

Rapport synthèse

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

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

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

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

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

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

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

Yvan Comeau, Professeur titulaire, Faculté des sciences sociales, École de service social, Université Laval

Janvier 2016

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

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



Remerciements à Pamela A.-Lizotte, Marie-Christyne Élie, Marie-Isabelle Lefrançois, Jonathan Mercier, Chantale Picard, Christophe Tremblay (étudiants auxiliaires de recherche du Centre de recherche du CHU de Québec – ULaval), Emilie Raizenne (professionnelle de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec – ULaval) et Stéphane Turcotte (biostatisticien, Centre de recherche du CHU de Québec – ULaval) qui ont contribué à soutenir différentes étapes de la réalisation de ce projet et de la mise en forme de ce rapport.

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

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

Roch, G., Hamelin Brabant, L., Borgès Da Silva, R., de Montigny, F., Mbourou Azizah, G., Deshaies, M.-H., & Comeau, Y. (2015). *Rapport synthèse. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de relevailles offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval.

ISBN : 978-2-9810983-7-5 (PDF)

Dépôt légal – 1er trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
Bibliothèque et Archives Canada, 2016

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	I
LISTE DES FIGURES	III
LISTE DES GRAPHIQUES	III
AVANT-PROPOS	V
PRINCIPAUX MESSAGES ET RECOMMANDATIONS.....	VII
RAPPORT BREF	IX
INTRODUCTION	1
1. BUT, APPROCHE DE RECHERCHE ET CADRE DE RÉFÉRENCE	3
2. MÉTHODE	5
3. RÉSULTATS	7
3.1 Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits	7
3.2 Caractéristiques des centres de ressources périnatales (CRP) et modélisation de leur programme de relevailles	12
3.3 Évaluation des services de relevailles et de leurs retombées auprès des familles	17
4. DISCUSSION	25
4.1 Une utilisation qui témoigne d'une innovation sociale pertinente	25
4.2 Des retombées au-delà de l'expérience de vulnérabilité et des besoins exprimés	26
4.3 Apports et limites de l'étude.....	27
CONCLUSION.....	29
RÉFÉRENCES.....	31
ANNEXE 1: PLAN DE CONCEPTS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	37
ANNEXE 2: ORGANIGRAMME DE SÉLECTION DES ÉTUDES.....	39
ANNEXE 3: COMPOSANTES ASSOCIÉES AUX DIMENSIONS DE VULNÉRABILITÉ	41
ANNEXE 4: TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTUDES RETENUES	43
ANNEXE 5: TERRITOIRES COUVERTS PAR LES CRP ET RLS CORRESPONDANTS.....	63
ANNEXE 6: NOMBRE DE CRP SELON LE NOMBRE DE FAMILLES REJOINTES EN 2011-2012 POUR L'ENSEMBLE DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES.....	65
ANNEXE 7: CATÉGORIES D'ACTIVITÉS ET DE SERVICES EN PÉRINATALITÉ OFFERTS PAR LES CRP EN 2011-2012	67
ANNEXE 8: CLASSIFICATION DES PRINCIPALES TÂCHES RÉALISÉES PAR LES BÉNÉVOLES AU SEIN DES CRP EN 2011-2012	69
ANNEXE 9: MODÈLE LOGIQUE DU PROGRAMME DE RELEVAILLES	71

ANNEXE 10: SECTEURS D'ACTIVITÉS ET EXEMPLES D'ORGANISATIONS AVEC LESQUELS LES CRP ONT DÉVELOPPÉ DES LIENS ET DES ENTENTES.....	73
ANNEXE 11: CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES DES CRP.....	75
ANNEXE 12: CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES UTILISATRICES DES RELEVAILLES	77
ANNEXE 13: BESOINS EXPRIMÉS LORS DE L'INSCRIPTION.....	79
ANNEXE 14: POURCENTAGE DE VISITES ASSOCIÉES À L'ASSISTANTE PÉRINATALE PRINCIPALE POUR UNE FAMILLE PAR CRP.....	81
ANNEXE 15: NOMBRE MOYEN DE JOURS ENTRE LA PREMIÈRE ET LA DERNIÈRE VISITE PAR CRP.....	83
ANNEXE 16: NOMBRE MOYEN DE VISITES POUR UNE FAMILLE PAR CRP	85
ANNEXE 17: NOMBRE MOYEN DE VISITES PAR MOIS POUR UNE FAMILLE PAR CRP.....	87
ANNEXE 18: NOMBRE MOYEN DE VISITES PAR MOIS PAR ASSISTANTE PÉRINATALE POUR UNE FAMILLE PAR CRP.....	89
ANNEXE 19: DESCRIPTION DES PROFILS DE GLOBALITÉ.....	91
ANNEXE 20: COEFFICIENTS DE CORRÉLATION INTRA-CLASSE.....	93
ANNEXE 21: SIGNIFICATION DES LIENS (P) - CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES.....	95
ANNEXE 22: SIGNIFICATION DES LIENS (P) - CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES	97
ANNEXE 23: SIGNIFICATION DES LIENS (P) - BESOINS EXPRIMÉS SPONTANÉMENT PAR LES FAMILLES	99
ANNEXE 24: ASSOCIATIONS POTENTIELLES PAR INDICATEUR.....	101
ANNEXE 25: CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS AUX ENTRETIENS.....	103
ANNEXE 26: CARACTÉRISTIQUES DES VISITES DE RELEVAILLES REÇUES PAR LES PARENTS PARTICIPANTS.....	105
ANNEXE 27: CATÉGORIES, SOUS-CATÉGORIES ET EXEMPLES DE VERBATIM ILLUSTRANT L'EXPÉRIENCE DE VULNÉRABILITÉ	107
ANNEXE 28: CATÉGORIES, SOUS-CATÉGORIES ET EXEMPLES DE VERBATIM ILLUSTRANT LES BESOINS MOTIVANT LE RECOURS AUX RELEVAILLES.....	109
ANNEXE 29: CATÉGORIES, SOUS-CATÉGORIES ET EXEMPLES DE VERBATIM ILLUSTRANT LES RETOMBÉES DES RELEVAILLES	111
ANNEXE 30: EXPÉRIENCE DE VULNÉRABILITÉ, BESOINS EXPRIMÉS À L'ÉGARD DES RELEVAILLES ET RETOMBÉES DU PROGRAMME SUR LES PARENTS UTILISATEURS SELON LES DIMENSIONS BIOLOGIQUE, PSYCHOLOGIQUE, SOCIALE ET COGNITIVE DE VULNÉRABILITÉ..	113

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cadre de référence intégré.....	3
Figure 2: Expériences de vulnérabilité, besoins exprimés à l'égard des relevailles et retombées selon les dimensions et composantes de vulnérabilité	24

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Classification des profils de tâches réalisées lors des visites auprès des familles	19
--	----

AVANT-PROPOS

Ce rapport synthèse a été construit de manière à faciliter le partage des connaissances issues de la recherche avec les décideurs, praticiens et tout autre personne intéressée par la vulnérabilité en période périnatale, les centres de ressources périnatales (CRP), ainsi que l'utilisation et les retombées de leur service de relevailles auprès des familles. Pour en maximiser la consultation et la diffusion, il comprend non seulement une synthèse de la recherche en 25 pages, mais aussi deux feuillets détachables :

- Principaux messages et recommandations (1 page)
- Rapport bref (5 pages)

Pour de plus amples informations sur les résultats relevant des trois volets de cette recherche il est possible de consulter les rapports complets disponibles pour consultation en ligne :

Hamelin Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.H., MBourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M., Borgès Da Silva, R. et Comeau, Y. (2013). [*Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits*](#). Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec. ISBN : 978-2-9810983-2-0.

Roch, G., Deshaies, M.H., Comeau, Y., Hamelin Brabant, L., Borgès Da Silva, R., de Montigny, F., & Mbourou Azizah, G. (2014). [*Caractéristiques des centres de ressources périnatales \(CRP\) et de leur programme de relevailles*](#). Rapport de recherche volet 2. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec. ISBN : 978-2-9810983-3-7.

Roch, G., Borgès Da Silva, R., de Montigny, F., Hamelin Brabant, L., Deshaies, M.-H., Turcotte, S., Mbourou Azizah, G., Tremblay, C., & Comeau, Y. (2015). [*Évaluation des services de relevailles et de leurs retombées auprès des familles*](#). Rapport de recherche volet 3. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de relevailles offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec. ISBN : 978-2-9810983-4-4.

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

Équipe de recherche :

Geneviève Roch, inf.
Ph.D. Université Laval,
Faculté des sciences
infirmières

Louise Hamelin Brabant,
inf. Ph.D. Université Laval,
Faculté des sciences
infirmières

Roxane Borgès Da Silva,
Ph.D. Université de
Montréal, Faculté des
sciences infirmières

Francine de Montigny,
Ph.D. Université du
Québec en Outaouais,
Département des
sciences infirmières

Ginette Mbourou Azizah,
Ph.D. Université Laval,
Faculté des sciences
infirmières

Marie-Hélène Deshaies,
M.A. Professionnelle de
recherche, Centre de
recherche du CHU de
Québec – UL

Yvan Comeau,
Ph.D. Université Laval,
École de travail social,
Faculté des sciences
sociales

Projet réalisé dans le
cadre d'une recherche
collaborative avec le
Réseau des Centres de
ressources périnatales
(CRP) et financé par
Avenir d'enfants et le
ministère de la Santé et
des Services sociaux du
Québec.

PRINCIPAUX MESSAGES

- La **naissance d'un enfant** constitue une **période de transition** au cours de laquelle s'accroît la possibilité d'expérimenter **différentes formes de vulnérabilité**, **motivant** le recours au soutien offert par les centres de ressources périnatales (CRP).
- Le programme de relevailles est offert par les CRP à l'intérieur d'une **gamme d'activités et de services** afin de répondre à une **diversité de besoins évolutifs en période périnatale**, pour créer des environnements favorables à la santé.
- Le programme de relevailles constitue une **innovation sociale** qui s'inscrit dans une **approche de promotion de la santé** dont les résultats visent le renforcement des **habiletés parentales**, des **liens d'attachement**, la **prévention** d'incidents sociaux ou de santé et le **développement sain des enfants**.
- **Trois caractéristiques** des relevailles maximisent ses retombées: 1) le **caractère personnalisé et polyvalent des tâches** assumées par les assistantes périnatales; 2) le maintien d'une **continuité relationnelle** entre l'assistante périnatale et la famille; 3) l'**expertise expérientielle des assistantes périnatales**, qui se renouvelle au contact de nombreuses familles.

RECOMMANDATIONS

- 1) Reconnaître les dimensions de vulnérabilité en période périnatale pouvant être vécue par la **clientèle universelle**.
- 2) Miser sur la continuité relationnelle assurée par les relevailles pour **promouvoir le dépistage** et l'**intervention précoce** lors de situations à risque.
- 3) Maximiser la **complémentarité** des relevailles avec le secteur de la santé et des services sociaux.
- 4) Maximiser le développement des relevailles pour **consolider l'offre de soutien et de services** durant la période postnatale, pour des clientèles cibles comme pour la clientèle universelle.
- 5) Considérer le développement des CRP afin de **maximiser l'accessibilité à des ressources** de soutien disposant d'un éventail d'activités en périnatalité.
- 6) Considérer l'**apport original et novateur** des relevailles en tant que **stratégie de promotion de la santé**.
- 7) Considérer l'**apport des relevailles** aux stratégies de mise en œuvre de politiques en santé et services sociaux, santé publique, jeunes en difficulté, famille et périnatalité.

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

- Rapport bref -

Équipe de recherche :

Geneviève Roch, inf.
Ph.D. Université Laval,
Faculté des sciences
infirmières

**Louise Hamelin
Brabant**, inf. Ph.D.
Université Laval, Faculté
des sciences infirmières

Roxane Borgès Da Silva,
Ph.D. Université de
Montréal, Faculté des
sciences infirmières

Francine de Montigny,
Ph.D. Université du
Québec en Outaouais,
Département des
sciences infirmières

**Ginette Mbourou
Azizah**, Ph.D. Université
Laval, Faculté des
sciences infirmières

Marie-Hélène Deshaies,
M.A. Professionnelle de
recherche, Centre de
recherche du CHU de
Québec - UL

Yvan Comeau,
Ph.D. Université Laval,
École de travail social,
Faculté des sciences
sociales

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Dans une optique de consolidation des services en périnatalité, il importe de bien cibler l'apport de chacun des acteurs pouvant contribuer à la santé et au bien-être des familles. Les centres de ressources périnatales (CRP) dispensent un programme de soutien postnatal à domicile appelé « relevailles » afin d'**écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation** du quotidien. En vue d'optimiser l'offre de services en réseau, il convient d'en évaluer l'utilisation et les retombées, tout en cernant en quoi le soutien apporté par les relevailles répond à la vulnérabilité en période périnatale.

OBJECTIFS

Volet 1 : Synthétiser les connaissances relatives aux dimensions de vulnérabilité en période périnatale qui génèrent un besoin de soutien postnatal.

Volet 2 : Caractériser les CRP et leur programme de relevailles.

Volet 3 : Évaluer l'utilisation des relevailles et leurs retombées auprès des familles.

MÉTHODE

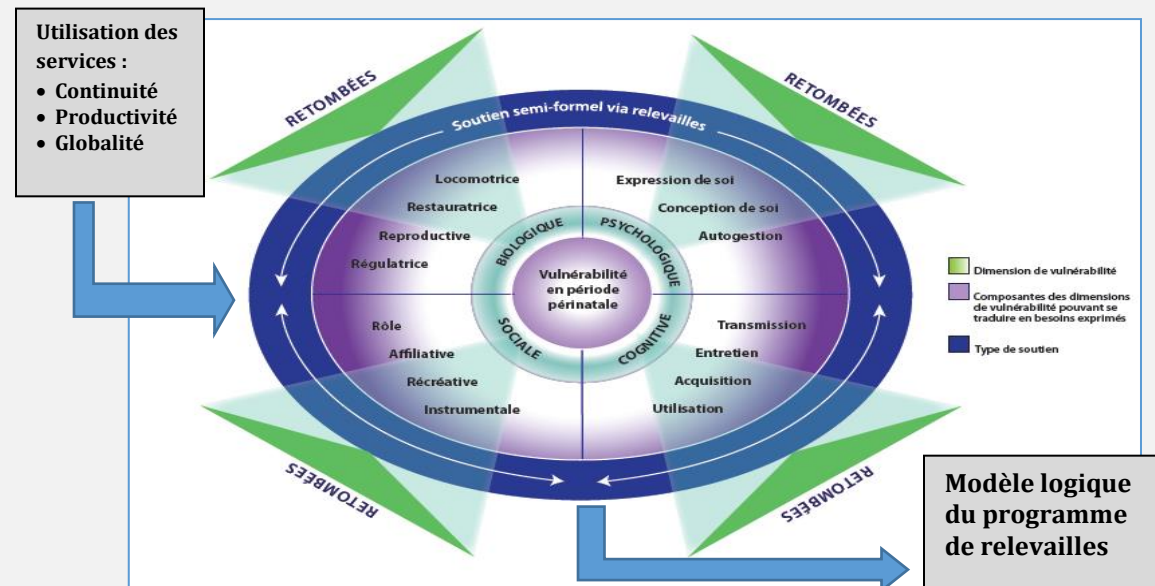
Trois volets avec devis de méthodes mixtes :

Volet 1 : Recension d'écrits narrative (10 bases de données) couvrant la période de 1990 à mars 2013.

Volet 2 : Démarche d'échange d'informations stratégiques (9 CRP) et modélisation du programme de relevailles avec sources documentaires (n= 473) et entretiens (n=21) auprès d'acteurs des CRP.

Volet 3 : Données d'enquête compilées par 8 CRP (fiches d'inscription, fiches de visites) d'avril 2013 à avril 2014. Intégration avec constats issus de 17 entretiens individuels et 3 de groupe (N=28) auprès de parents utilisateurs recrutés dans 3 CRP.

CADRE DE RÉFÉRENCE



Adapté de Borgès Da Silva et al. (2011), Lessick et al. (1992), Moran et al. (2004), Roch et al. (2014) et Rogers (1997)

Projet réalisé dans le cadre d'une recherche collaborative avec le Réseau des Centres de ressources périnatales (CRP) et financé par Avenir d'enfants et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Collaborations :

Pamela A.-Lizotte,
Marie-Christyne Élie,
Marie-Isabelle
Lefrançois,
Jonathan Mercier,
Chantale Picard,
Christophe Tremblay,
 étudiants auxiliaires de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec – UL
 et
Emilie Raizenne,
 Professionnelle de recherche, Centre de recherche du CHU de Québec – UL
Stéphane Turcotte,
 M.Sc. Biostatisticien,
 Centre de recherche du CHU de Québec – UL

Merci aux parents, aux CRP et aux membres des comités d'encadrement (comité de suivi et comité des sages) qui ont contribué à la réalisation de cette recherche.

Pour plus
 d'information:
 Geneviève Roch

[Genevieve.Roch@fsi.ula
 val.ca](mailto:Genevieve.Roch@fsi.ula.val.ca)

418-656-2131 poste
 13345

FAITS SAILLANTS

Volet 1

- La transition à la parentalité implique l'imbrication de plusieurs dimensions de vulnérabilité sur les plans biologique, psychologique, social et cognitif.
- La vulnérabilité associée à la transition paternelle est très peu documentée.
- Les dix composantes de vulnérabilité sont sensibles au soutien semi-formel.

Volet 2

- Le fonctionnement des CRP relève de l'action communautaire et du mouvement de l'économie sociale en misant sur l'action citoyenne, l'apport de bénévoles/salariés et le croisement de différentes sources de financement.
- Les CRP sont des milieux de vie et d'apprentissage où sont produites dix catégories d'activités et de services s'adressant à des clientèles ciblée et universelle.
- Le programme de relevailles s'inscrit dans une approche de promotion de la santé visant le renforcement des habiletés parentales, des liens d'attachement et le développement des enfants.

Volet 3

- Une clientèle aux statuts socio-économiques variés présentant principalement des besoins instrumentaux et de répit.
- Quatre profils d'activités permettant de situer la spécificité du service et la globalité des tâches réalisées à domicile par les assistantes périnatales.
- En moyenne : 10 visites par famille, avec étendue de 109 jours entre la première et la dernière. La continuité relationnelle : un atout pour maximiser les liens de confiance.
- Les retombées des relevailles vont au-delà de l'expérience de vulnérabilité et des besoins exprimés par les parents, ce qui confirme la pertinence de ce service.
- Trois caractéristiques des relevailles maximisent ses retombées : 1) caractère personnalisé et polyvalent des tâches assumées par les assistantes périnatales; 2) maintien d'une continuité relationnelle; 3) expertise expérientielle des assistantes périnatales, qui se renouvelle au contact de nombreuses familles.
- L'intégration des constats quantitatifs et qualitatifs révèle: 1) cohérence dans les besoins exprimés; 2) pertinence de la concentration des visites; 3) force partagée en matière de continuité relationnelle; 4) productivité maximisant des acquis expérientiels; 5) polyvalence se traduisant par quatre profils de globalité adaptés à l'évolution des besoins familiaux.

PISTES D'ACTION

- Considérant que 52,0 % des mères ayant eu recours aux relevailles ont un niveau collégial/universitaire, **explorer comment mieux rejoindre les familles cibles moins scolarisées**, tout en maintenant l'**accessibilité aux clientèles universelles**.
- Miser sur la continuité relationnelle des relevailles pour **promouvoir le dépistage et l'intervention précoce** lors de situations à risque (ex. : dépression).
- Utiliser les profils de globalité pour **maximiser complémentarité avec le secteur santé**.
- Intégrer les relevailles aux **stratégies de mise en œuvre** des politiques de périnatalité, de services sociaux, de famille et de santé publique.

RÉSULTATS VOLET 1 : RECENSION DES ÉCRITS

- N=30 études retenues
- devis quantitatif (N=8),
devis qualitatif (N=18)
devis mixte (N=4)
- 25 études s'intéressent
spécifiquement aux
mères, 1 aux pères et 4
aux deux à la fois
- Composantes et
catégories associées aux
différentes dimensions
de vulnérabilité
présentées à la Figure 2

Figure 2 : Composantes et catégories associées aux dimensions de vulnérabilité

Dimensions	Composantes	Catégories issues de la recension des écrits
Biologique	Restauration	- Manque de sommeil et fatigue
	Régulation	- Difficultés liées à l'allaitement
Psychologique	Expression de soi	- Intensité et variabilité émotionnelles
	Conception de soi	- Image et estime de soi altérées
	Autogestion	- Besoin soutien émotionnel
Sociale	Rôle	- Quotidien transformé - Besoin de se reconnaître et d'être reconnu comme de bons parents
	Affiliatif	- Relation conjugale en changement - Relation sociales transformées - Besoin soutien social pairs/mentors - Obstacles demande et accès à l'aide
	Instrumental	- Aide tangible au quotidien - Besoins particuliers en période difficile - Nécessité de prendre une pause
Cognitive	Acquisition de l'information	- Besoin d'apprendre à prendre soin - Besoins particuliers (vulnérabilité) - Nécessité de prendre une pause
	Utilisation de	- Ne pas se sentir suffisamment préparé

RÉSULTATS VOLET 2 : CARACTÉRISTIQUES DES CRP ET MODÉLISATION DU PROGRAMME DE RELEVAILLES

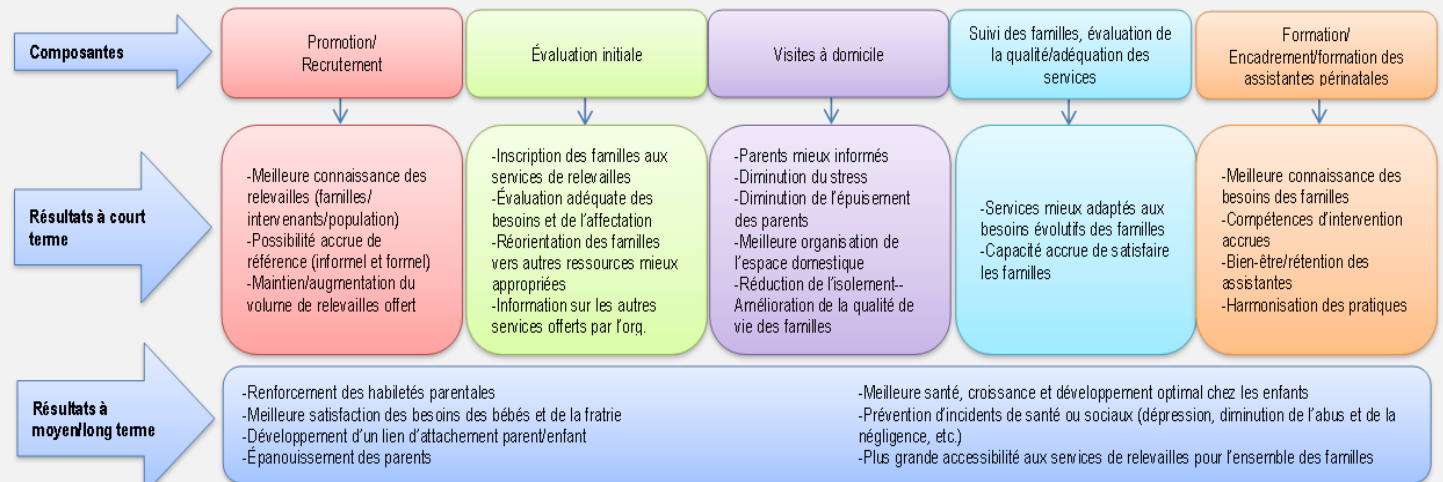
Caractéristiques des CRP

- Organismes à but non lucratif (OBNL) constitués entre 1979 et 1998 : 1 s'est initialement constitué en tant que CRP; 8 ont développé un volet d'économie sociale à partir de la fin des années 1990
- Tous ont une mission périnatalité, l'un d'entre eux l'élargit jusqu'à 5 ans et 4 ont aussi une mission famille
- Activités de relevailles ont débuté entre les années 1987 et 2001
- Programmation variée d'activités et de services en périnatalité
- Financement annuel diversifié, incluant en moyenne 17 % pour la mission globale (MSSS ou MF), 37 % du MSSS pour le volet économie sociale et 46 % de revenus autres, dont la vente de bien et de services

Modélisation du programme de relevailles

- Modèle logique générique développé à partir des modèles logiques spécifiques à la mise en œuvre de ce programme dans les 9 CRP participant à l'étude
- 5 composantes auxquelles sont rattachés des résultats à court, moyen et long termes (Figure 3)

Figure 3 : Composantes et résultats du modèle logique du programme de relevailles



RÉSULTATS VOLET 3 : UTILISATION DES RELEVAILLES ET RETOMBÉES AUPRÈS DES FAMILLES

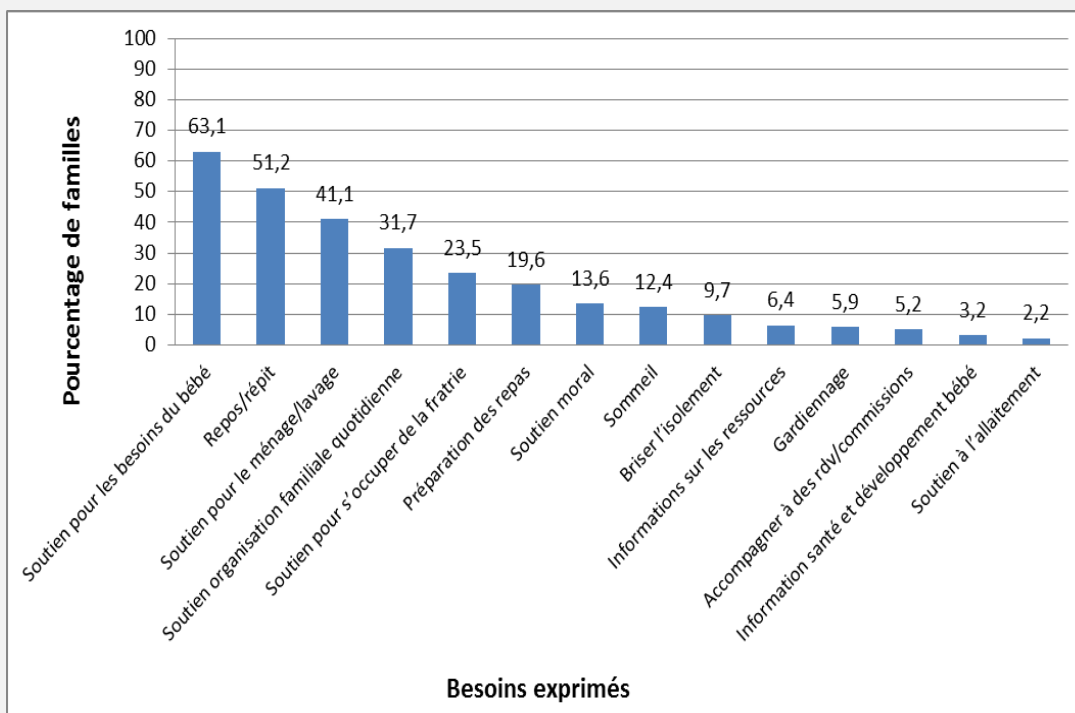
Caractéristiques des familles utilisatrices

- 404 familles; 4150 visites en 12 mois
- Caractéristiques sociodémographiques diversifiées (Tableau 1)
- Pourcentage de parents demandeurs issus de l'immigration est comparable au taux d'immigrants au Québec
- Majorité a un revenu familial inférieur à 60 000 \$, mais plus de 50 % ont un niveau de scolarité post-secondaire
- Près de 80 % ont d'autres enfants

Tableau 1 : Caractéristiques des familles utilisatrices (n=404)

Caractéristiques	Effectif (%)	n
Parent demandeur de sexe féminin	98,3	397
Parent demandeur issu de l'immigration	11,6	47
Famille monoparentale	20,0	81
Scolarité complétée de la mère		
Primaire/secondaire	27,5	111
Professionnel	11,4	46
Collégial/ Universitaire	52,0	210
Référé par un professionnel	37,4	151
Accès régulier à d'autres sources de soutien	79,5	321
Grossesse multiple	9,9	40
Présence autre enfants	77,7	314
		M [ÉT]
Âge du parent demandeur (années)	33,5	[14,6]
Âge du bébé au début des relevailles (mois)	2,4	[0,3]

Figure 4 : Besoins exprimés par les familles utilisatrices lors de l'inscription (n=404)



Besoins exprimés par les familles utilisatrices lors de l'inscription

- Soutien pour les différents besoins du bébé (63,1 %) et le repos/répit (51,2 %) (Figure 4)

Caractéristiques organisationnelles des CRP

- 5 CRP ont une mission périnatalité; 3 CRP ont une mission périnatalité et famille
- Nombre d'heures de relevailles sur 12 mois : 3CRP < 1000 heures; 1 outCRP entre 1000 et 2000 heures; 4 CRP > 2000 heures

Utilisation des relevailles

Continuité

- En moyenne, 87,6 % des visites sont réalisées par la même assistante périnatale
- Nombre moyen de jours écoulés entre la première et la dernière visite : 109,1 jours
- Nombre moyen de visites par famille : 10,3 visites

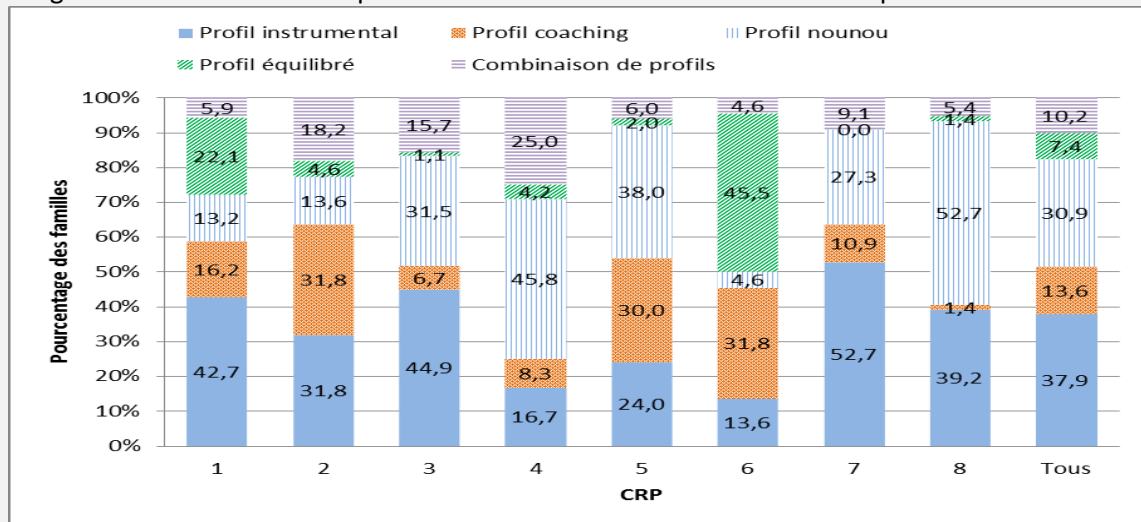
Productivité

- Nombre moyen de visites par mois pour une même famille par CRP : 4,5 visites

Globalité

- 4 profils spécifiant la nature et la proportion des activités à domicile: instrumental, coaching, nounou, équilibré
- Proportions diffèrent d'un CRP à l'autre; en moyenne pour tous le profil instrumental est prédominant (Figure 5)

Figure 5 : Classification des profils de tâches réalisées lors des visites auprès des familles



Retombées des relevailles auprès des familles

Figure 6 : Expérience de vulnérabilité, besoins exprimés et retombées des relevailles

Dimensions	Expérience de vulnérabilité en période prénatale	Besoins exprimés à l'égard des relevailles	Retombées des relevailles sur les parents utilisateurs
Biologique	- Difficulté grossesse/ accouchement/ allaitement - Fatigue/manque de sommeil	- Repos/sommeil	- Repos/sommeil
Psychologique	- Intensité émotionnelle - Difficulté à s'adapter - Conception de soi altérée	- Répit/temps pour soi - Soutien émotionnel/ réconfort	- Répit/temps pour soi - Soutien émotionnel/ réconfort - Réduction stress/ ampleur des tâches - Pères rassurés
Sociale	- Réseau familial incapable d'assurer soutien nécessaire - Difficulté lourdeur/ cumul des tâches - Bébé/ enfants exigeants - Difficulté conjugales	- Aide tâches domestiques - Aide soins au bébé/ autres enfants	- Socialiser, échanger, briser l'isolement - Aide tâches domestiques - Temps pour travailler, étudier, réaliser certaines tâches - Disponibilité accrue pour enfants/vie de famille - Temps en couple
Cognitive	---	---	- Acquisition connaissances/ compétences liées aux soins des enfants - Rétroaction compétences parentales - Apprendre à accepter l'aide/faire confiance

- 26/28 participants sont des femmes
- 17 âgés entre 30 et 37 ans
- 26 en couple avec le parent du bébé
- 20 ont d'autres enfants
- 14 de niveau universitaire; 7 de niveau collégial; 6 de niveau professionnel
- Retombées des relevailles vont au-delà de l'expérience de vulnérabilité et des besoins exprimés à l'égard des relevailles (Figure 6)

INTRODUCTION

On estime à 88 600 le nombre de naissances au Québec en 2013, soit l'un des nombres les plus élevés depuis les seize dernières années (Institut de la statistique du Québec, 2014). D'un point de vue démographique, il s'agit d'une excellente nouvelle, mais au niveau de l'offre des services, ces naissances soulèvent d'importants enjeux. En effet, la durée moyenne des séjours hospitaliers au moment de l'accouchement a été réduite de 12 % depuis 2005 (Institut canadien d'information sur la santé, 2011) et avec la pénurie d'effectifs professionnels, le soutien apporté aux parents, au cours et au-delà de la période périnatale, se trouve aussi plus limité (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011).

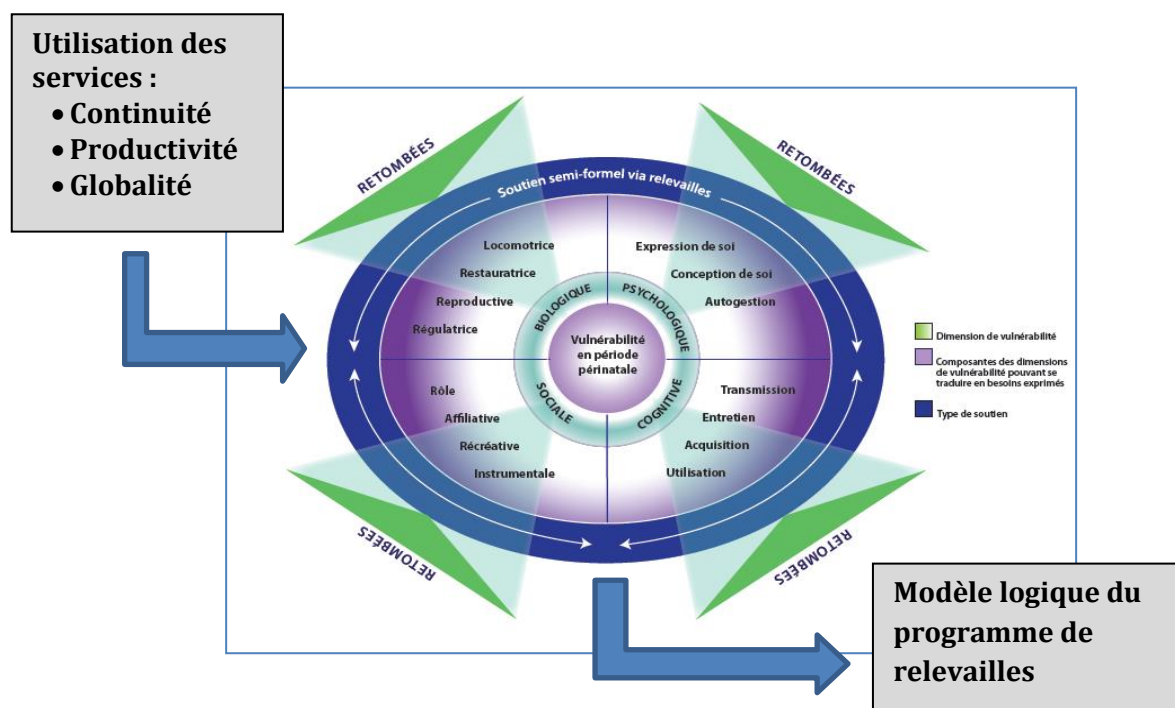
Dans une optique de consolidation des services en périnatalité, il importe de bien cibler l'apport de chacun des acteurs pouvant contribuer à la santé et au bien-être des familles, incluant celui d'entreprises d'économie sociale comme les centres de ressources périnatales (CRP). Le soutien que ces organismes dispensent se traduit notamment par un service découlant d'un programme de visites à domicile appelé « relevailles », afin d'écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation du quotidien. En vue d'optimiser l'offre de relevailles, il convient non seulement d'en évaluer l'utilisation et la portée, mais aussi de mieux cerner en quoi le soutien qu'il apporte répond à la vulnérabilité en période périnatale. La réalisation d'une recherche collaborative en trois volets, s'appuyant sur l'intégration de méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives), a été privilégiée pour répondre à ces préoccupations qui sont partagées par les membres du Réseau des CRP. Le premier volet a consisté à produire une recension d'écrits sur la vulnérabilité périnatale pouvant générer le recours à un soutien social informel ou semi-formel (Hamelin-Brabant et al., 2013), le second a permis de caractériser les CRP et leur programme de relevailles (Roch et al., 2014), alors que le troisième avait pour but d'évaluer l'utilisation des relevailles et de leurs retombées auprès des familles (Roch et al., 2015).

La première section du rapport présente le but, l'approche de recherche et le cadre de référence qui soutiennent la réalisation de cette recherche. La seconde section expose les méthodes utilisées pour répondre aux objectifs. La troisième section présente les résultats issus des trois volets de l'étude. Enfin, une synthèse critique suit dans la discussion, avant de conclure avec les principales contributions.

1. BUT, APPROCHE DE RECHERCHE ET CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce projet en trois volets a pour but 1) de synthétiser les connaissances relatives aux dimensions de vulnérabilité en période périnatale qui génèrent un besoin de soutien social postnatal, 2) de documenter les caractéristiques des organismes qui offrent des services de « relevailles » et 3) d'évaluer l'utilisation et l'impact des services de « relevailles » offerts par les CRP. Il s'inscrit dans une approche de recherche collaborative (Baumbusch et al., 2008), visant à maximiser le partage des connaissances avec les utilisateurs potentiels. Les fondements théoriques et conceptuels qui ont soutenus l'analyse et l'interprétation des données ont conduit au cadre de référence intégré illustré à la Figure 1. Celui-ci prend assise dans un modèle théorique infirmier sur la vulnérabilité périnatale (Lessick, Woodring, Naber et Halstead, 1992), adapté pour reconnaître les retombées du soutien semi-formel offert par des organismes à but non lucratif (OBNL) comme les CRP (Moran, Ghate et van der Merwe, 2004; Rogers, 1997). Les fondements conceptuels de continuité, productivité et globalité définis par ont été adaptés par Borgès Da Silva, Contandriopoulos, Pineault et Tousignant (2011) pour l'évaluation de l'utilisation des services de relevailles. L'évaluation des retombées et leur intégration avec les constats sur l'utilisation des relevailles s'est faite via le modèle théorique sur la vulnérabilité et le modèle logique de programme dégagés du volet II (Roch et al., 2014).

FIGURE 1: CADRE DE RÉFÉRENCE INTÉGRÉ



Adapté de Borgès Da Silva et al. (2011), Lessick et al. (1992), Moran et al. (2004), Roch et al. (2014) et Rogers (1997)

2. MÉTHODE

La réalisation de cette recherche collaborative en trois volets s'est appuyée sur un devis de méthodes mixtes précédé d'une recension des écrits intégrative.

Volet 1

Recension des écrits intégrative effectuée dans dix bases de données couvrant la période de 1990 à mars 2013 à partir de quatre grands thèmes (Annexe 1). Les étapes de sélection des études sont détaillées à l'Annexe 2. L'analyse a consisté à classer les thèmes issus des études retenues selon les dimensions de vulnérabilité et leurs composantes tel que détaillé à l'Annexe 3 (Lessick et al., 1992).

Volet 2

Une démarche d'échange d'informations stratégiques (Côté, Lauzon et Kyd-Strickland, 2008; Pashiardis, 1996) a permis de documenter les caractéristiques des CRP en s'appuyant sur une adaptation sommaire de la grille de Comeau (2000). Un modèle logique du programme de relevailles (Porteous, 2009) a ensuite été dégagé sur la base des spécificités de sa mise en œuvre dans chacun des CRP pour l'année de référence 2011-2012. Les résultats présentés sont issus de l'analyse de quatre sources de données : 1) sources documentaires internes aux CRP (n=423); 2) sources documentaires externes aux CRP (n=50); 3) 13 entretiens pour informations complémentaires auprès de représentants des 9 CRP; 4) 8 entretiens de vérification des modèles logiques spécifiques auprès des représentants de 8 des 9 CRP.

Volet 3

Les résultats de ce volet sont issus de l'intégration de méthodes mixtes (quantitatives-qualitatives) selon un devis de recherche parallèle convergent (Creswell et Plano Clark, 2011). **L'évaluation de l'utilisation des relevailles** s'est appuyée sur des données d'enquête compilées par 8 CRP. Des analyses descriptives de correspondances multiples associée à une classification ascendante hiérarchique et de régressions multi-niveaux ont permis de dégager des indicateurs de continuité, de productivité et de globalité, puis d'explorer les associations. **L'évaluation des retombées du programme de relevailles** s'est réalisée à partir de 17 entretiens semi-dirigés individuels (16F/1H) et trois entretiens de groupe (10F/1H) auprès de parents utilisateurs de relevailles dans trois CRP désignés (N=28). Les entretiens ont été réalisés entre les mois de novembre 2013 et juin 2014. Une méthode d'analyse de contenu dirigée a été utilisée (Hsieh et Shannon, 2005) avec le soutien du logiciel d'analyse QDA Miner, Provalis.

3. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats de chacun des volets de la recherche : 1) recension des écrits sur la vulnérabilité périnatale; 2) caractéristiques des CRP et modélisation de leur programme de relevailles; 3) évaluation des services de relevailles et de leurs retombées auprès des familles.

3.1 VULNÉRABILITÉ PÉRINATALE ET SOUTIEN SOCIAL EN PÉRIODE POSTNATALE : UNE RECENSION DES ÉCRITS

Trente études ont été retenues. Parmi celles-ci, 13 proviennent d'Amérique du Nord, 13 d'Europe et 4 d'Océanie. La majorité (n = 24), ont été publiées dans la dernière décennie. Huit adoptent un devis quantitatif, 18, un devis qualitatif et quatre, un devis mixte. Vingt-cinq s'intéressent aux mères, une aux pères, quatre aux deux à la fois et aucune aux enfants de la fratrie. Le tableau descriptif des études retenues est présenté à l'Annexe 4. Les composantes associées aux dimensions de vulnérabilité sont présentées dans les sections suivantes en référant aux numéros des études de l'Annexe 4.

3.1.1 LA DIMENSION BIOLOGIQUE

La dimension biologique de la vulnérabilité réfère principalement à la composante restauratrice (sommeil, repos, relaxation) alors que l'aspect régulateur (fonction endocrinienne, métabolique ou neurale) en période postnatale n'est abordé que par les inquiétudes liées à l'allaitement.

Le manque de sommeil est une préoccupation importante pour les nouvelles mères, surtout pour celles qui s'occupent d'enfants plus âgés^{8,21,23,25}. Des mères font état d'un manque d'énergie, d'un sentiment de fatigue^{3,6,8,19,25,27,29} et d'un sentiment d'épuisement, parfois reliées aux difficultés d'allaitement^{12,25}.

3.1.2 LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

La dimension psychologique de vulnérabilité identifiée se rapporte aux trois composantes : 1) l'expression de soi (affect, humeur et émotions); 2) la conception de soi (image corporelle et concept de soi); 3) l'autogestion (adaptation).

L'expression de soi

Les études rapportent des états de tristesse, d'inquiétude³, de stress ou d'anxiété^{5,24,25,27} chez plusieurs parents et une variabilité importante des émotions chez les nouvelles mères²⁹. Pour certaines, la transition à la maternité serait un véritable choc^{14,24,30}. Les mères ayant plusieurs enfants

se sentiraient mieux préparées³. Quant aux pères présentant des symptômes dépressifs, leur état s'améliore lors de la naissance d'un bébé en santé⁴.

La conception de soi

Les études dévoilent que l'estime de soi de la mère peut être minée par l'importante somme d'énergie consacrée à son rétablissement et aux soins du bébé⁶ ainsi que par un sentiment d'incompétence lorsqu'elle doit recourir à un tiers³⁰. Au point de vue identitaire, la maternité ferait passer la femme d'une posture d'experte confiante et en contrôle sur sa vie à une posture de novice qui éprouve confusion et doute sur elle-même³⁰. Les premières difficultés avec l'enfant (ex. : coliques) sont perçues par des parents comme la démonstration de leur incompétence¹⁴. Chez la plupart, ces inquiétudes s'atténuent à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience et de la confiance en eux^{6,14,30}.

L'autogestion

Plusieurs études font état des besoins des mères de partager ce qu'elles ressentent^{1,3,5,8,9,13,23}, de normaliser et valider leur expérience^{5,6,8,9,11,20,27,29}, de pouvoir se plaindre sans se sentir coupables⁵, d'être rassurées sur leurs capacités à s'occuper du bébé^{1,6,9,14,19,27} et d'être soutenues par les proches pour maintenir leur estime d'elles-mêmes^{1,6,14,24,26,27}.

3.1.3 LA DIMENSION SOCIALE

La dimension sociale de vulnérabilité concerne quatre composantes : 1) le rôle (endossement d'un titre ou d'une position particulière); 2) l'affiliatif (relations interpersonnelles et d'appartenance); 3) le récréatif (loisirs); 4) l'instrumental (soins aux enfants, obligations financières, tâches familiales et domestiques).

Le rôle

Plusieurs études se sont intéressées à l'adaptation au rôle parental. La grossesse et l'arrivée d'un bébé impliquent de nouvelles responsabilités et d'importants changements au mode de vie des parents^{2,3,5,12,15,29,30}. La réalité quotidienne diffère souvent de ce qu'avaient prévu les mères; des attentes trop élevées occasionnent déception et confusion^{6,27,30}. Certaines, ayant cru pouvoir contrôler les conditions de leur maternité comme d'autres aspects de leur vie antérieure^{11,12,30}, expérimentent une perte de contrôle^{11,30}. Le risque de dépression croît avec l'intensité du désir de conserver un contrôle sur sa vie¹¹. Par ailleurs, plusieurs études rapportent d'importantes pressions ressenties pour être de « super-parents » durant la période postnatale. Les parents veulent performer dans leur nouveau rôle²⁹. L'allaitement^{11,27} et la capacité à bien s'acquitter des tâches domestiques et familiales²³ apparaissent comme les principaux indicateurs de la réussite maternelle.

La pression est intense pour plusieurs mères et alimente leur doute sur leurs capacités à bien assumer leur rôle³⁰.

L'affiliatif

L'évolution des relations de couple et du réseau social avec l'arrivée de l'enfant ont fait l'objet d'une attention particulière. La relation conjugale se transforme au risque de générer des conflits^{3,25}. L'arrivée de l'enfant peut exacerber les tensions, créer une distance émotionnelle et réduire le temps passé en couple²⁵. Des mères soutiennent que le soutien du conjoint est plus important en période postnatale que prénatale¹⁶.

Les liens avec le réseau social se transforment. Plusieurs mères se sentent isolées à la maison avec leur bébé^{1,3,14-16,21,29}. Certains parents perdent de vue leurs amis sans enfant et se rapprochent de ceux qui en ont^{14,16} ou des membres de leur propre famille^{14,17,18}. Le réseau se referme autour du couple avec les grands-parents; les proches, amis et collègues sont rarement perçus par les nouveaux parents comme des sources valables de soutien⁷. D'ailleurs, le réseau social des nouveaux parents serait trop souvent limité, voire absent dans certains cas^{3,6,7,12,14,21,26}, notamment en raison de l'éloignement géographique de leur famille^{6,14,26}. Le soutien de la parenté serait plus grand avant la naissance¹⁶, et celui des frères et sœurs diminuerait aussi à mesure que l'effet de nouveauté de la naissance s'atténue⁵.

Un manque de soutien est d'autant plus préoccupant que plusieurs études établissent des liens entre le soutien social perçu et le bien-être des parents. Chez les mères, un faible soutien perçu est associé à un plus faible sentiment d'efficacité maternelle¹⁸, de la détresse postnatale¹⁶, de la dépression postpartum¹⁸ ainsi que des sentiments de colère, de déprime et d'incapacité à répondre aux exigences de l'arrivée du nouveau bébé¹⁰. Lorsque les parents ont un bon soutien prénatal, la détresse postnatale serait moins élevée⁴. D'ailleurs, le soutien social perçu prédirait mieux le niveau de détresse maternelle que la santé de l'enfant²⁸.

Les parents rechercheraient un soutien social encourageant, chaleureux, empathique, sans jugement et sans critique^{9,13,20,21,25,30}. Le contact avec les pairs est très recherché^{3,5,6,15,23}, car il permet aux parents de comparer leurs expériences et de se sentir normaux^{11,30}, d'acquérir les connaissances et d'éviter l'apprentissage par essais et erreurs²⁹.

La vulnérabilité s'accroît lorsque les parents hésitent à aller chercher de l'aide lors de situations plus difficiles. La peur d'être jugées ou stigmatisées est présente chez les mères vivant dans de plus petites communautés^{19,23,26}. La crainte d'être un fardeau pour leurs proches est

également évoquée^{14,21,23}. Enfin, leurs conseils n'apportent pas toujours le soutien souhaité, minant la confiance en soi des nouveaux parents et créant des tensions familiales^{5,14}.

Le récréatif

Un besoin trop souvent négligé par les nouveaux parents est de prendre une pause des responsabilités du quotidien^{3,8,25,26}. Le besoin de voir des gens, de se changer les idées et de prendre soin de soi est exprimé par les deux parents^{3,8,25}. Des mères soutiennent avoir rarement accès à des moments de pause, se sentant coupables de laisser leurs enfants à d'autres ou n'ayant pas le temps ou l'aide pour le faire²⁵.

L'instrumental

Plusieurs parents expriment un besoin d'assistance pour les soins prodigués aux enfants et pour les tâches domestiques, afin de répondre aux nouvelles exigences du quotidien^{3,8,21,23,27}. L'aide pratique aux nouvelles mères avec plusieurs enfants apparaît importante afin qu'elles puissent passer du temps et minimiser la perte de contact avec eux¹⁰ et leur permettre de faire face aux stressseurs physiques et émotionnels²³ ainsi que prévenir la fatigue¹⁰ et les symptômes dépressifs^{11,23}. L'aide souhaitée par les mères concerne surtout les tâches domestiques^{3,8,23}, la prise en charge des enfants plus âgés^{21,23}, les soins du bébé ou sa prise en charge complète lorsqu'elles doivent s'absenter^{5,8,21,25} ainsi que l'accompagnement pour leur permettre de mieux prendre soin d'elles-mêmes^{8,23}. Des mères font état des difficultés à organiser leur temps et gérer les problèmes qui surviennent, surtout lorsque leurs proches sont perçus comme indisponibles ou inadéquats²⁷.

Le conjoint et la famille immédiate sont identifiés par plusieurs comme sources principales d'assistance instrumentale^{5,6,11,23,25,27}. Les modalités et l'intensité de l'aide des proches varient. Dans une étude menée auprès de mères primipares et multipares³, 75 % disent recevoir de l'aide domestique de leurs proches alors que 25 % disent n'en recevoir aucune; parmi celles-ci, la moitié aimerait recevoir de l'aide de leur conjoint ou de leur famille. Certaines mères rapportent ne pas demander cette forme d'aide⁶.

3.1.4 LA DIMENSION COGNITIVE

La dimension cognitive de vulnérabilité identifiée se rapporte aux deux composantes suivantes : 1) l'acquisition d'information (compréhension, apprentissage); 2) l'utilisation d'information (résolution de problème, prise de décision). Aucune des études retenues ne semble avoir abordé les composantes de transmission et d'entretien de l'information.

L'acquisition de l'information

Plusieurs études font état des besoins d'information exprimés par les mères sur les soins à apporter à leur enfant. Des parents espèrent recevoir davantage d'information sur le sommeil^{3,21}, l'allaitement et l'alimentation du bébé^{1-3,15,21,27} ou les ressources disponibles dans la communauté pour les nouveaux parents⁸. Les jeunes femmes primipares expriment de plus grands besoins²². Des pères estiment notamment que la documentation remise sur la dépression postpartum ne tient pas suffisamment compte du rôle de soutien qu'ils assument à l'égard de leur partenaire et des difficultés auxquelles ils font face²⁰.

L'utilisation de l'information

Le sentiment de ne pas être suffisamment prête à la parentalité se dégage de certaines études, même pour les mères avec un profil favorable en termes d'éducation ou de composition familiale et celles s'étant abondamment informées avant la naissance^{2,30}. Selon certaines mères, les cours prénataux seraient trop centrés sur la préparation de la naissance et ne leur auraient pas permis d'acquérir les connaissances suffisantes pour prendre soin du bébé². D'autres parents estiment que l'information et les conseils données lors des cours prénataux sont irréalistes et inapplicables³⁰. Certains pères soutiennent que les cours prénataux ne s'intéressent pas suffisamment à leur expérience et leurs besoins spécifiques^{4,29}. Le manque d'information et de préparation affecterait la confiance parentale²⁹ et serait un facteur de stress important pour les nouvelles mères¹⁵. Toutefois, une surabondance d'information pourrait être tout aussi nuisible en provoquant anxiété, panique et confusion^{29,30}. Certains insistent d'ailleurs sur l'importance d'avoir des informations fiables et à jour, par une personne de confiance facile d'approche²⁹.

Un constat novateur de cette analyse est de mettre en évidence l'interrelation entre les dimensions de vulnérabilité. Conséquemment, il apparaît que le soutien doit être harmonisé afin de répondre aux besoins des mères et des pères et ainsi, renforcer adéquatement leurs compétences parentales (Hamelin-Brabant et al., 2015).

3.2 CARACTÉRISTIQUES DES CENTRES DE RESSOURCES PÉRINATALES (CRP) ET MODÉLISATION DE LEUR PROGRAMME DE RELEVAILLES

Cette section présente les résultats du volet 2 de la recherche soit celle portant sur les caractéristiques des CRP et de leur programme de relevailles.

3.2.1 CARACTÉRISATION DES CRP

Issus du mouvement de développement et de reconnaissance de l'économie sociale au Québec de la fin des années 1990 (Roch et al., 2014), les CRP tirent leurs origines d'une double tradition : l'action communautaire famille et le mouvement d'humanisation des naissances. Parmi les neuf CRP à l'étude, quatre ont adopté une mission circonscrite autour de la période périnatale (0 à 1 ou 2 ans). Un CRP élargit sa mission de la période préparatoire avant la naissance jusqu'à la fin de la cinquième année de vie de l'enfant. Les quatre autres sont des organismes communautaires Famille qui ont un volet CRP et dont les activités et services sont destinés aux familles de tout âge. Les CRP interviennent dans des territoires dont l'étendue est variable et différente de celle des territoires des réseaux de services de santé (Annexe 5). Le fonctionnement des CRP repose sur une structure démocratique et associative.

Le nombre de familles desservies par l'ensemble des activités et services varie d'un organisme à l'autre (Annexe 6). Les CRP rejoignent des familles répondant aux différents critères d'admissibilité établis par les programmes de financement (faible revenu, grossesse précoce, faible scolarité, monoparentalité, etc.) et des familles dont le profil ne présente pas de tels facteurs de risque. Les familles peuvent participer à des activités de groupe et recevoir des services individualisés, selon leurs besoins et préférences. Le large éventail d'activités et de services offerts aux parents et aux familles ainsi que les variations observées quant aux populations visées s'expliquent tant par l'origine des CRP, leur mission, leurs ressources financières, les besoins spécifiques des familles rejointes et l'offre de services des partenaires locaux (Annexe 7).

Une partie des actions menées par les CRP en périnatalité l'est selon une logique d'économie sociale c'est-à-dire que les CRP produisent des biens ou des services quantifiables offerts contre rémunération (Comeau, 2009). Une autre partie des actions menées par les CRP n'est pas sujette à tarification (cafés-rencontres, soupers-partage, groupes de soutien, etc.). Soulignons que parmi l'ensemble des actions menées en périnatalité, certaines visent plus particulièrement à rejoindre les pères (ex. : rencontres d'échange, etc.).

La réalisation de la mission des CRP est rendue possible par la combinaison de multiples sources de financement. L'atteinte des objectifs poursuivis par les CRP est également rendue possible par l'implication d'acteurs à l'interne (membres, bénévoles, travailleuses et stagiaires). Six types de postes ont été identifiés en 2011-2012 : 1) direction/soutien à la direction; 2) soutien administratif/accueil; 3) coordination de secteurs; 4) animation/intervention; 5) soutien périnatal à domicile; 6) autres postes. L'Annexe 8 présente les principales tâches réalisées par les bénévoles au sein des CRP en 2011-2012. Enfin, les CRP ont développé des liens, de nature et d'intensité variables, avec plusieurs organisations œuvrant tant sur le plan local, régional que national.

3.2.2 MODÉLISATION DU PROGRAMME DE RELEVAILLES

Le modèle logique du programme de relevailles présenté à l'Annexe 9 a été développé à partir des modèles logiques *spécifiques* à la mise en œuvre de ce programme dans chacun des neuf CRP participant à l'étude¹. Le modèle logique présenté offre une image synthèse des éléments communs à la mise en œuvre de ce programme par les CRP.

Des intrants multiples en constant renouvellement

Une première catégorie d'intrants se rapporte aux *ressources financières et matérielles* utilisées par les CRP. En 2011-2012, les CRP ont obtenu le financement nécessaire à la réalisation de leur programme de relevailles de différentes sources : subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) via les agences de la santé et des services sociaux, contribution financière des parents utilisateurs, ententes de financement de services avec leur CSSS ou leur table régionale de concertation en petite enfance, Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et enfin, autres revenus. Les principales ressources matérielles requises à la réalisation du programme de relevailles sont les locaux, les installations, et les remboursements liés aux déplacements. La deuxième catégorie d'intrants est composée des *ressources humaines* qui œuvrent à la réalisation du programme de relevailles au sein des CRP. L'ensemble des acteurs internes est appelé à collaborer à la réalisation des relevailles mais il existe, au sein de chacun des CRP, un nombre restreint de travailleuses étroitement associées au processus de production des relevailles : coordonnatrice des relevailles et assistantes périnatales. La troisième catégorie d'intrants est constituée des *liens et*

¹ Un modèle logique spécifique n'a pu être vérifié pour des raisons internes à un des neuf CRP à l'étude.

ententes établis par les CRP avec diverses organisations contributives au programme de relevailles (Annexe 10).

Des composantes communes avec variations dans leur mise en œuvre

La démarche de caractérisation du programme de relevailles a permis de mettre en relief cinq composantes essentielles : 1) promotion/recrutement; 2) évaluation initiale; 3) visites à domicile; 4) suivi des familles et évaluation de la qualité/adéquation des services; 5) formation/encadrement des assistantes périnatales. L'analyse a révélé des nuances relatives à l'envergure des extrants et à la délimitation des groupes cibles entre les CRP. L'exercice de co-construction a par ailleurs conduit à l'identification de résultats associés à chacune des composantes à court terme.

Composante promotion/recrutement

Les **groupes ciblés** par la composante promotion/recrutement sont les familles en période périnatale, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et entreprises d'économie sociale ainsi que la population en général. Les **activités** liées à cette composante sont la production/diffusion de contenu promotionnel et les activités visant le maintien, la consolidation et le développement d'une présence et des liens dans les milieux. La visibilité du CRP résume alors l'**extrant** recherché par cette activité. À travers cette composante, les CRP visent comme **résultats à court terme** à ce que les groupes ciblés connaissent davantage les relevailles et qu'ils en aient une meilleure compréhension. Les CRP visent également à accroître les possibilités de référence sur le territoire afin de maintenir le volume actuel de relevailles et non pas, à l'accroître, compte tenu des ressources financières limitées dont ils disposent

Composante évaluation initiale

Les familles en demande de relevailles constituent le **groupe ciblé** par cette composante. Les **activités** consistent à vérifier l'admissibilité du parent aux relevailles. Les **extrants** se traduisent par l'affectation d'assistantes répondant aux besoins individualisés des familles et par le nombre de familles desservies. L'affectation est variable selon le nombre d'assistantes périnatales et les ressources financières disponibles. Ce processus d'évaluation initiale vise pour **résultats à court terme** à ce que l'inscription aux relevailles se fasse selon une évaluation adéquate des besoins et un jumelage parent/assistante périnatale approprié. Lorsque la demande est jugée non admissible ou que certains besoins ne peuvent être répondus par les relevailles, le processus vise également à orienter les parents vers d'autres ressources (ex. : entreprise d'aide domestique ou CLSC). À travers ce processus, les parents sont informés des autres activités et services offerts par le CRP susceptibles de répondre à leurs besoins.

Composante visites à domicile

Les visites à domicile constituent la composante centrale du programme de relevailles. Le **groupe cible** est constitué des familles utilisatrices. Cinq grandes **activités** sont mises en œuvre afin de répondre aux besoins manifestés par les parents : 1) écouter et encourager les parents; 2) informer et répondre aux questions des parents; 3) favoriser des apprentissages (*modeling parental*); 4) soutenir les parents dans l'organisation du quotidien; 5) offrir du répit/repos aux parents. Les **extrants** de cette composante sont de trois ordres : 1) durée des visites à domicile; 2) nombre total de visites de relevailles effectuées par un CRP/an; 3) nombre total d'heures de relevailles offertes par un CRP/an. La durée ordinaire de chacune des visites est de trois heures. Les visites à domicile visent plusieurs **résultats à court terme** : 1) mieux informer les parents des soins à donner aux enfants et des ressources existantes; 2) diminuer le stress et l'épuisement; 3) réduire l'isolement; 4) contribuer à une meilleure organisation de l'espace domestique.

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

La quatrième composante du programme des relevailles a pour **groupe cible** les familles utilisatrices. Les **activités** mises en œuvre consistent à sonder les familles sur leur satisfaction et à effectuer un suivi de la qualité du travail effectué par les assistantes périnatales. Les données obtenues ainsi que les rapports de suivi et de visites ont pour objectif de **résultats à court terme** d'assurer que les services soient adaptés aux besoins des familles et que celles-ci soient satisfaites des services reçus.

Composante encadrement et formation des assistantes périnatales

La dernière composante du modèle logique de programme de relevailles a pour **groupe cible** les assistantes périnatales. L'encadrement et la formation des celles-ci se concrétisent à travers diverses **activités** (rencontres de supervision et de soutien, remise de documentation, etc.). Cette composante vise pour **résultats à court terme** le développement, chez les assistantes périnatales, d'une connaissance et d'une compréhension approfondie des besoins des familles et l'accroissement de leurs compétences d'intervention, tout en favorisant une harmonisation des pratiques.

Des résultats de promotion de la santé à moyen et long terme

Alors que les résultats à court terme s'intéressent aux retombées immédiates du programme de relevailles, les résultats à moyen terme informent d'un changement dans les habitudes, les comportements ou les aptitudes des groupes ciblés visés et, les résultats à long terme, des conséquences sociales, économiques ou environnementales du programme (Porteous, 2009). À moyen terme, le programme de relevailles vise à favoriser un renforcement des habiletés parentales, une meilleure réponse aux besoins des bébés et des autres membres de la fratrie, le développement

d'un lien d'attachement parent/enfant ainsi que l'épanouissement des parents. À plus long terme, le programme de relevailles devrait contribuer à une croissance et un développement optimal des bébés et des autres enfants de la fratrie, participer à la prévention d'incidents sociaux ou de santé (dépression postpartum, négligence, etc.) et enfin, permettre une accessibilité plus grande aux services de relevailles pour l'ensemble des familles. Ce résultat à moyen/long terme contraste avec la volonté de maintenir le volume de relevailles à court terme et reflète le paradoxe auquel sont confrontés les CRP qui souhaitent pouvoir desservir plus de familles sans toutefois disposer d'intrants suffisants pour le faire

Des facteurs contributifs au cœur de l'action citoyenne

Trois grands facteurs contributifs à la réalisation du programme de relevailles ont été identifiés auprès des CRP participants : 1) présence d'une vie démocratique et associative dynamique au sein des CRP; 2) existence d'une offre d'activités de groupe (ateliers et cours, activités familiales, etc.) qui stimule la demande de relevailles et consolide l'atteinte des résultats à court terme et 3) adhésion/participation des CRP à divers regroupements et associations au niveau régional et national.

Des facteurs externes d'une influence déterminante

Différents facteurs externes aux CRP doivent être considérés dans la caractérisation du programme de relevailles en raison de l'influence qu'ils exercent sur le développement du programme de relevailles ou sur l'ampleur de la demande de relevailles. Soulignons la disponibilité et l'accès au financement, les obligations liées à la reddition de compte, les politiques publiques adoptées en matière de santé et de famille et la disponibilité de la main-d'œuvre, les variations du nombre de naissance sur un territoire donné, le nombre d'enfants par famille, le taux de naissances multiples, l'âge des mères à la naissance, la multiplication et la diversification des activités offertes aux familles sur un territoire donné. D'autres facteurs, tels que les transformations des structures familiales (taux de monoparentalité, recomposition familiale, éloignement géographique des proches, etc.), des facteurs économiques (déclin de secteurs économiques en région, appauvrissement de quartiers urbains, etc.) peuvent accroître le nombre de familles en situation de vulnérabilité nécessitant un soutien.

3.3 ÉVALUATION DES SERVICES DE RELEVAILLES ET DE LEURS RETOMBÉES AUPRÈS DES FAMILLES

Cette section est consacrée aux résultats du volet 3 de la recherche. La première partie présente les résultats quantitatifs sur l'évaluation de l'utilisation des services de relevailles alors que la seconde porte sur l'évaluation qualitative des retombées des relevailles auprès des familles, puis suit l'intégration.

3.3.1 ÉVALUATION DE L'UTILISATION DES SERVICES DE RELEVAILLES

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

Données descriptives

Au cours de la période de collecte de données (15 avril 2013 au 15 avril 2014), 404 familles ont reçu des services de relevailles dans les 8 CRP et un total de 4150 visites a été réalisé. Le nombre de familles varie entre 21 et 89 alors que celui des visites entre 192 et 872 par CRP. Les caractéristiques organisationnelles des CRP sont présentées à l'Annexe 11. En général, les CRP comptent moins de 8 assistantes périnatales et reçoivent une subvention du MSSS entre 100 000 \$ et 150 000 pour le volet économie sociale de leurs activités (Roch et al., 2014). La moitié des CRP à l'étude ont offert plus de 2000 heures de relevailles. La majorité ne pose pas de limites dans le nombre de visites, mais n'offre plus de visites au-delà d'un ou deux ans postnatal, selon les CRP.

Les principales caractéristiques des familles sont présentées à l'Annexe 12. Le parent demandeur est généralement de sexe féminin. Un cinquième des familles sont monoparentales. Dans plus de 50 % des familles, la scolarité de la mère est de niveau collégial ou universitaire. La majorité des familles a un revenu familial net annuel inférieur à 60 000 \$. Selon les assistantes périnatales ayant complété les fiches au cours de la période de collecte de données, 93 % des familles ont vécu des difficultés psychosociales telles que de l'isolement, des difficultés conjugales, la perte d'un emploi ou un deuil. Notons aussi que 72,3 % des familles font appel aux relevailles durant les trois premiers mois de vie du bébé et que 77,7 % comptent d'autres enfants. Les besoins les plus souvent exprimés par les familles sont le soutien pour les différents besoins des bébés (63,1 %), le repos/répét (51,2 %), le soutien pour le ménage/lavage (41,1 %) et le soutien pour l'organisation familiale

quotidienne (31,7 %) (Annexe 13). Peu de familles ont exprimé spontanément avoir besoin d'information ou de soutien pour l'allaitement.

Description et appréciation des indicateurs

Continuité

La continuité des services est opérationnalisée par la continuité relationnelle et la concentration des visites. L'indicateur de continuité relationnelle (Annexe 14) montre que dans la plupart des CRP, les visites sont réalisées en grande partie (entre 76,7 et 97,0 %) par la même assistante périnatale avec une moyenne de 87,6 %. La concentration des visites indique que le temps moyen écoulé entre la première et la dernière visite varie en moyenne de 64,6 à 134,6 jours selon le CRP avec une moyenne de 109,1 jours pour l'ensemble (Annexe 15). Le nombre moyen de visites par famille varie de 5,1 à 14,2 selon les CRP, avec une moyenne de 10,3 visites par famille pour l'ensemble des CRP (Annexe 16). Quatre CRP offrent en moyenne plus de 10 visites par famille. Les deux indicateurs de concentration des visites démontrent des variations entre certains CRP.

Productivité

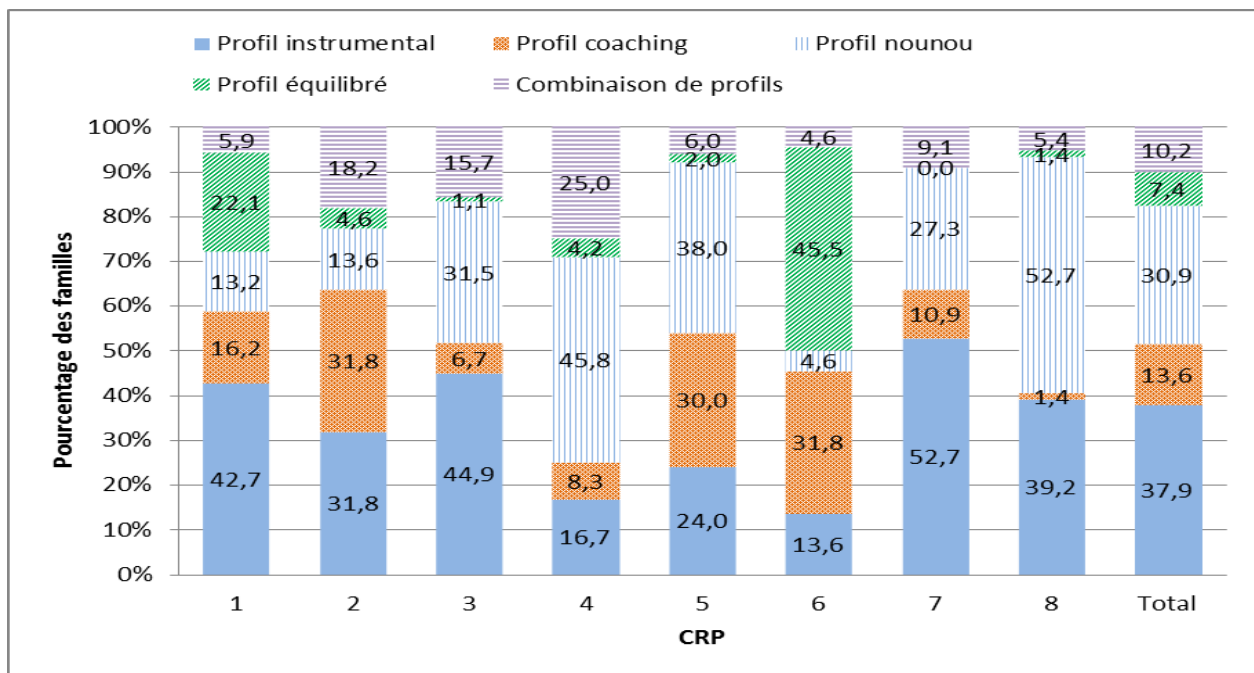
La productivité est représentée par le nombre moyen de visites par famille par mois et le nombre moyen de visites par assistante périnatale par mois. Selon le CRP, on observe qu'en moyenne de 3,0 à 8,1 visites par familles sont réalisées chaque mois. Bien qu'on puisse apprécier une certaine variation, le nombre moyen de visites par famille par mois est de 4,5 pour l'ensemble des CRP (Annexe 17). Le nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale varie entre 2,4 et 5,7 (Annexe 18). Pour l'ensemble des CRP, chacune des assistantes périnatales réalise une moyenne de 3,3 visites par mois pour une même famille.

Globalité

Une classification des visites selon les tâches réalisées par les assistantes périnatales a été réalisée. Elle a résulté en quatre profils de visites détaillées à l'Annexe 19. Le *profil instrumental* correspond à des visites dans lesquelles les tâches effectuées sont surtout de nature domestique. Le *profil coaching* réunit les visites dans lesquelles les tâches effectuées par l'assistante périnatale se concentrent autour des activités de soutien et d'information. Dans le *profil « nounou »*, les activités qui dominent sont les soins aux enfants et au bébé. Le *profil équilibré* regroupe les visites dans lesquelles des tâches issues de toutes les catégories sont réalisées. Pour les familles qui avaient des visites dont les tâches ne correspondaient à aucun des profils établis, une catégorie « combinaison de profils » a été créée.

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

GRAPHIQUE 1: CLASSIFICATION DES PROFILS DE TÂCHES RÉALISÉES LORS DES VISITES AUPRÈS DES FAMILLES



Exploration des variations d'utilisation des relevailles

L'Annexe 20 présente les coefficients de corrélation intra-classe pour chacun des modèles associés aux différents indicateurs. Le coefficient intra-classe permet de mesurer l'homogénéité des individus (les familles) à l'intérieur de groupes (les CRP). Plus le coefficient intra-classe est élevé, plus les familles se ressemblent à l'intérieur des CRP. Selon la littérature, un coefficient intra-classe plus grand que 0,05 est considéré non négligeable d'un point de vue analytique (Campbell, Fayers et Grimshaw, 2005). Les résultats présentés en Annexe 20 montrent que les coefficients de corrélation intra-classe sont assez élevés pour la majorité des indicateurs, justifiant ainsi l'utilisation de modèles

multi-niveaux. À l'aide de ces modèles, des analyses séparées pour chacune des variables ont été mises en œuvre pour explorer les associations potentielles entre les indicateurs d'utilisation des services et certaines variables pertinentes issues du contexte organisationnel, des caractéristiques des familles utilisatrices et des besoins motivant l'inscription aux relevailles. Les résultats de ces explorations sont présentés dans les tableaux des Annexes 21, 22 et 23. Chacun des tableaux présente la signification des associations potentielles entre les indicateurs et les variables classées selon trois dimensions : 1) les caractéristiques organisationnelles, 2) les caractéristiques des familles, 3) les besoins exprimés par les familles lors de l'inscription aux relevailles. Peu d'associations apparaissent significatives ($p < 0,1$). Les associations potentielles sont résumées par indicateur dans l'Annexe 24 par indicateurs.

3.3.2 ÉVALUATION DES RETOMBÉES DES RELEVAILLES POUR LES FAMILLES UTILISATRICES

Seront présentés les résultats de l'analyse qualitative des entretiens réalisés auprès des familles. L'objectif est d'évaluer les retombées des relevailles auprès des familles utilisatrices et d'expliquer en quoi ce programme répond à l'expérience de vulnérabilité ressentie ainsi qu'aux besoins pour lesquels les familles ont fait appel aux relevailles.

Caractéristiques des participants et des visites de relevailles reçues

Les caractéristiques sociodémographiques des 28 participants sont présentées à l'Annexe 25. La presque totalité ($n = 26$) sont des femmes. Près des deux tiers ($n = 17$) sont âgés entre 30 et 37 ans. La presque totalité ($n = 26$) vivent en couple avec le parent du bébé² pour lequel les relevailles ont été demandées. Huit participants n'ont pas d'autre enfant que celui pour lequel les relevailles ont été demandées. Les trois quarts ($n = 21$) ont un niveau de scolarité universitaire ou collégial complété. Près des deux tiers des participants ($n = 17$) ont un revenu familial annuel de 60 000 \$ et moins. Douze des 28 participants recevaient encore des visites de relevailles au moment de la collecte de données (Annexe 26).

Expérience de vulnérabilité en période périnatale

Interrogés sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois qui suivent la naissance, les participants mentionnent des difficultés qui concernent trois des quatre dimensions de vulnérabilité du cadre de référence, soit les dimensions biologique, psychologique et sociale

² Un seul participant parmi les 28 personnes interrogées a demandé des relevailles à la suite de la naissance de jumeaux.

(Annexe 27). Les participants n'expriment pas avoir vécu de difficultés liées à la dimension cognitive de vulnérabilité, par exemple en lien avec l'acquisition ou l'utilisation de l'information.

En rapport avec la **dimension biologique de vulnérabilité**, plusieurs participants expriment avoir vécu des *difficultés liées à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement* telles que des contractions avant terme, du diabète de grossesse, des césariennes ou des douleurs importantes aux seins lors de l'allaitement. Plusieurs insistent également sur l'état de *fatigue et le manque de sommeil* ressentis par la mère, mais aussi par le père, lors des premiers mois suivant la naissance de l'enfant. Quelques *situations spécifiques de santé*, telles que des problèmes physiques ou des problèmes de santé préalables vécus par la mère (surplus de poids, etc.) ou par le conjoint (intervention chirurgicale en période périnatale, etc.), ont été mentionnées par les participants.

Plusieurs des difficultés rencontrées par les participants lors de la période périnatale relèvent de la **dimension psychologique de vulnérabilité**. Ainsi, la majorité des participants font part d'une période de forte *intensité émotionnelle* à la suite de la naissance de leur enfant. Plusieurs mères mentionnent s'être senties déprimées ou avoir ressenti de l'anxiété et du stress et avoir éprouvé des *difficultés à s'adapter* à leur nouvelle situation de parent et à la présence d'un nouveau-né. Quelques participants font état d'une *conception de soi altérée* à la suite de la naissance de leur enfant tel qu'un sentiment de ne pas être compétent face aux nouvelles responsabilités à assumer.

Enfin, plusieurs participants ont mentionné des difficultés en rapport avec la **dimension sociale de vulnérabilité**. La presque totalité ont mentionné que leur *réseau familial était incapable, du moins en partie, d'assurer le soutien nécessaire* pour diverses raisons. Plusieurs soulignent des *difficultés liées à la lourdeur et au cumul des tâches* lors de l'arrivée d'un nouveau-né. Quelques participants font également mention de *bébés et d'enfants exigeants* (pleurs constants, etc.) qui rendent la prise en charge quotidienne plus difficile. D'autres mentionnent avoir vécu, en période périnatale, des *difficultés conjugales* qui ont affecté leur vie familiale.

Besoins motivant le recours aux relevailles

Les besoins qui ont motivé les parents à recourir aux relevailles relèvent des dimensions biologique, psychologique et sociale de vulnérabilité (Annexe 28). La dimension cognitive de vulnérabilité, en rapport par exemple avec l'acquisition et l'utilisation de l'information, n'est pas présente parmi les besoins exprimés à l'égard des relevailles.

En rapport avec la **dimension biologique de vulnérabilité**, le seul besoin pour lequel des parents font appel aux relevailles est celui de *repos et de sommeil*. Les participants qui le mentionnent

comptent sur l'assistante périnatale pour prendre en charge le bébé et les autres enfants pendant qu'ils se reposent ou qu'ils font la sieste.

Sur le plan de la **dimension psychologique de vulnérabilité**, le besoin de *répit/ temps pour soi* et celui de *soutien émotionnel/réconfort* sont les deux motifs pour lesquels quelques participants ont fait appel aux relevailles. Quelques participants, dont certains expérimentent une situation plus difficile (ex. : maladie du conjoint), expriment un besoin de soutien émotionnel et de réconfort par une écoute empathique et sans jugement.

En ce qui concerne la **dimension sociale de vulnérabilité**, plusieurs besoins sont exprimés par les participants. Le besoin d'*aide dans les tâches domestiques* est exprimé par plusieurs. Plusieurs parents expriment également un besoin d'*aide dans les soins à donner au bébé ou aux autres enfants* de la fratrie soit parce que le bébé nécessite beaucoup de soins et d'attention, parce qu'il y a présence d'enfants plus âgés ou parce que la mère est elle-même fatiguée ou fragile psychologiquement.

Retombées des relevailles selon les familles utilisatrices

Alors que l'expérience de vulnérabilité en période périnatale et les besoins exprimés à l'égard des relevailles relèvent des dimensions biologique, psychologique et sociale, les retombées des visites à domicile pour les familles utilisatrices se rapportent aux quatre dimensions du cadre de référence (Annexe 29). Il ressort ainsi que les retombées des relevailles vont au-delà de l'expérience de vulnérabilité et des besoins exprimés et concernent aussi la dimension cognitive (Annexe 30).

En rapport avec la **dimension biologique de vulnérabilité**, la presque totalité des participants aux entretiens ont mentionné que la présence de l'assistante périnatale leur avait permis de bénéficier de *repos et de sommeil*. Ces périodes de repos et de sommeil ont eu des effets bénéfiques importants sur l'état de bien-être des participants.

Les relevailles ont également des retombées bénéfiques en rapport avec la **dimension psychologique de vulnérabilité**. Selon plusieurs participants, les visites des assistantes périnatales leur ont permis de bénéficier d'un *répit et de temps pour soi* et ainsi, de prendre un peu de recul avec le quotidien, de se détendre et de se changer les idées. Les relevailles ont également permis aux parents de bénéficier de *soutien émotionnel et de réconfort* par le partage de leurs émotions, de leurs inquiétudes et de leurs préoccupations avec l'assistante périnatale. Les participants rapportent également que l'aide apportée par la présence de l'assistante périnatale leur a permis de *réduire le stress et l'inconfort ressentis face à l'ampleur des tâches* à réaliser dans les semaines et les mois suivant la naissance d'un enfant. Enfin, selon plusieurs mères, les *pères sont rassurés de savoir que*

leur conjointe bénéficiera de soutien et sont heureux de voir leur conjointe moins fatiguée et plus joyeuse lorsqu'ils reviennent du travail. De plus, ils sont moins inquiets lorsqu'ils doivent s'absenter plus longtemps.

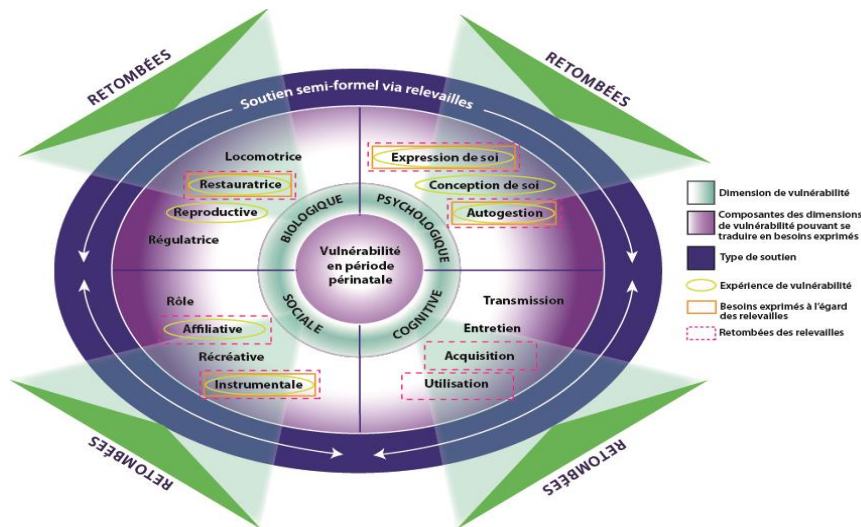
En rapport avec la **dimension sociale de vulnérabilité**, la presque totalité des participants insistent sur les liens qui se sont tissés avec l'assistante périnatale à travers une *relation qui permet de socialiser, d'échanger et de briser l'isolement*. Bon nombre de participants soulignent également que la présence de l'assistante périnatale leur a permis d'obtenir de *l'aide dans les tâches domestiques* à effectuer. Toujours au plan social, la présence de l'assistante périnatale permet aux parents de bénéficier d'un peu de *temps pour travailler, étudier ou réaliser certaines tâches* à la maison. Parce qu'ils sont plus reposés, qu'ils ont moins de tâches à faire et que l'assistante périnatale s'occupe quelques heures du bébé et des enfants, des parents mentionnent avoir eu une *disponibilité accrue à l'égard des enfants et de la vie de famille* et avoir disposé d'un peu de *temps en couple*.

Enfin, certaines des retombées des relevailles rapportées par les participants relèvent de la **dimension cognitive de vulnérabilité**. Ainsi, plusieurs parents rapportent que les relevailles leur ont permis d'*acquérir des connaissances et des compétences liées aux soins des enfants*. Plusieurs participants soutiennent également avoir bénéficié de *rétroactions sur leurs compétences parentales*, qui les ont aidés à se renforcer comme parents ou à se positionner sur leur façon de s'occuper de leur bébé. Enfin, l'expérience des relevailles a permis à certains parents d'*apprendre à accepter l'aide et à faire davantage confiance aux membres de leur entourage*. Plutôt que de considérer la demande d'aide comme une marque d'incompétence, elle est désormais perçue positivement comme une façon d'améliorer sa qualité de vie au quotidien.

Le rapprochement entre les données issues des entretiens auprès des familles utilisatrices de relevailles et les éléments du cadre de référence permettent de constater que plusieurs des tâches effectuées par les assistantes périnatales (ex. : écouter et discuter avec le parent, prendre soin du bébé devant le parent, etc.) ont des retombées à la fois sur les dimensions biologique, psychologique, sociale et cognitive de vulnérabilité. Par exemple, lorsque l'assistante périnatale prend soin du bébé, elle permet au parent de se reposer (dimension biologique), elle lui donne un répit (dimension psychologique), elle lui permet d'effectuer certaines tâches jugées nécessaires (dimension sociale) et elle lui donne aussi l'occasion d'observer d'autres façons de prendre soin d'un bébé (dimension cognitive). Lorsque l'assistante s'assoit et discute avec le parent, elle lui apporte soutien et réconfort (dimension psychologique), elle lui permet de socialiser et de briser son isolement (dimension

sociale) et lui donne une rétroaction sur sa façon de s'occuper de son bébé (dimension cognitive). Tel que l'indique la Figure 2, une même tâche se traduit en retombées multiples, qui vont au-delà des besoins exprimés et qui transcendent les dimensions de vulnérabilité auxquelles elles sont théoriquement associées.

FIGURE 2: EXPÉRIENCES DE VULNÉRABILITÉ, BESOINS EXPRIMÉS À L'ÉGARD DES RELEVAILLES ET RETOMBÉES SELON LES DIMENSIONS ET COMPOSANTES DE VULNÉRABILITÉ



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

3.3.3 INTÉGRATION DES RÉSULTATS

Les résultats présentés visaient à répondre à des objectifs distincts, mais se rapportent à un seul et même but consistant à évaluer l'utilisation des relevailles et leurs retombées auprès des familles utilisatrices. L'intégration des résultats issus des volets quantitatif et qualitatif permet ainsi de répondre au but d'ensemble en effectuant une évaluation s'enracinant dans le modèle logique du programme de relevailles (Roch et al., 2014). Cette intégration révèle cinq constats : 1) une cohérence dans les besoins exprimés par les parents; 2) la pertinence de la concentration des visites; 3) une force partagée en matière de continuité relationnelle; 4) une productivité maximisant des acquis expérientiels; 5) une polyvalence se traduisant par quatre profils de globalité adaptés à l'évolution des besoins familiaux. Ensemble ces constats rejoignent les caractéristiques fondamentales du programme de relevailles et rendent possibles les retombées observées (Roch et al., 2015).

4. DISCUSSION

Historiquement, l'expression « relevailles » au Québec est née du soutien qu'apportait la famille immédiate à la mère après la naissance d'un enfant, pour lui permettre de se reposer, de s'adapter et l'aider dans l'organisation du quotidien. La structure familiale a largement évolué depuis, mais les besoins des parents sont demeurés nombreux (Deave, Johnson et Ingram, 2008; Macpherson, Barnes, Nichols et Dixon, 2010; McConnell, Breitzkreuz et Savage, 2013). Les résultats révèlent que les composantes du programme de relevailles offert par les CRP (Roch et al., 2014) s'adaptent aux besoins de chaque famille pour promouvoir la santé et le développement des enfants. Dans un contexte d'organisation intégrée des services de santé et des services sociaux, les relevailles se situent aujourd'hui comme une innovation sociale (Krlev, Bund et Mildemberger, 2014) dont la pertinence se révèle notamment par l'utilisation que les parents en font. Les retombées qui ont été dégagées sont multiples et vont au-delà des besoins exprimés et de la vulnérabilité ressentie en misant sur des tâches variées et adaptées. L'originalité de l'approche évaluative utilisée permet ainsi l'obtention de données empiriques sur la pertinence, l'utilisation et les retombées des relevailles.

4.1 UNE UTILISATION QUI TÉMOIGNE D'UNE INNOVATION SOCIALE PERTINENTE

Les CRP sont des entreprises d'économie sociale (Comeau et al., 2002; D'Amours, 2006) qui offrent une multitude d'activités et de services en réponse aux besoins des familles de leur collectivité (Roch et al., 2014). Les huit CRP retenus dans le cadre de cette étude offrent tous des services de relevailles, mais présentent des caractéristiques organisationnelles différentes qui motivent une offre hétérogène. Les familles qui utilisent les services de relevailles ont en majorité un niveau de scolarité de type collégial ou supérieur et un niveau de revenu inférieur à 60 000 \$, mais on remarque que le service ne s'adresse pas à un groupe de population en particulier. Alors que certains CRP bénéficient d'ententes ou de subventions visant à cibler des populations défavorisées au plan socioéconomique (Roch et al., 2014), le profil des familles utilisatrices témoignent d'une approche qui pourrait être compatible avec une logique d'universalisme proportionnée (Kershaw, Anderson, Warburton et Hertzman, 2009). Nos résultats indiquent que ce sont généralement les mères qui demandent les services de relevailles, ce qui suggère qu'elles sont la première clientèle cible de ce service qui s'adresse toutefois à l'ensemble des membres de la famille, incluant les pères. Les besoins exprimés par les familles sont principalement instrumentaux ou relèvent du besoin de repos/répit. Ces résultats rejoignent de nombreuses études ayant documenté les besoins des familles en période périnatale, autant chez les pères que chez les mères (Deave et al., 2008; Macpherson et al., 2010; McConnell et al., 2013). Ces mêmes études témoignent souvent de ressources

insuffisantes pour répondre à ces besoins, ce qui accentue ici la pertinence des relevailles en terme d'innovation sociale (El-Haddadeh, Irani, Millard et Schröder, 2014).

Alors qu'il n'est pas rare d'évaluer la productivité, la continuité ou la globalité des services de santé (Haggerty et al., 2008; Sicotte et al., 1998; Starfield, 1998), ces mêmes concepts ont ici été adaptés et opérationnalisés au contexte particulier de l'économie sociale (Lévesque, 2007; Mendell et Lévesque, 2005). Les résultats en termes de continuité indiquent qu'un lien fort s'établit entre l'assistante périnatale et la famille. L'indicateur de productivité renvoie à une appréciation du volume de visites que les CRP réalisent dans un contexte de ressources limitées où les assistantes périnatales ne travaillent qu'à temps partiel, occasionnel ou sur appel (Roch et al., 2014). L'indicateur de globalité des services permet une classification des visites selon les tâches réalisées à domicile et apporte un éclairage qui permet de situer la spécificité et la personnalisation du service. Même si les besoins les plus fréquents qui motivent le recours aux relevailles sont de nature instrumentale (soutien à l'organisation familiale quotidienne, soutien pour le ménage/lavage, etc.), chaque visite s'avère personnalisée en fonction de l'évolution des besoins. C'est notamment ce que révèle la variation des profils de globalité de chacun des CRP. À la différence des services professionnels, les profils de globalité témoignent aussi de la spécificité du soutien semi-formel (Moran et al., 2004) offert par les CRP.

4.2 DES RETOMBÉES AU-DELÀ DE L'EXPÉRIENCE DE VULNÉRABILITÉ ET DES BESOINS EXPRIMÉS

La période périnatale est un moment de transition important, à travers lequel les familles interrogées mentionnent avoir expérimenté différentes formes de vulnérabilité en rapport avec les dimensions biologique, psychologique et sociale. Certaines de ces formes de vulnérabilité ressenties se sont traduites en besoins exprimés à l'égard des relevailles. Les retombées des relevailles pour les familles utilisatrices ont été multiples et vont au-delà de l'expérience de vulnérabilité exprimée et des besoins ayant motivé le recours aux relevailles, puisqu'elles concernent tant les dimensions biologique, psychologique, sociale et cognitive. Les retombées auxquelles conduisent les relevailles sont d'une pertinence considérable, puisqu'en l'absence de situation de santé particulière, rares sont les services de soutien formel/professionnels qui permettent aux familles de bénéficier d'une aide ayant des retombées sur toutes ces dimensions. Pourtant, à l'instar des résultats obtenus, différents écrits ont démontré que l'aide souhaitée en période postnatale concerne surtout les tâches domestiques (Börjesson, Paperin et Lindell, 2004; Doucet, Letourneau et Blackmore, 2012; Negron, Martin, Almog, Balbierz et Howell, 2013), la prise en charge des enfants plus âgés (Macpherson et al., 2010; Negron et al., 2013), les soins au nouveau-né ou sa prise en charge complète lorsque le parent doit s'absenter pour un rendez-vous (Cronin et McCarthy, 2003;

Macpherson et al., 2010; O'Reilly et Parker, 2013). C'est entre autres ce que permettent de faire les relevailles, en considérant les besoins propres à chaque famille. Par le soutien qu'elles offrent, les assistantes périnatales permettent de créer une relation de confiance qui favorise les échanges et la mobilisation de temps pour le couple et la famille, tout en maximisant l'échange d'informations pour lesquelles les parents n'ont souvent pas conscience de leurs besoins. Cet apport en matière de promotion de la santé gagnerait donc à être mobilisé dans la consolidation de l'offre de soutien et de services (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011).

4.3 APPORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude est la première à s'intéresser à l'utilisation des services de relevailles et à documenter leurs retombées à la lumière d'un cadre de référence sur la vulnérabilité en période périnatale. Nonobstant les différentes précautions prises pour assurer la rigueur et la qualité des résultats présentés, différentes limites sont soulignées. L'état de vulnérabilité des pères est très peu documenté. Des neuf CRP ayant participé au volet II, un n'a pas pu compléter la vérification du MLP et seuls 8 CRP ont complété la collecte sur l'utilisation au volet III. Plusieurs mesures ont été prises pour assurer la standardisation de la procédure de collecte (ex. : formation sur l'utilisation des fiches et du logiciel LimeSurvey, guide d'accompagnement, forum de discussion sur l'utilisation des outils de collecte, etc.). Il demeure toutefois possible qu'il y ait eu des erreurs de saisie ou d'entrées de données, ayant occasionné une perte d'information marginale en rapport avec les inscriptions ou les visites. Les fiches utilisées pour recueillir les données, bien qu'ayant été développées avec le soutien d'experts en relevailles, n'ont pu être préalablement validées puisqu'il s'agissait d'une première étude sur le sujet. Certains énoncés auraient donc gagné à être reformulés ou regroupés autrement, mais les analyses effectuées ont permis de compenser les difficultés d'interprétation qui auraient pu en découler. Nonobstant les efforts de recrutement, seul un père a pu prendre part aux entretiens, ce qui induit que les constats qualitatifs relèvent principalement du point de vue des mères. Faute de temps et de disponibilité, la rétroaction des parents participants à l'endroit des constats se dégageant des analyses qualitatives n'a pu être réalisée (Tong, Sainsbury et Craig, 2007). En contrepartie, l'ensemble des résultats a été interprété à la lumière d'un cadre de référence analytique maximisant la transférabilité des résultats et les meilleures pratiques en matière d'intégration de résultats issues de méthodes mixtes ont été appliquées (O'Cathain, Murphy et Nicholl, 2008).

CONCLUSION

L'originalité de cette étude réside non seulement dans l'approche collaborative ayant permis de répondre à des préoccupations d'actualité, mais aussi dans les stratégies de recherche privilégiées et les résultats obtenus. En ayant travaillé de pair avec le Réseau des CRP ainsi que des représentants d'Avenir d'enfants et du MSSS, les préoccupations de chacun ont pu être conciliées au profit d'un projet aux visées appliquées dont les résultats préliminaires ont pu être progressivement partagés. Les outils de recherche, présentations et rapports produits ont été utilisés à différentes fins par les membres du Réseau des CRP et les décideurs représentants, afin d'alimenter les pratiques et les réflexions. La synthèse des résultats ici présentés vise principalement à alimenter les décisions liées au financement, à la complémentarité et à l'organisation des services de relevailles offerts par les CRP.

Les orientations et stratégies de recherche privilégiées demeurent aussi inédites. L'adaptation du cadre de référence infirmier de Lessick et al. (1992), a permis de situer comment un soutien semi-formel comme celui des relevailles contribuent à répondre aux besoins émanant des dimensions de vulnérabilité situationnelle en période périnatale. Cette orientation théorique pourra soutenir des travaux visant à situer l'apport de soutien professionnel, informel et semi-formel en réponse à l'étendue des besoins ressentis par les nouveaux parents. Grâce à une stratégie de recherche novatrice, cette étude présente la première quantification de productivité, continuité et globalité des services de relevailles. Il s'agit là d'une contribution sans précédent qui a conduit au développement d'outils originaux, qui ont de surcroît favorisé l'harmonisation de différentes pratiques entre les membres du Réseau des CRP.

Les résultats obtenus témoignent enfin d'une utilisation pertinente des relevailles, afin de répondre à des besoins qui sans l'intervention de ce soutien semi-formel, demeureraient non comblés. Un rapprochement entre les résultats et les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être (2011) situe les relevailles comme une innovation sociale pouvant contribuer à l'offre de soutien et de services pour la clientèle universelle, comme pour celles à plus faible statut socio-économique. Comme l'indiquait Beaudoin et al. (2002), il y a plus de treize ans, le champ de la périnatalité en est encore à la croisée des chemins sur le plan des services à maintenir auprès des familles, de leur financement et de leur mode d'organisation. Les résultats ici présentés témoignent de l'importance des relevailles et de ses retombées pour promouvoir la santé et le bien-être des familles.

RÉFÉRENCES

- Baumbusch, J. L., Kirkham, S. R., Khan, K. B., McDonald, H., Semeniuk, P., Tan, E. et Anderson, J. M. (2008). Pursuing common agendas: A collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings. *Research in Nursing & Health*, 31(2), 130-140. doi: 10.1002/Nur.20242
- Beaudoin, A., Champoux, L., Harvey, M. E., Simard, P., St-Armand, A. et Turcotte, D. (2002). Rapport d'évaluation des centres de ressources périnatales. Repéré
- Borgès Da Silva, R., Contandriopoulos, A. P., Pineault, R. et Tousignant, P. (2011). Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures. *Pratiques et Organisation des Soins*(1), 11-18. doi: 10.3917/pos.421.0011
- Börjesson, B., Paperin, C. et Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *J Adv Nurs*, 45(6), 588-594.
- Campbell, M. K., Fayers, P. M. et Grimshaw, J. M. (2005). Determinants of the intracluster correlation coefficient in cluster randomized trials: the case of implementation research. *Clin Trials*, 2(2), 99-107.
- Comeau, Y. (2000). *Grille de collecte et de catégorisation des données pour l'étude d'activités de l'économie sociale*. (2e^e éd.). Montréal: Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES).
- Comeau, Y. (2009). *Réalités et dynamiques régionales de l'économie sociale: la Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches*. Montréal: Éditions Vie économique.
- Comeau, Y., Turcotte, D., Beaudoin, A., Chartrand-Beauregard, J., Harvey, M. E., Maltais, D., . . . Thomas, D. (2002). L'économie sociale et le Sommet socioéconomique de 1996 : le bilan des acteurs sur le terrain. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(2), 186-202.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011. Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance: enjeux et recommandations*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011_PPE/CSBE_T4EnjeuxRecommandations_PP_E_2011.pdf
- Côté, G., Lauzon, C. et Kyd-Strickland, B. (2008). Environmental scan of interprofessional collaborative practice initiatives. *J Interprof Care*, 22(5), 449-460.
- Creswell, J. W. et Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* Los Angeles: Sage Publications inc.
- Cronin, C. et McCarthy, G. (2003). First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clin Nurs*, 12(2), 260-267.

- D'Amours, M. (2006). *L'économie sociale au Québec: cadre théorique, histoire, réalité et défis*. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Deave, T., Johnson, D. et Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8, 30. doi: 10.1186/1471-2393-8-30
- Doucet, S., Letourneau, N. et Blackmore, E. R. (2012). Support needs of mothers who experience postpartum psychosis and their partners. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 41(2), 236-245. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01329.x
- El-Haddadeh, R., Irani, Z., Millard, J. et Schröder, A. (2014). Toward a Coherent Methodological Framework for Examining Social Innovation in the Public Sector. *Information Systems Management*, 31(3), 250-258. doi: 10.1080/10580530.2014.923269
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F. et Rodrigue, J. (2008). Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*, 6(2), 116-123. doi: 10.1370/afm.802
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M. H., Mbourou-Azizah, G., Bourque Bouliane, M., . . . Comeau, Y. (2013). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatal: une recension des écrits. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Québec, Canada: Centre de recherche du CHU de Québec. Axe santé des populations et pratiques optimales en santé.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M. H., Mbourou-Azizah, G., Da Silva, R. B., . . . Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale: une revue de la littérature. *Santé Publique*, 27(1), 27-37.
- Hsieh, H. F. et Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Points saillants sur certains indicateurs de 2009-2010 relatifs à l'accouchement au Canada*. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/Childbirth_Highlights_2011-12_FR.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2012). Recensement 2011. Repéré le 13 mai 2014 à <http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/recensement/2011/index.html>
- Institut de la statistique du Québec. (2014). Naissance et taux de natalité, Québec. Repéré le 27 mai 2014
- Kershaw, P., Anderson, L., Warburton, B. et Hertzman, C. (2009). A Comprehensive Policy Framework for Early Human Capital Investment in BC (p. 63). Vancouver, British Columbia: Business Council of British Columbia.

- Krlev, G., Bund, E. et Mildenerger, G. (2014). Measuring What Matters—Indicators of Social Innovativeness on the National Level. *Information Systems Management*, 31(3), 200-224. doi: 10.1080/10580530.2014.923265
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S. et Halstead, L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *J Perinat Neonatal Nurs*, 6(3), 1-14.
- Lévesque, B. (2007). *Un siècle et demi d'économie sociale au Québec : plusieurs configurations en présence (1850-2007)*. Montréal: Alliance de recherche universités-communautés en économie sociale, Université du Québec à Montréal (ARUC-ÉS).
- Macpherson, K., Barnes, J., Nichols, M. et Dixon, S. (2010). Volunteer Support for Mothers with New Babies: Perceptions of Need and Support Received. *Children & Society*, 24(3), 175-187. doi: 10.1111/j.1099-0860.2009.00227.x
- McConnell, D., Breitzkreuz, R. et Savage, A. (2013). Parent needs and family support service outcomes in a Canadian sample. *Journal of Social Work*, 13(5), 447-470. doi: 10.1177/1468017311434819
- Mendell, M. et Lévesque, B. (2005). L'économie sociale : diversité des définitions et des constructions théoriques. *Interventions Économiques*(32).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). Instances locales (CSSS) / Réseaux locaux de services. Repéré le 15 janvier 2014 à <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02ListeInstLoc.asp>
- Moran, P., Ghate, D. et van der Merwe, A. (2004). What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence. London: Department for education and skills.
- MRC d'Antoine Labelle. (n.d.). La MRC et les municipalités. Repéré le 18 février 2014 à <http://www.mrc-antoine-labelle.qc.ca/la-mrc-et-les-municipalites>
- MRC d'Arthabaska. (2013). Les municipalités. Repéré le 18 février 2014 à <http://www.mrc-arthabaska.qc.ca/municipalites>
- MRC de Deux-Montagnes. (2010). Le territoire de la MRC de Deux-Montagnes Repéré le 18 février 2014 à <http://www.mrc2m.qc.ca/fr/mrc/mrc-de-deux-montagnes/>
- MRC de la Vallée-du-Richelieu. (n.d.). Municipalités. Repéré le 18 février 2014 à http://www.mrcvr.ca/mrc_municipalites.php?menu2=1
- MRC Haut-Richelieu. (2011). Nos municipalités. Repéré le 18 février 2014 à <http://www.mrchr.qc.ca/municipalites.php>
- MRC Les Moulins. (2004). Localisation géographique. Repéré le 18 février 2014 à http://www.mrclesmoulins.ca/fr/a_propos_de_nous_territoire.asp

- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A. et Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J*, 17(4), 616-623. doi: 10.1007/s10995-012-1037-4
- O'Cathain, A., Murphy, E. et Nicholl, J. (2008). The quality of mixed methods studies in health services research. *J Health Serv Res Policy*, 13(2), 92-98. doi: 10.1258/jhsrp.2007.007074
- O'Reilly, M. et Parker, N. (2013). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, 13(2), 190-197.
- Pashiardis, P. (1996). Environmental scanning in educational organizations: uses, approaches, sources and methodologies. *International Journal of Educational Management*, 10(3), 5-9. doi: 10.1108/09513549610115055
- Porteous, N. L. (2009). La construction du modèle logique d'un programme (*Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 87-105). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Roch, G., Borgès Da Silva, R., De Montigny, F., Hamelin-Brabant, L., Deshaies, M. H., Turcotte, S., . . . Comeau, Y. (2015). Évaluation des services de relevailles et de leurs retombées auprès des familles. Rapport de recherche volet 3. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Québec, Canada: Centre de recherche du CHU de Québec. Axe santé des populations et pratiques optimales en santé.
- Roch, G., Deshaies, M. H., Comeau, Y., Hamelin-Brabant, L., Borgès Da Silva, R., de Montigny, F. et Mbourou-Azizah, G. (2014). Caractéristiques des centres de ressources périnatales (CRP) et de leur programme de relevailles. Rapport de recherche volet 2. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. Québec, Canada: Centre de recherche du CHU de Québec. Axe santé des populations et pratiques optimales en santé.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *J Adv Nurs*, 26(1), 65-72.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Beland, F., Leggat, S. G., . . . Baker, G. R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Serv Manage Res*, 11(1), 24-41; discussion 41-28.
- Starfield, B. (1998). *Primary care : balancing health needs, services, and technology*. (Rev. ed^e éd.). New York: Oxford University Press.
- Tong, A., Sainsbury, P. et Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 19(6), 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- Vézina, M. et Crompton, S. (2012). Le bénévolat au Canada *Tendances sociales canadiennes*: Statistique Canada.

Ville de Lévis. (2014). Accueil. Repéré le 18 février 2014 à <https://www.ville.levis.qc.ca/accueil/>

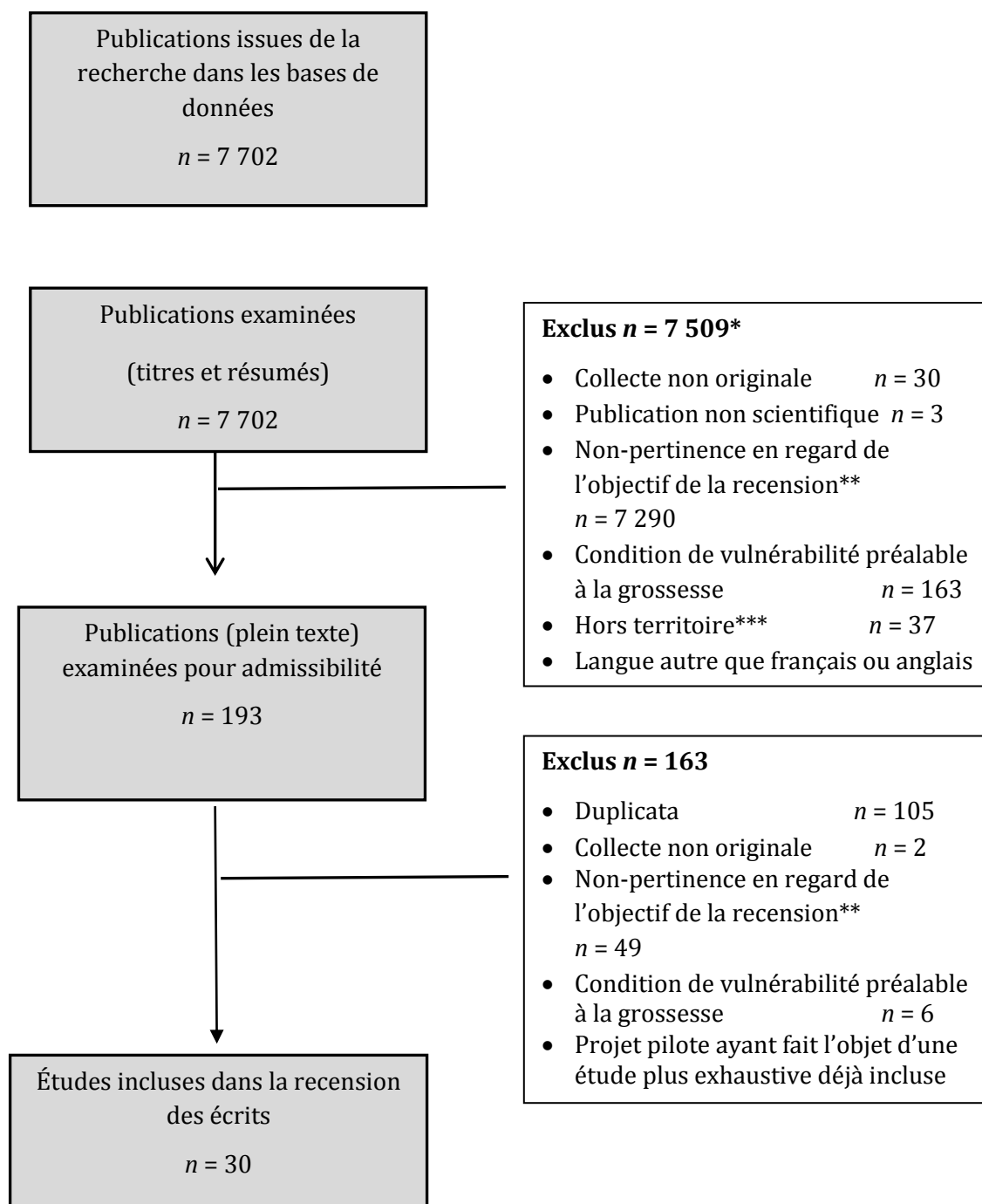
Ville de Mirabel. (2014). Territoire. Repéré le 18 février 2014 à <http://www.ville.mirabel.qc.ca/page-territoire.php>

Ville de Montréal. (n.d.). Arrondissements. Repéré le 18 février 2014 à http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=5798,85813661&_dad=portal&_schema=PORTAL

ANNEXE 1: PLAN DE CONCEPTS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

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

ANNEXE 2: ORGANIGRAMME DE SÉLECTION DES ÉTUDES



ANNEXE 3: COMPOSANTES ASSOCIÉES AUX DIMENSIONS DE VULNÉRABILITÉ

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

Dimension biologique (physiologique)

Locomotrice : le mouvement et l'exercice

Restauratrice : le sommeil, le repos et la relaxation

Régulatrice : la fonction endocrinienne, métabolique ou neurale

Dimension psychologique

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

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

Autogestion : l'adaptation

Dimension sociale

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

Affiliative : les relations interpersonnelles et d'appartenance

Récréative : les loisirs

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

Dimension cognitive

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

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

Acquisition d'information : la compréhension et l'apprentissage

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

ANNEXE 4: TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTUDES RETENUES

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
1. Abriola (1990) <i>États-Unis</i>	Identifier les facteurs qui contribuent au maintien de la participation à un groupe de soutien postpartum tels que perçus par les femmes qui y participent.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Période postnatale comme période de crise (LeMasters, 1957) et de transition (Rubin, 1961, 1975, 1977, 1984)	Étude qualitative descriptive transversale Entretiens individuels semi-structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir participé à au moins une rencontre du groupe de soutien en tant que participantes ou animatrices (n=13). Participant : 12 mères (10 participantes et deux animatrices du groupe) âgées de 30 à 42 ans et ayant entre 1 et 3 enfants.	Quatre principaux facteurs de maintien ont été identifiés : a) le soutien reçu et le réconfort; b) les savoirs, l'expérience et l'engagement de l'animatrice du groupe; c) l'aide obtenue dans le processus de transition vers la maternité; d) l'opportunité d'être en contact avec d'autres enfants du même âge que le sien.
2. Barnes et al. (2008) <i>Australie</i>	Explorer les besoins de soutien et d'information ressentis par les nouvelles mères d'un premier enfant et évaluer si elles se sentent bien préparées à assumer leurs nouvelles responsabilités.	Besoins non comblés Conditions biologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel Besoins (outil de mesure développé par les auteurs)	Aucun	Étude mixte descriptive transversale Questionnaire téléphonique et entretiens collectifs Analyses statistiques descriptives et analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) participer au projet d'évaluation d'un nouveau modèle de soin au centre de santé communautaire pour enfants de Brisbane; 2) être la mère d'un premier enfant; 3) ne pas présenter de facteurs de risque (violence familiale, maladie mentale, consommation, enfants de petits poids, prématurés ou malades). Participant : 151 nouvelles mères rejointes 3 mois après l'accouchement (questionnaire téléphonique) et 8 nouvelles mères rejointes 7 à 9 mois après l'accouchement (entretiens collectifs). L'âge moyen des mères est de 32 ans.	Les participantes ont rapporté avoir recherché de l'information auprès de multiples sources lors de la grossesse. Peu de répondantes se sont senties bien préparées à faire face à l'expérience physique et émotionnelle des premières semaines après l'accouchement et aux différents problèmes qui surviennent dans les premiers mois de la vie d'un enfant. Les résultats suggèrent que les approches courantes d'information périnatale ne répondent pas aux besoins des mères d'un premier enfant, même chez celles disposant de multiples ressources.

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

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologiqu e et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
4. Castle et al. (2008) <i>Grande- Bretagne</i>	Déterminer si le soutien social prénatal perçu durant la grossesse est lié à la détresse postnatale et au bien-être et si l'attitude quant à l'expression émotionnelle est liée au soutien social perçu et à la détresse postnatale tant chez les mères que chez les pères.	Ressources personnelles limitées Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social Attitude par rapport à l'expression émotionnelle (<i>Attitudes towards Emotional Expression</i>); soutien social (<i>DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire</i>); détresse durant la grossesse (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>); bien- être (<i>Well-being Questionnaire</i>); détresse postnatale (<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>).	Aucun	Étude quantitative corrélationnelle longitudinale Questionnaire autoadministré au troisième trimestre de la grossesse et entre la 6 ^e et la 8 ^e semaine après l'accouchement Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir participé à l'une des classes prénatales de deux hôpitaux du Yorkshire; 2) être le parent d'un premier enfant; 3) être âgé de 18 ans ou plus; 3) être marié ou cohabiter avec un conjoint; 4) avoir une connaissance suffisante de l'anglais pour répondre adéquatement aux questionnaires; 5) ne pas avoir eu un bébé prématuré ou hospitalisé plus de 48 heures à l'unité des soins spéciaux. Participants : 86 mères âgées de 30,7 ans en moyenne et 66 pères âgés de 32,9 ans en moyenne.	Les mères et les pères qui estiment bénéficier d'un soutien social élevé en période prénatale rapportent un niveau plus faible de détresse postnatale 6 semaines après l'accouchement. Les parents démontrant des attitudes plus positives à l'égard de l'expression des émotions font état d'un niveau plus élevé de soutien social. Les attitudes à l'égard de l'expression des émotions ne sont pas associées à la détresse postnatale. Le soutien social perçu pourrait être un facteur protecteur tant pour les pères que pour les mères.
5. Cronin (2003) <i>Irlande</i>	Identifier les besoins, perceptions et expériences des nouvelles mères d'un premier enfant en période postnatale.	Besoins non comblés Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel	Aucun	Étude qualitative transversale Entretiens collectifs et individuels non structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir été contacté par l'un des deux travailleurs sociaux de la communauté; 2) être la jeune mère d'un premier enfant. Participant : 13 mères d'un premier enfant âgé de moins de 9 mois; 46 % d'entre elles sont âgées de 18 à 20 ans, 31 % sont âgées de 21 à 25 ans et 15 % sont âgées de moins de 18 ans.	La participation des mères à une classe prénatale est variable. La perception d'avoir été insuffisamment préparées à l'expérience de l'accouchement et de la maternité prédomine. La mère de la nouvelle mère est la figure centrale en matière de soutien émotionnel et pratique. Des problématiques de dépression maternelle, de solitude et de difficultés à déléguer les soins à son enfant pour retourner à l'école ou au travail ont été rapportées par les mères.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
6. Darvill et al. (2010) <i>Grande- Bretagne</i>	Explorer le processus de transition à la maternité à partir de la perspective des mères et identifier leurs besoins de soutien non comblés.	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale par théorisation ancrée Entretiens individuels semi- structurés Méthode de comparaison constante	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant récemment; 2) avoir plus de 16 ans; 3) ne pas avoir de problème de santé physique ou mentale; 4) avoir eu un enfant en bonne santé; 5) parler l'anglais couramment. Participant·es : 13 femmes âgées de 17 à 39 ans ayant donné naissance à un premier enfant 6 à 15 semaines auparavant.	Trois grands thèmes liés au changement de la perception de soi émergent de l'analyse : 1) le sentiment d'une perte de contrôle sur sa vie dans les semaines suivant la naissance; 2) le besoin de soutien d'un mentor pour guider la transition et normaliser l'expérience vécue; 3) le passage d'un couple à une famille. Les femmes enceintes d'un premier enfant entament leur transition à la maternité tôt en début de grossesse. Elles font face à des périodes difficiles tôt dans la grossesse et après la naissance et mentionnent avoir de multiples besoins de soutien non comblés à cette période, plus particulièrement un besoin de soutien de la part d'autres nouvelles mères.

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

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
8. Doucet et al. (2012) <i>Canada et États-Unis</i>	Explorer les besoins et les préférences de femmes atteintes de psychose postpartum et de leurs partenaires en matière de soutien, les façons dont ils perçoivent l'accessibilité aux ressources et les obstacles qu'ils rencontrent.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Il existe différentes formes de soutien social (instrumental, informationnel, émotionnel, affirmationnel) et différentes sources (réseau formel et informel) (Stewart, 2000).	Étude qualitative exploratoire descriptive transversale Entretiens individuels semi- structurés (par téléphone ou en personne) Analyse thématique	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) pour les mères, avoir souffert de symptômes psychotiques dans les 4 semaines suivant l'accouchement; 2) avoir obtenu un diagnostic de psychose postpartum par un professionnel; 3) être âgé de 18 ans ou plus au moment du diagnostic; 4) avoir eu ce diagnostic dans les 10 années précédentes; 5) pour les partenaires, avoir eu une relation prolongée avec une mère admissible à l'étude; 6) être âgé de 18 ans au moment du diagnostic de psychose postpartum. Participants : 9 mères ayant vécu un épisode de psychose postpartum dans les 10 dernières années et 7 de leurs partenaires.	Les couples qui expérimentent une psychose postpartum recherchent auprès des professionnels de la santé des informations sur la maladie et son traitement. Tous les participants de l'étude estiment que les groupes de soutien aident à normaliser l'expérience de la psychose et à briser le sentiment d'isolement. Les participants rapportent que le réseau informel de soutien apporte différentes aides pratiques, mais demeure limité dans sa capacité à soutenir le rétablissement par manque de connaissance de la maladie. Les partenaires demeurent réticents à reconnaître leurs propres besoins et à demander de l'aide des professionnels ou de leur réseau informel.
9. Evans et al. (2012) <i>Canada</i>	Examiner l'importance pour les femmes atteintes de dépression postpartum du soutien reçu à travers les groupes de discussion en ligne et décrire les diverses formes de soutien qui leur sont offertes.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Typologie des formes de soutien social (émotionnel, informationnel et instrumental) (Kalichman, Sikkema, & Somlai, 1996) et modèle de caractérisation du soutien social lors d'une grossesse (Oakley, 1992).	Étude qualitative transversale Analyse de contenu dirigée	Échantillonnage non probabiliste : choix de 11 groupes de discussion jugés pertinents à l'étude; sélection de 512 messages liés à l'expérience postnatale et comportant au moins une phrase complète.	Le soutien social est un enjeu important du processus de rétablissement lors d'une dépression postpartum. Les communautés en ligne permettent aux femmes atteintes de dépression postpartum de créer des liens et de bénéficier de soutien émotionnel, informationnel et instrumental. Les professionnels de la santé doivent développer une meilleure compréhension des bénéfices, des limites et des risques potentiels du soutien apporté par les groupes de soutien en ligne afin de mieux répondre aux besoins des femmes.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
10. Gottlieb et Mendelson (1995) <i>Canada</i>	Examiner la relation entre les humeurs et les dimensions du soutien social durant et après la grossesse. Évaluer l'influence du soutien social avant et après la naissance sur les humeurs de la mère en fonction du niveau de stress et de la période périnatale.	Ressources personnelles limitées Conditions sociales de vulnérabilité Soutien social informel Humeurs et fatigue (<i>The Profile of Moods Support</i>); soutien social (<i>Norbeck Social Support Questionnaire</i> et questionnaire construit par les auteurs); stress (<i>Stress Checklist</i>).	Le soutien social : a) est multidimensionnel et joue différents rôles dans la modulation du stress et des émotions; b) peut agir comme un réducteur de stress ou comme une ressource; c) peut avoir différents effets dépendamment du moment où il est offert.	Étude quantitative corrélationnelle longitudinale Questionnaire autoadministré (6 à 10 semaines avant la naissance et 5 à 6 semaines après la naissance) Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) être enceinte d'un second enfant. Participant : 50 mères enceintes ayant un premier enfant âgé de 28 à 54 mois; l'âge moyen des mères est de 29 ans.	Les humeurs des mères et la fatigue sont associées au soutien en période prénatale et postnatale. Différents types de soutien réalisent différentes fonctions avant et après la naissance. Le soutien donné aux mères doit correspondre à leurs besoins et sera plus efficace s'il est offert au bon moment.
11. Haga et al. (2012) <i>Norvège</i>	Explorer comment les mères d'un premier enfant vivent l'expérience de la transition à la maternité afin de mieux comprendre pourquoi certaines mères trouvent cette expérience difficile d'un point de vue émotionnel alors que d'autres la vivent bien.	Besoins non comblés Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Entretiens individuels semi-structurés Analyse thématique	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant dans la dernière année. Participant : 13 mères d'un premier enfant; l'âge des mères varie de 24 à 44 ans.	Deux façons d'appréhender la maternité émergent des entrevues, l'une est qualifiée de « détendue » et l'autre de « contrôlante ». La façon d'appréhender la maternité a une influence sur la façon dont les mères perçoivent la période postnatale, sur leur besoin de maîtriser la situation et sur la façon de vivre émotionnellement cette période. Le soutien social reçu et la gestion de l'allaitement sont des enjeux importants du sentiment de bien-être ou de dépression en période postnatale.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
12. Hanley et Long (2006) <i>Grande- Bretagne</i>	Examiner l'expérience de dépression postpartum de femmes galloises et questionner la détermination sociale de la dépression postnatale.	Ressources personnelles limitées Conditions biologiques, psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Étude de cas fondée sur des entretiens individuels semi- structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir eu un diagnostic de dépression postpartum dans les trois dernières années (n=30); 2) obtenir un score de 12 ou plus sur une échelle de mesure de dépression (EPDS). Participant : 10 mères d'un à 3 enfants ayant eu un diagnostic de dépression postnatale dans les 3 dernières années; l'âge des mères varie de 17 à 33 ans.	Les mères avaient des connaissances limitées des effets de la dépression postpartum avant de devenir enceinte et étaient, au départ, peu enclines à partager leurs sentiments. Les pressions économiques obligent les femmes à retourner travailler, leur laissant ainsi disposer de peu de temps de qualité pour leur bébé et leur famille. Le soutien premier qu'étaient autrefois les grands-mères est désormais absent et les mères doivent se tourner vers les services sociaux et les groupes de soutien volontaires.
13. Hess et al. (2010) <i>États-Unis</i>	Enquêter auprès des membres d'un groupe de soutien en ligne portant sur la cardiomyopathie périnatale afin de connaître les bénéfices associés à cette participation.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Support social informel et semi-formel Caractéristiques et bénéfices des groupes de soutien en ligne (outil adapté d'un mémoire de maîtrise)	Aucun	Étude mixte descriptive transversale Questionnaire par courriel autoadministré Analyses statistiques et analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) être membre d'un groupe de soutien en ligne portant sur la cardiomyopathie périnatale. Participants : 12 participantes au groupe de soutien en ligne âgées de 19 à 34 ans.	Le groupe de soutien en ligne est une ressource cruciale pour les femmes vivant avec une cardiomyopathie périnatale. Les principaux bénéfices retirés sont les suivants : obtenir et partager de l'information; échanger leurs histoires de vie; se sentir comprises par d'autres femmes et développer de l'espoir face à la maladie.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
14. Hogg et Worth (2009) <i>Grande- Bretagne</i>	Décrire l'expérience des parents de jeunes enfants quant au soutien reçu afin d'orienter le développement des services qui leur sont destinés.	Besoins non comblés Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Entretiens individuels et collectifs semi- structurés Analyse thématique de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) être le parent d'un premier enfant; 2) ne pas être suivi par le service de la protection de l'enfance ou avoir un enfant ayant un besoin spécial. Participants : 25 mères et un père (entretiens collectifs) et 9 couples et 9 mères (entretiens individuels) d'enfants âgés d'environ 2 ½ ans.	Les premiers jours de vie de l'enfant semblent être particulièrement problématiques pour les parents. La confiance en soi, l'expérience de soins antérieure à l'égard de jeunes enfants et la présence d'un réseau social sont désignées par les parents comme des conditions essentielles à une transition à la parentalité réussie. L'isolement social est souligné comme l'une des causes principales de difficultés. L'établissement d'un nouveau réseau social apparaît important pour faciliter l'acquisition de nouvelles compétences parentales et accroître le soutien émotionnel.
15. Kanotra et al. (2007) <i>États-Unis</i>	Identifier et explorer l'éventail de défis auxquels les femmes font face entre 2 et 9 mois après l'accouchement.	Besoins non comblés Conditions psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Questionnaire autoadministré et questionnaire téléphonique Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste: 366 commentaires portant sur la période postnatale formulés par 324 femmes de 10 états américains qui ont participé à l'étude <i>Pregnancy Risk Assessment Monitoring System</i> (PRAMS). Participant : 324 répondantes dont une majorité (53,1 %) est âgée de 25 ans ou plus.	Les principaux thèmes qui émergent selon l'ordre d'importance sont : 1) le besoin de soutien social; 2) les enjeux relatifs à l'allaitement; 3) le manque d'éducation relatif aux soins d'un nouveau-né lors du retour à la maison; 4) le besoin d'aide lors d'une dépression postpartum; 5) le besoin ressenti d'un séjour hospitalier plus long après l'accouchement; 6) le besoin d'une assurance maladie maternelle étendue après l'accouchement.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
16. Kearns et al. (1997) <i>Nouvelle- Zélande</i>	Examiner comment la transition à la maternité peut être problématique pour certaines femmes.	Ressources personnelles limitées Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel Déresse maternelle (<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>); contacts sociaux et soutien social reçu (7 items de l'échelle « amis » et 4 items de l'échelle « parenté » du <i>Modified Social Adjustment Scale</i>).	Cadre conceptuel combinant des éléments de modèles biomédicaux et psychosociaux cherchant à lier le soutien social, la détresse psychologique et la naissance.	Étude quantitative corrélacionnelle longitudinale Entretiens individuels et questionnaire autoadministré Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir fréquenté une classe prénatale dans la région concernée; 2) ne pas avoir eu un enfant né avant terme. Participant : 83 femmes, dont 55 % sont primipares et 45 % sont multipares.	Durant la grossesse, un faible soutien social de la part du conjoint est associé à de la détresse vécue en période prénatale. En période postnatale, un manque de soutien social de la part des amis et l'âge de la mère sont également liés à de la détresse. La détresse en période prénatale est aussi associée à de la détresse vécue en période postnatale.
17. Leahy Warren (2005) <i>Irlande</i>	Explorer la relation entre le soutien social dont bénéficient les jeunes mères et leur confiance en elles concernant les soins à donner à leur enfant et identifier les sources de soutien des jeunes mères en période postnatale.	Ressources personnelles limitées Conditions sociales de vulnérabilité Soutien social informel Confiance (outil développé par les auteurs); soutien social (questionnaire incluant une échelle de type Likert).	Théorie des échanges sociaux (Blau, 1964, Homans, 1961) et théorie de l'auto-efficacité (Bandura, 1969, 1995). Le soutien social est conceptualisé en termes d'éléments structuraux et fonctionnels étroitement liés entre eux (House, 1981).	Étude quantitative descriptive corrélacionnelle transversale Questionnaire autoadministré Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir donné naissance à un premier bébé dans l'une des deux maternités du sud de l'Irlande au cours d'une période déterminée. Participant : 99 mères d'un premier enfant dont 26 % ont entre 27 et 30 ans et 23 % ont entre 18 et 22 ans.	Le soutien de rétroaction et le soutien informationnel sont liés à la confiance des mères dans leur capacité à prendre soin de leur enfant. Les personnes les plus significatives à l'égard du soutien de validation pour les nouvelles mères sont leurs conjointes et leurs mères. Les infirmières et les mères constituent les sources de soutien informationnel des nouvelles mères.

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
18. Leahy Warren et al. (2011) <i>Irlande</i>	Examiner la relation entre le soutien social, la perception d'auto-efficacité maternelle et la dépression postnatale chez les mères six semaines après l'accouchement.	Ressources personnelles limitées Conditions psychologiques et sociales de vulnérabilité Soutien social informel Soutien social (questionnaire développé par les auteurs); sentiment d'efficacité maternelle (<i>Perceived Maternal Parental Self-Efficacy</i>); dépression postnatale (<i>Edinburgh postnatal Depression Scale</i>).	Théorie des échanges sociaux (Blau, 1964, Homans, 1961) et théorie de l'auto-efficacité (Bandura, 1969, 1995). Le soutien social est conceptualisé en termes d'éléments structuraux et fonctionnels étroitement liés entre eux (House, 1981).	Étude quantitative descriptive corrélationnelle transversale Questionnaire postal autoadministré Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) être la mère d'un premier enfant; 2) être âgée de 18 ans ou plus; 3) avoir eu une grossesse et un accouchement à terme sans complication; 4) ne pas avoir eu une naissance multiple; 5) ne pas avoir eu un bébé hospitalisé; 6) avoir l'anglais comme langue maternelle; 7) être d'origine caucasienne. Participants : 410 mères dont 33,6 % sont âgées entre 31 et 35 ans et 30,1 % sont âgées entre 27 et 30 ans.	Une relation significative a été trouvée entre les dimensions fonctionnelles du soutien social et la dépression postpartum; entre le soutien social informel et la dépression postpartum; entre la perception d'auto-efficacité maternelle et la dépression postpartum et enfin, entre le soutien social informel et l'efficacité maternelle. Les infirmières et les sages-femmes doivent être sensibles à l'importante contribution du soutien social, particulièrement celui provenant de la famille et des amis, à la santé mentale et au bien-être des mères en période postnatale.
19. Letourneau et al. (2007) <i>Canada</i>	Évaluer les besoins, les ressources, les obstacles et les préférences de mères en situation de dépression postpartum à l'égard du soutien postnatal.	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative exploratoire et descriptive transversale Entretiens individuels et entretiens collectifs semi-structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) avoir été affectée par des symptômes de dépression postpartum dans les 2 années précédentes; 2) avoir eu ces symptômes dans les 12 semaines suivant la naissance; 3) avoir eu ces symptômes pendant plus de 2 semaines; 4) avoir eu des symptômes qui affectent sa capacité à prendre soin d'elle-même ou de ses enfants. Participants : 41 mères (entretiens individuels) et 11 mères (entretiens collectifs); l'âge moyen est de 31 ans.	Plusieurs mères préfèrent bénéficier d'un soutien individuel au moment du diagnostic postnatal. Les groupes de soutien sont préférés par les mères lorsqu'elles commencent à se sentir mieux et se sentent à l'aise d'interagir avec d'autres mères dans un contexte de groupe. Ces préférences en matière de soutien doivent être prises en compte par les organismes publics concertés.

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

Auteur Année Pays d'origine	But principal de l'étude	Opérationnalisation des conditions de vulnérabilité et du soutien social	Modèle conceptuel	Approche méthodologique et devis	Stratégie d'échantillonnage et caractéristiques des participants	Principaux résultats
21. MacPherson et al. (2010) <i>Grande- Bretagne</i>	Évaluer si le programme <i>Home-Start</i> répond aux besoins des nouvelles mères, déterminer ce qu'elles apprécient de ce type de soutien semi-formel et identifier les difficultés rencontrées (volet qualitatif d'une étude d'intervention randomisée).	Besoins non comblés Conditions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives de vulnérabilité Soutien social informel et semi-formel	Aucun	Étude qualitative transversale Entretiens individuels semi-structurés Analyse de contenu	Échantillonnage non probabiliste de volontaires Critères d'inclusion : 1) fréquenter un centre de soins prénatal; 2) avoir 18 ans ou plus; 3) comprendre et parler l'anglais; 4) vivre en dehors d'une région où le programme <i>Sure Start</i> est offert; 5) obtenir un score de 9 ou plus sur une échelle de défavorisation (faible revenu, famille monoparentale, voisinage défavorisé, sans qualification) (n=527). Participant : 55 mères dont 23 ont reçu des visites du programme <i>Home-Start</i> , 13 ont refusé les visites et 19 à qui les visites n'ont pas été proposées.	La plus grande part du soutien reçu par les mères provient de sources informelles telles que la famille ou les amis. Une plus petite part du soutien provient des professionnels. Les mères qui ont participé au programme <i>Home-Start</i> mentionnent en avoir retiré différents bénéfices, dont celui d'avoir reçu de l'aide pratique plutôt que d'avoir eu à en demander aux proches. Les difficultés identifiées au programme par les mères sont liées à son caractère volontaire et à des problèmes administratifs. Les programmes volontaires sont importants pour compléter le soutien informel et formel, mais doivent être l'objet d'une bonne planification.
22. Moran et al. (1997) <i>États-Unis</i>	Étudier les prédicateurs du désir de recevoir plus d'information à propos de 18 soins personnels et à l'enfant, sept semaines après l'accouchement, chez les femmes primipares et multipares en relation avec les classes prénatales, le séjour écourté à l'hôpital et autres variables.	Besoins non comblés Conditions cognitives de vulnérabilité Soutien social informel Analyse secondaires des données du <i>Statewide Obstetrical Review and Quality System Patient Assessment Survey</i>	Aucun	Étude quantitative corrélationnelle transversale Questionnaire postal autoadministré ou entrevue téléphonique Analyses statistiques	Échantillonnage non probabiliste de type accidentel Critères d'inclusion et d'exclusion : 1) avoir donné naissance à un enfant dans l'un des trois hôpitaux visés par l'étude; 2) ne pas avoir eu de naissance multiple; 3) ne pas avoir eu un enfant admis au centre intensif de soin néonatal ou transféré à un autre hôpital après la naissance. Participant : 1 161 femmes (540 primipares et 621 multipares), dont 62 % sont âgées de 25 à 34 ans.	Les trois quarts des femmes auraient souhaité davantage d'information sur au moins un sujet et les plus hauts pourcentages concernent : l'exercice, la diète et la nutrition; s'occuper des autres enfants; reconnaître la maladie chez l'enfant. Les primipares et multipares qui désirent le plus d'information sont âgées de moins de 25 ans et bénéficient d'un soutien social moindre. De plus, les multipares qui font état de besoins d'information non comblés ont un niveau d'éducation plus faible et ont eu un temps de séjour plus court à l'hôpital. L'éducation prénatale reçue n'est pas liée au désir de recevoir plus d'informations en période postnatale.

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

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

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

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

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

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

ANNEXE 5: TERRITOIRES COUVERTS PAR LES CRP ET RLS CORRESPONDANTS

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

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

**ANNEXE 6: NOMBRE DE CRP SELON LE NOMBRE DE FAMILLES
REJOINTES EN 2011-2012 POUR L'ENSEMBLE DES ACTIVITÉS
ET DES SERVICES**

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

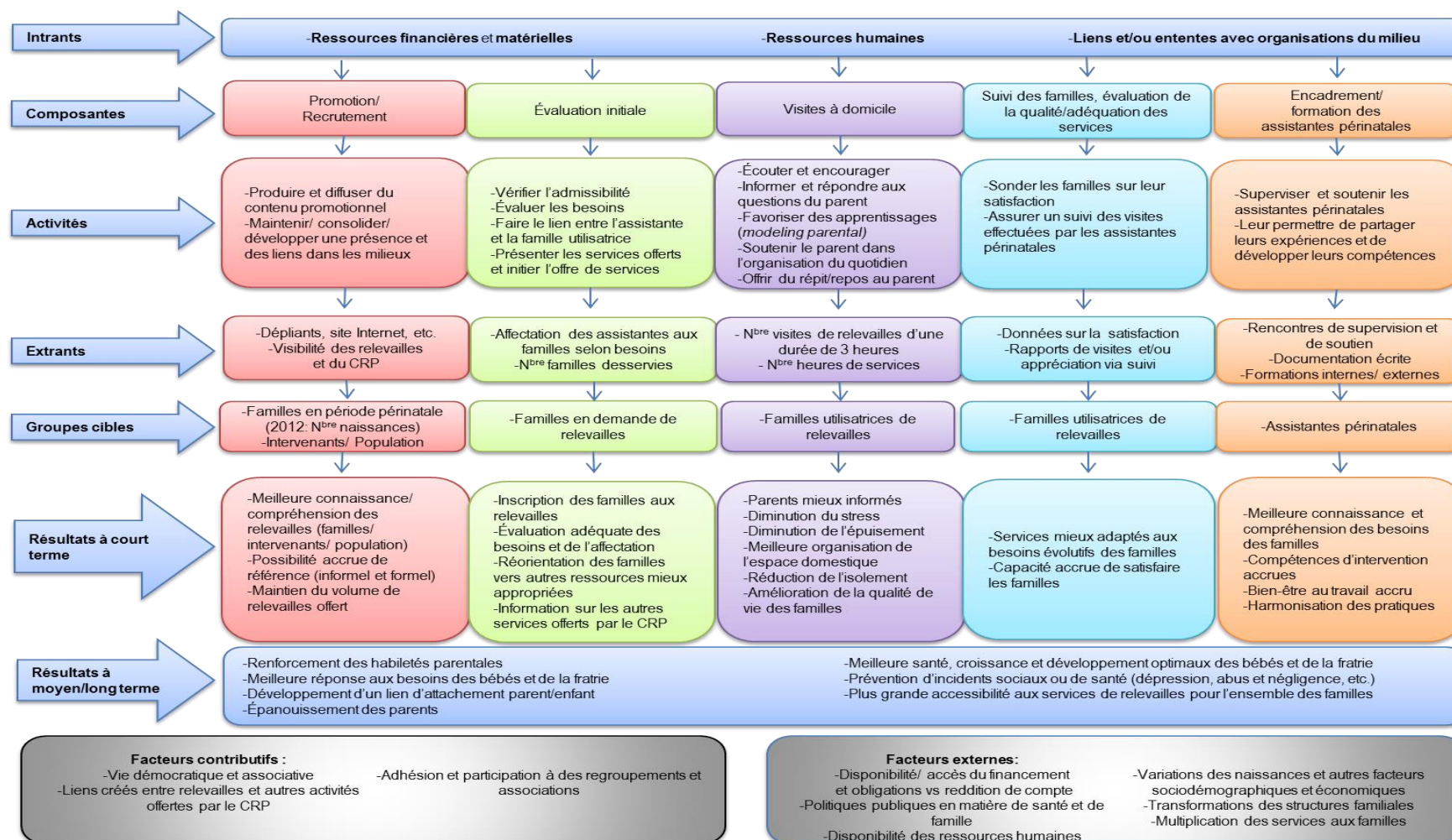
ANNEXE 7: CATÉGORIES D'ACTIVITÉS ET DE SERVICES EN PÉRINATALITÉ OFFERTS PAR LES CRP EN 2011-2012

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

ANNEXE 8: CLASSIFICATION DES PRINCIPALES TÂCHES RÉALISÉES PAR LES BÉNÉVOLES AU SEIN DES CRP EN 2011-2012

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

ANNEXE 9: MODÈLE LOGIQUE DU PROGRAMME DE RELEVAILLES



ANNEXE 10: SECTEURS D'ACTIVITÉS ET EXEMPLES D'ORGANISATIONS AVEC LESQUELS LES CRP ONT DÉVELOPPÉ DES LIENS ET DES ENTENTES

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

ANNEXE 11: CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES DES CRP

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

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

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

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

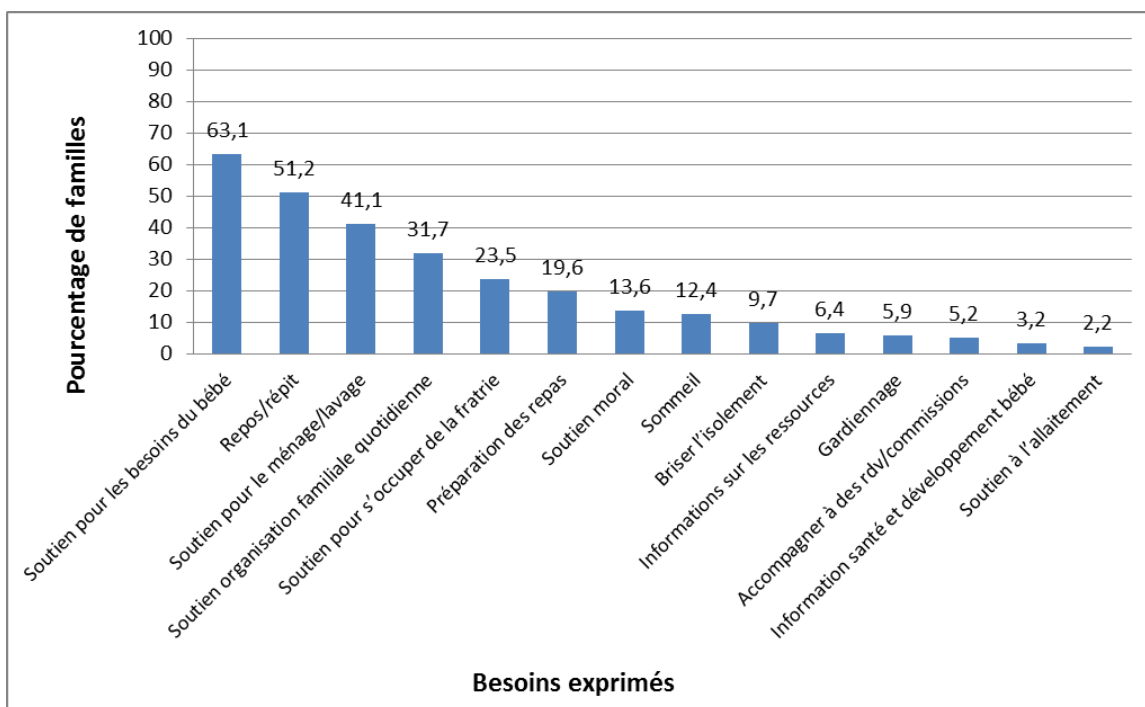
⁶ Source : données collectées pour le volet 2 de cette recherche (Roch et al., 2014).

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

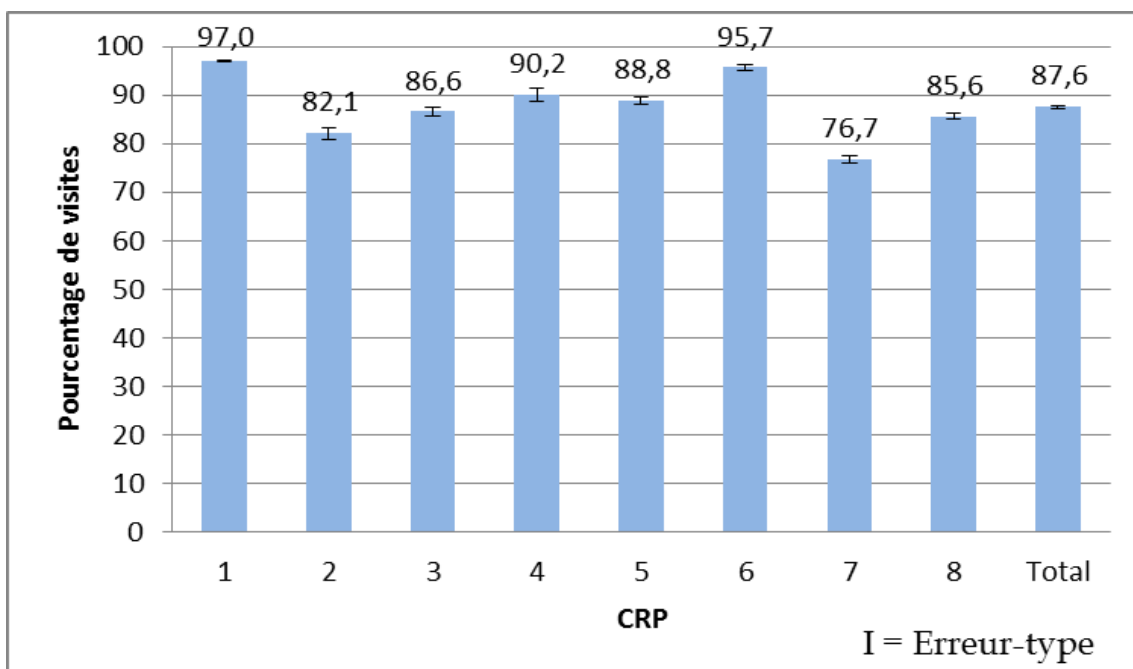
ANNEXE 12: CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES UTILISATRICES DES RELEVAILLES

Caractéristiques des familles	%
Sexe du parent demandeur	
Féminin	98,3
Parent issu de l'immigration	
Oui	11,6
Situation familiale	
Monoparentale	20,0
Scolarité de la mère	
Primaire/secondaire	27,5
Professionnel	11,4
Collégial	17,6
Universitaire	34,4
Non évalué	9,2
Revenu familial net pour l'année en cours	
0-20 000 \$	24,5
20 001 à 40 000 \$	21,5
40 001 à 60 000 \$	13,6
60 000 à 80 000 \$	13,9
80 001 à 100 000 \$	10,4
100 001 et plus	6,9
Non évalué	9,2
Référence par un professionnel	
Oui	37,4
Grossesse multiple	
Oui	9,9
Présence d'autres enfants	
Oui	77,7
Accès régulier à d'autres sources de soutien formel et semi-formel	
Oui	79,5
Présence de difficultés psychosociales	
Oui	93,8
Âge du parent demandeur	
Moins de 18 ans	1,7
18 à 21 ans	3,7
22 à 25 ans	10,6
26 à 29 ans	19,8
30 à 33 ans	29,5
34 à 37 ans	22,0
38 à 41 ans	5,4
41 ans et plus	7,2
Nombre total autres enfants	
0 enfant	22,3
1 enfant	38,1
2 enfants	22,3
3 enfants et plus	17,3
Âge du bébé au début des relevailles	
0 à moins de 3 mois	72,3
3 à moins de 6 mois	14,1
6 à moins de 12 mois	11,6
12 mois et plus	2,0

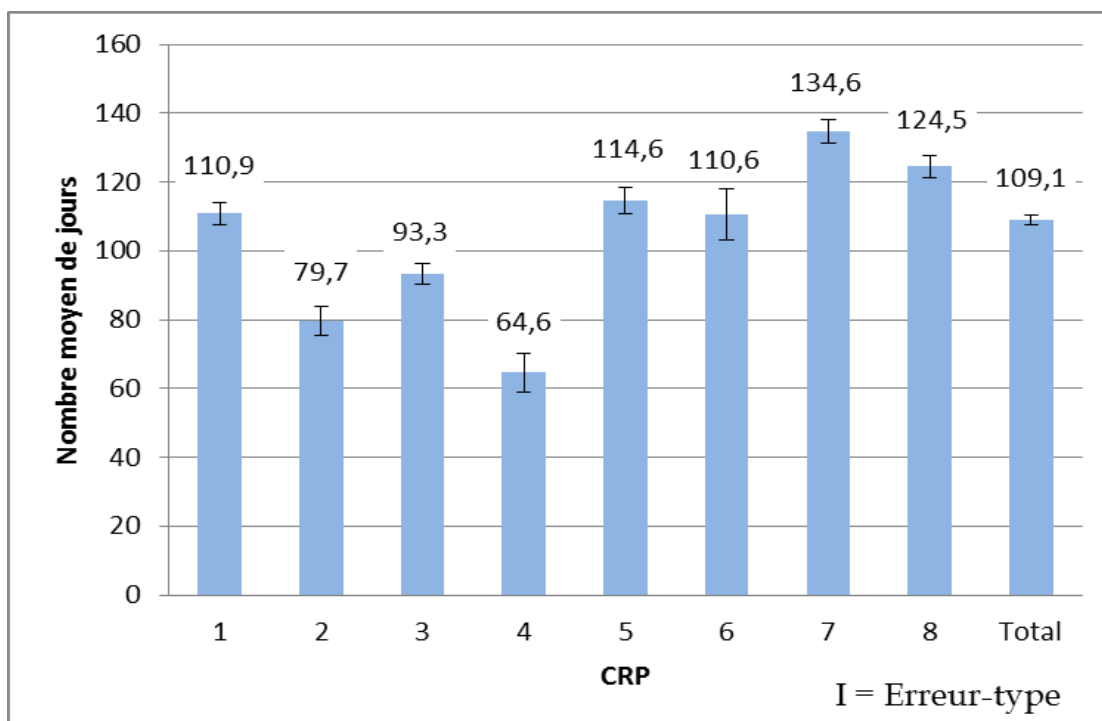
ANNEXE 13: BESOINS EXPRIMÉS LORS DE L'INSCRIPTION



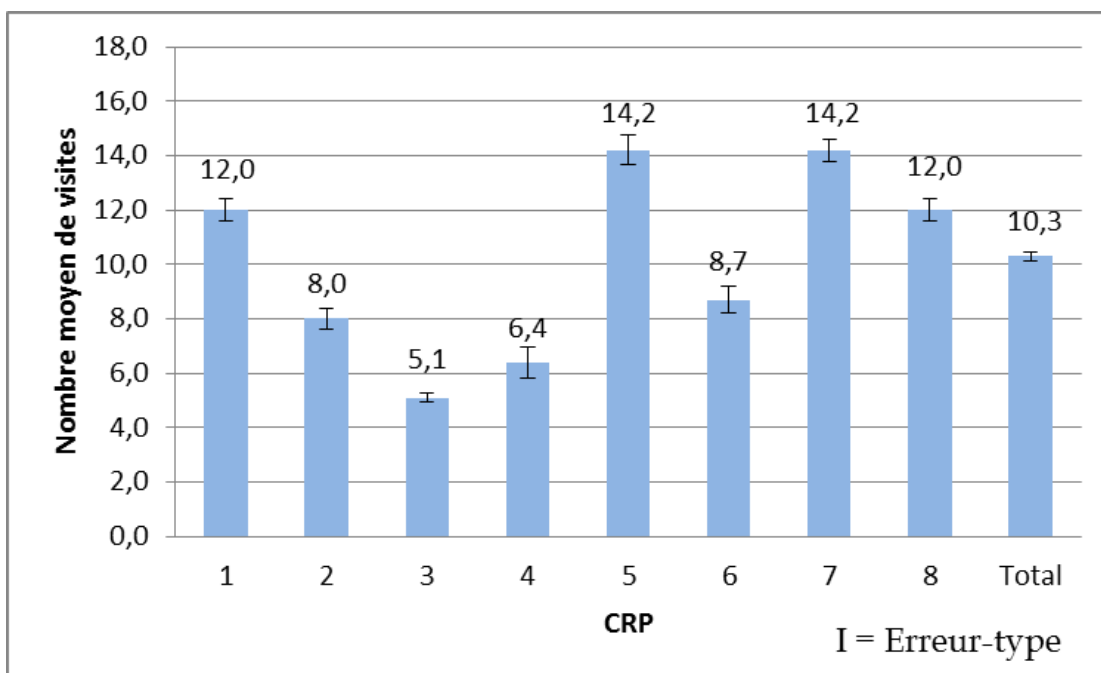
ANNEXE 14: POURCENTAGE DE VISITES ASSOCIÉES À L'ASSISTANTE PÉRINATALE PRINCIPALE POUR UNE FAMILLE PAR CRP



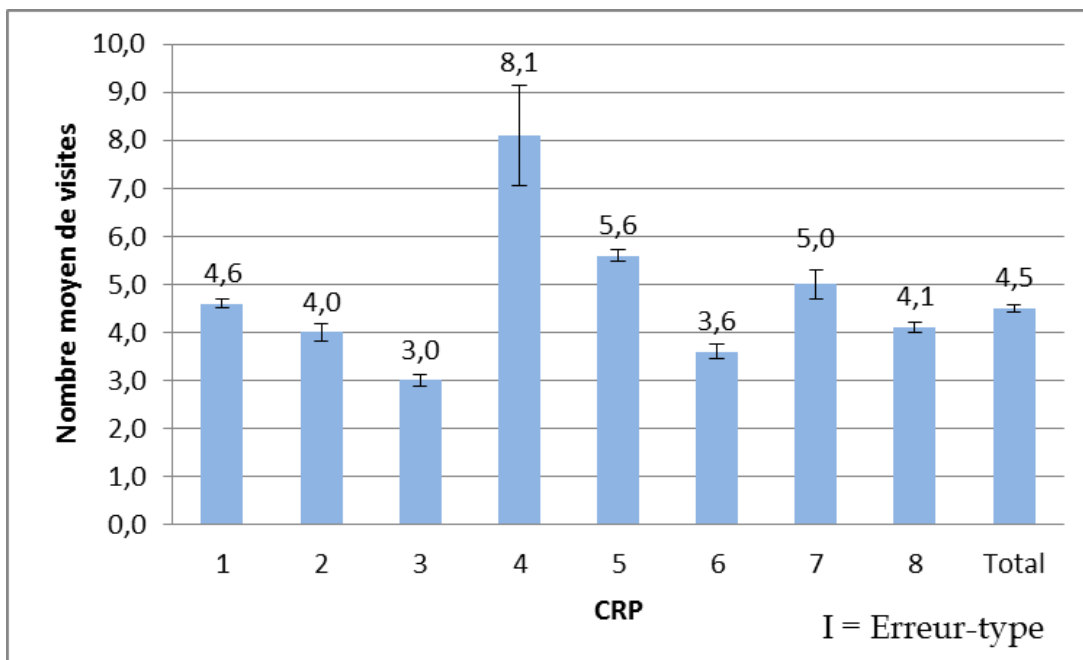
ANNEXE 15: NOMBRE MOYEN DE JOURS ENTRE LA PREMIÈRE ET LA DERNIÈRE VISITE PAR CRP



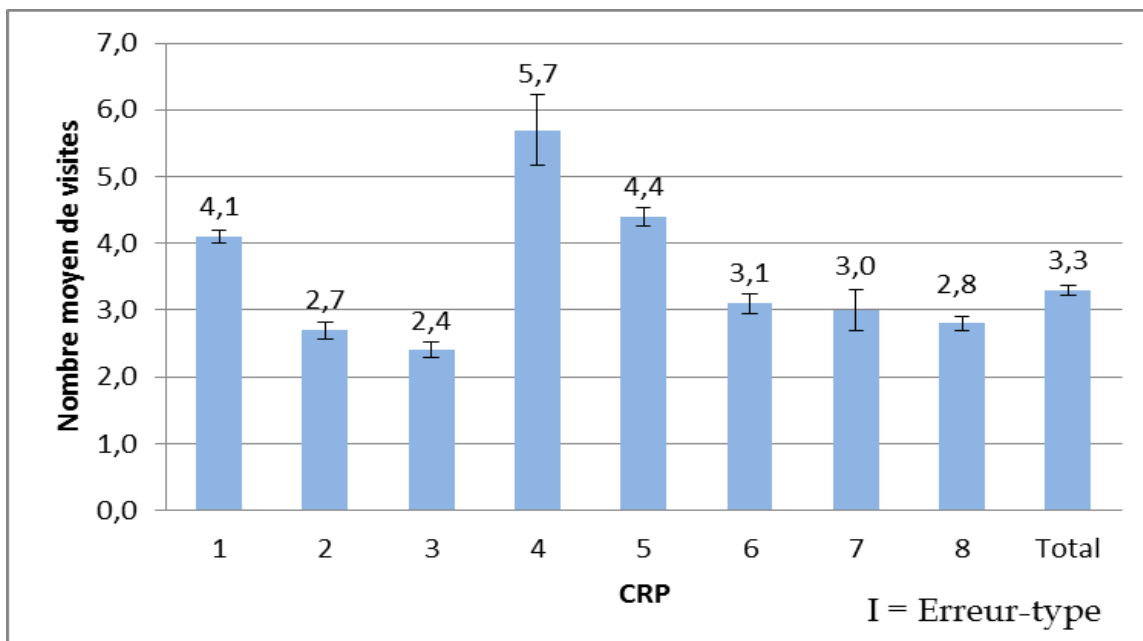
ANNEXE 16: NOMBRE MOYEN DE VISITES POUR UNE FAMILLE PAR CRP



ANNEXE 17: NOMBRE MOYEN DE VISITES PAR MOIS POUR UNE FAMILLE PAR CRP



ANNEXE 18: NOMBRE MOYEN DE VISITES PAR MOIS PAR ASSISTANTE PÉRINATALE POUR UNE FAMILLE PAR CRP



ANNEXE 19: DESCRIPTION DES PROFILS DE GLOBALITÉ

Le profil « instrumental » : Utilisation des services centrée sur les tâches domestiques (faire le ménage, la lessive, la vaisselle, nettoyer la salle de bain). En fait, 9 items de la fiche de visite se rapportant à cette catégorie de tâches sont associés avec ce profil. On retrouve seulement 2 items associés à d'autres catégories de tâches, soit les soins donnés au bébé et la stimulation du bébé par des jeux. Ce constat suggère que même lorsque les besoins des familles se situent surtout au niveau des tâches domestiques, l'assistante périnatale demeure en mesure d'offrir des soins au bébé, ce qui constitue une plus-value importante par rapport à des services d'aide domestique. Finalement, il importe de noter que ce profil n'est pas associé avec la majorité des items reliés au soutien psychologique et à l'information. En définitive, on peut avancer que ce profil se caractérise par le recours à des tâches plus techniques ou instrumentales et par une opposition nette avec les activités de nature plus « psychosociale » et « éducative ».

Le profil « coaching » : Utilisation des services centrée sur des tâches de soutien et d'information (à la fois sur les ressources et sur le bien-être du bébé et/ou des parents). À titre d'exemple, il est associé avec les 4 items de la fiche de visite se rattachant à la catégorie de tâches « écouter/encourager » et avec la majorité des items liés aux catégories « informer et outiller sur les ressources » et « informer et outiller à propos du bébé ou des parents » (11 items sur 13). Il s'oppose fortement à une utilisation centrée sur la réalisation des tâches domestiques. On note d'ailleurs que ce profil n'est pas associé avec 10 des 12 items rattachés à la catégorie « fournir de l'aide avec les tâches domestiques et l'organisation quotidienne ». On retrouve une seule tâche appartenant à cette catégorie, soit l'accompagnement à des activités extérieures. Sur cette base, on pourrait supposer que la visée de l'accompagnement n'est pas technique ou instrumental, mais plus de nature pédagogique.

Le profil « nounou » : Utilisation des services centrée sur des tâches relatives aux soins des enfants et du bébé. En fait, les seuls items associés avec ce profil correspondent aux soins donnés aux autres enfants et au fait de sortir à l'extérieur avec le bébé et/ou les enfants. Ce profil est le seul à être associé à 2 items reliés à la catégorie « soins bébé/fratrie » sur une possibilité théorique de 4 et une possibilité empirique de 3 (l'un des items de cette catégorie, soit une catégorie émergente, n'était pas suffisamment discriminant pour être inclus dans l'analyse de correspondance). Dans la même lignée, ce profil n'est pas associé à la totalité des items de la catégorie « écouter/encourager », à la majorité des items des catégories « informer ressource » et « informer bébé/parent » et à la majorité des items en rapport avec l'aide domestique. Il importe finalement de noter que ce profil n'est pas associé avec les soins donnés au bébé (donner le biberon, bercer, etc.), qui se retrouvent plutôt dans les profils « instrumental » et « équilibré ».

Le profil « équilibré » : Utilisation des services se traduisant par le recours à des tâches issues de toutes les catégories. Plus précisément, celui-ci est associé à la totalité des tâches liées à l'écoute et à l'encouragement (4 items sur 4). Il est également associé à 8 des 12 items de la fiche de visite en lien avec les tâches domestiques et à 10 des 13 items reliés à l'information. Finalement, il est associé à un des items en lien avec les soins au bébé/enfants, soit les soins au bébé (donner le biberon, bercer, etc.). Conséquemment, il se révèle comme le profil le plus « équilibré » : une catégorie de tâches ne prédominant pas clairement sur les autres.

ANNEXE 20: COEFFICIENTS DE CORRÉLATION INTRA-CLASSE

	Continuité relationnelle	Concentration des visites		Productivité		Globalité			
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jours) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Profil instrumental	Profil coaching	Profil nounou	Profil équilibré
Coefficient de corrélation intra-classe	0,17	0,02	0,07	0,1	0,12	0,03	0,23	0,07	0,05

ANNEXE 21: SIGNIFICATION DES LIENS (P) - CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES

	Continuité relationnelle	Concentration des visites		Productivité		Globalité
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jour) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Globalité
Nombre d'assistantes périnatales	0.20	0.18	<0.01***	0.97	0.90	<0.01***
Type de mission	0.87	0.78	0.26	0.04**	0.43	0.87
Densité de population des territoires d'intervention	0.12	0.30	0.39	0.46	0.16	0.59
Montant de subvention CRP	0.11	0.04**	0.09*	1.00	0.37	0.03**
Nombre de familles rejointes annuellement (ensemble des activités)	0.05*	0.26	<0.01***	0.99	0.76	<0.01***
Total des heures de relevailles offertes		<0.01***	<0.01***	<0.01***	0.2056	0.02**

* $0,05 \leq p < 0,1$ ** $0,01 \leq p < 0,05$ *** $p < 0,01$

ANNEXE 22: SIGNIFICATION DES LIENS (P) - CARACTÉRISTIQUES DES FAMILLES

	Continuité relationnelle	Concentration des visites		Productivité		Globalité
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jour) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Globalité
Âge du bébé au début des relevailles	0.57	0.12	0.09*	0.62	0.94	0.94
Nombre total autres enfants	0.15	0.16	0.01**	0.66	0.11	0.03**
Âge du parent demandeur	0.21	0.81	0.07*	0.25	0.12	0.26
Sexe du parent demandeur	0.79	0.49	0.28	0.12	0.27	0.37
Parent issu de l'immigration	0.19	0.84	0.83	0.75	0.93	0.27
Situation familiale	0.43	0.11	0.08*	0.24	0.13	0.98
Scolarité de la mère	0.39	0.51	0.73	0.77	0.86	0.25
Revenu familial net pour l'année en cours	0.18	0.71	0.03**	0.94	0.43	0.13

* $0,05 \leq p < 0,1$ ** $0,01 \leq p < 0,05$ *** $p < 0,01$

ANNEXE 23: SIGNIFICATION DES LIENS (P) - BESOINS EXPRIMÉS SPONTANÉMENT PAR LES FAMILLES

	Continuité relationnelle	Concentration des visites		Productivité		Globalité
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jour) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Globalité
Soutien à l'organisation familiale quotidienne	0.27	0.58	0.06*	0.66	0.58	0.49
Soutien pour les différents besoins du bébé	0.71	0.07*	0.51	0.23	0.35	0.83
Soutien pour le ménage/lavage	0.89	0.37	0.10	0.56	0.58	0.15
Soutien moral	0.65	0.68	0.14	0.60	0.75	0.64
Soutien à l'allaitement	Prob. convergence	0.84	0.54	0.73	0.95	0.36
Préparation des repas	0.14	0.26	0.31	0.66	0.95	0.17
Information sur les ressources	0.63	0.41	0.73	0.53	0.30	0.60
Briser l'isolement	0.88	0.80	0.03**	0.34	0.34	0.36

	Continuité relationnelle	Concentration des visites		Productivité		Globalité
	Pourcentage de visites par l'assistante périnatale principale associée à une famille (dichotomisée)	Étendue moyenne (jour) entre la première et la dernière visite	Nombre moyen de visites par famille	Nombre moyen de visites par mois pour une famille	Nombre moyen de visites par mois par assistante périnatale pour une famille	Globalité
Repos/répit	0.53	0.77	0.06*	0.64	0.50	0.93
Accompagner à des rendez- vous/commissions	0.81	0.24	0.13	0.25	0.89	0.53
Information sur l'alimentation, la santé et le développement du bébé	0.65	0.36	0.77	0.08*	0.08*	0.18
Soutien pour s'occuper de la fratrie	0.26	0.75	0.58	0.61	0.67	0.13
Sommeil	0.88	0.12	0.46	0.09*	0.14	0.58
Gardiennage	0.46	0.73	0.08*	0.25	0.17	0.55

* $0,05 \leq p < 0,1$ ** $0,01 \leq p < 0,05$ *** $p < 0,01$

ANNEXE 24: ASSOCIATIONS POTENTIELLES PAR INDICATEUR

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

ANNEXE 25: CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS AUX ENTRETIENS

Caractéristiques	n
Sexe	
Féminin	26
Masculin	2
Âge (années)	
18-21 ans	0
22-25 ans	2
26-29 ans	4
30-33 ans	6
34-37 ans	11
38-41 ans	3
42 ans et plus	1
Situation familiale	
En couple avec le parent du bébé	26
Monoparental	2
Nombre d'autres enfants que le(s) bébé(s)	
Pas d'autres enfants que le/les bébé(s)	8
1 autre	9
2 autres enfants	7
3 autres enfants	4
Niveau de scolarité complété	
Secondaire 5	1
Professionnel	6
Collégial	7
Universitaire	14
Revenu familial actuel	
0 à 20 000 \$	3
20 000 à 40 000 \$	9
40 001 à 60 000 \$	5
60 001 à 80 000 \$	3
80 001 à 100 000 \$	4
100 000 à 120 000 \$	1
120 001 \$ et plus	3
Pays d'origine	
Canada	25
Autres	3

ANNEXE 26: CARACTÉRISTIQUES DES VISITES DE RELEVAILLES REÇUES PAR LES PARENTS PARTICIPANTS

Caractéristiques	n
Reçoit des relevailles au moment de la collecte de données	
Non	16
Oui	12
Nombre de visites de relevailles reçues (pour tous les enfants)	
1 à 10 visites	13
11 à 20 visites	9
21 à 30 visites	0
31 à 40 visites	1
41 à 50 visites	2
Plus de 50 visites	3
Durée des relevailles (dernier enfant)	
0 à 3 mois	9
4 à 6 mois	4
7 à 12 mois	9
12 mois et plus	6

ANNEXE 27: CATÉGORIES, SOUS-CATÉGORIES ET EXEMPLES DE VERBATIM ILLUSTRANT L'EXPÉRIENCE DE VULNÉRABILITÉ

Catégories et sous-catégories	Exemples de verbatim
Vulnérabilité biologique • Difficultés liées à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement • Fatigue et manque de sommeil • Situations spécifiques de santé	L'allaitement a été difficile. Mon bébé perdait du poids. J'ai dû faire l'allaitement mixte avec les préparations d'allaitement. F6 Mon chum arrivait, on se croisait dans l'escalier, on se relayait, chacun fait une demi-heure, on essayait de l'endormir. On ne se voyait pas. On ne se parlait pas. On finissait à minuit, épuisés. F13 Quand j'ai su que j'étais enceinte, mon mari a été diagnostiqué de ce [maladie], donc c'était vraiment une grossesse très difficile pour moi. Après l'accouchement, c'était sa chimiothérapie à lui. F6
Vulnérabilité psychologique • Intensité émotionnelle • Difficultés à s'adapter • Conception de soi altérée	Quand je pense à cet épisode-là, les premiers mois de mon enfant jusqu'à l'automne, j'ai l'impression que ça été une succession de crises. Puis de la survie. F13 T'es isolée alors que t'es quelqu'un qui avait une carrière et qui travaillait à temps plein. T'es complètement isolée. Ton bébé te parle pas vraiment, y fait juste pleurer. T'as l'impression, des fois, que t'es pas bonne. F3
Vulnérabilité sociale • Réseau familial incapable d'assurer, en tout ou en partie, le soutien nécessaire • Difficultés liées à la lourdeur et au cumul des tâches • Bébé et enfants exigeants • Difficultés conjugales	J'ai su, après avoir accouché, que ma mère avait une récurrence de cancer. Donc là, elle avait son propre combat à faire. Mon père devenait accompagnateur à ses rendez-vous et tout. Je n'ai pas vraiment pu compter sur eux à cause de ça. F10 Je me suis dit « j'ai besoin d'aide, je n'arrive plus à faire le ménage, je ne suis pas une superwoman ». Je faisais juste plus me brûler puis moins de patience avec les enfants parce que là, je suis trop brûlée, je n'ai plus le temps de faire mes affaires. F2 C'était un bébé à bras. Aussitôt qu'on la laissait, elle se mettait à hurler... hurler, c'était le mot. C'était effrayant. Il fallait toujours l'avoir dans les bras. Puis c'était surtout moi qu'elle voulait. F2 On était encore en séparation, moi puis mon conjoint avant la quatrième grossesse. Le fait d'avoir des enfants rapprochés... on accumule les cernes en dessous des yeux, les chicanes aussi par rapport au trouble [de santé] des enfants. F6

ANNEXE 28: CATÉGORIES, SOUS-CATÉGORIES ET EXEMPLES DE VERBATIM ILLUSTRANT LES BESOINS MOTIVANT LE RECOURS AUX RELEVAILLES

Catégories et sous-catégories	Exemples de verbatim
Besoins liés à la dimension biologique de vulnérabilité • Repos et sommeil	J'avais besoin de dormir parce que je ne dormais pas avec ma douleur dans le pied. En plus, mon bébé ne dormait pratiquement pas le jour. Je n'avais pas de répit pour une sieste dans la journée. Groupe2
Besoins liés à la dimension psychologique de vulnérabilité • Répit et temps pour soi • Soutien émotionnel et réconfort	Un répit... Je ne savais pas c'était quoi un petit bébé... Je me souviens, j'avais vu ça sur le petit dépliant, c'était une assistante qui tenait un bébé. Ça disait qu'elle peut s'occuper de ton bébé pendant que tu prends un repas ou que tu te reposes. Il y avait ça aussi la notion de repos, de répit. F8 Quand j'ai fait appel, c'était pour un support psychologique et moral. J'avais un papa absent, puis un papa qui ne supportait pas les pleurs du bébé. C'était extrêmement dur parce que je devais gérer un papa et un bébé. J'ai trouvé ça extrêmement difficile. J'avais besoin de quelqu'un que si mon bébé braille... y'a rien là. [...] Essentiellement, c'était un répit psychologique et moral. Groupe2
Besoins liés à la dimension sociale de vulnérabilité • Aide dans les tâches domestiques • Aide dans les soins à donner au bébé et/ou aux autres enfants	Bien, j'avais besoin de... je me sentais coupable parce que j'en avais juste un, mais c'était m'aider à faire des choses parce que ce n'est pas évident avec un petit bébé. Ne serait-ce que faire la vaisselle ou aider à plier ton linge, ou passer un petit coup de balayeuse. F6 Moi c'était ça, je disais : « jouez avec lui, restez avec lui ». Elle lui a donné son bain à quelques occasions. Puis, c'est elle-même qui me disait : « bien, je peux faire autre chose. [...] Veux-tu que je fasse la salle de bain? ». Puis j'étais comme non, là, je ne veux pas que tu fasses ma salle de bain. F5

ANNEXE 29: CATÉGORIES, SOUS-CATÉGORIES ET EXEMPLES DE VERBATIM ILLUSTRANT LES RETOMBÉES DES RELEVAILLES

Catégories et sous-catégories	Exemples de verbatim
Retombées liées à la dimension biologique de vulnérabilité Repos et sommeil	Tu sais, je me disais, ah oui, elle vient demain. Ah oui, demain, je peux dormir. Ça m'aidait à tenir le coup, parce que mon bébé, il n'a pas fait ses nuits avant longtemps, puis même encore là, quand il est malade, il ne veut pas. F8
Retombées liées à la dimension psychologique de vulnérabilité - Répit et temps pour soi - Soutien émotionnel et réconfort - Réduction du stress et de l'inconfort liés à l'ampleur des tâches - Pères rassurés de savoir que leur conjointe bénéficie d'un soutien	Avoir du temps pour soi. Si c'est juste le trois heures par semaine que les relevailles viennent, c'est tant mieux, c'est déjà ça. Ça soulage vraiment. Moi, je me sentais bien. Je disais : ah, j'ai réussi à lire au moins trois chapitres de mon livre. F14 Ce n'est pas une amie intime, mais c'est une amie que tu peux quand même te vider, tes sentiments, tes émotions. Puis tu peux te vider tout en lui faisant confiance, en sachant très bien qu'elle n'ira pas divulguer ça de tout bord, tout côté. F1 Parfois, je me sentais bouleversée de toutes les choses que je devais faire. Je ne me sentais pas capable et je me disais : « Ah, je vais avoir un rendez-vous cette semaine ou la semaine prochaine pour les relevailles. » F15 Puis il voyait ça venir quand il partait en voyage pour son travail. Il disait telle date, je vais être parti, appelle-la pour qu'elle vienne t'aider. [...] Je sais que ça le libérerait aussi, ça lui enlevait une préoccupation. Parce qu'il sentait que j'étais aidée. Ça fait que oui, ça l'aidait. Groupe3
Retombées liées à la dimension sociale de vulnérabilité - Accès à une relation qui permet de socialiser, d'échanger, de briser l'isolement - Aide dans les tâches domestiques - Temps pour travailler, étudier, réaliser des tâches	Moi je lui parlais aussi beaucoup. Elle brisait beaucoup mon isolement parce que des fois, elle était la seule personne dans la semaine à qui je parlais à part mon chum. F13 Je lavais mon linge pour qu'elle puisse le plier et qu'elle me fasse mes repas pour la semaine. Déjà, ce qu'elle fait, ça m'enlève beaucoup d'un petit peu à tous les jours. Groupe1 Je veux trier la boîte de linge trop petit en haut sauf que je n'ai jamais le temps de la faire en même temps que je m'occupe de la petite. Elle marche à quatre pattes dedans, mélange les grandeurs. Juste de pouvoir être dans une autre pièce et ne pas avoir à m'occuper de la petite pendant que je fais ça. Faire une activité pendant plus de 15 secondes en ligne... Groupe1 Ça m'a permis de mieux me reposer. Après ça, je me sentais plus reposée, je me disais que je pouvais mieux profiter de mes

- Disponibilité pour les enfants et la vie de famille
- Temps pour le couple

enfants et m’amuser avec eux autres. [...] En plus, ma plus vieille adore aller jouer au parc. Des fois, je n’avais pas l’énergie juste d’y aller. Mais avec l’assistante périnatale des relevailles, au moins, je me reposais et je me disais : là, je suis assez en forme, on va aller au parc. F14

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

Retombées liées à la dimension cognitive de vulnérabilité

- Amélioration des connaissances et compétences liées aux soins à donner aux enfants
- Rétroaction sur ses compétences parentales
- Apprendre à accepter l’aide et à faire confiance

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

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

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

ANNEXE 30: EXPÉRIENCE DE VULNÉRABILITÉ, BESOINS EXPRIMÉS À L'ÉGARD DES RELEVAILLES ET RETOMBÉES DU PROGRAMME SUR LES PARENTS UTILISATEURS SELON LES DIMENSIONS BIOLOGIQUE, PSYCHOLOGIQUE, SOCIALE ET COGNITIVE DE VULNÉRABILITÉ

	Dimension biologique de vulnérabilité	Dimension psychologique de vulnérabilité	Dimension sociale de vulnérabilité	Dimension cognitive de vulnérabilité
Expérience de vulnérabilité en période périnatale	- Difficultés liées à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement - Fatigue et manque de sommeil	- Intensité émotionnelle - Difficultés à s'adapter - Conception de soi altérée	- Réseau familial incapable, en tout ou en partie, d'assurer le soutien nécessaire - Difficultés liées à la lourdeur et au cumul des tâches - Bébés et enfants exigeants - Difficultés conjugales	
Besoins exprimés à l'égard des relevailles	- Repos et sommeil	- Répit et temps pour soi - Soutien émotionnel et réconfort	- Aide dans les tâches domestiques - Aide dans les soins à donner au bébé et/ou aux autres enfants	
Retombées des relevailles sur les parents utilisateurs	- Repos et sommeil	- Répit et temps pour soi - Soutien émotionnel et réconfort - Réduction du stress et de l'inconfort liés à l'ampleur des tâches - Pères rassurés de savoir que leur conjointe bénéficie de soutien	- Relation qui permet de socialiser, d'échanger, de briser l'isolement - Aide dans les tâches domestiques - Temps pour travailler, étudier ou réaliser certaines tâches - Disponibilité accrue à l'égard des enfants et pour la vie de famille - Temps en couple	- Acquisition connaissances, compétences liées aux soins des enfants - Rétroaction sur ses compétences parentales - Apprendre à accepter l'aide et à faire confiance