmes avaient reçu une version française du MVE et étaient capables de parler et de lire adéquatement le français (sauf une personne rencontrée en entrevue de groupe, et qui n'a pas participé activement à la discussion).

Tableau 12 Nombre de participantes selon la situation conjugale et la scolarité

Situation conjugale	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
Vit avec conjoint et enfants	16	26
Vit avec enfants (sans conjoint)	9	3
Total	25	29

Près des deux-tiers (16/25) des participantes sans DES ont déclaré vivre avec conjoint et enfants.

Presque toutes les participantes avec un DEC ou plus ont déclaré vivre avec conjoint et enfants.

Tableau 13 Nombre de participantes selon le revenu du ménage et la scolarité

Revenu du ménage	Nombre de participantes sans DES	Nombre de participantes avec un DEC ou plus
Non assigné	1	3
< 10 000	6	1
10 000-14 999	4	2
15 000-29 999	4	3
30 000-39 999	8	2
40 000-59 999	2	4
60 000-79 999	0	4
80 000-99 999	0	2
> 100 000	0	8
TOTAL	25	29

Les deux-cinquièmes (10/25) des participantes sans DES vivaient dans un ménage ayant un revenu de 30 000 \$ à 60 000 \$. Près d'un cinquième (4/25) des participantes sans DES avait un revenu de 15 000 \$ à 30 000 \$. Toutes vivaient avec leur conjoint à une exception près.

Les deux-cinquièmes des participantes sans DES (10/25) avaient un revenu inférieur à 15 000 \$. Toutes vivaient sans conjoint, à deux exceptions près.

On voit donc que le revenu du ménage est fortement lié à la situation conjugale des participantes sans DES. Les plus pauvres vivaient seules avec leurs enfants, sans conjoint. Les plus aisées vivaient toutes avec un conjoint.

En général, les femmes plus scolarisées disposaient d'un revenu plus élevé que les participantes sans DES. Environ un tiers des participantes avec un DEC ou plus (10/29) avait un revenu de 80 000 \$ ou plus. Un autre tiers (10/29) rapportait un revenu de 30 000 \$ à 80 000 \$. Toutes vivaient avec leur conjoint.

Les six participantes avec un DEC ou plus ayant un revenu inférieur à 30 000 \$ étaient des immigrantes, vivant en majorité avec leur conjoint. De ce nombre, seulement trois avaient un revenu de 15 000 \$ ou moins, comparativement à dix dans notre échantillon de femmes sans DES. Dans notre échantillon, les participantes scolarisées les plus pauvres étaient immigrantes.

Habitudes et capacités de lecture

Parmi les renseignements recueillis dans la fiche sociodémographique (annexe 4), certains portaient sur les habitudes de lecture. Une question d'entrevue tentait également d'explorer cet aspect. Enfin, lors des entrevues individuelles, les mises en situation (annexe 6) permettaient à l'intervieweuse d'apprécier de façon subjective la capacité de lire et de comprendre certains passages du MVE. Tel que précisé à l'annexe 1, nous ne disposions pas d'un test convivial, en français, nous permettant d'évaluer le niveau de littératie en santé des participantes. Ceci explique pourquoi elles étaient plutôt séparées selon le niveau de scolarité (approximation imparfaite du niveau de littératie) pour l'analyse.

Participantes sans DES

Toutes ces participantes étaient peu scolarisées et n'avaient pas complété leurs études secondaires, sauf trois exceptions (femmes détentrices d'un DES). On pouvait donc penser que leurs habitudes et capacités de lecture seraient plutôt faibles, dans l'ensemble. Le tableau suivant présente les données recueillies se rapportant à la lecture chez ces femmes :

Tableau 14 Habitudes et capacités de lecture des participantes sans DES

	Fréquence de lecture auto-rapportée (questionnaire sociodémographique)	Types de lectures les plus fréquents (questionnaire sociodémographique)	Observations lors des mises en situation (entrevues individuelles, n = 13)
Nombre de participantes sans DES (n = 25)	Tous les jours : 7 Quelques fois par semaine : 12 Quelques fois par mois : 3 Rarement : 2 Ne lit pas : 1	Romans et nouvelles : 14 Livres de recettes : 8 Guides pratiques : 11 Histoires pour enfants : 14 Journaux : 10 Revue : 15 Sites Web sur l'ordinateur : 9 Jeux vidéo sur l'ordinateur : 5 Lectures se rapportant au travail ou aux études : 5 Autres lectures : 8 (MVE, Bible, histoires drôles, livres de faits vécus)	Lecture facile : 7 Lecture moyenne : 6 Lecture difficile : 0

Même si elles étaient peu scolarisées, un grand nombre (19/25) ont affirmé avoir des habitudes de lecture fréquentes et lire tous les jours (7/25) ou quelques fois par semaine (12/25). Rappelons qu'il s'agissait de femmes enceintes ou avec de jeunes enfants, donc passablement occupées. Trois femmes seulement ont rapporté lire rarement ou pas du tout.

Les types de lectures les plus fréquents étaient : les revues (15/25), les romans et nouvelles (14/25) et les histoires pour les enfants (14/25). Le fait que plus de la moitié des femmes a dit lire des romans ou nouvelles (lectures de longue haleine) laisse présager d'une capacité de lecture plutôt élevée, contrairement à ce qu'on pourrait imaginer.

Un tiers a rapporté consulter des sites Internet. Seulement 5 participantes sur 25 ont mentionné des lectures liées à leur travail ou à leurs études. Rappelons que deux participantes se trouvaient en cours de formation (voir caractéristiques des participantes, p. 18) au moment des entrevues : elles étaient donc plus susceptibles de lire régulièrement.

D'après les observations faites par l'intervieweuse lors des mises en situation, environ la moitié des femmes sans DES rencontrées en entrevue individuelle lisait sans difficulté apparente. L'autre moitié avait un niveau de lecture moyen (évaluation subjective de la

participante en train de lire). Nous ne pouvions apprécier la capacité de lecture des femmes rencontrées en groupe parce que les mises en situation ne se prêtaient pas à ce genre d'entrevue.

Nous ne pouvons pas nous prononcer sur le niveau de littératie en santé de ces femmes. Cependant, leurs réponses aux fiches sociodémographiques de même que nos observations donnent à penser que nous n'avons pas rejoint exclusivement des femmes faibles lectrices, même si elles étaient faiblement scolarisées. Tel que discuté à l'annexe 1, les personnes sans DES ne sont pas un groupe homogène en termes de littératie. Notre échantillon tend à le confirmer et illustre que la scolarité ne constitue pas une approximation parfaite du niveau de littératie en santé. Le jeune âge et le fait de lire à tous les jours constituent des facteurs associés avec un meilleur niveau de littératie, facteurs que nous retrouvons chez bon nombre de participantes sans DES dans cette évaluation.

Nous pouvons donc conclure que nous avons rejoint en partie seulement les femmes visées par l'évaluation pour le groupe sans DES. Un grand nombre semblaient avoir de bonnes habitudes et capacités de lecture, d'après nos observations. Nous constatons que le niveau de scolarité n'est pas une approximation parfaite pour le niveau de littératie. Ceci souligne l'importance de développer un outil valide, rapide et convivial d'évaluation de la littératie en santé, en français. Il faudrait aussi déterminer si un tel outil s'utiliserait facilement dans un contexte de rencontre avec une personne faible lectrice, autrement dit, si le fait d'administrer un tel test ne nuirait pas à la participation et à la confiance requises pour réaliser des entrevues en profondeur.

Participantes avec un DEC ou plus

En ce qui concerne les femmes ayant un DEC ou plus, toutes avaient une scolarité universitaire (baccalauréat, maîtrise, doctorat), à l'exception de cinq femmes détentrices d'un DEC. Il s'agit donc dans l'ensemble de femmes fortement scolarisées. On pouvait penser que leurs habitudes et capacités de lecture seraient supérieures à celles des femmes sans DES.

Tableau 15 Habitudes et capacités de lecture des participantes ayant un DEC ou plus

	Fréquence de lecture auto rapportée (fiche sociodémographique)	Types de lectures les plus fréquents (fiche sociodémographique)	Observations lors des mises en situation (entrevues individuelles n = 16)
Nombre de participantes avec un DEC ou plus (n = 29)	Tous les jours : 14 Quelques fois par semaine : 11 Quelques fois par mois : 3 Rarement : 0 Ne lit pas : 0 Non assigné : 1	Romans et nouvelles : 18 Livres de recettes : 4 Guides pratiques : 5 Histoires pour enfants : 8 Journaux : 11 Revue : 16 Sites Web sur l'ordinateur : 19 Jeux vidéo sur l'ordinateur : 11 Lectures se rapportant au travail ou aux études : 22 Autres lectures : 2 (MVE)	Lecture facile : 13 Lecture moyenne : 3 Lecture difficile : 0

La majorité (25/29) des femmes plus scolarisées rapporte lire tous les jours ou quelques fois par semaine. Mentionnons qu'il s'agit de femmes avec de jeunes enfants, donc très occupées à d'autres tâches. Dans l'ensemble, ces participantes plus scolarisées lisent plus fréquemment que les femmes moins scolarisées de notre échantillon.

Les trois-quarts rapportent lire des documents concernant leur travail ou leurs études, ce qui constitue une proportion beaucoup plus importante que chez les participantes sans DES. Les autres types de lectures les plus fréquents sont : les sites Internet sur ordinateur (19/29), les romans et nouvelles (18/29) et les revues (16/29). D'après les observations faites par l'intervieweuse lors des mises en situation, presque toutes les femmes rencontrées en entrevue individuelle lisaient facilement. Les exceptions concernaient une femme ayant un DEC et deux femmes d'origine étrangère parlant le français comme langue seconde.

Nous avons donc rejoint les femmes visées par l'évaluation pour l'échantillon de personnes plus scolarisées en ce sens qu'elles répondaient toutes de façon stricte au critère de scolarité. Cependant, encore une fois, la scolarité n'est pas une approximation parfaite du niveau de littératie, puisqu'au moins trois d'entre elles semblaient présenter, de par les observations de l'intervieweuse, certaines difficultés de lecture. Toutefois, dans l'ensemble,

les femmes avec un DEC ou plus semblaient avoir des habitudes et capacités de lecture supérieures aux participantes sans DES.

Respect des critères d'inclusion

Les critères d'inclusion ont été respectés, sauf quelques exceptions (qui concernent toutes des femmes sans DES).

Toutes les participantes recrutées avaient 18 ans ou plus.

Parmi les participantes classées « sans DES », trois avaient en fait obtenu leur diplôme d'études secondaires, mais nous ne pouvions les exclure parce qu'elles faisaient toutes trois partie d'une entrevue de groupe.

À une exception près, chacune avait reçu les versions 2008 ou 2009 du guide, toujours en français. Une seule des femmes interviewées n'avait pas reçu la version 2008 ou 2009 du MVE avec les sections sur la grossesse et l'accouchement, ce que nous avons découvert au moment de l'entrevue (elle croyait qu'un guide donné par le CLSC était le MVE). Nous avons néanmoins conduit l'entrevue en lui demandant de faire les mises en situation et de feuilleter le guide pour répondre aux questions.

Deux participantes avaient un peu moins de 30 semaines de grossesse au moment de l'entrevue, mais elles ont tout de même été incluses dans l'évaluation, puisqu'elles avaient suffisamment consulté le guide pour pouvoir en parler. Seules cinq femmes, toutes sans DES, avaient un bébé de plus d'un an au moment de l'entrevue. Ceci a pu légèrement jouer sur leur capacité à se souvenir des sections sur la grossesse et l'accouchement du MVE.

Résumé : caractéristiques des participantes

En résumé, les participantes rencontrées présentaient les caractéristiques suivantes, au moment de l'entrevue :

Tableau 16 Résumé : caractéristiques des participantes selon la scolarité

Caractéristiques	Femmes sans DES (n = 25)	Femmes avec un DEC ou plus (n = 29)
Scolarité	Elles étaient effectivement <i>peu scolarisées</i> , n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires (sauf trois femmes avec un DES que nous ne pouvions pas exclure d'une entrevue de groupe).	Elles étaient <i>très scolarisées</i> , la majorité ayant complété des études universitaires.
Âge	Elles étaient en général <i>plus jeunes</i> que les femmes avec un DEC ou plus. La majorité avait 25 ans ou moins au moment de l'entrevue.	Elles étaient en général <i>plus âgées</i> que les femmes sans DES. La grande majorité avait plus de 25 ans au moment de l'entrevue.
Parité	La moitié était <i>primipare</i> . En général, les primipares lisaient davantage sur la grossesse et l'accouchement, avaient un intérêt plus marqué pour l'information, et suivaient des cours prénatals. Les multipares consultaient moins le guide pour les sections prénatales, ce qui obligeait l'intervieweuse à ramener plus souvent la discussion à ces sections.	Près de deux-tiers étaient <i>primipares</i> .
Enceinte ou accouchée, au moment de l'entrevue	Environ trois-quarts des participantes, dans les deux groupes, <i>avaient déjà accouché</i> , au moment de l'entrevue. Lors des entrevues, elles étaient plus près du contenu post-natal du guide et devaient donc faire davantage appel à leur mémoire pour nous parler des sections sur la grossesse et l'accouchement. L'intervieweuse devait plus souvent ramener ces femmes au contenu prénatal au cours des entrevues afin de susciter une information qui réfère à cette période. Par contre, elles avaient vécu le cycle complet de la grossesse et de l'accouchement, ce qui leur donnait une perspective plus globale sur ces chapitres.	
Âge du bébé	La majorité avait <i>un enfant de moins d'un an</i> (sauf cinq exceptions).	<i>Toutes avaient un bébé de moins d'un an</i> , ce qui rencontrait de façon stricte nos critères d'inclusion.
Suivi	Toutes avaient été <i>suivies par un médecin</i> (de famille ou obstétricien) pour la grossesse et l'accouchement.	En grande majorité, elles avaient été <i>suivies par un médecin</i> (de famille ou obstétricien) pour la grossesse et l'accouchement. Trois femmes avaient été suivies par une sage-femme.
Pays de naissance	La grande majorité est née au Canada (sauf deux). Les statistiques populationnelles nous montrent qu'au Québec, en 2009, environ 25 % des naissances (données provisoires) étaient de parents (père, mère ou les deux) nés à l'étranger. Il nous apparaît donc approprié que 14 femmes sur 54 (un peu plus de 25 %) des participantes viennent d'un autre pays.	La majorité est née au Canada mais plus d'un tiers (n = 12) est né à l'extérieur du pays.
Langue maternelle	Presque toutes (sauf deux exceptions) étaient de langue maternelle française et toutes pouvaient parler et lire le français (sauf une exception). Ceci est important puisque nous évaluons la version française du MVE.	Près du tiers (n = 9) était de langue maternelle autre que le français. Toutes pouvaient parler et lire le français.
Situation conjugale	La majorité (n = 16) <i>vivait avec un conjoint</i> .	La <i>très grande majorité</i> (n = 26) <i>vivait avec leur conjoint</i> .

Tableau 16 Résumé : caractéristiques des participantes selon la scolarité (suite)

Caractéristiques	Femmes sans DES (n = 25)	Femmes avec un DEC ou plus (n = 29)
Revenu du ménage	Elles avaient un <i>revenu généralement inférieur</i> à celui des femmes plus scolarisées (dix avaient un revenu inférieur à 15 000 \$ par an). Les plus pauvres vivaient sans conjoint. Les plus aisées vivaient toutes avec un conjoint.	En général, elles avaient un <i>revenu plus élevé que les participantes sans DES</i> . Trois femmes ont déclaré un revenu de 15 000 \$ ou moins. Chez les participantes scolarisées, les plus pauvres sont des immigrantes.
Habitudes et capacités de lecture	Même si elles étaient peu scolarisées, un grand nombre (19/25) ont rapporté avoir des habitudes de lecture fréquentes et lisaient tous les jours (7/25) ou quelques fois par semaine (12/25). Trois femmes ont rapporté lire rarement ou pas du tout. La moitié (n = 7) des 13 femmes vues en entrevue individuelle semblait avoir de bonnes capacités de lecture, d'après l'appréciation subjective de l'intervieweuse. Nous constatons que plusieurs des femmes sans DES semblaient avoir de bonnes habitudes et capacités de lecture. Ceci tend à confirmer que le niveau de scolarité n'est pas une approximation parfaite du niveau de littératie.	Dans l'ensemble, nous avons rejoint des femmes très scolarisées, avec des habitudes de lecture fréquentes : la grande majorité (24/29) lisait tous les jours ou quelques fois par semaine. Aucune n'a rapporté lire rarement ou pas du tout. En entrevue individuelle (n = 16), presque toutes (sauf trois exceptions) pouvaient lire et comprendre facilement les mises en situation, tel qu'observé par l'intervieweuse. Dans l'ensemble, ces participantes semblaient présenter des habitudes et capacités de lecture supérieures à celles des femmes moins scolarisées, même si trois d'entre elles lisaient un peu moins aisément, d'après l'intervieweuse.

2.3 DEUXIÈME VOLET : COMMENTAIRES SPONTANÉS DES PARENTS

Depuis de nombreuses années, un questionnaire anonyme (annexe 8) inséré dans le guide permet aux parents de communiquer leurs commentaires à l'équipe de production du MVE. En 2009, une question portant spécifiquement sur les sections « grossesse et accouchement » a été ajoutée à ce questionnaire. Les commentaires reçus portant sur ces sections (éditions 2008 et 2009) ont été systématiquement analysés dans la cadre de la présente étude et mis en parallèle avec les résultats des deux autres volets d'évaluation.

2.4 TROISIÈME VOLET : ÉVALUATION DE LA LISIBILITÉ

La lisibilité réfère au niveau de difficulté d'un texte suivi, en se basant sur la longueur des mots et des phrases et sur leur complexité (Rudd *et al.*, 2000). Dans certains articles, le niveau recommandé varie entre la 5^e et la 9^e année de scolarité (Rudd *et al.*, 2000; Freda *et al.*, 1999). La lisibilité peut être mesurée grâce à des outils informatiques. Cependant, les indices de lisibilité seuls sont d'une utilité limitée : par exemple, ils ne peuvent indiquer si le lecteur comprend réellement le texte évalué ou s'il est d'accord avec le contenu proposé. Toutefois, mis en parallèle avec les commentaires provenant des lecteurs ou lectrices d'un

texte donné, les indices de lisibilité peuvent apporter un éclairage pertinent sur la difficulté de lecture du texte.

La lisibilité des pages 11 à 151, correspondant aux sections « grossesse et accouchement » du guide MVE (édition 2009), a été évaluée grâce au logiciel Sato-calibrage, au Centre d'analyse de textes par ordinateurs (Centre ATO) de l'Université du Québec à Montréal. Le logiciel Sato-calibrage produit un indice permettant d'évaluer la difficulté de lecture d'un texte. Cet indice a été développé d'après l'analyse statistique d'un ensemble de textes fournis en lecture aux élèves du primaire et du secondaire, au Québec, au début des années 1990. L'indice SATO présente donc l'avantage d'être bien adapté au français tel qu'utilisé dans la province, ce qui n'est pas le cas de tous les indices de lisibilité, souvent conçus en anglais.

L'indice Sato-calibrage indique à quel niveau d'études correspond approximativement le texte soumis au logiciel, donnant ainsi, de façon indirecte, une idée de son niveau de difficulté. La valeur de l'indice varie de 1 à 11 (première année du primaire à cinquième secondaire). L'indice se compose de plusieurs variables, classées par ordre d'importance dans leur contribution à la mesure, les trois premières étant le pourcentage de points dans le texte, le pourcentage de mots inconnus, et le pourcentage de formes fonctionnelles difficiles (*alors que, particulièrement, en effet, etc.*). La mesure repère également les phrases contenant plus de 30 mots, ce qui peut être utile pour permettre d'améliorer le texte de façon plus précise (Daoust, 2009).

À noter que les éléments de présentation visuelle (mise en page, couleurs, photos et illustrations, etc.), qui peuvent faciliter la compréhension d'un texte, ne sont pas pris en compte par le logiciel Sato-calibrage.

3 RÉSULTATS

Dans cette section, nous présentons les résultats de cette évaluation selon les trois volets : entrevues, commentaires spontanés des parents et évaluation de la lisibilité par Sato-calibrage. Les résultats des entrevues constituent la partie centrale de l'évaluation et sont donc présentés en premier, suivis par les données recueillies dans les deux autres volets, qui viennent compléter ou appuyer les résultats des entrevues.

Lorsque jugé pertinent, pour certains thèmes, une suggestion est incluse. Ces suggestions sont présentées au fil du texte, afin de mettre en évidence de façon immédiate le lien avec les résultats. Toutes les suggestions sont regroupées à la fin du rapport et seront à évaluer en fonction du contenu actuel du guide et des priorités et ressources de l'équipe de production du MVE.

3.1 PREMIER VOLET : ENTREVUES

Pour plus de clarté, les résultats sont présentés suivant les questions d'évaluation issues du modèle logique (p. 6). Ainsi, nous abordons dans cette section la consultation des sections prénatales du MVE, la compréhension de ces sections par les participantes, la capacité du guide à répondre à leurs questions, et les impacts du guide sur la prise de décision et la confiance.

Pour les différents thèmes abordés, nous incluons parfois un ou plusieurs extraits d'entrevues, choisis à titre d'exemple pour illustrer le propos.

3.1.1 Consultation du guide MVE

Au fil de cette section, nous abordons les sources d'informations consultées par les participantes, la manière de consulter le guide et l'appréciation de la facilité de consultation.

Sources d'informations consultées par les participantes

Dans les schémas d'entrevue individuelle ou de groupe (annexes 6 et 7), plusieurs questions portaient sur les sources d'informations utilisées par les femmes pour répondre à leurs interrogations sur la grossesse et l'accouchement. Nous avons ainsi essayé de mieux connaître l'ensemble des sources d'informations prénatales consultées, qu'il s'agisse de personnes (professionnel(le)s de la santé, entourage, cours prénataux, Info-santé), de sources écrites (livres ou guides, sites ou forums Internet) ou d'autres sources de renseignements (émissions télévisées, par exemple). Nous avons aussi tenté de situer l'utilisation du guide MVE parmi toutes les autres sources d'informations possibles.

Nous voulions répondre à la question suivante, issue du modèle logique : les femmes enceintes consultent-elles les sections sur la grossesse et l'accouchement? Si oui : pourquoi? Si non : pourquoi?

Personnes

La majorité des participantes, peu importe la scolarité, préfèrent se référer à une personne (membre de la famille, amie ayant des enfants, professionnel(le) de la santé, accompagnantes, Info-santé) plutôt qu'à une source écrite, lorsqu'elles se posent des questions sur la grossesse ou l'accouchement. Elles trouvent l'information plus rassurante, plus compréhensible ou plus pertinente à leur problème spécifique.

Entrevue 16 (sans DES)

« Bien c'est sûr que je préfère me le faire expliquer, comme ça t'as pas besoin de le chercher ou de le lire puis faire comme : bien je comprends pas et de le relire, relire puis tu comprends pas plus là. C'est mieux quand quelqu'un nous le dit, je trouve. »

Entrevue 21 (DEC ou plus)

« Bien par mon médecin c'est mieux parce que c'est vraiment des informations qui me touchent moi. Tandis que dans des livres c'est tout le temps... c'est général. »

Sources écrites

Cependant, tant chez les femmes sans DES que plus scolarisées, bon nombre apprécient également les sources écrites (Internet, livres, MVE) soit parce qu'elles sont « plus visuelles » soit parce qu'elles ont accès plus rapidement à l'information de cette manière, quitte à la préciser avec une personne compétente, au besoin.

Entrevue 35 (sans DES)

« J'aime bien l'avoir écrit. Comme je te dis, moi je suis visuelle beaucoup, fait que quelque chose que je lis puis que je vois en images, elle va rester beaucoup plus dans la tête que quelqu'un qui va juste me parler là. Fait que moi je trouve ça bien de l'avoir écrit là. »

Entrevue 24 (DEC ou plus)

« Moi j'aimais bien le lire et des fois quand on avait des précisions parce que des fois on le lit, mais on n'est pas sûre-sûre, bien là elle aux cours prénataux elle venait en ajouter pour répondre à nos questions, dans ses mots à elle et avec son vécu qu'elle avait eu l'infirmière. »

Toutes les participantes, peu importe leur niveau de scolarité, se sont référées à des sources d'informations écrites à un moment ou l'autre de leur grossesse. Parmi les écrits consultés les participantes mentionnent le MVE, d'autres livres sur la grossesse et l'accouchement, les forums ou sites sur Internet et, dans une moindre mesure, la documentation donnée lors des cours prénataux.

Le guide MVE

La majorité des femmes interviewées a reçu le MVE (version 2008 ou 2009) au cours de la première moitié de la grossesse, souvent lors de la première visite de suivi de grossesse. Quelques femmes, cependant, l'ont reçu au cours de la deuxième moitié de leur grossesse, parfois même juste avant d'accoucher. De plus, une des femmes interviewées l'a reçu après l'accouchement et une autre ne l'a pas eu du tout (nous l'avons découvert en arrivant à son domicile car elle avait confondu le MVE avec un petit guide fourni par son CLSC). En raison notamment de problèmes reliés à la distribution du guide, certaines femmes n'ont donc pas pu le consulter en profondeur avant d'accoucher et ont moins utilisé les sections sur la grossesse et l'accouchement.

Bon nombre de femmes, qu'elles soient plus ou moins scolarisées, ont mentionné le MVE comme livre de référence très important, parmi leurs autres sources d'informations écrites. Elles rapportent que le MVE leur « a été d'un grand secours », qu'il s'agissait de « la bible » ou encore qu'elles l'ont beaucoup lu.

Entrevue 2 (DEC ou plus)

« Si j'ai des questions, par exemple, je suis vraiment..., j'allais voir dans le *Mieux vivre*. [...] C'est la bible là, comme ils appellent. »

Entrevue 16 (sans DES)

« Le *Mieux vivre*, ç'a été le premier livre que j'ai eu, donc le premier que j'ai lu. Puis puisque j'étais tout le temps à la maison puis que j'étais seule, bien je lisais beaucoup. Bien ça m'intéressait beaucoup me mettre au courant de qu'est-ce qui se passait. Fait que je le lisais beaucoup. »

De plus, certaines femmes sans DES ne rapportent aucune autre source d'information écrite, mis à part le MVE, ce qui n'est pas le cas chez les femmes plus scolarisées.

Pour ces femmes moins scolarisées, on peut penser que le MVE est la seule source d'information écrite parce qu'elles n'ont pas tendance à acheter d'autres livres ou à consulter Internet. Ceci peut s'expliquer soit par un manque de ressources financières ou une faible propension à lire. Ceci souligne toute l'importance et la pertinence de fournir gratuitement un livre de la qualité du MVE aux femmes enceintes, particulièrement les moins scolarisées.

Livres sur la grossesse et l'accouchement

Un bon nombre de femmes, surtout les plus scolarisées, ont mentionné avoir consulté à des degrés divers d'autres livres sur la grossesse et l'accouchement, en plus du MVE, souvent pour compléter l'information.

Entrevue 27 (groupe, sans DES)

« Moi j'ai acheté plein de livres de 0 à 5 ans. J'ai même acheté un livre pour la naissance de 0 à l'accouchement. Ils montrent tous les degrés. J'ai acheté beaucoup de livres... à l'hôpital aussi ils m'ont donné beaucoup de livres, beaucoup d'information. C'est comme ça que j'ai eu mes informations. »

Entrevue 24 (DEC ou plus)

« C'est comme tous des compléments dans le fond. Des fois ce qu'on trouve pas dans un, on le trouve dans l'autre. »

Sites et forums sur Internet

Beaucoup de participantes, surtout les plus scolarisées, disent avoir consulté des sites ou forums sur Internet pour répondre à leurs besoins d'informations sur la grossesse et l'accouchement. Rappelons que, dans les fiches sociodémographiques, plus d'un tiers des femmes sans DES a rapporté consulter des sites Internet, de même que deux-tiers des femmes plus scolarisées (pas nécessairement sur la grossesse ou l'accouchement, cependant).

Entrevue 35 (sans DES)

« R35 : Je suis tout le temps sur l'ordi, par exemple. [...] Puis l'ordinateur a une très grande place dans ma vie; je veux de quoi, je veux savoir quelque chose, je m'en vais chercher sur l'ordi. Ça va vite. T'as tout à la portée de la main là-dessus.

Q35 : Fait que, mettons, pour les questions par rapport à l'accouchement ou la grossesse, est-ce que vous avez regardé, des fois là, un petit peu...

R35 : Oui, j'ai regardé, des fois, à l'ordinateur. »

En particulier, les forums de femmes enceintes ou de mamans ont souvent été consultés par les participantes ayant accès à l'ordinateur. Plusieurs ont cependant mentionné qu'elles se méfiaient davantage des réponses obtenues sur ces forums.

Entrevue 16 (sans DES)

« Après, j'ai eu un ordinateur portable, donc là j'ai commencé à aller sur Internet, mais c'était plus comme des forums. C'était plus des opinions de mères que vraiment la vraie information genre par professionnels. »

Entrevue 21(DEC ou plus)

« J'aime pas les forums parce que des fois les réponses peuvent être déformées, les émotions de la mère. Des fois ça représente peut être pas la réalité à cent pour cent. Mais sur des sites de confiance, ça je peux aller voir. Il y a un site que j'aime bien qui présente la grossesse semaine après semaine, où le bébé est rendu. Je sais que c'est approximatif, ça s'applique pas à toutes les grossesses, mais ça donne une bonne idée. »

À une exception près, aucune des participantes, tant chez les femmes moins scolarisées que plus scolarisées, ne connaissait l'existence de la version Internet du MVE.

Autres sources d'informations

Quelques participantes ont aussi rapporté écouter des émissions télévisées sur la grossesse, l'accouchement et l'éducation des enfants, afin de s'informer. Plus rarement, il s'agissait de cassettes vidéo et DVD (lors des cours prénataux).

Manière de consulter le guide MVE

Dans cette section nous aborderons deux questions principales du devis d'évaluation : comment les femmes interviewées consultent-elles les sections « grossesse et accouchement » du MVE? Ont-elles discuté de ces sections avec des clinicien(ne)s?

Trois stratégies principales

La manière dont les participantes consultent les sections sur la grossesse et l'accouchement varie d'une femme à l'autre et selon le niveau de scolarité. On peut ajouter aussi que la façon de consulter le guide dépend en partie de la parité, car les primipares ont plus le temps de lire et recherchent davantage l'information pour se préparer à un premier bébé. Les femmes qui ont un deuxième bébé ou plus ont moins le temps de lire et ressentent moins le besoin de se documenter étant donné qu'elles ont déjà fait l'expérience de la maternité. Ces multipares consultent plus souvent des thèmes précis.

On peut identifier trois façons différentes de consulter le guide, mais qui se recoupent, car souvent les femmes ont des stratégies multiples selon leurs besoins et leurs capacités :

- 1) une lecture en continu du début vers la fin;
- 2) une consultation par thème selon le besoin du moment;
- 3) une consultation en feuilletant le guide sans chercher un thème particulier et sans nécessairement tout lire.

En général, un plus grand nombre de femmes plus scolarisées lisent en continu et un plus grand nombre de femmes moins scolarisées feuilletent le guide. Toutes cherchent parfois par thème, soit à l'aide de l'index, soit via la table des matières, soit en feuilletant ou en s'orientant avec les bandes de couleur, comme on le verra ci-dessous.

Nous avons pu constater lors des entrevues que certaines femmes (peu scolarisées en général) utilisent le mot « lire » même quand elles regardent le livre sans lire les phrases écrites. Lorsque les femmes disent « lire » le guide, ou « lire » certaines sections, il est donc possible qu'elles ne veulent pas dire littéralement qu'elles lisent chaque mot, mais plutôt qu'elles « regardent ».

Participantes sans DES

Parmi les femmes moins scolarisées, un grand nombre feuilletent le livre, d'abord pour avoir une idée générale de ce qu'il contient et pour s'y orienter plus tard.

Entrevue 4 (sans DES)

« Au début là, quand je l'ai reçu, je l'ai feuilleté d'un bout à l'autre. Fait que, tu sais, comme pour voir qu'est-ce qui s'englobait puis après ça, bien, je savais à peu près où aller chercher mes affaires là. Tu sais, je l'ai étudié un peu puis après ça là j'allais chercher mon domaine quand j'en ai besoin. »

Ensuite, certaines femmes moins scolarisées feuilletent en regardant les photos, les images et les grands titres, et, si elles se sentent interpellées, elles s'arrêtent pour lire un passage. Dans une entrevue de groupe, une femme parle de cette façon de consulter :

Entrevue 7 (sans DES)

« Moi c'est pas mal tourner les pages puis quand que je vois des images, bien je m'arrête. Moi c'est pas mal les images qui attirent mon attention. [...] Puis là, bien quand je vois des images, bien je m'arrête. »

D'autres encore choisissent un thème précis selon leur besoin (en se repérant soit par la table des matières, l'index ou encore les bandes de couleur). Cette femme explique comment elle utilise le guide :

Entrevue 33 (sans DES)

« Bien moi je le lisais pas de fond en comble, mais, admettons, quand que je trouvais une partie qui m'intéressait ou quoi que ce soit, bien je lisais la partie qui m'intéressait, mais pour chercher, j'y allais souvent par les couleurs ou par l'Index. [...] Fait que j'y allais là-dedans puis je regardais les pages, j'allais aux pages puis je lisais ce que j'avais besoin. C'est comme ça que je fonctionnais. »

Enfin, une minorité des femmes sans DES lit le livre du début à la fin, tel qu'en témoignent ces deux femmes :

Entrevue 8 (sans DES)

« Non, moi je lis tout. Oui. Je lis chaque mot qui est dedans là, je regarde, je regarde, je regarde jusqu'à la fin. »

Entrevue 16 (sans DES)

« J'ai vraiment commencé la première page, j'ai commencé à le lire. J'étais contente de voir des photos dans la fécondation, 14 semaines. Là j'étais là... Je me gardais la surprise, souvent, genre pour..., avant de lire le prochain paragraphe, je le lisais seulement à 15 semaines, parce que j'étais là "ah oui, là elle fait ça, elle peut sentir, elle peut goûter". Fait que je me gardais la surprise. »

Participant·es avec un DEC ou plus

La majorité des femmes plus scolarisées lit les sections sur la grossesse et l'accouchement à partir du début, en progressant de façon continue, telle cette femme qui vit une première grossesse :

Entrevue 25 (DEC ou plus)

« Tout ordonné. A.B.C. Oui, j'ai commencé du début... J'ai pas sauté de pages. J'ai tout le temps lu. J'ai pas fait de recherches non plus, dans le sens que je voulais savoir tel point. Je lisais où j'étais rendue dans le livre selon ma grossesse... Là je me disais que si je vais trop loin, je m'en rappellerai plus! »

Très souvent, elles attendent d'être arrivées près d'une étape-clé (l'accouchement par exemple) pour lire sur le sujet, et elles s'y préparent un peu à l'avance.

Entrevue 2 (DEC ou plus)

« Au début, j'ai lu tous les stades, même si j'étais juste au premier trimestre, j'ai lu tout le développement du bébé, du fœtus à être enceinte au quotidien. [...] Je vous dirais que j'ai lu jusqu'à début de l'accouchement. Puis quand j'étais plus avancée j'étais plus inquiète à savoir : "Bon, comment ça va se passer réellement l'accouchement?"; là je suis allée plus lire vraiment les phases du travail, des stades puis tout ça. [...] Au départ j'ai fait vraiment le suivi d'une page à l'autre, mais maintenant je m'y réfère souvent un peu aléatoirement. »

D'autres lisent un thème selon le besoin du moment, souvent en se référant à l'index pour repérer la bonne section :

Entrevue 15 (DEC ou plus)

« Selon mon problème, selon ma question. Je cherche ce qui concerne la question. »

Quelques femmes scolarisées feuilletent simplement le guide, parfois en combinaison avec les autres façons de le consulter.

On peut donc conclure que, en général, les femmes plus scolarisées ont davantage tendance à lire les sections au complet. En revanche, les femmes moins scolarisées ont davantage tendance à feuilleter le guide sans lire en profondeur ou en lisant seulement certaines sections. Les deux groupes consultent le MVE pour de l'information précise en repérant la section pertinente.

Table des matières et index

Toutes les femmes sans DES mentionnent que la table des matières est facile à utiliser. Elles semblent familières avec cet outil et elles s'en servent.

Entrevue 24 (sans DES)

« Après la grossesse vraiment la table des matières je m'y référais souvent pour que ça l'aille plus vite quand je fouille et c'est vraiment efficace. »

Seule une partie des femmes avec un DEC ou plus mentionne utiliser la table des matières, et deux ne l'ont pas remarquée. Dans le cas des femmes plus scolarisées, l'index est utilisé davantage que la table des matières. En fait, elles se réfèrent à la table des matières pour des thèmes généraux, et elles se servent de l'index pour aller directement à un thème précis lorsqu'elles ont une question ou veulent consulter rapidement.

Entrevue 29 (sans DES)

« Ça m'arrive, des fois, plus par la table des matières au début, puis s'il y a vraiment des termes qui me viennent en tête puis que je trouve pas, dans le fond, la rubrique, bien je vais voir à la fin. Tu sais, au lieu de tout lire les rubriques, je vois à quelle page. »

Entrevue 14 (DEC ou plus)

« Quand je l'ai reçu, j'ai commencé à le lire sans l'index là, juste du début là en suivant, mais, après ça, en ayant les petits..., là c'est vraiment des questions précises. Parce qu'au début c'était de la curiosité, dans le fond, de tout lire, mais, après ça, quand tu cherches une question précise, oui, c'est vraiment dans l'Index. »

Lexique

Nous avons demandé aux interviewées si elles avaient remarqué le lexique en bas de page et si elles l'appréciaient. Parmi celles qui l'avaient remarqué, une majorité des femmes plus scolarisées et un grand nombre des moins scolarisées trouvent le lexique très aidant et pertinent.

Entrevue 1 (DEC ou plus)

« Le fait, aussi, d'avoir des petites définitions dans le bas des pages, ça c'est merveilleux. Comme "Amniocentèse : intervention qui consiste à prélever du liquide amniotique pour l'analyser", ah!, tu te dis : c'est quoi amniocentèse? Tu peux aller le lire directement. Tu sais, s'il y a un mot compliqué dans le texte, y est toujours écrit en caractères gras puis tu peux te référer dans le bas de la page; je trouve ça merveilleux. »

Par contre, de nombreuses femmes n'ont pas remarqué le lexique. Il y aurait donc peut-être lieu d'examiner de quelle façon il pourrait être davantage mis en évidence.

Une femme récemment immigrée au Québec note que le lexique est d'autant plus important que, d'une part, il y a beaucoup de femmes immigrantes qui ne connaissent pas bien le français et, d'autre part, il y a beaucoup de femmes qui n'ont pas fait des études en sciences et qui ne connaissent donc pas les termes plus scientifiques ou médicaux. Aussi lors d'une entrevue de groupe avec une majorité de femmes immigrantes (plus scolarisées) on a noté que les noms de fruits, de légumes et de poissons ne sont pas toujours les mêmes dans d'autres pays, et qu'il serait pertinent de fournir des synonymes lorsqu'il y en a (ex. : courgettes et zucchini).

Quelques suggestions ont été faites par les femmes interviewées quant aux mots qui mériteraient d'être ajoutés au lexique : les contractions de Braxton-Hicks (communément appelées les « fausses contractions »); et les termes d'anatomie (ex. : périnée, col, utérus).

Une autre participante suggère de mettre un astérisque (*) à côté du mot pour mieux montrer qu'il faut regarder au bas de la page.

Enfin, toutes celles à qui nous l'avons demandé trouvaient que le lexique devrait être étendu à tout le guide.

En résumé, une femme sans DES fait l'observation suivante :

Entrevue 35 (sans DES)

« J'allais dire qu'il faut pas oublier, tu sais, que, si je peux dire un petit mot à ceux-là, les gens qui écrivent ça : il faut juste pas oublier que ce livre-là est remis à tout le monde puis y en a qui l'achète, comme y en a qui se le font donner par l'hôpital ou bien le CLSC puis tout. Bien c'est..., y a plein de sortes de monde. Y a du monde qui sont instruits beaucoup; y en a d'autres qui le sont pas du tout; y en a y commencent juste à lire. Tu sais, fait que c'est toutes sortes de monde là, fait que, justement, ça c'est important, parce que c'est pas tout le monde qui l'ont appris quelque part de leur vie là que la spina bífida c'est une malformation d'un enfant. »

Le lexique, mis à l'essai pour les versions 2008 et 2009, semble donc plaire aux participantes. D'après leurs propos, il paraîtrait pertinent qu'il soit mis davantage en évidence (car plusieurs des femmes interviewées ne l'avaient pas remarqué), étendu à tout le guide, et que certains termes y soient ajoutés.

Tableaux

Toutes les femmes trouvent les tableaux faciles à consulter : ils les aident à comprendre le contenu et fournissent une information rapide.

Entrevue 1 (DEC ou plus)

« Je trouve que c'est rapide. [...] Tu sais, c'est tout le temps par points, je trouve c'est rapide. T'as pas besoin de lire le paragraphe puis t'as vraiment ton information. T'as pas besoin de lire le chapitre parce que c'est comme moi, bon je les ai déjà lus, puis après ça c'est juste me référer. »

Les tableaux jouent plusieurs rôles différents : ils fournissent une synthèse de l'information qui évite d'avoir à lire un long paragraphe; ils permettent de se référer rapidement à une information qu'on a déjà lue; et ils permettent de repérer une information rapidement pour savoir « quoi faire ». Les femmes de tous les niveaux de scolarité mentionnent ces avantages, mais les moins scolarisées apprécient particulièrement le fait de pouvoir avoir accès à l'information sans lire un grand paragraphe. Les tableaux semblent d'autant plus importants pour celles qui sont moins à l'aise avec la lecture.

Entrevue 16 (sans DES)

« Plus que sous forme de paragraphes là, vraiment. Parce que, tu sais, c'est très clair là, c'est mis en évidence. T'as les solutions possibles juste à côté, comme ça t'es pas obligée de lire tout le gros paragraphe, t'as juste besoin d'une information quelconque là. »

Entrevue 27 (groupe sans DES)

« Moi j'aime mieux en tableau comme ça que tout pêle-mêle dans la page. »

En résumé, les propos des femmes appuient l'utilisation des tableaux dans le MVE. Plusieurs suggestions ont été faites par les interviewées afin de les bonifier. Elles sont résumées ici :

Suggestion	Extrait d'entrevue
Résumer les principaux thèmes dans un tableau à la fin de chaque section du guide.	Entrevue 01 (DEC ou plus) Mais c'est sûr que, tu sais, tout ce qui est résumé en tableau, j'aime ça là; je sais pas si après chaque section y aurait un résumé des principaux thèmes abordés qui pourrait être fait en sous-tableau. C'est sûr que quelque chose pour une référence rapide là. Disons que moi j'ai un penchant pour ça. Entrevue 21 (DEC ou plus) Il manque peut être des tableaux à la fin d'une section, des schémas ou un tableau qui résume... des fois il fallait revenir en arrière.
Faire un tableau sur l'alimentation pendant la grossesse.	Entrevue 22 (groupe DEC ou plus) Un tableau sur toutes les vitamines et les minéraux et dans quoi on peut les trouver. Ça pourrait être intéressant...
Faire un tableau sur les stades du travail et de l'accouchement.	Entrevue 21 (DEC ou plus) Bien c'est ça comme j'ai dit tout à l'heure, les contractions. Le petit tableau où on peut voir l'avancement des contractions.

Encadrés

Tout comme pour les tableaux, les femmes apprécient avoir des informations rapides sous forme d'encadrés. À noter que trois types de symboles sont associés aux encadrés dans le guide : une étoile pour les informations essentielles à retenir; un point d'exclamation, lorsque l'information nécessite une attention particulière; et un cœur, pour les informations qui veulent apporter réconfort et confiance. La plupart des femmes disent regarder l'encadré en premier car « ça saute aux yeux » ou « ça attire le regard ».

Entrevue 18 (sans DES)

« Moi c'est ma façon de regarder, honnêtement. Parce que si ça serait tout juste en noir et blanc, noir et blanc un moment donné je crois que le monde peut-être qu'ils arrêteraient de le lire. »

Entrevue 05 (DEC ou plus)

« Tous les tableaux, les choses comme ça, je vais plutôt directement dans ça parce que... où les petits encarts, puisqu'ils ont le plus important. C'est ce qui est mis en avant, donc, pour moi, c'est ce qu'il y a de plus... C'est ce qu'il faut retenir, on va dire, comme à l'école. »

Plusieurs femmes moins scolarisées disent aimer « quand y a des petites affaires vite faites que tu peux quand même avoir l'information sans être obligée de lire là, tu sais; c'est comme lire entre les lignes, dans le fond » (entrevue 04, sans DES) et elles notent que « ça nous dit vraiment que c'est important ces petites affaires-là » (entrevue 07, groupe sans DES).

Cependant quelques-unes des femmes plus scolarisées n'ont pas remarqué les encadrés, et plusieurs n'ont pas compris ou pas porté attention aux symboles. De plus, la compréhension des symboles (cœur, étoile, point d'exclamation) est très variable. Par exemple, une femme note que « avec le cœur, c'est un peu des conseils ou des..., tu sais, pour donner confiance un peu » (entrevue 30, DEC ou plus) alors qu'une autre n'avait pas noté les différents symboles :

Entrevue 24 (DEC ou plus)

« Je voyais les encadrés, mais j'avais pas remarqué qu'il y avait un petit dessin... Ok. Dans le fond c'est vraiment distinct un l'autre dans le fond. »

Les femmes moins scolarisées comprennent bien la fonction des encadrés mais la distinction entre l'étoile, le cœur et le point d'exclamation n'est pas évidente pour toutes. Cependant, plusieurs ont été capables d'identifier le sens des points d'exclamation :

Entrevue 16 (sans DES)

« Les points d'exclamation, habituellement, c'est genre "important" là. C'est ça, "Souvent, n'hésitez pas à consulter rapidement un professionnel de la santé", c'est souvent quand c'est plus grave là. Comment je pourrais dire ça? Comme dire "portez attention sur quelque chose de plus important". »

Deux femmes suggèrent de mettre les encadrés rouges en gras ou en lettres plus grosses afin de les mettre davantage en évidence.

À la lumière de ces propos, il semblerait pertinent d'expliquer au début du guide le sens des encadrés et des symboles qui les accompagnent. (Cette suggestion est déjà intégrée à la version 2010 du MVE.)

Photos et illustrations

Tout comme d'autres éléments du guide, les photos et illustrations jouent plusieurs rôles. On peut identifier les suivants : inciter à la lecture; transmettre une image positive de la grossesse et de la maternité en général; éduquer ou illustrer les propos; et aussi fournir une information visuelle à celles qui lisent moins aisément.

Les femmes interviewées ont fait de nombreux commentaires, très majoritairement positifs, sur les photos et illustrations que contient le MVE. D'abord, elles incitent les femmes à lire. Une femme plus scolarisée explique : « Quand je le feuillette un peu comme ça, c'est les photos qui me frappent. Des fois ça m'incite à lire une section particulière. » (entrevue 26, DEC ou plus). Une autre sans DES commente : « Moi les photos ça m'accroche, fait que, je regarde la photo, "ah y a un texte en dessous!", bien, si y est pas trop long je vais le lire. » (entrevue 07, groupe sans DES).

De plus, les femmes aiment se faire refléter une image positive de la grossesse; elles aiment « voir une belle bedaine » (entrevue 12, DEC ou plus). Elles apprécient particulièrement que les photos soient « du monde ordinaire » auquel elles peuvent s'identifier et qui ne projettent pas une image irréaliste ou inatteignable de la grossesse et de l'accouchement. Les

commentaires à cet effet proviennent des femmes sans DES, par exemple cette jeune mère :

Entrevue 16 (sans DES)

« Aussi, qu'est-ce que j'aime c'est comme la fille à bicyclette ou les mamans, tu sais. Tu vois vraiment que c'est des filles de tous les jours. C'est pas une mannequine que t'as ramassée toute parfaite avec la super belle bedaine. Tu sais, pour pas qu'on ait..., c'est comme "Aie! Oui, mais elle a une super belle bedaine, pourquoi qu'elle, elle a tout ça puis moi c'est genre pas correct". Fait que, tu sais, c'est pas complexant, fait que je trouve ça super. [...], c'est vraiment des photos des mamans de tous les jours. C'est pas du "lying". C'est du vrai là, fait que je trouvais ça le fun. Les photos, toutes colorées, des fruits-légumes, ça donne le goût d'en manger. Je sais pas, c'est motivant à manger autre chose que des chips puis tout. Ça fait que les photos, j'ai beaucoup aimé ça. »

Quelques femmes plus scolarisées mentionnent également le fait que les photos ne sont pas démodées, qu'on n'a pas « l'impression d'être dans un autre monde ou une autre époque là » (entrevue 14, DEC ou plus).

Les photos de parents avec leur bébé, qui transmettent l'amour qu'ils lui portent, peuvent aussi rassurer les femmes quant au lien d'attachement qui se formera. Une jeune participante a entendu parler certaines femmes de son entourage qui n'étaient pas prêtes à vivre une grossesse dire qu'elles n'aimaient pas leur enfant. Sur le sujet des photos, elle commente : « ça montre à quel point il y a un lien qui va se former autant avec le père, avec l'enfant... moi c'est ce que je trouve important quand qu'on a une famille qui s'en vient » (entrevue 17, sans DES).

Les photos et illustrations du bébé dans le ventre semblent aussi jouer ce rôle, car les femmes (toutes scolarités confondues) apprécient particulièrement de telles images et en voudraient davantage. Afin d'assouvir leur désir de voir ce bébé qu'on imagine, plusieurs vont sur des sites Web où on peut regarder des images du développement du fœtus. Elles soulignent souvent le fait que de telles photos sont « vraies » : « c'est le fun parce que je trouve ça beau puis c'est vrai là; notre bébé a vraiment d'air de ça là » (entrevue 35, sans DES).

Entrevue 08 (sans DES)

« Les photos sont merveilleuses. Parce que, mettons là, on voit un petit bébé qui suce son pouce, c'est parce que si on voit jamais les petites photos de même, on peut pas savoir si le bébé dans mon ventre ..., des fois il suce son petit pouce ou s'il reste juste comme ça, immobile, à bouger dans le liquide amniotique seulement. [...] Ça me donne une idée de savoir : "Là je suis rendue à quelques semaines et puis mon bébé, il peut être comme ça". Surtout rien qu'à jeter un petit coup d'œil sur la photo puis fermer les yeux, t'imaginer ton petit bébé dans ton ventre, c'est beau. »

Les photos et illustrations du fœtus (et les autres aussi) jouent également un rôle éducatif, car elles transmettent une information non seulement pour les futurs parents, mais aussi pour les autres membres de la famille, dont les enfants plus vieux. Plusieurs femmes ont mentionné qu'elles s'en servent pour préparer leurs autres enfants à l'arrivée d'un nouveau bébé. Les photos et illustrations aident aussi à la compréhension du texte, par exemple sur l'effacement et la dilatation du col ou sur l'allaitement, des renseignements qui s'expliquent mieux à l'aide d'un élément visuel.

Cette fonction éducative est appréciée en général, car les personnes interviewées mentionnent en grand nombre qu'elles préfèrent des images qui transmettent une information à celles qui ne font qu'agrémenter le livre. Elles apprécient surtout celles qui renseignent, par exemple, sur la prise de poids pendant la grossesse, la dilatation, et les positions d'accouchement.

Les quelques commentaires négatifs concernent des photos qu'on trouve de style « vieillot » ou « pas vraies », ou encore qui ne font qu'agrémenter le livre sans donner d'information :

Entrevue 03 (DEC ou plus)

« Donc, quand je vois ça : “Ah! Donc c'est pas grave si je dors avec le bébé comme ça”. Donc, quand même, c'est une photo, mais ça donne des informations, à la mère aussi. Mais par contre, la photo avec quand tu vois ton médecin, quand tu écris comme ça, je comprends, hein! C'est pas la peine de mettre une photo avec votre médecin là-bas et le couple derrière. »

En résumé, il paraît évident que les participantes apprécient les photos prises par des gens « ordinaires », c'est-à-dire qui reflètent la réalité des parents québécois. Elles semblent apprécier également celles qui leur transmettent de l'information, leur donnent confiance et favorisent la création d'un lien d'attachement. En ce sens, il serait peut-être pertinent d'inclure plus de photos et illustrations sur le développement du fœtus.

Publicités

Même s'il n'y avait pas de question précise sur les publicités dans les schémas d'entrevue, nous avons eu plusieurs commentaires spontanés à ce sujet, et quelques autres commentaires suite à une question ajoutée par l'intervieweuse.

Plusieurs personnes aiment connaître les magasins et les produits offerts, et apprécient les coupons-rabais.

Entrevue 17 (sans DES)

« Je trouve que c'est une bonne idée. Parce que moi je connaissais pas vraiment les magasins puis il a fallu que je trouve par moi-même puis c'est quand même assez compliqué. »

Cependant, un commentaire porte sur la trop courte date d'échéance de certains coupons-rabais et suggère de l'allonger.

Une participante de la Beauce mentionne que les publicités concernent toujours les régions de Québec et Montréal, ce qui est utile pour les habitants de ces régions mais inutile pour elle, surtout qu'elle n'a pas de voiture et habite loin des grands centres.

Entrevue 35 (sans DES)

« Moi je m'en suis pas servi parce que c'est pas des organismes qui sont dans ma région là. Puis tu sais, ça c'est tout le temps Québec-Montréal, Québec-Montréal, Québec-Montréal, Québec-Montréal, mais moi je suis à une heure de Québec puis à trois heures de Montréal là. [...] Tu sais, j'ai pas de char en plus là. Les couches, c'est bien hot là, mais tu penses tu que je vais aller les chercher à Québec? J'ai pas d'auto. Je vais aller les acheter chez Sears là. Fait que tu sais, je trouve ça bien pour ceux-là qui restent à Québec, à Montréal, mais je me sens pas concernée par ça vu que c'est tout le temps Québec-Montréal, Québec-Montréal. »

Une des femmes interviewées mentionne que les publicités cartonnées la dérangent car « Ça rouvre tout le temps sur ces pages là » (entrevue 26, groupe DEC ou plus).

De plus, des femmes se demandent si les publicitaires ont un droit de regard sur le contenu du MVE.

Entrevue 10 (DEC ou plus)

« Bien pour autant que les commandites instaurent pas une direction de penser aussi [...] Puis y faudrait pas, par exemple, qu'il y ait un gros commanditaire qui dit "il faut que vous orientez vos textes dans telle ligne" ou... »

Dans une entrevue de groupe, une femme note qu'elle s'est justement posé la question sur l'influence des publicités :

Entrevue 26 (DEC ou plus)

« Au départ, je me suis demandé au début si les annonceurs avaient comme un quelconque droit de regard sur le contenu. Mais je me suis quand même posé la question quand j'ai vu qu'il y avait de la pub dedans. »

Enfin, une personne se questionne sur la confusion possible entre les publicités et le contenu du guide.

Entrevue 25 (DEC ou plus)

« Des fois les publicités portent à confusion entre le texte et... Un moment donné j'ai vu une publicité et je me suis demandé si c'était une publicité ou un dessin. Des fois ça porte à confusion, mais... »

Ces commentaires nous incitent à suggérer que, dans les prochaines éditions du MVE, des mesures soient prises pour éviter une impression d'ingérence des publicitaires dans le contenu proprement dit ainsi qu'une confusion entre publicités et contenu du guide. Par exemple, on pourrait éviter de placer les publicités portant sur un thème particulier près du

contenu du MVE touchant à ce même sujet. De plus, on pourrait évaluer la pertinence et la faisabilité d'éliminer les publicités cartonnées.

Forme et organisation du guide

Nous avons pu recueillir quelques commentaires généraux sur l'organisation du guide. Les femmes apprécient en général le fait que les changements de section soient marqués par la couleur :

Entrevue 16 (sans DES)

« J'aime beaucoup le fait que ça soit séparé par couleurs. Ça j'aime ça. Comme là, si tu te rappelles de la couleur, tu vas tout de suite à la couleur, t'es pas obligée de tout relire jusqu'à temps que tu le pognes là. »

Deux mères suggèrent d'autres façons d'organiser le guide : une par l'âge du bébé (0-3 mois, 3-6 mois, 6-9 mois, etc.); et l'autre en séparant tout ce qui concerne le bébé (soins, santé) des renseignements ayant trait à la mère (vécu, changement physiques et émotifs, santé, et autres).

Enfin, deux femmes suggèrent d'ajouter un onglet cartonné entre chaque section afin de faciliter le repérage. Cette possibilité pourrait être envisagée dans de futures éditions du MVE.

Discussion du guide avec des clinicien(ne)s

L'une des façons de s'approprier le guide MVE et de l'utiliser peut être de consulter un(e) clinicien(ne) au sujet de certains thèmes, afin par exemple de mieux comprendre une information, de la détailler, de la valider ou de vérifier si elle s'applique à sa propre situation. La question d'évaluation suivante, issue du modèle logique, permettait d'explorer cet aspect : les femmes enceintes ont-elles discuté des sections sur la grossesse et l'accouchement avec des clinicien(ne)s?

Peu importe le niveau de scolarité, un grand nombre de participantes se souvenaient avoir discuté du MVE (à leur initiative) avec des clinicien(ne)s, surtout infirmières ou médecins. Les discussions portaient parfois sur la validation ou l'éclaircissement de certains thèmes :

Entrevue 04 (sans DES)

« Oui, mon infirmière, souvent, quand je lui ai posé une question, je dis : "Ouais, dans le *Mieux vivre* ils disent ça, est-ce que c'est exact...", tu sais, je voulais la confirmation d'après ce qui se passait, si c'était vraiment fait pour le bébé, dans le fond là. Ce que j'avais lu, si ça concordait vraiment avec qu'est-ce que je pensais pour lui là. Fait que là je disais : "Ah bien justement!" Quand elle me disait : "Tu fais ça", je dis : "Ah bon! Bien c'est ça que j'ai lu dans le *Mieux vivre*, c'est ça que j'ai..." . Oui, je fais des rapports avec qu'est-ce qu'elle peut me dire puis qu'est-ce que j'ai lu... »

Entrevue 21 (DEC ou plus)

« À un moment donné on parle du colostrum. Mais je suis restée... il en parlait un petit peu, mais sans plus. Il disait pas si c'était normal. Il disait pas quand ça commence... Puis moi j'en avais. J'avais un sein que ça coulait un peu. Après avoir lu ça je savais pas plus si c'était normal alors là j'ai dû en parler au médecin. »

Parfois aussi, la lecture du MVE apportait une partie de la réponse à la participante et lui donnait des mots pour mieux expliquer son problème :

Entrevue 16 (sans DES)

« Les choses m'arrivaient, comme des crampes dans les mollets quand tu te réveilles au milieu de la nuit, ça fait tu mal, c'est l'enfer. [...] Fait que là je savais que c'était les crampes qui pouvaient arriver. Fait que j'expliquais ça à mon infirmière, elle dit : "Y a tu des choses qui te rendent mal à l'aise? Des changements dans ta grossesse?", fait que j'avais déjà les mots. Fait que je disais : "J'ai telle chose, j'ai telle crampe, j'ai fait des enflures", fait que là c'était plus clair au lieu de comme essayer de lui expliquer vraiment quoi faire pour perdre du temps en cherchant. »

Un bon nombre de participantes ont également rapporté que des clinicien(ne)s (infirmière, nutritionniste, médecin) utilisaient le MVE pour initier une discussion avec elles.

Entrevue 12 (DEC ou plus)

« Puis même à l'hôpital aussi, les infirmières, quand j'avais fait la visite de l'hôpital, y avait dit de l'apporter, le livre. Puis même les infirmières m'ont montré des pages, y ont même plié certains bouts de page que "ça c'est important, ça c'est important, ça c'est important". »

Bien que nous nous interrogeons sur les échanges avec les clinicien(ne)s, un certain nombre de participantes ont mentionné avoir discuté aussi du MVE avec des membres de la famille (mère, belle-mère, sœur) ou des amies. Il s'agissait souvent de donner ou recevoir des conseils à partir du guide ou de valider certaines informations.

Le MVE suscite donc la discussion, que ce soit auprès des clinicien(ne)s ou avec l'entourage des participantes.

Facilité de consultation

Dans ce dernier volet sur la consultation du MVE, nous aborderons la question d'évaluation suivante : la consultation du MVE est-elle aisée ou non?

Généralités

Il y a un consensus total à l'effet que les sections prénatales du guide MVE sont très faciles à consulter, qu'on procède par l'index, la table des matières ou les bandes de couleur.

Les femmes sans DES apprécient la simplicité et la rapidité de consultation. Certaines apprécient particulièrement les bandes de couleur et les thèmes qui y sont inscrits, d'autres, les mots clés, qui correspondent bien à ce qu'elles cherchent.

Entrevue 18 (sans DES)

« C'est vraiment comme bien fait. Puis je trouve que les informations sont pas mélangées. Ça part de ta grossesse à l'accouchement et après l'accouchement... je trouve que c'est vraiment... oui c'est bien fait. C'est bien expliqué aussi. »

Entrevue 29 (sans DES)

« C'est des rubriques quand même assez courtes, fait qu'on se retrouve quand même assez facilement là-dedans. Même s'il est gros, on se retrouve facilement. »

Les femmes ayant un DEC ou plus abondent dans le même sens :

Entrevue 05 (DEC ou plus)

« C'est comme un petit guide de l'utilisateur, quoi, c'est pratique. Et c'est ce qu'on recherche dans un petit guide, en fait, c'est de pouvoir trouver une information rapide. »

Entrevue 24 (DEC ou plus)

« On arrive et on a vraiment toujours le détail de ce qu'on veut. C'est vraiment pas compliqué de fouiller dedans. »

Une femme note aussi que les titres sont clairs et concis, et que les bandes de couleur facilitent la recherche :

Entrevue 10 (DEC ou plus)

« Je trouve que les titres sont moins pompeux que dans certains bouquins. Tu vois, dans certains bouquins, c'est les titres qui sont très beaux, très, très longs, très... Alors que là, au moins, bien tu vas à l'essentiel. Puis le fait qu'il y ait des couleurs aussi, ça permet de te rapporter plus vite puis de "flash-er" plus sur ce que tu recherches. »

Format du guide

Le MVE est présenté sous format papier et Internet. Nous avons demandé aux participantes leur appréciation de ces formats et si elles préféreraient une autre présentation, sur vidéo ou DVD, par exemple.

En majorité, les participantes plus scolarisées préfèrent le format papier pour leur usage personnel parce qu'elles le considèrent très pratique et facile à consulter en toutes circonstances.

Entrevue 26 (groupe DEC ou plus)

« Q.26.1 : Le format papier est-ce que vous aimez ça? Vous préféreriez pas une autre forme, je sais pas, un DVD?

R.26.3 : Non, non, non... un livre!

R.26 : Le livre!

R.26.6 : Il faut que ce soit facile à transporter... des fois sur la table de chevet, dans le sac à couche ou à côté du fauteuil où on allaite! C'est plus facile à transporter.

R.26.3 : En plein milieu de la nuit tu commences pas à ouvrir l'ordinateur. »

Plusieurs participantes moins scolarisées préfèrent elles aussi le format papier à tout autre qui pourrait leur être proposé (DVD par exemple).

Entrevue 17 (sans DES)

« [...] je trouve que je préfère lire que de regarder un film. Mais pour ceux qui ont de la misère à lire ou qui aiment pas ça c'est sûr que ça peut les aider.

Moi, personnellement, je préfère vraiment lire fait que je préfère les livres. »

De plus, la taille du guide semble convenir à la majorité des participantes. Même si certaines le trouvaient volumineux au départ, de nombreuses participantes ont noté qu'il est facile à transporter.

Entrevue 17 (sans DES)

« Ben comme ça je trouve que c'est bon parce que ça prend pas trop de place... C'est plus facile à serrer mettons sur le bord de ton bureau... Non moi je trouve que c'est pas mal comme, parfait. »

L'idée d'avoir une version plus courte, « plus visuelle » plaît à certaines femmes (sans DES), mais elles réalisent qu'une réduction de la taille du guide irait de paire avec une diminution du contenu offert.

Entrevue 27 (groupe sans DES)

« C'est sûr que quand tu le reçois ça va "hiii!". Il est gros, mais quand que tu vois tout ce qu'il contient c'est normal. »

L'ensemble des propos recueillis en entrevue permet de conclure que le format papier actuel doit demeurer : il est concis, pratique et se transporte partout.

Cependant, la majorité des participantes, qu'elles soient plus ou moins scolarisées, pense qu'il serait pertinent de présenter certaines informations du MVE sous forme de DVD ou de capsule vidéo sur Internet, en complément du format papier. Les participantes trouvent que l'idée est bonne soit pour elles-mêmes ou pour d'autres personnes. Cette formule améliorerait la compréhension qu'elles ont de certains thèmes, surtout pour celles qui ont plus de difficultés à lire ou qui ont moins d'expérience parentale (les jeunes mamans, par exemple).

Entrevue 02 (DEC ou plus)

« C'est sûr qu'une portion DVD pourrait être accessible, mais je pense pas que je l'offrirais à toute la population, parce que ça finirait dans le tiroir là; tu sais, ça serait une perte, du gaspillage là. Mais s'il pouvait l'avoir à titre de référence puis les gens qui veulent vraiment..., qui sont encore plus visuels puis qui... Parce que des fois, aussi, pour le montrer au conjoint, ça peut être utile. C'est sûr que de s'asseoir une soirée, c'est pas tout le monde qui veut faire ça là. »

Entrevue 07 (groupe, sans DES)

« Bien ça aiderait beaucoup les jeunes mamans. »

Entrevue 34 (sans DES)

« R34 : Ouais. Mettons que tu me dirais : va sur le site Internet, y a des vidéos... Oui. J'aurais tendance à plus y aller.

Q34 : Ou si on mettait un CD à l'intérieur, est-ce que tu l'utiliserais?

R34 : Oui. Ouais. Ouais. Genre que, peut-être, j'accoucherais avec [...] mais pour l'allaitement, ça serait une bonne idée, je trouve. Surtout les positionnements de bébé puis tout ça. Ça serait une bonne idée.

Q34 : Puis d'avoir comme des petits films...

R34 : Oui, un film. Tu sais, juste des petits refresh là; puis pour les mamans qui n'ont jamais allaité, ça peut être pas mal winner, ça peut nous aider. »

Rappelons que plusieurs participantes avaient déjà consulté des sites Internet sur la grossesse, l'accouchement ou les bébés : le fait d'inclure des capsules vidéo du MVE sur Internet ou DVD permettrait sans doute de mieux les rejoindre. Quelques femmes ont aussi mentionné que cette façon de présenter l'information rejoindrait davantage leur conjoint que le format écrit.

Les sujets suivants, plus « techniques » et plus difficiles à expliquer par écrit, ont été mentionnés comme pouvant bien se prêter à une information sur Internet ou DVD : processus de fécondation; développement du bébé; accouchement; comment prendre le bébé; comment donner le bain; allaitement (mise au sein, positions).

Puisqu'aucune participante sauf une ne savait que le format Internet du MVE existait, il serait important de publiciser l'adresse Internet de façon claire sur la page couverture. (Cette suggestion a déjà été intégrée dans la version 2010.)

Finalement, les opinions sont partagées en ce qui a trait au type de couverture qui devrait recouvrir le MVE. Deux participantes ont suggéré l'ajout d'une couverture rigide, ce qui le protégerait davantage, s'il est très utilisé. Par contre, d'autres disaient aimer le fait que le guide se manipule facilement et reste ouvert sur les genoux en raison justement de la couverture cartonnée.

Résumé

Les participantes à l'évaluation ont eu recours à plusieurs sources d'informations sur la grossesse et l'accouchement, incluant des personnes de leur entourage et des documents écrits, dont le guide MVE. Peu importe leur scolarité, les femmes recrutées ont consulté les sections grossesse et accouchement du MVE (version papier et non Internet) sauf deux personnes : l'une ne l'avait pas reçu et l'autre l'avait eu trop tard.

Comme d'autres médias écrits, le MVE permet souvent d'obtenir une information rapidement, quitte à valider les renseignements avec des personnes compétentes par la suite. Ce guide est parfois la seule source d'information écrite sur la grossesse et l'accouchement pour les femmes moins scolarisées, alors que les femmes ayant un DEC ou plus ont plus souvent accès à d'autres écrits sur la période prénatale.

Les participantes consultent le guide de plusieurs façons différentes : en le feuilletant, en consultant un thème précis selon les besoins du moment, ou en lisant des sections de façon continue. En général, les femmes moins scolarisées ont davantage tendance à le feuilletter alors que les femmes plus scolarisées sont plus enclines à le lire de façon continue. Toutes les femmes le trouvent facile à consulter, et, en majorité, elles apprécient le format papier, dans sa dimension actuelle. Toutefois, la majorité des participantes pense qu'il serait pertinent d'ajouter au format papier des informations visuelles, par exemple sous forme de DVD ou de capsules vidéo en ligne.

3.1.2 Compréhension du guide MVE

En ce qui concerne la compréhension du guide, nous voulions répondre à la question suivante : les femmes enceintes comprennent-elles facilement l'information présentée dans les sections sur la grossesse et l'accouchement? Les schémas d'entrevue abordaient cette question. De plus, les mises en situation (lors des entrevues individuelles) permettaient de vérifier la facilité de lecture et de compréhension de certains passages du MVE.

Compréhension chez les participantes ayant un DEC ou plus

Parmi les femmes plus scolarisées, il y a un consensus total à l'effet que le guide est facile à comprendre. On le trouve clair, simple et bien expliqué. Il se lit aisément et il est bien divisé en paragraphes.

Ces femmes apprécient la clarté des informations, qui sont présentées de façon simple et suffisamment vulgarisée :

Entrevue 10 (DEC ou plus)

« Puis c'est écrit avec des mots simples, des phrases courtes puis c'est vraiment pas compliqué à comprendre. Donc ça c'est agréable. »

Entrevue 21 (DEC ou plus)

« Bien la vulgarisation c'est sûr. Même si je suis instruite, j'aime ça quand c'est clair. J'ai pas besoin de mon dictionnaire pour comprendre les mots. C'est vraiment, ils vont à l'essentiel, ils développent pas pour rien, pour nous mélanger, nous tanner... C'est clair. Les sections sont bien... avec les

intertitres et tout ça. On sait de quoi ça va parler, c'est court. Moi, je dis ça pour moi, mais autant pour les personnes qui ont pas beaucoup de scolarité ou qui aiment pas lire. »

Entrevue 14 (DEC ou plus)

« On n'avait pas besoin du Larousse pour comprendre chaque mot, chaque phrase. »

Elles soulignent, de plus, que l'information leur paraît objective et qu'elles y font confiance :

Entrevue 02 (DEC ou plus)

« C'est objectif, c'est vraiment les faits là, c'est pas suggestif là, ça informe. »

Dans le cas d'avis contradictoires, cette qualité permet de trancher entre des opinions divergentes sur un sujet :

Entrevue 14 (DEC ou plus)

« Tu sais, n'importe qui va toujours nous dire, eux, comment y ont fait. "Bien moi c'est comme ça, tu devrais...", puis c'est toujours vingt versions différentes. Donc c'est le fun de dire : "Bien en tout cas, y a un guide quand même qui est supposé être sérieux et tout ça là qui dit telle chose"... »

Certaines notent en particulier la qualité de l'écriture, qui est facile à comprendre, même pour les personnes de langue maternelle autre que le français :

Entrevue 22 (groupe DEC ou plus)

« La facilité à lire. Le vocabulaire qui est vraiment très facile à comprendre. Le langage. Moi, je viens de finir ma francisation puis il y a pas beaucoup de mots que je comprends pas. Je le trouve vraiment facile à lire, facile à comprendre. C'est vraiment des courtes phrases qui disent le mieux. Pour moi, c'est toujours mieux d'apprendre dans des courtes phrases. »

Compréhension chez les participantes sans DES

Parmi les femmes sans DES, la très grande majorité affirme que le contenu est clair et facile à comprendre. Deux personnes rapportent que le guide est parfois un peu difficile à comprendre : dans un cas, on estime que c'est bien expliqué quand on prend le temps de lire, et dans l'autre, la participante dit qu'elle demande à une infirmière lorsqu'elle a de la difficulté à comprendre.

Entrevue 27 (groupe sans DES)

« Il y a des places que c'était plus dur à comprendre un peu, mais quand tu... moi j'ai de la misère avec la lecture, mais quand tu prends le temps de le lire comme il faut c'est bien expliqué.

Q.27 : Est-ce qu'il y avait beaucoup de mots qui étaient difficiles à comprendre?

R.27 : Non. Bien moi j'ai des difficultés de lecture et mon chum aussi il l'a lu et il a bien aimé. Il a pas eu de la difficulté à comprendre et il a aimé ça. Je

trouve ça bien. Quand c'est ta première grossesse, ça explique quand même bien pour au départ. »

Entrevue 29 (sans DES)

« Y a des choses, des fois, que je me pose des questions. Mais y a des fois que... Si je me pose des questions, bien là je les pose à mon infirmière ou des choses comme ça, puis elle, elle l'explique. »

Plusieurs insistent sur le fait que le vocabulaire est accessible, « pas trop scientifique »; « c'est un registre de langage courant, populaire, comme on peut dire, qui est bien compréhensible » (entrevue 16, sans DES). Elles apprécient particulièrement les définitions, qui permettent d'une part de ne pas laisser les gens dans l'ignorance, et d'autre part, de fournir un vocabulaire pour nommer l'expérience des femmes, tel que le note cette mère :

Entrevue 16 (sans DES)

« Y a toujours une définition, une petite place où c'est qu'ils disent que c'est quoi. Donc t'es pas laissée vraiment dans l'ignorance. J'ai jamais eu besoin de chercher dans le dictionnaire. [...] Fait que t'as déjà le mot au phénomène qui t'arrive. Donc c'est plus clair. »

Il est intéressant de noter que dans deux entrevues de groupe les femmes reconnaissent avoir des difficultés de lecture, et dans les deux cas, elles disent quand même bien comprendre le propos :

Entrevue 07 (groupe sans DES)

« Moi, en plus, j'ai de la misère à lire, puis je trouve que c'est très bien pour une personne qui a de la misère à lire; c'est bien écrit, c'est pas écrit en chinois quand on a de la misère, on est là : "Ah c'est quoi ça?"; c'est très bien écrit puis moi je trouve ça très le fun.

R07 : Facile à comprendre surtout [...] Moi je suis facile à mêler, tu sais, puis je me mêlais pas là, j'étais capable de me retrouver là-dedans puis... Bien "facile à mêler", je veux dire, tu sais, quand je cherche quelque chose assez rapidement, c'est pas long que je le trouve dans le *Mieux vivre*. »

Toujours parmi les femmes sans DES, on trouve que les informations sont bien expliquées :

Entrevue 08 (sans DES)

« C'est très détaillé puis quand on lit, c'est comme si on l'écoutait de quelqu'un. [...] Oui. C'est comme si c'était quelqu'un qui était en train de nous raconter les différentes étapes d'une grossesse et différentes étapes qui vont suivre, du début de l'accouchement jusqu'à la fin. Oui. C'est comme, je dirais, un bon dictionnaire qui explique tous les petits mots qui concernent "grossesse", "accouchement". Oui, c'est bien expliqué. »

Entrevue 35 (sans DES)

« Ah c'est bien écrit. Oui. Oui, oui, c'est une très belle écriture puis on n'a pas de misère du tout puis c'est bien expliqué quand il explique quelque chose. »

Enfin, les deux groupes d'interviewées (plus et moins scolarisées) notent que l'organisation de l'information facilite la lecture et la compréhension du texte.

Entrevue 37 (DEC ou plus)

« Ça pourrait pas être plus clair. Quand il explique quelque chose... Tu sais, c'est bien divisé aussi, y a des points... C'est pas dur à lire, c'est pas lourd à lire non plus. C'est pas juste une page avec plein d'information, c'est divisé en sous-sections puis... Non, moi je trouve ça très bien. »

Compréhension lors des mises en situation

Rappelons que les mises en situation portaient sur quatre éléments (voir annexe 6) présentés en ordre croissant de difficulté : une photo avec un encadré portant sur la ceinture de sécurité; un tableau sur le soulagement des symptômes du rhume; un court texte suivi donnant des conseils en cas de saignements au cours du deuxième trimestre; et un passage plus long et plus difficile portant sur le syndrome de Down. Pour les trois premières mises en situation, aucune difficulté particulière n'a été notée par l'intervieweuse : les femmes, peu importe la scolarité, semblaient en général bien comprendre les extraits. Pour le passage sur le syndrome de Down, jugé plus ardu par l'équipe de production du MVE, certaines difficultés de compréhension ont effectivement été remarquées. Les femmes moins scolarisées étaient capables de lire le passage (souvent à voix haute) mais certaines ne saisissaient pas toutes les nuances du texte. Quelques femmes plus scolarisées ont aussi eu des difficultés à bien saisir certains détails mentionnés dans ce passage. Des suggestions ont été proposées pour simplifier cette section du guide, tel qu'il sera discuté plus loin (voir Tests de dépistage prénatal et autres tests, p. 59).

Résumé

Toutes les participantes plus scolarisées considéraient que les sections prénatales étaient faciles à comprendre. Les mises en situation ont permis de constater que ces participantes n'avaient, de façon générale, aucune difficulté à lire et comprendre les passages proposés, sauf quelques exceptions concernant le passage sur le syndrome de Down.

La grande majorité des femmes moins scolarisées trouvait aussi que les sections prénatales étaient facilement compréhensibles. Cependant, un petit nombre ont mentionné avoir eu des difficultés de compréhension pour certains passages qu'elles n'ont pu identifier. Lors des mises en situation, le passage sur le dépistage prénatal du syndrome de Down semblait parfois difficile à comprendre pour certaines d'entre elles.

3.1.3 Capacité du guide MVE à répondre aux questions des participantes

En ce qui concerne la capacité du MVE à répondre aux questions des parents, nous souhaitons répondre à la question suivante : les femmes enceintes estiment-elles que les sections sur la grossesse et l'accouchement répondent adéquatement à leurs questions?

En général, les femmes interviewées trouvent les réponses à leurs questions dans le guide. Une participante plus scolarisée résume les propos de plusieurs : « Je l'aime parce qu'il est cohérent. Parce que toujours tu trouves la solution » (entrevue 15, DEC ou plus).

Thèmes consultés

Afin de mieux saisir si le guide répond aux besoins des femmes enceintes, nous avons demandé aux interviewées ce qui les intéressait dans les sections sur la grossesse et l'accouchement. Nous avons aussi demandé des exemples de réponses qu'elles avaient trouvées à leurs questions sur la grossesse et l'accouchement dans le MVE.

Les trois thèmes que les femmes rapportent spontanément consulter le plus, et ce pour toutes scolarités confondues, sont : les phases du travail et de l'accouchement (15 commentaires), l'alimentation (15 commentaires) et le développement du fœtus (12 commentaires). Viennent ensuite le déroulement et les malaises de grossesse (8 commentaires), les effets à apporter dans la valise pour l'hôpital (7 commentaires) et l'allaitement (5 commentaires). D'autres thèmes ont été mentionnés par une ou deux femmes seulement et concernent à titre d'exemple, les premiers jours, la présentation par le siège, les changements physiques chez la femme enceinte et le chapitre « devenir parent ». On ne note pas de différence marquée entre les thèmes consultés par les femmes plus scolarisées et celles qui ont une scolarité plus faible.

Commentaires positifs sur le contenu

Les personnes interviewées trouvent plusieurs qualités qui permettent au MVE de bien répondre à leurs questions. Les femmes apprécient la clarté, l'objectivité, la qualité de l'écriture, la cohérence, et la manière vulgarisée de présenter le contenu. D'ailleurs, les commentaires des participantes étaient tellement positifs dans l'ensemble, tant chez les femmes moins que plus scolarisées, que l'intervieweuse a dû à maintes reprises reformuler les questions afin de faire ressortir les éléments négatifs, lorsqu'il y en avait. Autrement dit, dans l'ensemble, les femmes trouvaient difficilement des critiques à formuler sur le guide.

Le contenu du MVE permet non seulement de répondre aux questions des femmes, mais de les instruire. Cet aspect était particulièrement apprécié des femmes immigrantes qui ne sont pas au courant des pratiques habituelles entourant la grossesse et l'accouchement au Québec. Une femme d'origine étrangère explique ce qu'elle a apprécié :

Entrevue 22 (groupe DEC ou plus)

« Dans mon pays, quand j'étais enceinte de mon premier bébé, on m'a demandé lors du travail de rester couchée. Je trouve qu'à cause de ça, ça l'a été pénible. Ici, il y a beaucoup de positions lors du travail. Ça m'instruit. Ça permet que si je suis à l'hôpital, je peux adopter une de ces positions au lieu de rester couchée paresseusement. J'ai ressenti très mal et je crois que c'est à cause de ça. La position couchée ici, c'est déconseillé. Ça m'a fait plaisir de trouver cela ici. »

Une autre femme immigrante donne un exemple de ce qu'elle a appris :

Entrevue 31 (DEC ou plus)

« On parlait de la famille, dans le livre : comment le père doit fonctionner avec son bébé, comment la mère doit fonctionner avec son bébé et puis de la grossesse aussi, on parle de comment le bébé va quand le bébé va être né et tout ça, on va parler beaucoup dans le livre. »

L'information explicite, mais aussi les attitudes et les valeurs implicites qui sont véhiculées dans le guide permettent de transmettre des pratiques acceptées au Québec en matière de périnatalité et d'éducation des enfants, tel que l'on peut le constater ci-dessus.

La pratique des sages-femmes au Québec en constitue un autre exemple, car elle demeure encore méconnue et elle varie d'un pays (et même d'une province) à l'autre. Une femme qui a été suivie en maison de naissance a noté la présence de toutes les professions de la santé dans le guide :

Entrevue 01 (DEC ou plus)

« Disons que c'est plus juste l'accouchement à l'hôpital, mais l'accouchement en maison de naissances puis les sages-femmes qui font partie maintenant du *Mieux vivre*, que ça permet d'éduquer aussi les autres là-dessus. Ça veut pas dire qu'on est "spéciale" parce qu'on s'en va "souffrir" dans une maison de naissances. »

Cette fonction pédagogique est très importante pour celles qui n'ont pas de famille proche ou de modèle de « maman », soit parce qu'elles ont émigré de leur pays d'origine, soit parce qu'elles sont isolées socialement pour d'autres raisons, telle cette jeune femme de milieu défavorisé :

Entrevue 07 (groupe sans DES)

« Moi, le *Mieux vivre*, ça l'a été ma grande bible parce que j'avais pas vraiment personne alentour de moi pour m'aider, fait que ç'a été le mieux que ce que je pouvais avoir pour aider à ma fille puis tout. Puis je regarde ça, tu sais, y a des dessins, tu comprends qu'est-ce qui est marqué avec les dessins puis tout. Vraiment c'est vraiment bon pour les visuelles; ceux qui sont plus, c'est utile. »

Commentaires négatifs sur le contenu

D'entrée de jeu, mentionnons que lorsque les femmes formulent des critiques face au MVE, elles précisent souvent qu'elles le trouvent bien fait en général. Il s'agit donc d'améliorer certains aspects, car aucune des personnes interviewées n'a exprimé une appréciation du guide qui soit globalement négative. Notons aussi que les commentaires sur les aspects négatifs sont souvent intimement reliés à l'expérience personnelle des participantes; c'est-à-dire que lorsqu'elles ont vécu une situation donnée, elles trouvent qu'il manque des renseignements sur ce sujet, ou que le thème est abordé d'une façon qu'elles n'ont pas appréciée.

Même si elles apprécient le MVE en général, une majorité de femmes scolarisées mentionne que l'information n'est parfois pas assez détaillée, tout en reconnaissant que le guide deviendrait trop volumineux si on approfondissait davantage tous les sujets.

Entrevue 12 (DEC ou plus)

« C'est sûr que tu peux pas développer tous les sujets, parce que sinon, on aurait eu une brique de 2000 pages là et même plus. Donc moi je trouve que ce guide-là c'est bien, mais ça fait en sorte que t'as un début puis il faut que t'ailles chercher après ailleurs, dépendamment des sujets. »

Entrevue 14 (DEC ou plus)

« Peut-être qu'il y a des choses, des fois, que j'aimerais en lire un petit peu plus puis que je trouve que ça coupe vite un petit peu. »

Plusieurs femmes moins scolarisées ont aussi souligné un manque de détails, mais toujours sur des thèmes précis : le développement du fœtus, ce que le fœtus perçoit, les problèmes de santé pendant la grossesse, et autres. Il y a donc plus de commentaires sur le manque d'information chez les femmes ayant un DEC ou plus que chez les femmes sans DES. De plus, les femmes plus scolarisées étaient plus nombreuses à rapporter des points négatifs par rapport aux femmes sans DES. Ce fait nous incite à penser qu'un niveau de scolarité plus élevé est associé à un meilleur esprit critique et une plus grande exigence envers les sources écrites.

Deux commentaires provenant de femmes plus scolarisées suggèrent que le ton leur paraît parfois infantilisant (bien qu'elles n'aient pas utilisé ce mot) : une considère que les propos sont parfois trop évidents et l'autre que les conseils sont trop pointilleux.

Entrevue 03 (DEC ou plus)

« Par exemple, peut-être c'est pas dans les deux premiers chapitres, mais je le trouve partout, c'est-à-dire, par exemple, quand tu rentres à la maison avec un bébé, c'est pas la peine de mettre... Bon, "si y a un peu de poussière dans la maison, c'est pas grave, reposez-vous". Ah bon! Donc moi j'ai besoin de quelqu'un pour me le dire! »

Entrevue 10 (DEC ou plus)

« On est peut-être des immondes ignorants de la pire espèce d'avoir fait ça, mais... Quand on a regardé le *Mieux vivre* après on s'est dit : "Ahhhh! Ah non, il fallait absolument commencer par les carottes puis il fallait juste faire un aliment par semaine, surtout pas changer dans la même semaine" puis ainsi de suite. Y a des fois où j'ai trouvé que c'était un peu... alarmant. »

Quelques femmes ont fait des commentaires sur le contenu au sujet de l'allaitement, qu'elles jugent biaisé en faveur de l'allaitement et pauvre au sujet du biberon et des laits commerciaux :

Entrevue 21 (DEC ou plus)

« Dans le fond il laisse pas le choix, il l'impose. Je me sentais vraiment comme si j'étais obligée de faire ça sinon j'allais pas être une bonne mère presque, à la limite. »

Entrevue 11 (sans DES)

« Moi j'ai allaité; je trouve qu'il parle beaucoup de l'allaitement, mais pas beaucoup de ceux qui nourrissent au biberon. Il en parle vraiment moins. On dirait que c'est moins... Le sujet est moins approfondi. [...] Puis pourtant y a beaucoup de monde quand même qui n'allait pas là. Parce que moi je me souviens, quand j'étais à l'hôpital, y a une madame qui désirait vraiment pas allaiter son enfant puis c'est ils la poussaient là puis elle s'est mis à pleurer dans la salle d'attente, puis je la connaissais même pas, puis elle m'a dit : "Je suis plus capable, ils veulent tellement, on dirait que je suis pas une bonne mère pour mon enfant". »

Enfin, le contenu sur le tabac a fait l'objet d'un commentaire, de la part d'une femme sans DES qui trouvait l'information un peu exagérée :

Entrevue 36 (sans DES)

« Ça, j'avoue, au début, ça m'a fait peur, mais moi j'étais pas prête à arrêter de fumer la cigarette. Ma grande sœur, elle a fumé tout le long de ses grossesses puis elle a eu des gros bébés là. Vraiment des gros bébés : un de huit livres, un de neuf livres puis, tu sais, y disent que "ton bébé...", il va... C'est où j'ai lu ça. Ça disait que "ça pouvait faire mourir ton bébé puis..."... Disons que j'ai trouvé ça un peu "lie" là. »

Suggestions

A la lumière de leur appréciation du guide, tant positive que plus négative, les femmes interviewées ont fait de nombreux commentaires sur les thèmes qui pourraient être ajoutés au guide.

Développement du fœtus

Un très grand nombre de femmes, de tous les niveaux de scolarité, ont spontanément mentionné qu'elles auraient aimé avoir plus de renseignements écrits et d'images sur le développement du fœtus. Elles voudraient plus de détails sur les phases de développement, incluant la croissance et les perceptions du fœtus. Elles remarquent que d'autres livres en contiennent beaucoup plus, et disent chercher ailleurs (sur Internet ou dans des livres) lorsqu'elles veulent obtenir plus de détails. Par contre, pour les femmes moins nanties, le coût de tels livres peut être prohibitif et certaines n'ont pas accès facilement à un ordinateur.

Entrevue 16 (sans DES)

« Oui, ça j'ai aimé ça. Sauf que dans le livre, *Mon bébé, je l'attends, je l'élève*, c'est beaucoup plus décrit puis tout puis je trouve que ça serait intéressant que ça le soit aussi dans ce livre-là, parce que le livre, il coûte très cher. [...] puis, en tant que maman, sérieusement, j'ai vraiment aimé ça savoir qu'est-ce qui se passait dans mon ventre, les petites choses comme..., il peut sucer son pouce ou, tu sais, y en parlait beaucoup dans le livre *J'attends et j'élève mon bébé*. Fait que ça, ça serait une suggestion, puisque là comme le premier trimestre, à quatorze semaines, t'as comme un petit paragraphe genre avec

une photo puis là t'as comme vraiment genre des petits paragraphes. C'est basic là. »

Plusieurs femmes ont fait des commentaires au sujet de thèmes entourant le développement du fœtus qu'elles aimeraient voir plus détaillés, notamment : est-ce que le fœtus nous entend? Comment se nourrit-il? Si on se touche le ventre, est-ce que le fœtus le ressent?

Les propos de ces mères laissent percevoir la possibilité que de telles informations favorisent la création d'un lien d'attachement au bébé, et peut-être un sentiment de responsabilité à son égard. La possibilité de pouvoir nourrir ce processus d'attachement à l'aide de renseignements écrits, de photos et d'illustrations rend cette dimension d'autant plus importante.

Césarienne et péridurale

Le deuxième ensemble de suggestions pour bonifier le contenu du guide concerne les interventions possibles pendant le travail et l'accouchement, en particulier la césarienne et la péridurale. En effet, plusieurs personnes interviewées considèrent qu'il manque des informations sur la péridurale : procédure; types d'anesthésie et effets possibles; risques associés, etc.

En ce qui concerne la césarienne on souhaiterait savoir : les raisons de pratiquer cette intervention; la possibilité d'accoucher par voie vaginale d'un bébé en siège; la différence entre une césarienne planifiée et d'urgence; la procédure, incluant le site d'incision; si on peut être accompagnée et par qui.

D'autres insistent aussi sur la période postopératoire. Elles auraient voulu savoir à quoi s'attendre après l'opération concernant la guérison de la plaie, les limites physiques, la fatigue, les saignements, et les exercices à faire :

Entrevue 35 (sans DES)

« J'ai eu une césarienne puis y a eu des affaires que j'aurais aimé savoir, genre c'est... Tu sais, quand y mette la sonde après puis..., comment que ça se passe quand t'accouches pas naturel, ta plaie puis bla-bla-bla, c'est des choses que ça serait le fun qui soient dites. [...] Je me suis souvent demandé ça, moi, si t'avais une césarienne, s'il fallait que tu fasses tes exercices, genre, en dedans quand même? Tu sais, quand t'accouches naturel là, ils te disent de travailler ton...

Q35 : Le périnée.

R35 : Le périnée pour que ça se replace comme il faut. Bien moi, vu que j'ai eu une césarienne, ç'a tu "fucké" en bas, y faut tu que je le fasse ça pareil? Ça c'est toutes des affaires que tu sais pas puis ça serait bien de savoir. »

Il est important pour les femmes de connaître les conséquences d'une intervention telle que la césarienne pour un accouchement ultérieur. Cette femme d'origine étrangère se questionne sur les suites d'une césarienne pratiquée dans son pays d'origine, par incision verticale :

Entrevue 22 (groupe DEC ou plus)

« J'ai accouché par césarienne. Quand je me suis présentée au médecin gynécologue la première fois et qu'elle a vu la césarienne elle l'a vue à la verticale, elle a pas aimé. Donc, je l'ai vue un peu inquiète. À ce moment-ci, je voulais avoir des informations pour m'éclaircir un petit peu [...] comment je souhaiterais accoucher le deuxième bébé. Vu le manque d'information, je sais pas la décision adéquate ou la meilleure décision en ce sens. »

À la lumière de ces commentaires, il serait peut-être pertinent de réviser la section sur les interventions possibles pendant le travail, en portant une attention particulière à la césarienne et la péridurale, sans en faire la promotion et toujours dans le sens de se préparer à un accouchement naturel.

Tests de dépistage prénatal et autres tests

Un troisième thème qui fait l'objet de plusieurs commentaires est celui du dépistage prénatal. Les femmes aimeraient savoir quels tests existent, ce qu'ils permettent de détecter et pourquoi dans le MVE on insiste particulièrement sur le dépistage du syndrome de Down. Elles se demandent aussi quels tests sont de routine, lesquels on peut demander, et s'ils sont gratuits ou non. Plusieurs femmes semblaient confuses quant aux différents tests proposés pour différentes raisons lors de la grossesse : tests sanguins, urinaires, échographies, amniocentèse, test de réactivité fœtale. La mise en situation sur le syndrome de Down nous a permis de constater que le thème des tests et des anomalies chez le bébé pourrait bénéficier d'une révision afin d'éclaircir tous ces aspects. Il y aurait peut-être lieu de développer davantage cette information afin de mieux répondre aux questions des parents.

Médicaments et grossesse

Un autre thème que plusieurs femmes considéraient incomplet concerne les médicaments que l'on peut prendre pendant la grossesse et qui sont sans danger pour le fœtus.

Entrevue 03 (DEC ou plus)

« Alors ces choses-là, est-ce que ça va présenter quand même problème pour le bébé? C'est ça que je veux savoir. Je crois que pour toutes les femmes enceintes... La première chose c'est : alors, est-ce que ça pose un problème pour le bébé? »

En particulier, on aimerait que des marques soient nommées pour éviter de se tromper :

Entrevue 22 (groupe DEC ou plus)

« J'aimerais aussi trouver dans le *Mieux vivre* les médicaments qu'on peut prendre dans la grossesse. Il y a des détails sur les médicaments, mais j'aimerais trouver plus de noms de médicaments.

Q.22.1 : Des noms de compagnies...

R.22.5 : Des exemples. Un ou deux maximum. J'aimerais trouver plus de... une gamme plus large de médicaments qu'on peut trouver pendant la grossesse. »

Changements physiques et émotifs chez la femme enceinte

Les personnes interviewées suggèrent certains contenus concernant les changements physiques et émotifs chez la femme enceinte, par exemple : la prise de poids, l'écoulement de lait chez la femme enceinte, les vergetures, les besoins affectifs de la femme enceinte, et autres.

Entrevue 27 (groupe sans DES)

« Tu dis les changements autant pour le bébé dans ses semaines, mais pour la mère aussi. Qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce que toi t'as... Ça aussi. Je trouve dommage parce qu'il l'a pas dans ce livre là. J'ai été le chercher ailleurs, dans un autre. »

Parfois ces thèmes sont déjà abordés dans le guide, mais selon certaines, il y aurait lieu de les bonifier un peu afin de rassurer les femmes enceintes :

Entrevue 21 (DEC ou plus)

« Ici, "chez certaines femmes du colostrum peut même s'écouler durant la grossesse"... c'est tout. Mais moi ça m'arrivait et là j'étais là : "Est-ce que c'est normal? Est-ce qu'il faut que je m'inquiète?" »

Entrevue 37 (DEC ou plus)

« Parce que j'ai pris 45 livres en tout là; y a un mois que j'ai pris comme douze livres; c'est paniquant quand tu t'en vas chez le médecin puis t'as pris douze livres. [...] Moi ç'a été une grosse inquiétude. Je me suis rendue à 45 livres puis aujourd'hui y m'en reste plus la moitié à perdre. Ça fait que je me dis : "j'ai paniqué pour rien". Mais c'était pas marqué : si vous en prenez plus, plusieurs facteurs peuvent... »

En particulier, on souhaiterait que le guide contienne de plus amples renseignements sur la relation de couple pendant la grossesse et les façons de favoriser un lien fort entre les conjoints.

Entrevue 35 (sans DES)

« Avant d'être un papa puis une maman, on est un couple. Tu sais, ce couple-là, il faut qu'il reste, parce qu'après ça, si on devient juste des papas puis des mamans, bien, finalement, cinq ans plus tard, le bébé va aller chez papa puis des fois y va aller chez maman. Fait que ça serait bien qu'y aurait un petit chapitre là-dessus aussi. »

Accouchement

Plusieurs femmes souhaitaient davantage de renseignements sur les phases du travail :

Entrevue 21 (DEC ou plus)

« Juste un exemple, comme ici dans les feuilles au CLSC, il y a vraiment des tableaux. Première phase, la femme en travail qu'est-ce qui se passe? L'accompagnateur qu'est-ce qu'il peut faire? Deuxième phase, la femme qu'est-ce qui lui arrive? L'accompagnateur... C'est des suggestions, des idées, parce que mon mari souvent il est là : "Mais qu'est-ce que je vais faire?". Il dit : "Je peux pas te dire calme-toi, ça va aller. Tu vas vouloir me frapper!". »

Entrevue 25 (DEC ou plus)

« Comme ici l'ouverture du col, on voit ce qui se passe, mais quand on est aux cours prénataux on va dire... mettons de deux à cinq des fois les contractions sont de telles forces. C'est sûr que d'un accouchement à l'autre c'est pas pareil, l'écart varie mais... Je trouvais qu'ils auraient peut être pu détailler plus là-dessus. Je trouvais que ça avait l'air facile quand tu regardais ça ici... Deux pages et l'accouchement est fini! Ce que j'ai entendu des fois c'est plus 12 heures. Il y aurait pu avoir plus de détails là-dessus... »

Effets à prévoir pour le bébé

Quelques femmes souhaitaient aussi une liste des effets essentiels à prévoir pour le bébé après sa naissance. Celles qui viennent d'un autre pays, et qui ne connaissent donc pas les habitudes et besoins au Québec, ressentent particulièrement cette lacune. À titre d'exemple, voici un échange entre des femmes d'une entrevue de groupe (DEC ou plus) dont la majorité était d'origine étrangère :

Entrevue 22 (groupe DEC ou plus)

« R.22.2 : Je voulais savoir qu'est-ce qui était à prévoir pour le bébé ici. Ils nous disent quoi apporter le jour de l'accouchement, mais par la suite qu'est-ce qu'il faut?

Q.22.1 : Prévoir tant de pyjamas pour...

R.22.2 : Voilà. Après quand on sort de l'hôpital qu'est-ce qu'il faut avoir pour le bébé. J'ai donné mon opinion juste comme ça, mais avoir une liste c'est... Je sais pas, je suis un peu... Je suis confuse! C'est tout un changement. Changer de pays c'est plus la même chose! Je ne sais plus ce qu'il faut prévoir pour bébé.

Q.22.1 : On n'a pas nécessairement besoin des mêmes choses.

R.22.4 : Voilà!

R.22.2 : Le climat n'est pas le même! Je suis vraiment très embarrassée!

R.22.4 : Oui comme la poussette!

Q.22.1 : Le siège d'auto...

R.22.3 : c'est obligatoire!

R.22.4 : J'aimerais bien des petits détails comme ceux-là pour que je sache ce qu'il faut prévoir. »

Même les femmes d'origine québécoise et fortement scolarisées se posent cette question :

Entrevue 12 (DEC ou plus)

« Puis, aussi, moi y a quelque chose de super intéressant que j'ai lu dans un magazine et c'était "tout ce qu'il faut acheter". Tu sais, j'aurais jamais pensé... Mais ça, j'avais trouvé ça vraiment hyper pratique puis ça peut aider aussi la personne puis dire ce qui est important, nécessaire, puis ce qui peut être facultatif. Quelqu'un qui n'est pas nécessairement en moyen, au moins il le sait c'est quoi les choses importantes que tu devrais acheter. »

Nous suggérons donc d'examiner la possibilité et la faisabilité d'ajouter cette information, par exemple sous forme de tableau ou d'illustration.

Autres suggestions

D'autres suggestions pour mieux répondre aux questions des femmes enceintes ont été faites sur l'alimentation, les problèmes de santé, le suivi de grossesse, les ressources, les changements physiques et émotifs chez la femme après l'accouchement, et d'autres thèmes. Elles ont été transmises à l'équipe de production du guide MVE.

Résumé

En général, les sections « grossesse et accouchement » du MVE répondent aux questions des participantes. Les thèmes que les femmes rapportent spontanément consulter le plus, et ce pour toutes scolarités confondues, sont : les phases du travail et de l'accouchement, l'alimentation et le développement du fœtus. Un grand nombre consultent aussi les passages sur le déroulement de la grossesse, la valise pour l'hôpital et l'allaitement. Le contenu du guide est apprécié pour sa clarté, son objectivité, la qualité de son écriture, sa cohérence, et sa vulgarisation. De plus, il permet non seulement de répondre aux questions des participantes, mais de les instruire, une fonction particulièrement appréciée des femmes qui n'ont pas de personne proche pour leur donner des conseils au quotidien. Certaines participantes trouvent cependant que l'information manque parfois de détails, en fournissant des exemples concrets. De plus, quelques femmes semblent trouver le ton infantilisant sur des sujets spécifiques. Un petit nombre considèrent l'information « exagérée », notamment en ce qui a trait à l'allaitement et au tabagisme pendant la grossesse. De nombreuses suggestions de contenu à ajouter au guide dans le but de mieux répondre aux questions des parents ont été proposées. Celles qui ressortent particulièrement concernent le développement du fœtus et les interventions possibles au cours de l'accouchement, dont la césarienne.

3.1.4 Impacts du guide MVE sur la prise de décision et la confiance

Cette section tente de répondre à deux questions issues du modèle logique concernant la prise de décision et la confiance chez les femmes enceintes : les femmes enceintes estiment-elles que les sections sur la grossesse et l'accouchement les aident à prendre des décisions quant aux questions/situations vécues pendant la grossesse et l'accouchement? Estiment-elles que l'utilisation de ces sections les aide à améliorer leur confiance en leurs propres compétences?

Prise de décision

Peu importe le niveau de scolarité, un très grand nombre de participantes se souvenaient de décisions et d'actions subséquentes inspirées par le MVE. Les sections prénatales du guide qui ont le plus souvent été rapportées comme ayant suscité une prise de décision et une action sont : l'alimentation pendant la grossesse et l'accouchement.

Entrevue 36 (sans DES)

« Puis tout ce qu'ils disent "qu'il faut pas que tu boives de boisson énergisante"; ça, j'étais une fille qui en buvait beaucoup, beaucoup, beaucoup, puis j'en bois plus. »

Entrevue 08 (sans DES)

« Oui. Par exemple, pour ce qui concerne les relaxations à faire pendant qu'on a des contractions, ça, ça m'a aidée vraiment à prendre des décisions. »

Bien d'autres sections ont été utilisées par les participantes pour prendre des décisions. Ainsi, chez cette femme sans DES, la section sur l'alcool et le tabac ne l'a pas empêchée de fumer mais l'a amenée à diminuer sa consommation de cigarettes. Elle fume maintenant à l'extérieur de la maison pour ne pas exposer sa fille.

Entrevue 05 (DEC ou plus)

« Q05 : Fait que vous, ça vous a pas amené à arrêter de fumer, mais ça vous a amenée à diminuer, quand même? »

R05 : À diminuer quand même, parce que, quand même, de voir marquer ça, je me dis, quand même on va essayer de pas trop-trop augmenter le risque. Mais, c'est ça, j'ai pas augmenté, mais j'ai diminué, mais j'ai pas arrêté. Puis maintenant je fume dehors. »

Il ne fait donc aucun doute que le MVE influence les participantes, tous niveaux de scolarité confondus, et les aide à prendre des décisions dans des domaines variés.

Confiance

Les participantes ont dit avoir eu des sentiments très majoritairement positifs lors de la lecture du guide. Peu importe la scolarité, la très grande majorité des participantes a rapporté être « rassurée » à la lecture du MVE.

Entrevue 16 (sans DES)

« Je sais que c'est lâche la manière que je le dis là, mais, tu sais, je suis plus portée à lire quelque chose qui est tout de suite près de moi, au bout de mes doigts, qu'appeler et attendre puis demander à quelqu'un... Fait que je préfère ça. Je me sens rassurée comme je le lis, la plupart du temps, satisfaite de la manière que ça répond à mes questions. »

Entrevue 26 (groupe DEC ou plus)

« Moi c'était que quand je demandais la question à mon médecin et bien c'était une attitude rassurante. Je pense qu'en relisant un peu le *Mieux vivre*, la section sur la grossesse, le *Mieux vivre* était un peu comme ça. De façon rassurante. Pas genre forum ou alarmiste. »

Beaucoup ont également exprimé leur sentiment d'être en « confiance », à la lecture du guide, liant même cette confiance à un sentiment de compétence.

Entrevue 4 (sans DES)

« Bien ça me fait sentir un peu en confiance là par rapport aux questions que je me pose. Des fois ça me fait sentir bien parce que qu'est-ce que je pensais était dedans. Moi ça me donne un sentiment de plus..., bon, compétence, des fois. »

Pour certaines participantes, le guide assurait même une certaine présence personnelle qui les accompagnait pendant leur expérience de maternité et brisait leur isolement :

Entrevue 35 (sans DES)

« Tu sais, moi j'ai pas d'ami, mais j'ai le *Mieux vivre*. Ça c'est... C'est hot là. »

Entrevue 22 (groupe DEC ou plus)

« R 22.4 : [...] au Canada je n'ai ni mère, ni grand-mère ou parentes, ni cousines, ni cousins. Je suis toute seule. Alors le seul remède, c'est mon livre. Quand j'ai une question qui se rapporte à ma santé, à la santé de mon futur bébé, même pour ma fille aînée. Donc, ça me tranquillise. Quand il y a un problème quelque part ou une inquiétude. Quand je trouve la réponse à ma question ça me rend très à l'aise.

R22.5 : Surtout pour les femmes qui attendent leur premier bébé. Comme moi. Je suis jeune et j'ai pas de mère ici ou j'ai pas de grands-mères non plus et j'ai beaucoup de questions. C'est normal d'avoir peur je pense. D'avoir peur et d'être inquiète, mais en ayant un support informatif c'est mieux d'être rassurée un petit peu. On peut trouver l'information qu'on cherche. »

Les termes « sécurisée », « réconfortée », « aidée », « à l'aise », « intéressée », ont aussi été utilisés par quelques participantes pour décrire leurs sentiments. Plusieurs femmes plus scolarisées se trouvaient « bien informées » par le guide.

Plusieurs participantes ont mentionné que le MVE leur permettait de trouver réponse à leurs questions et ainsi leur évitait de consulter un professionnel de la santé, au téléphone ou en personne. Ceci laisse supposer que le guide suscite chez les participantes un sentiment d'autonomie suffisamment fort pour leur permettre de prendre des décisions et de poser des actions par elles-mêmes pour régler certains problèmes.

Entrevue 07 (groupe sans DES)

« Puis moi aussi c'est la plus belle pratique. Quand j'avais des questionnements je regardais, puis c'est vraiment utile. Au lieu d'appeler Info-Santé directement, je me faisais là-dessus. »

Entrevue 19 (sans DES)

« Ou quand je vois que quelque chose va pas bien, surtout avec lui. Avec le petit livre qui est ici, je peux aller voir le problème essayer de trouver des solutions. Au lieu de tout le temps me ramasser à l'urgence, un moment donné... »

Un petit nombre de participantes ont rapporté des sentiments plus négatifs à la lecture du guide. Les sentiments négatifs exprimés ne concernaient jamais l'ensemble du MVE mais plutôt certains passages ou sections. Notons que ces propos recoupent en partie les commentaires négatifs sur le contenu du guide, présentés dans la section 3.1.3.

Ainsi, une participante plus scolarisée se sentait parfois frustrée lorsqu'elle ne trouvait pas suffisamment d'information sur un sujet donné (sans toutefois nommer un thème en particulier). Elle aimait cependant la concision du guide et comprenait qu'on ne pouvait pas aller en profondeur sur tous les sujets.

Entrevue 12 (DEC ou plus)

« Je dirais que c'est concis. Pour un sujet, tu vas trouver une information, mais tu vas avoir une petite affaire sur ce que tu cherches. Donc y a tous les sujets, c'est très bien, varié, mais c'est très concis. »

Un petit nombre de participantes ont mentionné avoir ressenti de la culpabilité, deux à la lecture de la section sur l'allaitement et l'autre sur les pâtés de foie.

Entrevue 34 (sans DES)

« J'en ai mangé... Bien j'en ai mangé, mais avec beaucoup de modération. Tu sais, des sandwichs au pâté de foie, [...] mettons, une fois de temps en temps. Ça m'a permis de me motiver à diminuer d'en manger par exemple. Parce que mettons que j'aurais pas lu là-dedans, je me serais moins sentie coupable d'en manger. »

Entrevue 35 (sans DES)

« Comment je pourrais t'expliquer ça? Tu sais, une femme qui allaite, "c'est bon, c'est merveilleux, y a pas rien de meilleur pour l'enfant"; ça, je suis d'accord. Mais une femme qui peut pas allaiter, c'est tellement genre mis ça haut là l'allaitement que t'as l'impression de donner de la "marde" à ton bébé quand tu y donnes la bouteille, tu sais. Ça serait peut-être bien qu'il y ait peut-être un juste milieu puis un petit peu de rassurant. Ton bébé y sera pas malade parce qu'il boit du lait en... Tu sais, le lait y est bon quand même. Moi, ma fille, elle n'a pas été allaitée puis elle est aussi intelligente qu'un bébé qui a été allaité là. »

Une femme s'est dite apeurée par le ton alarmiste de l'une des phrases sur le syndrome de Down :

Entrevue 35 (sans DES)

« Ici c'est écrit : "La décision de faire un test de dépistage prénatal peut entraîner les conséquences importantes pour vous, votre conjoint et votre famille" [...] Moi la première phrase qui dit : bien "y peut avoir une conséquence importante pour vous de faire un test"; aie, bien là j'ai peur de faire le test. Ça me fait un choc. [...] il me semble que ça commence sec là; ça fait peur. Moi j'aurais peur de le passer le test juste avec la première phrase. Ça fait, genre, hiiiiiii. »

Enfin, une personne trouvait certaines recommandations « exagérées ». Elle pointe notamment la section sur le tabagisme :

Entrevue 36 (sans DES)

« Au début je lisais pas mal, mais là, y a des choses que je trouvais qui étaient comme un peu exagérées. Moi je le sais que j'ai fumé tout le long de ma grossesse; ça m'a pas donné un bébé plus petit, elle était même quand même assez grosse : 7 livres et 9. C'est sûr que si je l'avais eue à terme, elle aurait peut-être été plus grosse. »

Résumé

Le MVE influence les femmes et les aide à prendre des décisions dans des domaines variés. En très grande majorité, les femmes se sentent rassurées à la lecture du MVE et ce, peu importe la scolarité. Le guide semble générer un sentiment de confiance et de compétence parentale, tel qu'exprimé spontanément par certaines femmes. Il semble renforcer l'autonomie des participantes.

Certains passages ou sections semblent générer des sentiments plus négatifs (culpabilité, peur) : il s'agit en particulier de la section sur l'allaitement (déjà revue pour l'édition 2010) de la phrase d'introduction à la section sur le syndrome de Down (un commentaire), et du passage sur le tabagisme (un commentaire).

3.2 DEUXIÈME VOLET : COMMENTAIRES SPONTANÉS DES PARENTS

Seulement cinq parents ont fait parvenir des commentaires sur les sections « grossesse et accouchement » du MVE, via le questionnaire d'appréciation inséré dans les éditions 2008 et 2009 (annexe 8).

Deux personnes ont fait part de leur grande satisfaction à l'égard des sections sur la grossesse et l'accouchement, un commentaire précisant que le thème du travail pendant l'accouchement avait été un des sujets les plus utiles, tel que mentionné par plusieurs femmes lors des entrevues.

Deux personnes soulignaient qu'elles n'avaient pas utilisé les nouvelles sections prénatales parce que le guide leur avait été remis trop tardivement. Ce problème du rodage de la distribution a aussi été soulevé lors des entrevues. Il semble donc important de continuer à

améliorer la distribution du guide, afin que les femmes le reçoivent le plus tôt possible en début de grossesse.

Une autre mentionnait que le fait d'avoir ajouté les sections « grossesse et accouchement » au MVE est positif mais que ces sections n'étaient pas assez complètes, en particulier sur les aspects normaux de la grossesse (pertes vaginales, par exemple) et sur la césarienne. Pendant les entrevues, plusieurs participantes ont elles aussi souligné le manque de détails dans certaines sections du guide.

Deux commentaires en tout concernaient le besoin d'obtenir plus d'informations sur la césarienne, incluant : les avantages et les risques, le déroulement, les émotions que cette intervention peut entraîner de même que les suites à prévoir. Ces commentaires concordent avec ceux recueillis lors des entrevues (voir p. 58) et viennent appuyer la suggestion de bonifier cette partie du guide.

Le petit nombre de commentaires auto-rapportés tient possiblement au fait que le questionnaire sur l'appréciation du guide figurait au verso d'une « table de conversion » (onces et livres en grammes) pouvant être utile aux parents. On soupçonne que les parents ont préféré ne pas se départir de cet outil pratique, ce qui se serait produit s'ils avaient découpé la feuille questionnaire pour l'expédier à l'équipe MVE avec leurs commentaires. Le problème a déjà été corrigé dans l'édition 2010 du guide.

3.3 TROISIÈME VOLET : ÉVALUATION DE LA LISIBILITÉ DES SECTIONS SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Une analyse de la lisibilité des sections sur la grossesse et l'accouchement du guide MVE 2009 a été réalisée à l'aide du logiciel Sato-calibrage, au Centre ATO de l'UQAM (Daoust, 2009). Le logiciel utilisé de même que les variables composant l'indice de lisibilité fourni ont déjà été présentés dans la section 2.4. Nous résumons ici les principaux constats issus de ce document.

En premier lieu, le niveau de lisibilité global des sections « grossesse et accouchement » correspond à un niveau de deuxième cycle du secondaire. En effet, « le guide est de difficulté moyenne par rapport au grand public en se comparant à des textes qui seraient donnés en lecture à des élèves du deuxième cycle du secondaire » (Daoust, 2009, p. 6) et il est « assez facile à lire, compte tenu des considérations scientifiques qu'il contient » (Daoust, 2009, p. 8).

Ceci corrobore les propos recueillis lors des entrevues auprès des participantes, tant plus que moins scolarisées, qui disent en très grande majorité pouvoir lire et comprendre le guide. De façon approximative, la section sur la grossesse correspond à une quatrième secondaire (indice de lisibilité de 8,6) alors que la section sur l'accouchement correspond à peu près à une cinquième secondaire (indice de 9,3).

Les indices de lisibilité sont aussi présentés pour les différents chapitres et une évaluation particulière a été demandée pour la section sur le dépistage prénatal du syndrome de Down, puisqu'elle semblait plus difficile que les autres, selon l'équipe de production du MVE. Elle

présente effectivement un indice de 9,5 ce qui est supérieur au niveau de lisibilité global pour les sections « grossesse et accouchement ». Encore une fois, les propos des participantes aux entrevues sont corroborés, puisque les résultats de la mise en situation sur le syndrome de Down ont démontré de plus grandes difficultés de lecture et de compréhension pour certaines femmes concernant cette section du guide. L'ensemble de ces données suggère qu'il serait d'autant plus pertinent de bonifier cette partie du MVE.

L'analyse par Sato-calibrage a permis d'identifier une liste de mots et de phrases susceptibles de comporter des difficultés, qui pourraient être reformulés pour simplifier le texte et améliorer sa lisibilité.

Globalement, les améliorations suivantes seraient à envisager, selon l'analyse fournie :

- Généraliser l'usage du lexique et même y joindre un index des définitions (glossaire). Tel que mentionné ci-dessus, une liste des mots plus difficiles a été fournie, ce qui permettra à l'équipe de production du MVE de cibler les termes à définir. Mentionnons que les propos recueillis lors des entrevues (voir p. 38) appuient cette suggestion d'étendre le lexique à tout le guide et que certaines participantes ont proposé de lui ajouter certains mots (contractions de Braxton-Hicks, termes d'anatomie tels que périnée, col, utérus).
- Même si on retrouve peu de phrases très longues et complexes, reformuler celles qui ont été identifiées dans l'analyse.
- Améliorer et uniformiser la ponctuation (des exemples précis ont été fournis).
- Faire des phrases distinctes avec les contenus entre parenthèses.

Ces suggestions ont été communiquées dès décembre 2009 aux membres de l'équipe de production du MVE, afin d'en tenir compte dans les éditions ultérieures du guide.

4 DISCUSSION ET CONCLUSION

La discussion portera sur : l'approche évaluative choisie et la mise en parallèle des trois volets de l'évaluation; les limites de l'évaluation; quelques considérations sur la littératie par rapport à la scolarité et au contexte de vie; et les différences entre les résultats obtenus chez les participantes moins scolarisées comparativement aux plus scolarisées. Après une conclusion sur les questions d'évaluation, nous présenterons quelques avenues à considérer lors d'études ultérieures.

4.1 APPROCHE ÉVALUATIVE ET MISE EN PARALLÈLE DES RÉSULTATS

Cette évaluation, de type formatif et centrée sur l'utilisation des résultats, a été précédée par l'élaboration d'un modèle logique qui a structuré l'ensemble du processus d'évaluation. Le modèle logique s'est en effet avéré un outil précieux pour identifier les objectifs poursuivis par les sections prénatales du MVE. De plus, il a guidé la formulation des questions d'évaluation et a permis une grande cohérence et clarté au cours du processus, qui s'est échelonné sur plus d'un an et a impliqué plusieurs acteurs.

En ce qui concerne particulièrement les entrevues, les outils découlaient du modèle logique et des questions d'évaluation. Les schémas d'entrevue étaient bien adaptés au contexte d'entrevue (individuelle et de groupe), aux participantes (plus et moins scolarisées), et aux résultats recherchés.

De plus, l'échantillon de femmes recrutées couvrait un large éventail de réalités en termes de parité, situation socioéconomique, situation conjugale et âge. Le fait d'avoir prévu trois régions pour la cueillette de données était aussi pertinent, car nous avons ainsi pu rencontrer des femmes d'une grande ville avec une proportion importante d'immigrantes, d'autres femmes d'une ville moyenne, et encore d'autres d'une petite ville située dans une région rurale de la province, ce qui assurait une certaine diversité chez les participantes.

L'évaluation a été conçue en trois volets qui se voulaient complémentaires. Le volet « entrevues » de l'évaluation, exploratoire et qualitatif, a permis de jeter un éclairage sur l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement chez les femmes ciblées. Les entrevues semi-dirigées ont permis de recueillir des données de nature qualitative d'une grande richesse, qui constituent la partie la plus importante de l'évaluation. Une analyse de la lisibilité par Sato-calibrage a fourni des données complémentaires, linguistiques et de nature plus quantitative. Cependant, cette analyse en elle-même ne nous aurait pas permis de vérifier si les utilisatrices consultent effectivement le guide, le comprennent et en apprécient le contenu. Pour mieux connaître ces aspects, il fallait une approche plus anthropologique permettant de recueillir le point de vue des utilisatrices du guide. Enfin, une analyse des commentaires spontanés des parents envoyés à l'équipe de production du MVE a complété la cueillette des données. La mise en parallèle de toutes ces sources de données a permis de valider les conclusions des différents volets, qui se corroborent mutuellement.

À titre d'exemple, l'analyse par Sato-calibrage conclut que la lisibilité générale des sections prénatales du MVE correspond à un niveau de deuxième cycle du secondaire avec certains passages plus difficiles. Les données d'entrevue abondent dans le même sens, car, en

général, même les femmes faiblement scolarisées sont capables de consulter, de lire et de comprendre le MVE, avec quelques difficultés pour certains passages, tel celui sur le dépistage prénatal et le syndrome de Down. Les commentaires des participantes de même que les recommandations issues du rapport d'analyse de lisibilité (Daoust, 2009) donnent des pistes pour rendre la lecture du guide plus aisée. Ainsi, tant les données d'entrevues que l'analyse par logiciel suggèrent que le lexique est un outil intéressant qui mériterait d'être étendu à tout le MVE. Un autre exemple de cette convergence des volets est la suggestion d'ajouter des informations sur la césarienne (données d'entrevue et commentaires écrits de parents). Nous considérons donc que cette triple approche a été très positive et rassurante quant à la validité des résultats obtenus.

4.2 LIMITES DE L'ÉVALUATION

Les limites que nous constatons sont reliées avant tout aux difficultés de recrutement. Le processus de recrutement s'est avéré plus difficile que prévu pour les femmes moins scolarisées en raison du petit nombre de femmes qui correspondaient à nos critères (adulte, sans DES et enceinte ou récemment accouchée). Le mode de recrutement a dû être ajusté en cours de route pour tenir compte de certaines embûches, dont le contexte de vaccination massive liée à la pandémie du H1N1 et la disponibilité moindre des intervenantes de certains CLSC que cet événement a entraînée. Pour palier cette difficulté nous avons fait davantage appel aux organismes communautaires pour le recrutement, notamment des femmes sans DES.

Malgré nos consignes, certaines intervenantes ont omis de référer des femmes qui disaient ne pas avoir lu le MVE, même si elles l'avaient reçu. Il aurait été fort pertinent de rencontrer ces femmes et de mieux connaître leurs raisons de ne pas avoir lu le guide. Une de ces raisons était peut-être précisément qu'elles étaient faibles lectrices et que le guide présentait un niveau de lecture trop élevé pour leurs habiletés. Ceci constitue un biais dans la sélection des participantes qu'il serait important de contourner, advenant une autre évaluation sur le sujet.

Quelques intervenantes ont remis le feuillet d'information à leurs clientes sans explication, et sans nous transmettre elles-mêmes leurs coordonnées. Encore une fois, ceci pouvait exclure des femmes avec de faibles habiletés de lecture, obligées de lire seules le feuillet d'information. De plus, même si les femmes étaient en mesure de lire le feuillet, elles devaient être très motivées, puisqu'il leur revenait de nous appeler si elles étaient intéressées à participer à l'évaluation.

Ces difficultés ont entraîné des délais de recrutement et ont fait en sorte que nous n'avons pas pu recruter le nombre prévu de femmes sans DES. Pour les femmes de ce niveau de scolarité, nous avons eu 13 participantes en entrevue individuelle (au lieu de 15) et deux groupes au lieu de trois. Nous avons l'impression de ne pas avoir atteint la saturation des données pour ces entrevues, bien que les informations obtenues demeurent tout à fait éclairantes pour nos questions d'évaluation. Nous pensons que quelques participantes additionnelles nous auraient apporté un supplément d'information pertinente.

Chez les participantes plus scolarisées, nous n'avons pas rencontré les mêmes problèmes de recrutement et le nombre prévu de participantes a pratiquement été rejoint. Nous pensons que la saturation des données a été atteinte pour ce groupe.

Tout comme dans d'autres études reposant sur la mémoire des répondants, dans cette évaluation, la qualité des réponses dépendait de l'acuité des souvenirs face à l'utilisation du guide. Pour contrer ce problème, lors des entrevues, le MVE était toujours entre les mains des participantes, et l'intervieweuse les invitait à y référer au besoin. En plus, les mises en situation permettaient de voir concrètement comment les femmes utilisaient le guide, sans faire appel à leur mémoire.

Les quelques commentaires écrits envoyés spontanément par les parents ont été analysés, mais ne pouvaient pas être catégorisés selon le niveau de scolarité, puisque ce dernier n'a jamais été demandé dans le questionnaire, à dessein. Le fait de ne pas poser de questions sociodémographiques dans ce questionnaire le rend plus ouvert et anonyme.

4.3 LITTÉRATIE VERSUS SCOLARITÉ ET CONTEXTE DE VIE

Rappelons que nous avons choisi le niveau de scolarité (faible ou élevé) comme critère d'inclusion à l'évaluation en raison de l'absence d'un test fiable et convivial en français qui nous aurait permis d'évaluer le niveau de littératie en santé des participantes. La littérature démontre que la scolarité, quoique fortement associée au niveau de littératie en santé, en est une approximation imparfaite. Ainsi, le jeune âge des participantes (toutes en âge de procréer dans cette évaluation) et le fait de lire tous les jours sont des facteurs associés à un meilleur niveau de littératie. Faute de pouvoir mesurer ce dernier, nous avons recueilli des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et les habitudes de lecture des participantes, en plus de procéder à des mises en situation qui nous permettaient de les observer dans leur manière de consulter, lire et comprendre le guide. Nos observations nous amènent à corroborer qu'effectivement la scolarité n'est pas une approximation parfaite du niveau de littératie en santé. Par exemple, plusieurs de nos participantes sans DES semblaient avoir des habiletés de lecture des textes du MVE supérieures et quelques-unes des participantes plus scolarisées semblaient avoir des habiletés moyennes. Cependant, il demeurerait pertinent de conserver la classification selon la scolarité, parce que celle-ci discriminait bien les façons d'utiliser le guide.

Cette évaluation souligne aussi le défi de dissocier difficultés de lecture et autres difficultés socioéconomiques. D'après les observations faites par l'intervieweuse au cours des entrevues, les femmes sans DES cumulaient parfois plusieurs difficultés, outre leur faible scolarité, par exemple : faible réseau social, faible niveau de vie, précarité d'emploi, stress parental élevé, en plus d'autres sources quotidiennes de stress. Nous nous demandons si le cumul de ces difficultés a pu jouer sur la capacité des femmes à répondre aux questions d'entrevue et à utiliser le guide lors des mises en situation et dans leur vie de tous les jours. Il nous apparaît donc difficile de faire la part entre l'effet du niveau de littératie en santé et l'ensemble de ces facteurs stressants, dans la capacité des femmes à utiliser un outil d'information écrit tel que le MVE. Idéalement, il faudrait pouvoir départager toutes ces caractéristiques afin de mieux comprendre la place de la faible littératie en santé dans leur utilisation du MVE. Un outil qui permettrait de bien les situer en termes de littératie (et non de

scolarité) serait très aidant, s'il pouvait être utilisé sans briser le lien de confiance ou nuire à la qualité de l'information recueillie.

4.4 DIFFÉRENCES DANS LES RÉSULTATS PAR NIVEAU DE SCOLARITÉ

En général, les femmes plus scolarisées semblaient plus en mesure de critiquer les sections prénatales de façon détaillée, et elles avaient plus de commentaires à cet égard. Ceci est probablement relié à leur niveau d'études plus élevé, qui les prépare davantage à un tel exercice d'analyse.

De plus, lors des entrevues, nous avons pu constater que les femmes moins à l'aise avec la lecture (dans le groupe moins scolarisé) disaient parfois « lire » le guide, alors qu'en fait elles l'avaient parcouru sommairement, parfois par bribes. Ceci souligne l'importance de bien saisir le langage utilisé, ainsi que les différences possibles entre les sens donnés aux mots selon les individus.

Les données recueillies nous montrent que plusieurs participantes moins scolarisées n'avaient que le MVE comme source d'information écrite sur la grossesse et l'accouchement, alors que toutes les participantes plus scolarisées utilisaient le MVE parmi d'autres sources d'informations écrites (autres livres ou guides, sites et forums sur Internet). Ceci souligne toute l'importance d'offrir gratuitement à l'ensemble de la population un guide de la qualité du MVE.

En outre, la façon de consulter le MVE variait selon la scolarité : les femmes plus scolarisées étaient plus susceptibles de le lire de façon continue, à partir du début, alors que les femmes moins scolarisées tendaient davantage à le feuilleter. Une plus grande proportion des femmes plus scolarisées utilisaient l'index, alors que les femmes moins scolarisées recouraient davantage à la table des matières ou aux bandes de couleurs pour repérer les informations. Les femmes moins scolarisées semblaient plus enclines à se fier aux photos et illustrations, aux titres et autres éléments visuels. D'ailleurs, les tableaux sont particulièrement appréciés par ce groupe.

La compréhension du contenu était très bonne chez les deux groupes. Des difficultés de compréhension n'ont été rapportées et observées que chez certaines femmes, surtout moins scolarisées.

Quant aux suggestions que les participantes ont faites pour améliorer le MVE, nous ne sommes pas en mesure de noter des différences par niveau de scolarité. Les deux groupes ont fourni de nombreuses suggestions d'un grand intérêt pour cette évaluation, et qui se recoupaient souvent.

Nous n'avons pas été en mesure non plus de déceler des différences dans l'impact du MVE sur la prise de décision ou l'autonomie chez les participantes. Dans les deux cas, les femmes nous ont rapporté de nombreux exemples de prises de décision suite à la lecture du MVE. Peu importe la scolarité, elles se sentaient en général rassurées par la lecture du guide.

4.5 CONCLUSIONS SUR LES QUESTIONS D'ÉVALUATION

Cette évaluation visait ultimement à améliorer les sections sur la grossesse et l'accouchement du guide MVE (versions 2008 et 2009), tant dans leur forme que dans leur contenu, afin qu'elles soient utilisées de façon optimale par les parents, même faiblement scolarisés. La question principale d'évaluation était la suivante : les résultats à court terme (consultation et compréhension aisée du guide, capacité du guide à répondre aux questions, aide à la prise de décision) liés à l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement ont-ils été atteints, notamment chez les femmes enceintes faiblement scolarisées (sans diplôme d'études secondaires)?

Les résultats présentés dans la section 3 nous permettent de conclure que, dans l'ensemble, les femmes moins scolarisées consultent et comprennent les sections prénatales, qu'elles répondent à leurs questions et les aident à prendre des décisions.

Les femmes apprécient notamment la clarté et la simplicité de ces sections, à la fois dans la présentation de l'information et dans la mise en page (à l'aide d'images, de tableaux et d'encadrés par exemple). Elles aiment le format actuel du guide et ne souhaitent pas, en général, qu'il soit changé; par contre l'ajout d'éléments vidéographiques pourrait être un atout pour tous les parents, et en particulier ceux moins à l'aise avec la lecture. Les données d'entrevue permettent en outre de constater que les clinicien(ne)s se servent aussi du guide dans leurs entretiens avec les femmes enceintes et les parents, et que ces derniers en discutent avec divers intervenants et avec leurs proches.

La compréhension des sections prénatales semble aisée pour la presque totalité des interviewées. L'analyse de la lisibilité de ces sections par Sato-calibrage vient appuyer les commentaires des femmes puisque le guide est « assez facile à lire » selon l'analyse (Daoust, 2009, p. 8) et correspond globalement à un niveau de lisibilité de deuxième cycle du secondaire. Toutefois, il existe certaines différences entre les participantes plus et moins scolarisées dans leur façon d'utiliser le guide, tel qu'évoqué ci-haut.

Nous pouvons conclure que, dans l'ensemble, les sections sur la grossesse et l'accouchement répondent aux questions des participantes, mais que celles-ci souhaitent davantage d'information sur certains thèmes. Elles ont fait d'ailleurs de nombreuses suggestions pour améliorer le contenu du guide afin qu'il réponde mieux à leurs besoins.

Enfin le MVE aide les femmes à prendre des décisions, et les rassure, dans la très grande majorité des cas.

Ces conclusions suggèrent que les résultats à court terme liés à l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement ont été atteints, tant chez les femmes plus scolarisées que chez celles qui le sont moins. De même, le résultat à moyen terme concernant l'amélioration de la confiance des femmes dans leurs compétences parentales semble avoir été atteint. Ces conclusions sont cependant à considérer à la lumière du fait que nous n'avons pas rejoint autant de femmes ayant de grandes difficultés de lecture que nous l'aurions souhaité; c'est pourquoi nous nous permettons de suggérer quelques pistes pour de futures évaluations du guide MVE.

4.6 PISTES POUR DES ÉVALUATIONS FUTURES

Éventuellement, une autre évaluation pourrait permettre de jeter un regard plus éclairant sur la situation très spécifique des femmes enceintes qui ne lisent qu'avec grande difficulté ou pas du tout. Considérant les obstacles à surmonter pour rejoindre cette population et l'interviewer, il serait pertinent de modifier la méthodologie et le mode de recrutement. En particulier, il semblerait important d'emprunter une méthodologie plus ethnographique par laquelle les femmes seraient contactées en personne dans leur milieu sur un mode plus informel. Cette approche pourrait favoriser un lien de confiance et éviter qu'elles ne s'excluent elles-mêmes de l'évaluation, soit par gêne de ne pas savoir bien lire, soit parce qu'elles associent l'intervieweuse à une institution de l'État (Direction de la protection de la jeunesse, par exemple) ou pour d'autres motifs. Les organismes communautaires travaillant étroitement auprès d'une population susceptible d'avoir de faibles capacités de lecture devraient être davantage mis à contribution. De plus, il serait pertinent de réfléchir à la technique la plus appropriée pour recueillir des données : entrevue formelle ou informelle (avec ou sans microphone, par exemple), individuelle ou de groupe, ou autres.

5 RECOMMANDATIONS

Nous présentons ci-dessous une synthèse des suggestions issues de l'évaluation visant à améliorer les sections sur la grossesse et l'accouchement du MVE. Même si l'évaluation portait sur les sections prénatales, ces suggestions pourront servir à améliorer l'ensemble du guide. Nous pensons que ces améliorations profiteront en particulier aux personnes moins à l'aise avec la lecture, même si elles pourront être appréciées par l'ensemble des lectrices et lecteurs.

Concernant le contenu du MVE, l'ajout d'informations sur les thèmes suivants pourrait être envisagé :

- développement du fœtus;
- interventions possibles pendant l'accouchement : césarienne et péridurale;
- médicaments sécuritaires pendant la grossesse;
- changements physiques et émotifs chez la femme enceinte;
- tests pendant la grossesse, dont ceux sur le dépistage prénatal du syndrome de Down;
- accouchement (phases du travail, en particulier);
- effets à prévoir pour le bébé après l'accouchement;
- anatomie du système reproducteur féminin : sachant que les participantes ont dit apprécier les illustrations pour mieux véhiculer l'information, il y aurait peut-être lieu d'inclure un dessin sur ce thème, incluant les termes d'anatomie usuels (par exemple : périnée, col, utérus).

Afin de rendre la consultation du MVE plus aisée, les mesures suivantes pourraient être envisagées :

- Mettre le lexique plus en évidence, l'étendre à tout le guide, et y ajouter certains termes. Le logiciel Sato-calibrage en a identifié plusieurs et quelques suggestions ont été faites par les participantes : contractions de Braxton-Hicks (communément appelées « fausses contractions ») et termes d'anatomie (par exemple : périnée, col, utérus).
- Ajouter quelques tableaux :
 - résumer les principaux thèmes dans un tableau à la fin de chaque section du guide;
 - faire un tableau sur : l'alimentation pendant la grossesse; les stades du travail et de l'accouchement.
- Expliquer au début du guide le sens des encadrés et des symboles qui les accompagnent. (Cette recommandation est déjà intégrée à la version 2010 du MVE.)
- Envisager la possibilité d'ajouter un onglet cartonné entre chaque section afin de faciliter le repérage.
- Continuer à utiliser des photos qui reflètent la réalité des parents québécois, en privilégiant celles qui transmettent de l'information aux parents. Il est aussi suggéré de continuer à inclure des photos qui donnent confiance aux futurs parents et qui favorisent la création d'un lien d'attachement. En ce sens, il nous paraîtrait pertinent d'inclure plus de photos ou illustrations sur le développement du fœtus.

- En ce qui concerne les publicités, prendre des mesures pour éviter une impression d'ingérence des publicitaires dans le contenu du MVE. Par exemple, nous suggérons d'éviter de placer les publicités portant sur un thème particulier près du contenu du MVE touchant à ce même sujet, pour éviter toute confusion entre le contenu du guide et des publicités ainsi que toute impression d'ingérence de la part des publicitaires. De plus, on pourrait évaluer la pertinence et la faisabilité d'éliminer les publicités cartonnées.
- Même si on retrouve peu de phrases très longues et complexes dans le MVE, reformuler celles qui ont été identifiées par Sato-calibrage.
- Améliorer et uniformiser la ponctuation, tel que recommandé par le rapport d'analyse par Sato-calibrage.
- Faire des phrases distinctes avec les contenus entre parenthèses tel que recommandé par le rapport d'analyse par Sato-calibrage.

(Ces trois dernières suggestions ont été communiquées dès décembre 2009 aux membres de l'équipe de production du MVE, afin d'en tenir compte dans les éditions ultérieures du guide.)

Afin de favoriser l'accès au MVE, les mesures suivantes pourraient être envisagées :

- Continuer à offrir le MVE gratuitement et sous format papier.
- Continuer à améliorer la distribution du guide afin que les femmes le reçoivent en début de grossesse.
- Publiciser l'adresse Internet de façon claire sur la page couverture. (Cette recommandation a déjà été intégrée dans la version 2010.)
- Évaluer la faisabilité de créer un contenu vidéographique sur DVD ou Internet pour les sujets difficiles à expliquer par écrit, entre autres pour les faibles lecteurs. Les sujets suivants concernant les sections prénatales ont été mentionnés : processus de fécondation, développement du bébé, accouchement. D'autres thèmes reliés à la période postnatale immédiate ont été proposés et pourraient être ajoutés au besoin : comment prendre le bébé, comment donner le bain, allaitement (mise au sein, positions).

Toutes ces suggestions sont à évaluer en fonction du contenu actuel du guide, et des priorités et ressources de l'équipe de production du MVE.

RÉFÉRENCES

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council of Scientific Affairs. American Medical Association. (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA*, 281(6): 552-557.

Association canadienne de santé publique. (2008). Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé.

Carroll, G. (2006). La promotion de la santé. In Carroll, G. (dir.), *Pratiques en santé communautaire* (p. 63-73). Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc.

Charland, M., Roy, B. (2009). *Des maux qui enferment, des mots qui libèrent*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Conseil canadien sur l'apprentissage. (2007). *Littératie en santé au Canada : Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes*. Ottawa, Canada.

Daoust, F. (2009). Rapport d'analyse - Évaluation de la lisibilité par Sato-calibrage - Guide de l'INSPQ « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans (sections grossesse et accouchement) ». UQAM : Centre d'analyse de texte par ordinateur.

Doré, N., Le Hénaff, D. (2008). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Doré, N., Le Hénaff, D. (2009). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Freda, M.C., Damus, K., Merkatz, I.R. (1999). Evaluation of the Readability of ACOG Patient Education Pamphlets. *Obstetrics and Gynecology*, 93(5) part 1: 771-774.

Hagan, L. (2006). L'éducation pour la santé : notions théoriques et guide d'intervention. In Carroll, G. (dir.), *Pratiques en santé communautaire* (p. 75-90). Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc.

Huot, C. (2008). « Le Mieux vivre avec notre enfant, section prénatale » : Une méthodologie d'évaluation et pistes d'influence de la formulation des messages sur le niveau de risque perçu, la hiérarchisation des risques et les sentiments ressentis par les lectrices. (Rapport de stage). Université Laval.

Institut de la statistique du Québec. (2010a). Naissances selon la scolarité et le groupe d'âge de la mère. Québec. 2006-2010. Tiré du site Web : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/naissance/414.htm.

Institut de la statistique du Québec. (2010b). Évolution des naissances selon le lieu de naissance des parents. Québec. 1980, 1985, 1990, 1995, 2000-2010. Tiré du site Web : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/naissance/425.htm.

Institut national de santé publique du Québec. (2004). Plan stratégique 2004-2008.

La littératie en santé au Canada : Une question de bien-être 2008. (2008). Ottawa.

Levandowski, B.A., Sharma, P., Lane, S.D., Webster, N., Nestor, A.M., Cibula, D.A., Huntington, S. (2006). Parental Literacy and Infant Health: An Evidence-Based healthy Start Intervention. *Health Promotion Practice*, 7(1): 95-102.

Parker, R., Ratzan, S.C., Lurie, N. (2003). Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. *Health Affairs*, 22(4): 147-153.

Patton, M.Q. (1997). Utilization-Focused Evaluation. (3rd ed.). California: Sage Publications Inc.

Patton, M.Q. (2002). Utilization-focused evaluation (U-FE) checklist. Tiré du site Web : www.wmich.edu/evalctr/archive_checklists/ufo.pdf.

Perron, B., Bernèche, F., Traoré, I. (2007, 22 novembre). Littératie et santé au Québec : des compétences à développer. Conférence présentée aux Journées annuelles de santé publique (JASP). Montréal.

Porteous, N.L., Sheldrick, B.J., Stewart, P.J. (1997). Le modèle d'analyse logique : un plan directeur pour la description des programmes. Tiré du site Web : www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/toolkit_fr.html ou http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/pdf/toolkit/modele_logique_f.pdf.

Robert, P. (2006). Le nouveau Petit Robert - Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris : Dictionnaires Le Robert.

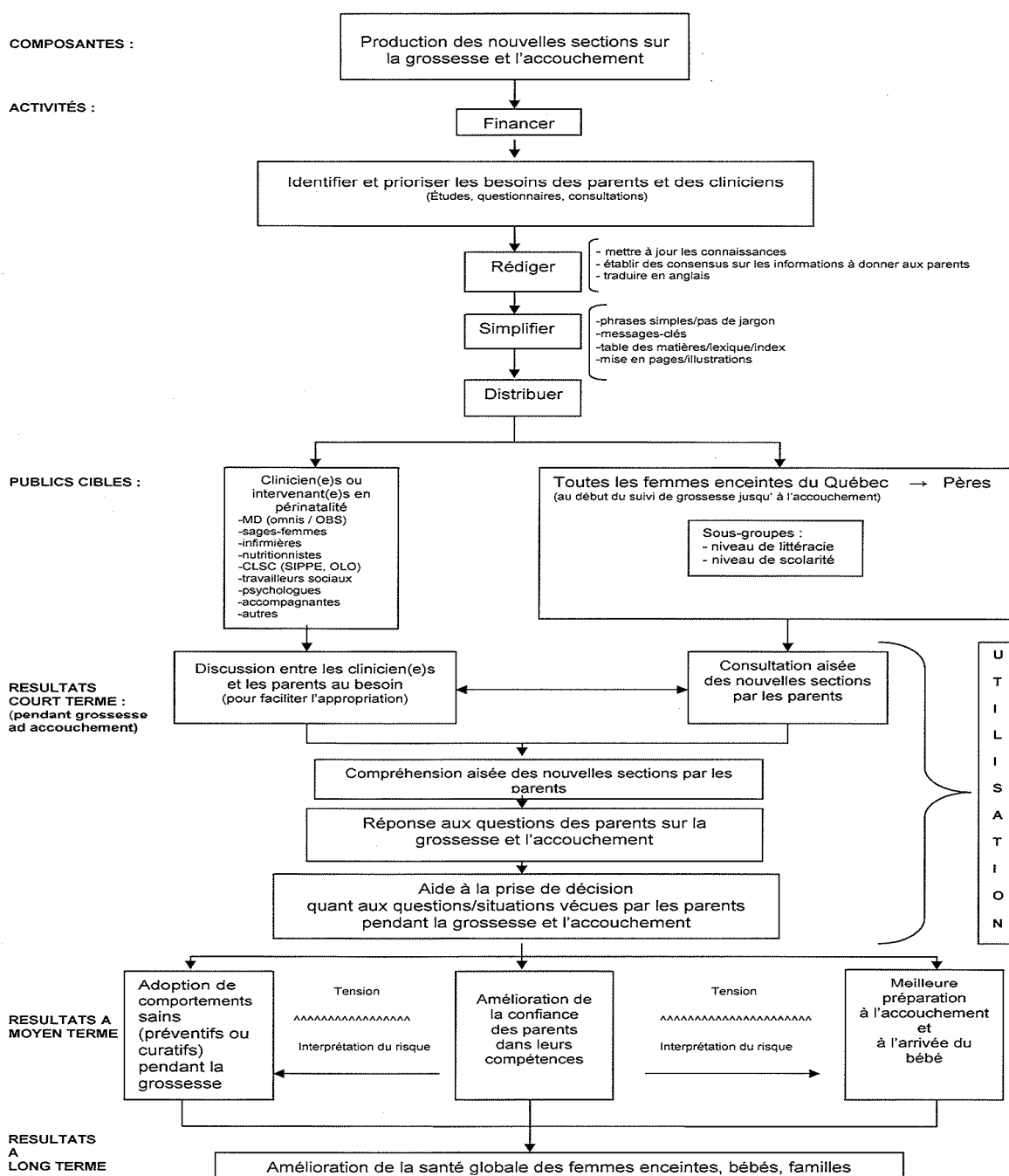
Rudd, R.E., Moeykens, B.A., Colton, T.C. (2000). Health and Literacy - A Review of Medical and Public Health Literature. *Annual Review of Adult Learning and Literacy*, 1,158-199.

ANNEXE 1

MODÈLE D'ANALYSE LOGIQUE

MIEUX VIVRE AVEC NOTRE ENFANT (2008), SECTIONS SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

MODELE D'ANALYSE LOGIQUE *



* Référence : Adapté à partir de : Porteous, N.L., Sheldrick, B.J. et Stewart, P.J. (1997). *Le modèle d'analyse logique : un plan directeur pour la description des programmes*. Tiré du site web : www.phac-aspc.gc.ca/php-ppp/toolkit_fr.html

MIEUX VIVRE AVEC NOTRE ENFANT (2008), SECTIONS SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

MODÈLE D'ANALYSE LOGIQUE (se référer aussi au schéma ci-joint)

Activités contribuant à la production des nouvelles sections sur la grossesse et l'accouchement

La rédaction des nouvelles sections sur la grossesse et l'accouchement a été financée par la Fondation Lucie et André Chagnon. L'INSPQ assure d'année en année l'impression du MVE, grâce à un budget provenant de commandites, en majeure partie, et d'une contribution des directions régionales de santé publique du Québec.

La rédaction des nouvelles sections a reposé sur l'identification des besoins des parents et clinicien(ne)s, au moyen d'une étude de besoins, de questionnaires et de consultations diverses. De plus, un formulaire non nominal permettant aux parents de livrer leur appréciation générale du MVE, par la poste ou par courriel, est depuis longtemps inséré à la fin du guide et a permis d'identifier des thèmes non couverts ou à améliorer, au fil des années.

Des spécialistes ont été affectées à la simplification des nouvelles sections : utilisation de phrases simples et courtes, définition du jargon, messages-clés, table des matières, index détaillé, lexique, mise en page et illustrations. Le but était de rendre ces sections les plus simples et accessibles possibles, tout en faisant en sorte qu'elles demeurent intéressantes pour la majorité de la population ciblée. Seules les nouvelles sections du guide ont fait l'objet de cette simplification, qui n'a pas encore touché les autres parties du MVE, à l'exception de la section sur l'alimentation, simplifiée pour l'édition 2010. Le comité de suivi n'a pu déterminer le niveau de lisibilité⁷ visé par le MVE. Dans certains articles, le niveau recommandé varie entre la 5^e et la 9^e année de scolarité (Rudd, Moeykens et Colton, 2000; Freda, Damus et Merkat, 1999).

Publics cibles : quelques précisions

Le premier public cible est la population des parents du Québec, à qui le MVE doit être remis le plus tôt possible au début du suivi de grossesse.

Parmi les publics cibles, on retrouve également les clinicien(ne)s ou intervenant(e)s en périnatalité. Bien qu'ils ne constituent pas un groupe aussi directement visé que les parents, le guide leur est remis afin qu'ils puissent en prendre connaissance et en discuter avec les parents, au besoin.

7. Lisibilité : La lisibilité réfère au niveau de difficulté d'un texte suivi, en se basant sur la longueur des mots et des phrases et sur la complexité des phrases (Rudd *et al.*, 2000). Elle peut être mesurée grâce à des outils informatiques.

Sous-groupes selon le niveau de scolarité (approximation du niveau de littératie en santé)

On peut diviser la population des femmes enceintes ciblées par le MVE en différents sous-groupes, plus ou moins susceptibles de tirer profit d'un outil écrit tel que le MVE. Le comité de suivi s'est interrogé sur les indicateurs pouvant décrire ces sous-groupes, en particulier le niveau de littératie en santé et le niveau de scolarité.

Les raisons qui nous ont amenés à choisir d'approximer le niveau de littératie de notre population de femmes enceintes par le niveau de scolarité sont les suivantes :

- Selon le Groupe d'experts canadiens sur la littératie en matière de santé, la littératie en santé est :

« La capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie. »

Association canadienne de santé publique (2008), p. 13.

- La littératie et la littératie en santé sont deux concepts liés mais différents. La littératie en santé est bien davantage que la compréhension de documents écrits (*La littératie en santé au Canada : Une question de bien-être*, 2008).
- La littératie en santé est importante parce qu'elle contribue à une bonne santé, de diverses façons. En fait, la littératie en santé est de plus en plus considérée comme un déterminant important de la santé (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007).
- Les résultats tirés de l'*Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA, 2003) démontrent qu'au Québec, environ 60 % des adultes de 16 à 65 ans n'atteignent pas le niveau 3, jugé minimal, pour la littératie en santé (Perron, Bernèche et Traoré, 2007).
- Selon la même enquête, près de 87 % des 16-65 ans n'ayant pas de diplôme d'études secondaires n'atteignent pas le niveau de littératie en santé minimal de 3 (Perron *et al.*, 2007). Les niveaux de littératie en santé sont donc fortement associés au niveau de scolarité, même si cette association est imparfaite. Mentionnons notamment que l'âge vient moduler l'association entre le niveau de littératie en santé et le niveau de scolarité, les populations plus jeunes faisant meilleure figure que leurs aînés à ce chapitre :

« [...] le niveau moyen de littératie en santé varie notablement selon l'âge et le niveau d'instruction. Comme prévu, les adultes canadiens qui ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires ont obtenu des résultats de beaucoup inférieurs à ceux dont le niveau d'instruction est plus élevé. Fait intéressant, l'écart au sein de ce groupe se creuse avec l'âge, ce qui implique que le vieillissement pourrait amplifier les iniquités découlant du niveau d'éducation. »

Conseil canadien sur l'apprentissage (2007), p. 24.

- De même, la pratique quotidienne de la lecture semble avoir une influence positive encore plus forte que la scolarité sur le niveau de littératie en santé (*La littératie en santé au Canada : Une question de bien-être*, 2008).
- Selon le Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé, il n'y a pas de consensus sur la définition et la mesure de la littératie en santé, les résultats provenant de l'EIACA étant les plus adéquats.

« [...] les mesures fondées sur la population dérivées des enquêtes internationales sur l'alphabétisation des adultes parviennent un peu mieux à mesurer la littératie en santé selon la définition adoptée par le Groupe d'experts » (proposée ci-haut).

Association canadienne de santé publique (2008), p. 15.

- La littératie en santé peut être mesurée par un instrument valide et rédigé en français, tiré de l'EIACA (2003). Cependant, l'administration de ce test nécessite un laps de temps non négligeable et la correction du test est complexe, ce qui en fait un outil peu convivial, susceptible de créer un désistement chez la population à l'étude, dans le présent contexte d'évaluation. Certains tests permettent de mesurer plus rapidement le niveau de littératie dans des contextes cliniques : le REALM (*Rapid Assessment of Literacy in Medicine*) et le TOFHLA (*Test of Functional health Literacy in Adults*) sont les plus couramment utilisés. Ces tests offrent une approximation des capacités de lecture sans évaluer vraiment la littératie en santé (Association canadienne de santé publique, 2008). De plus, ils sont rédigés en anglais. À notre connaissance, il n'existe aucun outil rédigé en français permettant de mesurer rapidement la littératie en santé.
- Ne pouvant pas mesurer le niveau de littératie en santé par un instrument convivial, valide et rédigé en français, nous avons choisi le niveau de scolarité comme approximation. Pour les fins de la présente évaluation, nous estimons que les plus faibles niveaux de littératie en santé se présenteront vraisemblablement chez les femmes enceintes n'ayant pas complété leur cinquième secondaire (sans DES) ce qui constituera notre groupe de personnes faiblement scolarisées. Parmi ce groupe, une question supplémentaire portant sur la pratique quotidienne de la lecture pourra nous aider à obtenir une meilleure approximation du niveau de littératie.
- De même, nous estimons que les niveaux de littératie en santé les plus élevés se retrouveront chez les femmes enceintes détentrices d'un diplôme d'études collégiales ou universitaires, ce qui constituera notre groupe plus scolarisé.

Utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement : une définition

Dans le dictionnaire (Robert, 2006), le mot « utilisation » et les termes apparentés peuvent être définis ainsi :

Utilisation : Action, manière d'utiliser.

Utiliser : Rendre utile, faire servir à une fin précise.

Utile : Dont l'usage, l'emploi est ou peut être avantageux, satisfait un besoin.

(Note : Les mots sont soulignés par nous.)

À partir du modèle d'analyse logique, le comité de suivi a réfléchi au concept d'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement du MVE. Cette utilisation semble décrite par les cinq rectangles du modèle logique correspondant aux effets à court terme qu'il est nécessaire d'atteindre avant d'en arriver aux résultats à moyen terme. Selon le modèle, les parents utilisent les sections sur la grossesse et l'accouchement d'une certaine manière (consultation et compréhension de ces sections, au besoin avec un(e) clinicien(ne) et à des fins précises, afin de satisfaire leurs besoins (répondre à leurs questions et les aider à prendre des décisions).

Tension : autonomisation ou éducation à la santé?

Suite à l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement, nous espérons que les parents améliorent leur confiance en leurs propres compétences (objectif à moyen terme), dans une perspective d'empowerment ou autonomisation⁸. Deux autres objectifs intermédiaires, portant sur l'adoption de comportements sains pendant la grossesse et une meilleure préparation à l'accouchement et à l'arrivée du bébé, ont aussi été retenus par le comité de suivi, mais non sans délibérations. En effet, il peut exister une certaine tension entre la confiance des parents en leurs propres capacités (autonomisation) que nous souhaitons améliorer suite à l'utilisation du MVE, et la nécessité de parfois « prescrire » certains comportements, d'une façon qui favorise moins l'autonomisation et qui tend davantage vers une approche d'éducation à la santé⁹. Selon l'interprétation du risque à la santé que nous faisons, le ton adopté dans le guide est plus ou moins prescriptif. Il l'est davantage pour les risques très grands ou bien établis que pour les risques moindres. Les deux extraits suivants, tirés du MVE (Doré et LeHénaff, 2008) illustrent cette différence de ton : « Vous devez porter la ceinture de sécurité tout au long de votre grossesse » (p. 63) paraîtra plus prescriptif que « Les femmes qui sont actives pendant la grossesse supportent mieux les changements physiques de la grossesse et se remettent sur pied plus rapidement après l'accouchement ». (p. 54).

Dans les deux cas, nous espérons que la personne se sente confiante en ses propres capacités et prenne ses propres décisions, mais la formulation utilisée pour transmettre l'information est beaucoup plus directive dans le premier exemple parce que les conséquences sur la grossesse et l'accouchement peuvent être graves si ce conseil n'est pas respecté. Tel qu'exploré dans une étude récente (Huot, 2008), la formulation des messages inclus dans le MVE (qui dépend en bonne partie du risque à la santé perçu par les auteurs), a donc une influence sur la perception du risque par les lectrices et sur les sentiments éventuels d'autonomie ressentis.

8. Laverack et Labonte, (2000), cités dans Carroll (2006), donnent la définition suivante de l'empowerment : « En général, on entend par empowerment le processus par lequel les personnes ou les communautés acquièrent davantage d'emprise sur les facteurs qui influent sur leur santé et sur leur vie. » Carroll (2006), p. 69.

9. « Green et Kreuter (1999, p. 27) définissent l'éducation pour la santé comme "un ensemble planifié d'expériences d'apprentissage visant à prédisposer une personne et à la rendre apte à adopter volontairement des comportements favorables à la santé ainsi qu'à soutenir l'adoption de ces comportements" (traduction libre). » Hagan (2006), p. 75-76.

ANNEXE 2

FEUILLET D'INFORMATION

Évaluation du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* – sections sur la grossesse et l'accouchement

Vous êtes invitée à participer à l'évaluation du guide ***Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans***.

Nous souhaitons mieux connaître votre appréciation des **sections sur la grossesse et l'accouchement** de ce guide, afin de les améliorer pour qu'elles deviennent plus utiles aux femmes enceintes.

Les commentaires seront recueillis dans trois régions du Québec, auprès d'un petit nombre de femmes répondant aux critères suivants :

- Avoir reçu la version française 2008 ou 2009 du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* pendant la grossesse.
- Avoir 18 ans ou plus.
- Être enceinte de plus de 30 semaines au moment de l'entrevue **ou** avoir un bébé de 0 à 9 mois.
- Ne pas avoir de diplôme d'études secondaires (DES) **ou** avoir obtenu un diplôme d'études collégiales (DEC) ou universitaires.

Votre participation consisterait à prendre part à une entrevue individuelle ou de groupe d'une durée d'environ 1 heure à 1 heure et demie. Les groupes seront formés de personnes de même niveau d'études. Au cours de l'entrevue, vous serez invitée à échanger sur les sections sur la grossesse et l'accouchement du *Mieux vivre*.

Cette évaluation est réalisée sous la direction de Danielle Landry, médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec (418-650-5115, poste 5511) et Chantale Audet, anthropologue à l'Institut national de santé publique du Québec (418-650-5115, poste 5605).

Si vous désirez obtenir plus d'information au sujet de cette évaluation, ou **pour signaler votre intérêt à participer aux entrevues**, veuillez téléphoner à :

Mary Richardson, anthropologue à l'Institut national de santé publique du Québec
418-650-5115, poste 5578

ANNEXE 3

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE COORDONNÉES PERSONNELLES

**Formulaire de consentement à la transmission
de coordonnées personnelles**

**Évaluation du guide
Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans,
sections sur la grossesse et l'accouchement**

Par la présente, je consens à ce que mon nom et mon numéro de téléphone soient transmis à l'équipe d'évaluation du guide *Mieux vivre*. La personne responsable des entrevues (**Mary Richardson** pour les entrevues à Québec et en Beauce, et **Amélie Bourret** pour les entrevues à Montréal) me contactera par la suite pour discuter de la possibilité de participer à une entrevue individuelle ou de groupe.

Mes coordonnées demeureront confidentielles : seule l'équipe d'évaluation y aura accès.

De plus, le fait de permettre la transmission de mes coordonnées me laisse entièrement libre d'accepter ou non de participer à l'étude proposée.

Nom de la participante (en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____

Numéro de téléphone : _____

À l'intervenante : Veuillez s'il-vous-plaît transmettre cette feuille par télécopieur à :

Mary Richardson (anthropologue, Institut national de santé publique du Québec)

Télécopieur : 418 654-3210

Téléphone : 418 650-5115, poste 5578

Merci beaucoup de votre collaboration!

ANNEXE 4

FICHE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

FICHE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Renseignements personnels

1. Dans quelle ville habitez-vous? _____

2. Quel est votre âge? _____

3. Êtes-vous née au Canada?

- ☐ Oui
☐ Non

Si non, dans quel pays êtes-vous née? _____

Situation parentale

4. Vous êtes enceinte?

- ☐ Oui
☐ Non

5. Date prévue d'accouchement

Jour/mois/année : _____

6. Nombre de semaines de grossesse : _____

7. Je viens d'accoucher dans la dernière année

- ☐ Oui
☐ Non

8. Date d'accouchement : _____

9. Âge du bébé : _____

Suivi de grossesse :

10. À combien de semaines ou de mois de grossesse avez-vous commencé à être suivie?

11. À quel endroit se déroule ou s'est déroulé votre suivi? _____

12. Par qui êtes-vous suivie?

- ☐ obstétricien(ne)
☐ médecin de famille/omnipraticien(ne)
☐ sage-femme

13. Est-ce que vous consultez ou avez consulté d'autres professionnels pendant votre grossesse?

- ☐ Oui
☐ Non

13 a) Si oui, veuillez préciser : _____

14. Combien d'enfants avez-vous? _____

15. Quel est leur âge?

1^{er} enfant : _____

2^e enfant : _____

3^e enfant : _____

4^e enfant : _____

Renseignements sur la scolarité

16. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété?

☐ Primaire

☐ Secondaire

Précisez :

☐ Secondaire sans diplôme de secondaire V

☐ Secondaire avec diplôme de secondaire V

☐ Collégial

Précisez le type de Diplôme d'études collégiales : _____

☐ Universitaire baccalauréat

☐ Universitaire maîtrise

☐ Universitaire doctorat

☐ Autre formation

Précisez : _____

Occupation

17. Quelle était votre occupation avant de devenir enceinte? _____

18. Nombre d'heures par semaine : _____

19. Présentement, quelle est votre occupation? _____

20. Nombre d'heures par semaine : _____

Renseignements sur la pratique de la lecture

21. Êtes-vous amenée à lire dans le cadre de votre occupation?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, que lisez-vous? _____

22. En-dehors du cadre de votre occupation (dans vos loisirs, par exemple), pratiquez vous la lecture?

- ☐ Oui
- ☐ Non

23. Qu'est-ce que vous lisez, le plus souvent? (Vous pouvez cocher toutes les réponses qui vous plaisent.)

- ☐ Romans, nouvelles
- ☐ Livres de recettes
- ☐ Guides pratiques
- ☐ Histoires pour mes enfants
- ☐ Autres livres : Veuillez préciser : _____
- ☐ Journaux
- ☐ Revues
- ☐ Sites web sur l'ordinateur
- ☐ Jeux vidéo sur l'ordinateur
- ☐ Autres lectures : Veuillez préciser : _____

24. À quelle fréquence pratiquez-vous la lecture, que ce soit dans le cadre de votre occupation ou en-dehors, dans vos loisirs?

- ☐ tous les jours
- ☐ quelques fois par semaine
- ☐ quelques fois par mois
- ☐ rarement

Renseignements sur le ménage

25. Combien de personnes vivent dans votre logis (vous incluant)? : _____

26. Vivez-vous avec :

- ☐ Votre conjoint
- ☐ Vos enfants
Veuillez préciser le nombre : _____
- ☐ D'autres personnes

27. Revenu personnel (avant impôt et déductions) :

- ☐ Moins de 10,000 \$
- ☐ 10 000 \$ à 14 999 \$
- ☐ 15 000 \$ à 29 999 \$
- ☐ 30 000 \$ à 39 999 \$
- ☐ 40 000 \$ à 59 999 \$
- ☐ 60 000 \$ et plus

28. Revenu du ménage (si en ménage) :

- ☐ Moins de 10 000 \$
- ☐ 10 000 \$ à 14 999 \$
- ☐ 15 000 \$ à 29 999 \$
- ☐ 30 000 \$ à 39 999 \$
- ☐ 40 000 \$ à 59 999 \$
- ☐ 60 000 \$ à 79 999 \$
- ☐ 80 000 \$ à 99 999 \$
- ☐ 100 000 \$ et plus

ANNEXE 5

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENTREVUE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet :	Évaluation du guide <i>Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans</i> – sections grossesse et accouchement
Investigatrices :	Danielle Landry, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec Chantale Audet, anthropologue, Institut national de santé publique du Québec
Lieux de l'évaluation :	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale Centre de santé et de services sociaux de Beauce Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale

Introduction

Avant d'accepter de participer à cette évaluation, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de cette évaluation, comment elle se fera, ses avantages et ses inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Contexte de l'étude

Cette évaluation vise à mieux connaître la manière dont les femmes enceintes utilisent les sections sur la grossesse et l'accouchement du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*. Les commentaires obtenus permettront d'améliorer la forme ou le contenu de ces sections, pour qu'elles deviennent plus utiles à l'ensemble des femmes enceintes, quel que soit le niveau d'études qu'elles ont complétées.

Nous vous invitons à participer à cette étude qui permettra de recueillir les commentaires d'un petit nombre de femmes enceintes ou qui ont récemment accouché, dans trois régions du Québec. Ces commentaires seront recueillis lors d'entretiens individuels ou de groupe (six à huit participantes par groupe). Les groupes seront formés selon le niveau d'études des participantes.

Un rapport d'évaluation faisant état des résultats obtenus sera transmis à l'Institut national de santé publique du Québec, aux établissements ou organismes qui ont collaboré à l'évaluation et à d'autres partenaires intéressés.

Objectifs de l'étude

- Vérifier si l'utilisation des sections sur la grossesse et l'accouchement est facile, en particulier si ces sections :
 - se consultent facilement;
 - se comprennent facilement;
 - répondent aux questions des femmes enceintes;
 - aident les femmes enceintes à prendre des décisions.
- Vérifier si les femmes enceintes pensent qu'elles ont plus confiance en elles suite à la consultation des sections sur la grossesse et l'accouchement.

Déroulement de l'étude

Les entrevues individuelles se dérouleront dans le lieu choisi par la participante.

Les entrevues de groupe auront lieu dans un endroit facilement accessible à l'ensemble des participantes.

Au cours des entrevues, vous serez invitée à donner vos commentaires sur la manière dont vous avez utilisé les sections sur la grossesse et l'accouchement du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (version 2008 ou 2009), qui vous a été remis lors de votre grossesse. L'entrevue durera environ 1 heure à 1 heure 30 et sera enregistrée pour faciliter l'analyse de l'information.

Risques possibles

Nous sollicitons votre participation sur une base volontaire. Il n'y a aucun risque connu lié à votre participation à cette évaluation.

Avantages possibles

Votre participation à cette étude peut vous permettre :

- d'exprimer librement vos commentaires sur le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*;
- d'aider à l'amélioration d'un guide largement diffusé dans la province;
- d'aider les autres parents québécois, par cette participation.

Inconvénients

Des déplacements pour se rendre au site de l'entrevue et des frais de garde d'enfants sont possibles.

Compensation financière

Une compensation financière de 30 \$ sera versée à chaque participante, après l'entrevue, en guise de dédommagement pour les frais de déplacements ou de garde d'enfants.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette évaluation. Vous pouvez vous retirer de cette étude en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice. Vous pouvez faire interrompre l'enregistrement de l'entrevue en tout temps, que vous décidiez ou non de poursuivre votre participation à l'entrevue par la suite. Si vous décidez de vous retirer de cette évaluation, l'enregistrement de vos propos, s'il y a lieu, sera détruit.

Confidentialité

En ce qui concerne le caractère anonyme et confidentiel des renseignements fournis, les mesures suivantes sont prévues :

- Après l'entrevue, votre nom sera remplacé par un code. Ce code sera utilisé par la suite tout au long de l'évaluation, de même que dans les documents finaux produits. Seulement

les membres de l'équipe d'évaluation auront accès à la liste des noms et des codes des participantes et ce, aux seules fins de l'étude. En aucun cas, les noms des participantes ne seront communiqués à qui que ce soit d'autre.

- Les enregistrements seront détruits au plus tard cinq ans après la fin de l'étude.

Personnes ressources et questions

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations au sujet de cette évaluation, vous pouvez communiquer avec l'une ou l'autre des investigatrices :

- Danielle Landry au 418-650-5115, poste 5511
- Chantale Audet au 418-650-5115, poste 5605

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, vous pouvez vous adresser au directeur des services professionnels du CHUQ au numéro 418-691-5521.

Consentement et signatures

En apposant ma signature ci-dessous, je reconnais que j'ai pris connaissance de toute l'information présentée dans les pages qui précèdent au sujet de cette évaluation. Le contenu et la signification de ce document m'ont été expliqués et j'en comprends la portée. Cette information m'a été présentée dans ma langue d'usage et j'ai reçu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions. Je consens librement à participer à l'étude intitulée Évaluation du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* - sections grossesse et accouchement.

Je consens à accorder une entrevue individuelle.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Je consens à participer à une entrevue de groupe.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Je consens à l'enregistrement

- ☐ Oui
- ☐ Non

Une copie signée du formulaire de consentement me sera remise.

Nom de la participante (en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom de l'intervieweuse : _____

Signature : _____

Date : _____

ANNEXE 6

SCHÉMA D'ENTREVUE INDIVIDUELLE

SCHÉMA D'ENTREVUE INDIVIDUELLE

Évaluation du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, sections sur la grossesse et l'accouchement

Objectifs

- Mieux connaître l'utilisation faite par les femmes enceintes des nouvelles sections sur la grossesse et l'accouchement ajoutées au guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (versions 2008 et 2009).
- Le cas échéant, identifier des pistes de solution permettant d'améliorer ces sections, tant dans la forme que dans le contenu, pour qu'elles soient plus utiles aux femmes enceintes.

Démarrage de l'entrevue :

S'assurer que la personne ait en main sa copie du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (versions 2008 ou 2009) ou lui fournir un exemplaire.

Questions générales sur l'expérience de la grossesse ou d'avoir eu un enfant

- Pouvez-vous me parler un peu de vous? Quelle a été votre occupation principale au cours des derniers mois? Vivez-vous seule?
- Si enceinte : Est-ce votre première grossesse? Depuis quand êtes-vous enceinte? Comment cela se passe-t-il? Comment voyez-vous l'arrivée du bébé?
- Si a accouché : Comment vont les choses depuis la naissance de votre bébé? Comment se passent vos journées?
- Quels sont les services auxquels vous avez eu recours pendant votre grossesse ou depuis la naissance du bébé? (*Par exemple : suivi de grossesse en CH ou maison de naissance, accompagnantes, SIPPE, rencontres prénatales, cliniques prénatales, autres services.*)
- Est-ce que la grossesse ou le fait d'avoir un enfant a changé quelque chose dans votre vie? Pouvez-vous m'en parler?

Questions sur les habitudes de lecture

Dans le cadre du travail ou des études :

- Avant la grossesse, quelle était votre occupation? Étiez-vous aux études ou sur le marché du travail?
- Est-ce que la grossesse ou le fait d'avoir un bébé vous ont obligée à cesser de fréquenter votre milieu de travail? Lequel? Votre établissement scolaire? Lequel? Depuis quand? Prévoyez-vous recommencer à les fréquenter? Quand?
- Approfondir davantage la place de la lecture dans le cadre du travail ou des études.

Dans la vie personnelle :

- Est-ce que la lecture fait partie de votre vie? Est-ce que vous aviez le temps de lire, avant votre grossesse (quoi? fréquence?)? Avez-vous le temps de lire maintenant (livres, journaux, revues, guides divers, autres), de regarder votre ordinateur (sites web, jeux vidéos, autres)? À quelle fréquence?

Questions générales sur les sources d'informations prénatales :

L'amener à s'exprimer, si elle ne le fait pas spontanément, sur les sources d'informations prénatales qu'elle a consultées.

- Quand vous avez des interrogations ou des inquiétudes concernant la grossesse ou l'accouchement, où trouvez-vous des réponses à vos questions?
- Pour vous, quelle est la façon la plus simple d'obtenir des informations concernant la grossesse ou l'accouchement? *La laisser s'exprimer librement, puis approfondir les questions suivantes :*
 - Aimez-vous être seule avec quelqu'un à qui vous pouvez poser vos questions? Qui?
 - Aimez-vous être en groupe avec d'autres femmes enceintes?
 - Aimez-vous lire des renseignements?
 - Aimez-vous que quelqu'un (une intervenante ou une professionnelles de la santé, par exemple) vous explique verbalement des renseignements écrits?
 - Aimez-vous regarder une vidéo ou un DVD?
 - Aimez-vous utiliser un ordinateur?
- Quand vous vous interrogez, qu'est-ce qui fait que vous êtes satisfaite
 - de la réponse obtenue?
 - de l'outil utilisé?

Questions générales sur le guide *Mieux vivre avec notre enfant* :

- Connaissez-vous le guide *Mieux vivre avec notre enfant*?
 - Depuis combien de temps?
 - L'avez-vous déjà utilisé? Quelles versions? De quelle façon?
 - Format papier
 - Format Internet
 - Autres
 - Quand avez-vous reçu la version 2008 ou 2009?
 - Avez-vous utilisé cette version? De quelle façon?
 - Qu'est-ce que vous aimez le plus dans cette version? Pourquoi?
 - Qu'est-ce que vous aimez le moins? Pourquoi?

Questions sur les sections grossesse et accouchement (MVE 2008 ou 2009) :

Les prochaines questions portent sur vos commentaires pour améliorer les sections sur la grossesse et l'accouchement afin qu'elles deviennent plus utiles aux femmes enceintes. Que vous ayez utilisé ces sections ou non, vos commentaires sont précieux pour nous et votre opinion compte beaucoup pour nous aider à améliorer le guide *Mieux vivre*.

Consultation des sections sur la grossesse et l'accouchement

- Avez-vous consulté les sections sur la grossesse et l'accouchement?
 - Si non :
 - Vérifier s'il s'agit d'une inutilisation complète ou si elle a quand même consulté les sections à quelques reprises.
 - Pourquoi? Approfondir les raisons évoquées. (*Par exemple : distribution trop tardive, manque d'intérêt, estime qu'elle ne sait pas assez lire, format du guide trop volumineux (décourageant), autres raisons.*)
 - Repasser les sections sur la grossesse et l'accouchement avec elle et explorer ce qu'elle en pense (forme et contenu).
 - Passer à la mise en situation.
 - Poser la question finale sur les pistes de solution pour améliorer le *Mieux vivre* ou les sections sur la grossesse et l'accouchement.
 - Passer à la fiche sociodémographique.
 - Si oui :
 - Était-ce la version papier ou Web?
 - Pouvez-vous me dire ce qui vous intéressait dans les sections sur la grossesse et l'accouchement? Pouvez-vous me donner des exemples?
 - De quelle façon avez-vous consulté cette version? *La laisser répondre librement et approfondir les aspects suivants :*
 - Consultation ponctuelle, pour répondre à une question précise
 - Lecture continue de certains passages, pour se préparer à la grossesse ou l'accouchement, sans question précise
 - Photos, illustrations et messages-clés
 - Encadrés
 - Autres modalités de consultation :
 - Vérifier l'aisance dans la recherche d'information.
 - Avez-vous déjà discuté de certaines parties du guide (sections grossesse et accouchement) avec un(e) clinicien(ne) ou un(e) intervenant(e) (préciser le contexte, le cas échéant)?

Perception de la capacité des sections sur la grossesse et l'accouchement à répondre aux interrogations des femmes enceintes

- En général, selon votre souvenir, est-ce que vous avez trouvé des réponses à vos questions sur la grossesse et l'accouchement, dans le *Mieux vivre*?
 - Si oui : Pouvez-vous me donner des exemples?

- Si non : Quelles questions sont demeurées sans réponse?

Perception de la compréhension des sections sur la grossesse et l'accouchement

- En général, selon votre souvenir, avez-vous l'impression que les informations étaient faciles à comprendre ou au contraire plutôt difficiles à comprendre?

Perception de la capacité des sections sur la grossesse et l'accouchement à aider les femmes enceintes dans leur prise de décisions et à améliorer leur confiance en leurs propres compétences (*empowerment*)

- En général, comment vous êtes-vous sentie quand vous avez consulté le guide?
- Voir avec elle si la consultation des sections l'a amenée à poser un geste ou une action et explorer.

Mise en situation

Pistes de solution pour améliorer les sections sur la grossesse et l'accouchement ou le guide *Mieux vivre en général*

- Si vous aviez des conseils à donner à ceux qui préparent la section prénatale pour la rendre plus utile ou plus facile à consulter qu'est-ce que vous leur diriez? *La laisser répondre librement et approfondir les aspects suivants :*
 - Contenu : Voir si elle ajouterait ou enlèverait certains thèmes.
 - Forme (« contenant ») :
 - Par exemple :*
 - Table des matières plus complète?
 - Index plus détaillé?
 - Lexique plus complet?
 - Phrases moins compliquées?
 - Plus d'images avec explications en dessous?
 - Plus de messages-clés ou d'encadrés?
 - Site web interactif?
 - Autres améliorations proposées :
 - Est-ce que le format écrit actuel vous convient? Y aurait-il d'autres façons plus intéressantes pour vous de vous communiquer ces informations sur la grossesse et l'accouchement? (*Par exemple : vidéo ou DVD, fiches à apporter à la maison, objets avec messages-clés dessus, autres.*)
 - Avez-vous d'autres commentaires à formuler :
 - sur les sections sur la grossesse et l'accouchement?
 - sur le MVE?

MISES EN SITUATION

Objectif : Évaluer la compréhension de passages jugés plus difficiles à comprendre, tels que déterminés par l'équipe de production du *Mieux vivre*.

Introduction :

Maintenant, je vais vous demander d'imaginer différentes situations possibles pendant une grossesse. Je souhaite voir avec vous s'il est facile, à l'aide du guide, de trouver des réponses et de les comprendre. Je vais vous laisser consulter directement le *Mieux vivre* et je vous poserai des questions, après. Je veux évaluer les pages du guide, pas vous! Ce n'est pas grave que vous ayez la bonne ou la mauvaise réponse.

Compréhension d'une image et d'un message-clé ***Ceinture de sécurité***

Vous vous demandez si vous devez porter la ceinture de sécurité pendant toute la durée de votre grossesse. Est-ce que le *Mieux vivre* peut répondre à votre question? Que pensez-vous de la photo?

Compréhension d'un tableau ***Rhume***

Vous êtes enceinte de 30 semaines et vous avez un gros rhume. Vous voulez savoir quoi faire, comment vous soulager. Qu'est-ce que le *Mieux vivre* vous apprend?

Compréhension d'une directive ***Saignements de deuxième trimestre***

Vous êtes enceinte de 18 semaines et vous avez un saignement. Vous avez le *Mieux vivre* entre les mains. Que trouvez-vous comme information? Que pouvez-vous faire dans une telle situation?

Compréhension du texte suivi ***Dépistage prénatal du syndrome de Down (trisomie 21)***

Lors d'une visite de suivi de grossesse, votre médecin vous a parlé du dépistage prénatal du syndrome de Down (trisomie). Au cours de cet échange, vous avez entendu parler de l'amniocentèse et vous vous demandez dans quelle situation vous pourriez avoir à passer ce test. L'information sur le dépistage prénatal du syndrome de Down se trouve à partir de la page 95.

ANNEXE 7

SCHÉMA D'ENTREVUE DE GROUPE

SCHÉMA D'ENTREVUE DE GROUPE

Évaluation du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, sections sur la grossesse et l'accouchement

Objectifs

- Mieux connaître l'utilisation faite par les femmes enceintes des nouvelles sections sur la grossesse et l'accouchement ajoutées au guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (versions 2008 et 2009).
- Le cas échéant, identifier des pistes de solution permettant d'améliorer ces sections, tant dans la forme que dans le contenu, pour qu'elles soient plus utiles aux femmes enceintes.

Démarrage de l'entrevue

- S'assurer que les participantes aient en main leur copie du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (versions 2008 ou 2009).
- Chacune se présente et fait part aux autres de sa situation parentale (enceinte ou nouvelle maman depuis quand?, nombre d'enfants et leur âge, autres informations jugées importantes par les participantes).

Questions générales sur les sources d'informations prénatales

- Quand vous avez des interrogations ou des inquiétudes concernant la grossesse ou l'accouchement, où trouvez-vous des réponses à vos questions?
- Pour vous, quelle est la façon la plus simple d'obtenir des informations concernant la grossesse ou l'accouchement? *Les laisser s'exprimer librement, puis approfondir les questions suivantes :*
 - Aimez-vous être seule avec quelqu'un à qui vous pouvez poser vos questions? Qui?
 - Aimez-vous être en groupe avec d'autres femmes enceintes?
 - Aimez-vous lire des renseignements?
 - Aimez-vous que quelqu'un (une intervenante ou une professionnelles de la santé, par exemple) vous explique verbalement des renseignements écrits?
 - Aimez-vous regarder une vidéo ou un DVD?
 - Aimez-vous utiliser un ordinateur?
- Quand vous vous interrogez, qu'est-ce qui fait que vous êtes satisfaite?
 - de la réponse obtenue?
 - de l'outil utilisé?
- Connaissez-vous le guide *Mieux vivre*? (Explorer s'il s'agit d'une source d'information utilisée, s'il n'a pas encore été mentionné.)

Questions sur les sections grossesse et accouchement (MVE 2008 ou 2009)

Les prochaines questions portent sur vos commentaires pour améliorer les sections sur la grossesse et l'accouchement du *Mieux vivre* afin qu'elles deviennent plus utiles aux femmes enceintes. Même si vous n'avez pas consulté ou utilisé ces sections, vos commentaires sont précieux pour nous et votre opinion compte beaucoup pour nous aider à améliorer le guide.

Consultation des sections sur la grossesse et l'accouchement

- Avez-vous consulté les sections sur la grossesse et l'accouchement?
 - Si oui :
 - Était-ce la version papier ou Web?
 - Pouvez-vous me dire ce qui vous intéressait dans les sections sur la grossesse et l'accouchement? Pouvez-vous me donner des exemples?
 - De quelle façon avez-vous consulté cette version? *Les laisser répondre librement et approfondir les aspects suivants :*
 - Consultation ponctuelle, pour répondre à une question précise
 - Lecture continue de certains passages, pour se préparer à la grossesse ou l'accouchement, sans question précise
 - Photos, illustrations et messages-clés
 - Encadrés
 - Autres modalités de consultation :
 - Vérifier l'aisance dans la recherche d'information.
 - Avez-vous déjà discuté de certaines parties du guide (sections grossesse et accouchement) avec un(e) clinicien(ne) ou un(e) intervenant(e) (préciser le contexte, le cas échéant)?

Perception de la capacité des sections sur la grossesse et l'accouchement à répondre aux interrogations des femmes enceintes

- En général, selon votre souvenir, est-ce que vous avez trouvé des réponses à vos questions sur la grossesse et l'accouchement, dans le *Mieux vivre*?
 - Si oui : Pouvez-vous me donner des exemples?
 - Si non : Quelles questions sont demeurées sans réponse?

Perception de la compréhension des sections sur la grossesse et l'accouchement

- En général, selon votre souvenir, avez-vous l'impression que les informations étaient faciles à comprendre ou au contraire plutôt difficiles à comprendre?

Perception de la capacité des sections sur la grossesse et l'accouchement à aider les femmes enceintes dans leur prise de décisions et à améliorer leur confiance en leurs propres compétences (*empowerment*)

- En général, comment vous êtes-vous senties quand vous avez consulté le guide?
- Voir avec elles si la consultation des sections les a amenées à poser un geste ou une action et explorer.
 - Si non:

- Qu'est ce qui fait en sorte que vous n'avez pas eu l'occasion de consulter le guide *Mieux vivre*? Les laisser répondre librement et au besoin questionner sur les aspects suivants, si elles ne les mentionnent pas :
 - Distribution trop tardive
 - N'ont pas remarqué qu'il y avait une nouvelle section sur la grossesse et l'accouchement
 - Trop gros format (décourageant)
 - Trop compliqué
 - Autres explications :
- Suite à leurs réponses : Renforcer, encore une fois, que leur opinion est importante et que nous aimerions beaucoup qu'elles restent présentes jusqu'à la fin de l'entretien parce qu'elles pourront réagir aux autres questions posées et que cela nous aidera.

Pistes de solution pour améliorer les sections sur la grossesse et l'accouchement ou le guide *Mieux vivre* en général

- Si vous aviez des conseils à donner à ceux qui préparent la section prénatale pour la rendre plus utile ou plus facile à consulter qu'est-ce que vous leurs diriez? *Les laisser répondre librement et approfondir les aspects suivants :*
 - Contenu : Voir si elles ajouteraient ou enlèveraient certains thèmes.
 - Forme (« contenant ») :
 - Par exemple :*
 - Table des matières plus complète?
 - Index plus détaillé?
 - Lexique plus complet?
 - Phrases moins compliquées?
 - Plus d'images avec explications en dessous?
 - Plus de messages-clés ou d'encadrés?
 - Site web interactif?
 - Autres améliorations proposées :
 - Est-ce que le format écrit actuel vous convient? Y aurait-il d'autres façons plus intéressantes pour vous de vous communiquer ces informations sur la grossesse et l'accouchement? (*Par exemple : vidéo ou DVD, fiches à apporter à la maison, objets avec messages-clés dessus, autres.*)
 - Avez-vous d'autres commentaires à formuler :
 - sur les sections sur la grossesse et l'accouchement?
 - sur le MVE?

ANNEXE 8

FORMULAIRE « VOTRE APPRÉCIATION DU GUIDE »

Soucieux de poursuivre la tradition de rigueur scientifique et de facilité d'utilisation, nous faisons appel à vous, utilisateurs du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, afin que vous nous fassiez part de vos commentaires et de vos attentes pour les éditions futures. Nous vous invitons à compléter cette fiche d'appréciation et à nous la faire parvenir. Voici nos coordonnées :

**Institut national
de santé publique du Québec**
*Mieux vivre avec notre enfant de la
grossesse à deux ans*

945, avenue Wolfe, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 5B3

pascale.turcotte@inspq.qc.ca

***Si vous avez le goût d'en écrire plus
long, insérez ce coupon dans une
enveloppe avec votre lettre.***

6. VOTRE APPRÉCIATION DU GUIDE

1. Ce livre vous a-t-il été utile? Pourquoi?
2. Dans la vie de votre bébé, qui utilise le guide et à quelle fréquence?
 - Papa :
 - Maman :
 - Grands-parents ou famille élargie :
 - Gardiens, amis :
 - Autres, précisez :
3. Quels sont les sujets qui vous sont le plus utiles?
4. Quels sont les sujets qui vous semblent les plus importants à aborder dans la future édition du guide?
5. Que pensez-vous des nouvelles sections *Grossesse* et *Accouchement*?
6. Répondez-vous à titre de : (*cochez*)
 - Parents
 - Intervenant du réseau de la santé et des services sociaux ou des services de garde
 - Autre



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

