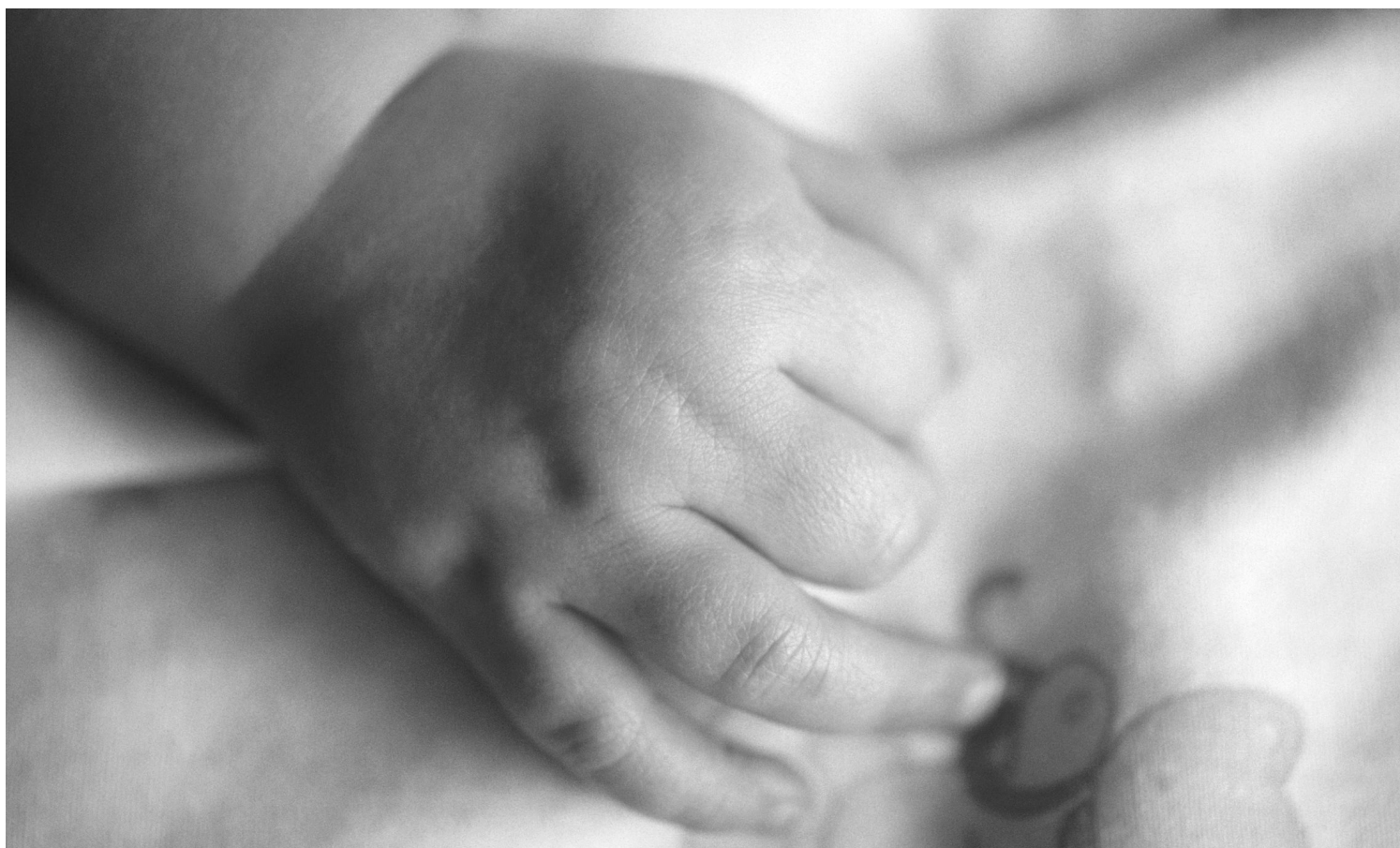




ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DES EFFETS ET DE LA VALEUR ÉCONOMIQUE DE LA MAISON BLEUE





ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DES EFFETS ET DE LA VALEUR ÉCONOMIQUE DE LA MAISON BLEUE

31 mars 2015

CRCHUM
CENTRE DE RECHERCHE

ENAP
L'Université de
l'administration publique

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec

Centre de santé et de services sociaux
Champlain—Charles-Le Moyne
Centre affilié universitaire et hôpital de la Montérégie
UNIVERSITÉ DU
SHERBROOKE
CENTRE DE RECHERCHE - HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE

UQO | Campus de
Saint-Jérôme

UQÀM

INSTITUT DE RECHERCHE
EN SANTÉ PUBLIQUE
IRSPUM
Université
de Montréal

McGill

Direction scientifique

Nathalie Dubois¹, Astrid Brousselle², Ghayda Hassan³, Isabelle Laurin⁴, Marc Lemire⁵ et Éric Tchouaket⁶

Rédaction du rapport

Nathalie Dubois, Astrid Brousselle, Ghayda Hassan, Isabelle Laurin, Marc Lemire, Éric Tchouaket, Maeve Hauteceur, Lynda Benhadj, Anabel Solis, Magalie Morel et Djamal Berbiche.

Coordination du projet

Maeve Hauteceur et Marie-Josée Béchard

Collecte des données, transcription des entrevues et analyse des informations collectées

Nathalie Dubois, Maeve Hauteceur, Anabel Solis, Lynda Benhadj, Isabelle Laurin, Éric Tchouaket, Astrid Brousselle, Ghayda Hassan, Djamal Berbiche, Marie-Josée Béchard, Magalie Morel, Gabrielle Lyonnais, Mylène Boivin, France Magnan et Nora Bouguezour.

Comité consultatif scientifique

André-Pierre Contandriopoulos⁵ et Vania Jimenez⁷

Comité de suivi de l'évaluation

Amélie Sigouin (directrice générale de La Maison Bleue), Dominique Arsenault (responsables financement, communications et développement de projets), Éléonore Cazalais (coordonnatrice de La Maison Bleue Côte-des-Neiges), Isabelle Brabant (sage-femme) et Bernadette Thibaudeau (infirmière).

Comité consultatif – consulté pour l'élaboration du devis d'évaluation

Francine Trickey (Responsable des secteurs Tout-petits – Jeunes à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal), Denise Lacelle (CDC Côte-des-Neiges), Lucie Thibodeau (Regroupement Naissance Renaissance), Christine Rowan (CSSS de la Montagne et CLSC Parc-Extension) et Marc Sougavinsky (Directeur général du CSSS de la Montagne)

Mise en page et révision linguistique

Charles Tétrault et Kathleen Gardner

Affiliation universitaire des chercheurs

- (1) École nationale d'administration publique et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- (2) Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département des sciences de la santé communautaire
- (3) Université du Québec à Montréal, Faculté des sciences humaines, Département de psychologie
- (4) Université de Montréal et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- (5) Université de Montréal, École de santé publique, Département d'administration de la santé et Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
- (6) Université du Québec en Outaouais, Département des sciences infirmières
- (7) Université McGill

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2015)

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-477-1 (imprimé)

ISBN 978-2-89673-478-8 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2015

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2015

Soutiens financiers

Recherche financée par Avenir d'Enfants, Programme Évaluation et transfert de connaissances, dans le cadre d'une entente avec La Maison Bleue.

L'équipe d'évaluation souhaite souligner la contribution des Instituts de recherche en santé du Canada et du Fonds de recherche en santé du Québec qui financent la Chaire de recherche du Canada en évaluation et amélioration du système de santé dont Astrid Brousselle est titulaire, et qui était responsable du volet « valeur économique » de cette évaluation.

Note 1 : Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Note 2 : Les opinions et interprétations exprimées dans ce rapport n'engagent que ses auteurs, elles ne reflètent pas nécessairement les points de vue des personnes qui ont participé au processus d'évaluation et elles ne correspondent pas à une position institutionnelle et formelle.

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont apporté leur collaboration à la réalisation de cette évaluation. Nous souhaitons souligner ici leur contribution et leur adresser nos sincères remerciements.

Les auteurs tiennent à remercier les personnes provenant de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, des milieux communautaires et universitaires, du CSSS de la Montagne ainsi que celles de La Maison Bleue qui ont participé aux entrevues et ont rempli les outils de collecte de données. Un merci tout particulier aux femmes qui ont généreusement participé aux entrevues. Sans votre confiance et votre générosité, l'évaluation du présent projet ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui.

Merci aux membres du comité scientifique pour leurs commentaires, leur présence soutenue et la qualité de leurs recommandations. Sans le soutien scientifique des « Sages », le rapport d'évaluation ne pourrait avoir l'étoffe actuelle.

Merci à nos collaboratrices de La Maison Bleue pour leur contribution à la compréhension du modèle d'intervention, à l'élaboration du devis d'évaluation ainsi que pour leur participation aux différentes étapes de l'évaluation (collecte, analyse et validation des résultats).

Merci aux gestionnaires et professionnels du CSSS de la Montagne qui ont soutenu et rendu possible la collecte et l'analyse des données extraites de la banque I-CLSC et des fiches-clientèle.

Un sincère merci aux membres de l'équipe Tout-petits – Jeunes de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour leurs conseils éclairés et leurs commentaires pertinents. Merci de nous avoir guidés dans l'amorce de ce projet.

Un merci très sincère et honnête aux différents chercheurs consultés dans le cadre de ce projet qui souhaitent garder l'anonymat. Sachez que votre contribution à ce projet est certaine et que vos commentaires et avis ont été d'un grand intérêt, et cela, tout au long du processus de recherche.

Table des matières

Faits saillants	1
Avant-propos	5
Introduction	7
Chapitre 1 – Évaluation de la mise en œuvre	9
Objectif du chapitre	9
Méthodologie	9
Résultats	11
1.1 Que propose La Maison Bleue?.....	11
1.1.1 Une intervention préventive, soutenue et adaptée aux besoins des familles	12
1.1.2 Un suivi partagé et soutenu par une équipe multidisciplinaire.....	13
1.1.3 Une pratique ancrée dans l’interdisciplinarité, l’empowerment et le portage.....	14
1.2 Comment La Maison Bleue concrétise-t-elle son projet?.....	15
1.2.1 Structure hybride	16
1.2.2 Fonctionnement organisationnel structuré, mais souple.....	21
1.2.3 Engagement et stabilité des personnes investies dans le projet.....	22
1.2.4 Processus d’admission et d’évaluation des demandes.....	24
1.2.5 Identification des partenaires clés.....	26
1.3 Quelle est la clientèle desservie par La Maison Bleue?	27
1.3.1 Portrait général.....	28
1.3.2 Profils de la clientèle de La Maison Bleue	28
Conclusion	30
Chapitre 2 – Les effets du modèle d’intervention proposé par la Maison bleue	31
Objectif du chapitre.....	31
Méthodologie	31
Résultats	33
2.1 Quels sont les effets sur l’offre de services de santé et services sociaux.....	33
2.1.1 Offre de sites de consultation externes au CSSS et amélioration de l’accès aux services.....	33
2.1.2 Courts délais associés à la consultation d’un médecin ou d’un professionnel et à la réponse aux besoins émergents et urgents.....	34

2.1.3 Maximisation de la participation des médecins du GMF.....	35
2.1.4 Apport accru des sages-femmes à l'offre de services en périnatalité.....	35
2.1.5 Création de passerelles facilitant les références aux services spécialisés	36
2.1.6 Amélioration des compétences et de l'engagement	37
2.2 Quels sont les effets sur le développement de réseaux de soutien et d'entraide?	38
2.3 Quels sont les effets sur l'expérience de grossesse, d'accouchement et de parentalité?	39
2.3.1 Durée de suivi qui augmente en fonction du degré de vulnérabilité des femmes.....	39
2.3.2 Suivi continu	39
2.3.3 Intensité du suivi assurée	40
2.3.4 Intervention précoce et dépistage en continu	40
2.3.5 Intervention calibrée selon les besoins	40
2.3.6 Suivi médical et psychosocial.....	41
2.4 Quels sont les effets sur le développement des habiletés parentales?	41
2.4.1 Effets sur les connaissances, compétences et habiletés parentales	41
2.4.2 Effets sur les comportements préventifs et sécuritaires	42
2.5 Quels sont les effets sur le développement de l'enfant?	43
2.5.1 Effets sur la santé physique de l'enfant.....	43
2.5.2 État de santé en général de l'enfant.....	45
2.5.3 Développement et adaptation psychosociale	45
2.6 Quels sont les effets sur la santé et le bien-être des familles suivies?	46
Conclusion	46
Chapitre 3 – Évaluation de la valeur économique.....	49
Objectif du chapitre.....	49
Méthodologie	50
Résultats	52
3.1 Nature de l'intervention	52
3.2 Les coûts de l'intervention	53
3.2.1 Les coûts d'investissement annuels, des charges fixes et des charges variables en lien avec l'institution Maison Bleue principalement pris en charge par la MB.....	54
3.2.2 Les coûts variables en lien avec la fréquentation des femmes et leurs familles assumés par le CSSSDLM et la RAMQ	55
3.3 Les conséquences	60

3.4 L'efficience.....	63
Conclusion	67
Chapitre 4 – Discussion	69
Objectif du chapitre.....	69
Argumentaire	70
4.1 Quels sont l'intérêt et la capacité de mise en pratique du modèle d'intervention de La Maison Bleue?	70
4.1.1 Objectifs d'intervention pertinents et réalistes.....	70
4.1.2 Modèle d'intervention robuste	70
4.1.3 Offre de services ciblant des activités reconnues efficaces.....	73
4.1.4 Population ciblée par l'intervention	73
4.2 Qu'est-ce qui caractérise le modèle d'intervention déployé par La Maison Bleue?	75
4.2.2 Consensus relativement aux fondements du modèle d'intervention	76
4.2.3 Adaptation fine et continue de l'intervention	77
4.3 Quelles sont les principales contributions de La Maison Bleue au regard des effets proposés par le modèle d'intervention?	78
4.3.1 La Maison Bleue favorise une expérience positive de grossesse, d'accouchement et de parentalité.....	78
4.3.2 La Maison Bleue s'engage dans le développement global de l'enfant.....	79
4.3.3 La Maison Bleue permet un accès privilégié et une continuité des services de santé pour l'ensemble des membres de la famille	80
4.3.4 La Maison Bleue contribue à réduire l'isolement des familles.....	81
4.3.5 La Maison Bleue améliore l'offre de services en périnatalité et en petite enfance sur le territoire du CSSS de la Montagne.....	81
4.4 Quelle est la valeur économique de La Maison Bleue?	82
4.5 Quelles sont les pistes d'amélioration?	84
4.6 Quels pourraient être les critères de répliquabilité de La Maison Bleue?	85
4.6.1 Un lieu de petite taille situé au cœur du milieu de vie des familles	85
4.6.2 Une structure hybride	85
4.6.3 Un financement récurrent et suffisant	85
4.6.4 Une équipe de travail expérimentée et « solide »	86
4.6.5 Organisation de la prise en charge	86
4.6.6 Présentation de La Maison Bleue aux organismes du territoire	86

Conclusion	87
Bibliographie	89
Annexe 1 : Données relatives à la mise en oeuvre et aux effets.....	97
Annexe 2 : Données relatives à la valeur économique.....	119
Section 2.1 Définition des types de coûts	119
Section 2.2 : Coût d’une visite professionnelle non médicale	120
Section 2.3 : Coûts par activités	124
Section 2.4 : Coûts des visites médicales	128
Section 2.5 : Coût des activités non répertoriées dans I-CLSC.....	129
Annexe 3 : Étude sociodémographique du CSSS de la Montagne.....	133

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle d'intervention de La Maison Bleue.....	17
--	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 : Participation moyenne aux rencontres de groupe à La Maison Bleue	21
Tableau 1.2: Provenance des références à La Maison Bleue	25
Tableau 1.3 : Critères de vulnérabilité	26
Tableau 3.1: Coûts d'investissement annuels, des charges fixes et des charges variables en lien avec l'institution Maison Bleue principalement pris en charge par la MB	54
Tableau 3.2: Répartition des interventions selon les professionnelles de La Maison Bleue	55
Tableau 3.3 : Coûts des visites familiales réalisées par les professionnelles de la MB.....	56
Tableau 3.4 : Coûts moyens en dollars 2013 des interventions professionnelles de la MB (autres que par M.D.) par famille, selon le profil de vulnérabilité des femmes	57
Tableau 3.5 : Coût d'une visite de médecin en dollars 2013 selon le nombre de patients vus par plage horaire	57
Tableau 3.6 : Coûts médicaux moyens par famille, selon le profil de vulnérabilité des femmes	58
Tableau 3.7 : Coûts totaux moyens des services médicaux et professionnels pour le suivi d'une famille selon le profil de la femme, pour une période 18 mois, l'utilisation des services médicaux étant fonction de l'intensité d'utilisation des services professionnels.....	59
Tableau 3.8 : Coûts totaux moyens des services médicaux et professionnels pour le suivi d'une famille, selon son profil, pour une période 18 mois, l'utilisation des services médicaux étant égale pour toutes les femmes.....	59
Tableau 3.9 : Coûts annuels des activités non négligeables non répertoriées dans I-CLSC, réalisées par les professionnelles, en dollars 2013	60

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Agence de la santé et des services sociaux	ASSS
Analyse des correspondances multiples	ACM
Centre de santé et de services sociaux	CSSS
Centre hospitalier universitaire	CHU
Centre local de santé communautaire	CLSC
Commissaire à la santé et au bien-être	CSBE
Côte-des-Neiges	CDN
Déficiences intellectuelles-Troubles envahissants du développement	DI-TED
Diplôme d'études collégiales	DEC
Diplôme d'études professionnelles	DEP
Diplôme d'études professionnelles	DEP
Diplôme d'études secondaires	DES
Direction de la protection de la jeunesse	DPJ
Direction de santé publique	DSP
Groupe de médecine familiale	GMF
Institut canadien d'information sur la santé	ICIS
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	INESSS
Institut national de santé publique du Québec	INSPQ
Maison Bleue	MB
Ministère de la Santé et des Services sociaux	MSSS
Naître égaux-Grandir en santé	NEGS
Organisation mondiale de la santé	OMS
Organisme à but non lucratif	OSBL
Parc-Extension	PE
Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile	PRAIDA
Régie de l'assurance maladie du Québec	RAMQ
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	SIPPE
Suivi intégré pour les femmes enceintes	SIFE
Unité de médecine familiale	UMF

Cette étude apporte un éclairage sur les caractéristiques du modèle d'intervention de La Maison Bleue et de sa clientèle. Elle présente aussi les principaux résultats concernant l'évaluation de la mise en œuvre du modèle, de ses effets et de sa valeur économique.

L'évaluation s'appuie sur un devis de type étude de cas et a mobilisé différentes stratégies de collecte et d'analyse adaptées pour répondre aux diverses questions d'évaluation. Les données quantitatives sont principalement issues des banques de données administratives, de la banque de données I-CLSC et des documents administratifs et financiers. Les données qualitatives ont été collectées par l'entremise d'entrevues individuelles et de groupes réalisées auprès d'intervenants (professionnels, médecins et gestionnaires de La Maison Bleue et du CSSS), de partenaires de La Maison Bleue et de femmes ayant fréquenté l'organisation entre janvier 2009 et mai 2013. Des questionnaires auto administrés ont aussi été complétés par les intervenants de La Maison Bleue et des membres de l'équipe Enfance-Famille du CSSS. Enfin, la stratégie inclut de l'observation non participative à l'un des deux sites de La Maison Bleue.

L'étude du modèle d'intervention permet d'observer l'importance des caractéristiques suivantes :

- Un modèle qui est le produit d'un arrimage entre trois entités : l'organisme sans but lucratif (OSBL) La Maison Bleue, le CSSS de la Montagne et le Groupe de médecine familiale (GMF) Côte-des-Neiges dont La Maison Bleue est partie prenante; la majeure partie du financement (80 %) provient de fonds dévolus au GMF et à l'Unité de médecine familiale (UMF) de Côte-des-Neiges, d'une subvention du CSSS DLM et de certains montants du programme des demandeurs d'asile du CSSS.
- Une structure hybride, dont la direction assumée par la composante OSBL, permet d'avoir de l'autonomie, tant au niveau de l'organisation des services que dans l'offre, même si elle doit répondre à une reddition de comptes convenue entre le CSSS et La Maison Bleue.
- Une entité physique à proximité de la communauté, à taille humaine et ayant pignon sur rue, qui se veut un environnement physique intégrateur de différents services.
- Une intervention en périnatalité et en petite enfance fondée sur l'interdisciplinarité, l'empowerment et le portage; l'accompagnement est assuré par une même équipe d'intervention à partir du moment de la grossesse, mais s'articule autour d'un intervenant pivot qui change selon l'évolution des besoins (âge de l'enfant, situation de vie, etc.).
- Un système de triage fondé sur le jugement clinique de l'équipe d'intervenants qui considèrent à la fois un ensemble de facteurs de vulnérabilité et la capacité d'accueil de La Maison Bleue.
- Une équipe de gestion, relevant de l'OSBL, qui assure les conditions nécessaires à l'intervention, notamment en matière de leadership, de coordination, de soutien aux intervenants et de gestion des immobilisations.
- Un travail avec des partenaires externes ciblés et l'établissement de courroies de références pour la continuité du suivi des familles.

L'analyse des **profils de la clientèle** fait ressortir des caractéristiques importantes :

- Globalement, les femmes qui fréquentent La Maison Bleue ont en moyenne 28 ans, 58,5 % d'entre elles ont un niveau de scolarité équivalent ou plus élevé que le secondaire, les trois quarts vivent sous le seuil de faible revenu, 92,4 % sont nées à l'extérieur du Canada.
- 53,8 % des familles suivies à la Maison Bleue consultent aussi le CSSS. Elles le font, dans la plupart des cas, pour obtenir des services complémentaires.
- Quatre profils de clientèle ressortent; des femmes en situation de vulnérabilité dont le profil s'étend sur un continuum de risque pour elles et leur bébé à naître.
- La comparaison des profils 1 et 4, soit les femmes les moins vulnérables par rapport aux plus vulnérables, montre qu'elles partagent les mêmes caractéristiques au regard de l'âge, de la scolarité et du revenu, mais plus de la moitié (54,9 %) des femmes du profil 4 sont monoparentales et vivent seules.
- Les pères demeurent difficiles à rejoindre et sont peu nombreux à participer au suivi offert par La Maison Bleue; ils s'inscrivent au GMF et bénéficient de ses services.

L'analyse de la **mise en œuvre** conduit à observer les éléments suivants quant au déploiement du modèle d'intervention sur les sites de Côtes-des-Neiges et de Parc-Extension :

- Le modèle d'intervention de La Maison Bleue est déployé, en grande partie, conformément au modèle proposé par les fondatrices.
 - Un suivi médical et psychosocial offert à plus de 400 familles et un peu plus de 80 suivis de grossesse en moyenne par année.
 - Un accès privilégié à un médecin dès le premier trimestre de grossesse.
 - Une prise en charge globale de la santé physique et psychosociale des femmes et familles (enfant à naître, fratrie et autres membres de la famille immédiate).
 - Un calibrage de l'intervention qui se fait en fonction du profil de vulnérabilité des femmes et des familles.
 - Un suivi régulier auprès des femmes et des familles pour maintenir le lien, réévaluer la situation et informer des activités offertes (ex. : groupes réguliers).
 - Des activités adaptées aux caractéristiques de la population desservie.
 - Un engagement de l'équipe de gestion, responsable de l'OSBL, dans la coordination formelle et informelle, ainsi que dans le suivi médical et psychosocial des femmes et membres de leur famille (ex. : présence de l'équipe de gestion dans les rencontres de discussions de cas).
 - Les liens de collaboration avec les différentes entités du CSSS sont de nature et d'intensité variables; le secteur Enfance-Famille et La Maison Bleue fonctionnent de façon quasi autonome et quasi indépendante.
- Les facteurs qui ont nettement favorisé la mise en œuvre du modèle d'intervention sont la structure hybride du projet, la taille du projet et l'engagement des parties prenantes.

L'analyse des effets permet d'identifier les **contributions de nature plus globale** du modèle :

- Une diversification de l'offre et une facilitation de l'accès aux services préventifs en périnatalité et en petite enfance sur le territoire du CSSS : 1) en offrant des sites de consultation externes au CSSS; 2) en réduisant les délais associés à la consultation d'un médecin ou d'un professionnel et à la réponse aux besoins urgents; 3) et en créant des passerelles facilitant les références aux services spécialisés.
- Un engagement des médecins du GMF à l'offre de services en périnatalité et en petite enfance sur le territoire. Une continuité des services préventifs rendue possible par la pratique interdisciplinaire, la présence de l'intervenant pivot, la rétention des femmes et familles et la stabilité du personnel.
- Un accès au GMF pour toute la famille au moment de l'inscription de la mère, un accès à l'infirmière et à la travailleuse sociale de même que la possibilité de réorientation vers les autres ressources pour la réponse aux besoins médicaux et psychosociaux urgents.
- Une intégration accrue des sages-femmes à l'offre de services en périnatalité, ce qui suggère une amélioration de l'accès aux services des sages-femmes sur le territoire et leur confère un rôle dans la prévention et l'éducation ainsi que pour l'allègement de la pression sur les médecins.
- Une intervention interdisciplinaire qui permet de réduire le temps des rencontres avec chacun des professionnels sollicités, dont la durée de la rencontre avec le médecin.

Des **effets sur la femme, l'enfant et sa famille** ressortent également de cette analyse :

- Un accès privilégié à un médecin de famille dès la grossesse.
- Un suivi périnatal qui s'amorce dès la période de grossesse pour 92,2 % des femmes.
- Un suivi des familles qui se poursuit en continu durant l'accouchement et la période postnatale.
- Une durée moyenne de suivi de 24 mois, mais qui varie de façon proportionnelle au degré de vulnérabilité; un suivi à plus long terme est assuré pour les personnes cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité.
- L'accueil d'une clientèle de femmes vulnérables qui auraient pu avoir accès aux services courants du CLSC, mais pas aux SIPPE parce qu'elles ne correspondent pas à la clientèle visée par ce service.
- L'accès à un suivi médical et psychosocial régulier pour l'enfant (ou l'enfant à naître) et sa fratrie.
- Selon les femmes interrogées, une amélioration des connaissances sur les services offerts dans la communauté, une amélioration des compétences parentales et une amélioration de la relation parent-enfant.
- Aux dires des personnes rencontrées, le développement de réseaux de soutien et d'entraide pour la femme, l'enfant et sa famille (par les activités de groupe, les renseignements sur les organismes locaux, etc.).

L'analyse de la **valeur économique** du modèle permet de formuler les constats suivants :

- Le suivi d'une famille, d'une durée de 18 mois (excluant l'accouchement), incluant les services médicaux et professionnels coûte en moyenne 1 736 \$.

- Le modèle d'intervention de La Maison Bleue apparaît efficace puisque 1) il permet de rejoindre et de maintenir dans ses services des femmes en situation de vulnérabilité, 2) l'offre de services est adaptée aux besoins de la clientèle, 3) les indicateurs de santé sont meilleurs que la moyenne montréalaise et québécoise alors que ce sont des enfants de mères qui étaient dans une situation de vulnérabilité; 4) les effets sont à large spectre pour la femme, son enfant et sa famille.
- L'intensité d'utilisation des services varie selon la vulnérabilité de la femme, ce qui a des incidences sur les coûts. Si l'on considère que les femmes feront la même utilisation des services médicaux indépendamment de leur vulnérabilité, le coût du suivi d'une famille sur une durée de 18 mois s'élève à 1 102 \$ pour les familles des femmes les moins vulnérables et à 2 705 \$ pour les familles des femmes plus vulnérables. Si l'on répartit plutôt les visites médicales selon l'intensité d'utilisation des services professionnels, le coût moyen d'un suivi de 18 mois d'une famille s'élève à 710 \$ pour les familles des femmes les moins vulnérables et à 3 309 \$ pour les familles des femmes les plus vulnérables.
- La façon dont est conçue l'intervention permet des gains d'efficience importants qui reposent sur le principe de subsidiarité : l'intervention MB s'appuie sur une équipe multidisciplinaire dans laquelle le médecin joue un rôle minoritaire, de telle sorte qu'à coût égal, et dans une perspective de système de santé, un transfert de ressources peut s'opérer et permettre une offre accrue de services.
- Comme les interventions de santé publique qui concernent les enfants lors de la petite enfance sont celles qui offrent un grand retour sur investissement, il est plausible que La Maison Bleue offre un retour sur investissement dont les bénéfices seront répartis sur différents secteurs d'activité.
- Les coûts d'infrastructure (investissement, charges fixes et charges variables) ont été estimés annuellement à 242 788 \$.

À l'automne 2011, La Maison Bleue sollicite Nathalie Dubois, chercheuse à l'École nationale d'administration publique et à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et ce, afin de constituer une équipe d'évaluation pour planifier et réaliser une évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique de son modèle d'intervention. Une équipe de six chercheurs provenant de différentes universités et divers horizons de recherche (psychologie, médecine sociale, économie, analyse des politiques publiques et évaluation) est alors constituée. Les chercheurs partagent des intérêts de recherche tels que la périnatalité, le développement de l'enfant, les réalités interculturelles, l'offre publique et parapublique de services et l'intégration des populations vulnérables. Le rôle de l'équipe d'évaluation est (1) d'assurer la crédibilité du processus d'évaluation, (2) de garantir le développement rigoureux, fiable et valide de l'évaluation, (3) de participer activement à la réflexion théorique, méthodologique et technique tout au long du processus de planification et de réalisation de l'évaluation et (4) de considérer les enjeux politiques, administratifs et contextuels associés à la problématique à l'étude lors de l'interprétation des résultats et la rédaction du rapport d'évaluation.

L'équipe d'évaluation amorce ses travaux par l'élaboration du mandat d'évaluation. Nourrie, dans un premier temps, par un exercice de consultation des différentes parties prenantes (gestionnaires, médecins, professionnels et intervenants de La Maison Bleue, gestionnaires, professionnels et médecins de la DSP (secteur Tout-petits - Jeunes) et chercheurs engagés dans la problématique à l'étude), l'équipe d'évaluation définit les principaux enjeux de la problématique à l'étude et les besoins en information. Dans un deuxième temps, l'équipe s'investit dans la compréhension du modèle d'intervention de La Maison Bleue qui conduit à convenir et proposer une modélisation de l'intervention (Figure 1). Ces travaux ont mené les chercheurs à définir et prioriser les questions d'évaluation documentées dans le présent rapport. Ils ont aussi permis d'établir le but premier de l'exercice, qui est de faciliter la recherche d'actions appropriées pour répondre à la problématique des interventions publiques en périnatalité et en petite enfance pour ainsi, idéalement, améliorer nos programmes publics. Rappelons que pour plusieurs personnes rencontrées, il demeure essentiel de documenter le modèle d'intervention de La Maison Bleue afin de tirer, si possible, des apprentissages permettant de consolider les acquis en matière d'offre publique de services en périnatalité et en petite enfance.

Dès le départ, les chercheurs sont conscients qu'ils s'engagent dans un projet d'évaluation nécessitant une grande rigueur méthodologique et que, compte tenu des enjeux, la crédibilité du processus doit être assurée tout au long du projet. Dans le but d'assurer le développement et le maintien d'un niveau acceptable de crédibilité, l'équipe table sur deux éléments centraux : (1) une gouvernance de recherche incluant un comité scientifique, un comité consultatif et un comité de suivi de l'évaluation, et (2) une approbation éthique et scientifique du devis d'évaluation (incluant les volets de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique). L'équipe d'évaluation est donc accompagnée, tout au long du processus d'évaluation, par les membres du comité scientifique et elle bénéficie des commentaires émis par les membres du Comité consultatif pour l'élaboration du devis d'évaluation déposé et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche conjoint de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et du CSSS de la Montagne. L'équipe de recherche profite aussi de l'avis de différents chercheurs externes et anonymes aux moments critiques du projet.

Comme l'évaluation est de nature formative et concerne un modèle d'intervention en phase initiale de sa mise en œuvre (Chen, 1990), l'équipe d'évaluation estime nécessaire de (1) documenter adéquatement le modèle d'intervention proposée par La Maison Bleue, (2) d'étudier le processus de mise en œuvre et les éléments facilitant et contraignant son déploiement, (3) de relever les principales contributions du projet en lien avec les effets désirés et (4) d'estimer sa valeur économique. Dès le départ, il est convenu que l'évaluation de la mise en œuvre documenterait les deux sites de La Maison Bleue, alors que l'évaluation des effets et de la valeur économique porteraient uniquement sur le site de Côte-des-Neiges. Ensuite, l'équipe d'évaluation investit beaucoup d'efforts à la recherche de cas comparables de manière à solidifier le devis d'évaluation. Les expériences canadiennes et étrangères de nature publique, parapublique et privée dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance répertoriées sont nombreuses, souvent hétérogènes et complexes (ex. : La Maison verte, les Services intégrés en périnatalité et petite enfance, les Services intégrés pour les femmes enceintes, le South Community Birth Program, le Thunder Bay Maternity Centre, L'Autre Maison, la Maison maternelle Marcelle Jorda, le Programme Sure Start, le Family Nurse Partnership Programme). Bien que ces projets visent ultimement l'amélioration de la santé périnatale et le développement de l'enfant, aucun projet n'est comparable au modèle d'intervention de La Maison Bleue. Chacun des projets propose une intervention différente (ex. : visite à domicile ou à la clinique), offre des services variés (ex. : suivi de grossesse, accouchement, suivi postnatal, suivi de santé de la famille, suivi psychosocial, rencontres de groupe, activités enfants et parents-enfants), regroupe des professionnels différents (ex. : médecin, infirmière, sage-femme) encourage une intervention plus ou moins interdisciplinaire et cible des populations variées (ex. : femmes enceintes vulnérables, enfants, familles).

Après longue réflexion, l'équipe conclut que, dans le cadre de la présente évaluation, l'utilisation d'un groupe comparable demeure complexe, coûteuse et même risquée en ce qui concerne la validité et la fiabilité des résultats. Toutefois, elle estime que les apprentissages du programme SIPPE et Sure Start pourraient bonifier l'interprétation des résultats obtenus. De plus, comme le modèle d'intervention de La Maison Bleue est lié au CSSS par plusieurs ententes de services et qu'il se déploie sur le territoire du CSSS où est aussi offert le SIPPE, l'équipe estime que la non-considération de ce programme serait une carence importante de l'évaluation. C'est avec rigueur et vigilance que les références aux programmes apparentés sont utilisées dans la section Discussion, l'objectif de l'exercice étant de contextualiser le déploiement du modèle d'intervention de La Maison Bleue et non de le comparer aux programmes existants sur le territoire.

L'engagement soutenu des chercheurs dans le projet d'évaluation, la gouverne de recherche et la rigueur méthodologique du projet permettent de déposer un rapport d'évaluation teinté de plusieurs influences disciplinaires et théoriques, nourri de connaissances méthodologiques solides et empiriques « *apparentées* » au projet de La Maison Bleue ainsi que validé à plusieurs niveaux par différentes perspectives d'analyse.

INTRODUCTION

Depuis 2007, dans le quartier Côte-des-Neiges, et, depuis 2011, à Parc-Extension, La Maison Bleue offre des services en périnatalité et petite enfance. Le but de l'organisme est d'aider les femmes et leur famille à accueillir leur bébé et d'accompagner ce dernier en offrant des services intégrés, interdisciplinaires, intensifs dans un environnement de proximité à taille humaine. Face au développement grandissant de La Maison Bleue et aux multiples demandes formulées par divers acteurs quant à la possibilité de répliquer le projet dans d'autres contextes et milieux, une étude évaluative visant la production de connaissances s'est avérée nécessaire.

Le présent rapport d'évaluation vise à répondre à ce besoin. Il a comme objectifs principaux d'appréhender le modèle d'intervention proposé par La Maison Bleue, d'analyser sa mise en œuvre, d'évaluer l'état de la situation relativement aux effets désirés par le modèle d'intervention et d'estimer sa valeur économique. Bien que centrée sur le modèle d'intervention de La Maison Bleue, l'équipe d'évaluation souhaite, par cette étude, améliorer les connaissances relatives à la pratique en périnatalité et en petite enfance auprès des familles vulnérables, et ainsi améliorer l'offre publique de services.

Le rapport d'évaluation est le résultat d'un processus rigoureux et participatif de recherche. Appuyée sur une compréhension fine de la problématique à l'étude et du modèle d'intervention proposé par La Maison Bleue, l'équipe d'évaluation a ciblé et rencontré plusieurs parties prenantes de manière à relever les principaux enjeux de la problématique, et considérer différentes perspectives d'analyse. Bien que correspondant à une étude de cas, la méthodologie d'évaluation propose plusieurs outils de collecte (entrevue individuelle et de groupe, questionnaire autoadministré et banques de données), la consultation de différentes sources d'information et la validation des informations colligées auprès de différents partenaires de la recherche. Au cours des derniers mois, l'équipe d'évaluation a rencontré plus de 80 personnes (gestionnaires, professionnels, intervenants et médecins du CSSS, de La Maison Bleue, partenaires de l'organisme et femmes suivies par La Maison Bleue) par entrevues individuelles et de groupe. À ces informations s'ajoutent les données collectées par les questionnaires autoadministrés auprès des professionnels, intervenants et médecins du CSSS et de la Maison Bleue (35 répondants). De plus, les données extraites entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 mai 2013 de la banque de données I-CLSC (fiche prénatale, bébé, postnatale et statistiques composées des interventions liées aux services en périnatalité et en petite enfance) ont nourri les résultats de la présente évaluation. Finalement, les documents administratifs et financiers de La Maison Bleue et du CSSS ont aussi été une source de données quantitatives importantes.

Le rapport comprend quatre parties. La première expose les principaux résultats de l'évaluation de la mise en œuvre. La deuxième présente les principaux effets observés dans le cadre de l'évaluation. La troisième propose la valeur économique du projet. La quatrième présente la discussion des résultats de l'évaluation.

Auteurs

Nathalie Dubois, Ghayda Hassan, Isabelle Laurin, Maeve Hautecoeur, Éric Tchouaket, Lynda Benhadj, Astrid Brousselle, Marc Lemire et Magalie Morel.

OBJECTIF DU CHAPITRE

Ce chapitre étudie la mise en œuvre du modèle d'intervention La Maison Bleue. Il s'intéresse au contexte et à l'environnement dans lequel il se déploie, aux caractéristiques de l'organisation et aux processus de mise en œuvre. Plus spécifiquement, il permet de répondre à trois questions d'évaluation: que propose La Maison Bleue? Comment La Maison Bleue réussit-elle à concrétiser son projet? Quelle est la clientèle de La Maison Bleue? Au global, l'exercice permet de dégager les caractéristiques du modèle d'intervention qui sont représentées sous forme graphique (Figure 1) et que nous décrivons progressivement dans l'ensemble de ce chapitre.

MÉTHODOLOGIE

Pour répondre aux questions d'évaluation, l'équipe a employé un devis d'évaluation de type étude de cas multiples (Yin, 1994), car les deux installations du projet (Côte-des-Neiges et Parc-Extension) possèdent des caractéristiques organisationnelles, environnementales et administratives distinctes qui ne peuvent être dissociées de leurs contextes. Définies comme des systèmes intégrés possédant leur propre fonctionnement, les deux installations représentent une source riche de connaissances qui alimentent l'évaluation. Cette approche descriptive a permis de saisir la complexité de l'intervention ainsi que de son environnement (Stake, 2006). Au-delà de l'étude des particularités des deux cas, l'analyse a documenté les convergences entre les deux sites et dégagé des constats plus généraux, rendant l'étude plus robuste (Yin, 2006). Enfin, l'étude a permis de tracer des parallèles entre les deux cas et, ainsi, nourrir la réflexion quant à la réplicabilité du modèle.

La collecte des données s'est déroulée du printemps 2013 à l'automne 2014. Le processus de collecte a nécessité l'utilisation de divers outils de collecte et a permis de solliciter plusieurs sources d'information. Le processus de collecte des données est présenté en détail dans les tableaux synthèses 1 à 7 (Annexe 1). Cet appareillage méthodologique a permis d'explorer quatre dimensions de variables relatives à l'étude de la mise en œuvre: le processus de mise en œuvre, les caractéristiques de l'organisation, le contexte d'intervention et les fondements de l'intervention. Les informations collectées quant au **processus de mise en œuvre** ont permis d'inventorier et de décrire les ressources investies dans le projet, les activités et les services offerts. Des informations quantitatives ont été extraites des banques de données administratives de La Maison Bleue et du CSSS de la Montagne, de la banque de données I-CLSC et des documents administratifs et financiers. Des données qualitatives ont complété l'étude et ont permis de qualifier la nature de l'intervention, des activités et des services offerts. Des informations ont aussi été collectées par l'entremise d'entrevues individuelles réalisées auprès des intervenants de La Maison Bleue et des femmes ayant fréquenté l'organisation entre janvier 2009 et mai 2013.

L'évaluation intègre des données relativement aux caractéristiques de l'organisation et au contexte d'intervention de manière à **contextualiser** la mise en œuvre du projet. Ces informations sont à la fois de nature qualitative et quantitative. Elles permettent de décrire (1) le profil de la clientèle, (2) la structure et la culture de l'organisation, (3) le fonctionnement de La Maison Bleue et (4) les caractéristiques des professionnels, des intervenants et des décideurs et (5) l'utilisation des services proposés aux femmes et leur famille. En premier lieu, ces informations ont été colligées par les entrevues individuelles auprès des intervenants de La Maison Bleue et des gestionnaires intermédiaires du CSSS de la Montagne. Ces données offrent un point de vue « *interne* » de l'organisation. En deuxième lieu, l'étude a permis de rencontrer en entrevue individuelle les gestionnaires de quelques directions du CLSC et des responsables d'organismes communautaires afin de saisir la compréhension et les perceptions des partenaires relativement au projet (structures, offre de services, clientèle, relation avec les partenaires locaux et régionaux en périnatalité et retombées perçues). Plus spécifiquement, l'étude de ces données a permis de mieux comprendre comment les partenaires décrivent le projet, le comprennent et l'apprécient.

Les variables relatives au **contexte d'intervention** ont permis de décrire (1) les besoins populationnels, (2) l'offre, publique et parapublique, de services en périnatalité et petite enfance sur les territoires de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, (3) les caractéristiques des partenaires impliqués dans l'offre régionale et locale de services en périnatalité, et (4) la raison d'être du projet. En premier lieu, l'étude a distingué les besoins reconnus pour la population de ceux relevés pour la clientèle de La Maison Bleue. Les besoins populationnels sont, premièrement, identifiés par l'entremise des données sociodémographiques et sanitaires locales ainsi que des recherches réalisées sur le territoire. Cette compréhension a été bonifiée par des données qualitatives recueillies par entrevues individuelles auprès des intervenantes de La Maison Bleue, des gestionnaires intermédiaires du CSSS de la Montagne et des partenaires (CLSC et organismes communautaires). Les besoins de la clientèle ont été, quant à eux, définis en fonction des besoins notés aux dossiers I-CLSC. Ces informations ont été peaufinées par la compréhension des intervenants de La Maison Bleue (entrevues individuelles) et des partenaires territoriaux en périnatalité. L'offre de services sur le territoire, les caractéristiques des partenaires et la raison d'être du projet ont été appréhendées par les entrevues individuelles réalisées auprès des intervenantes de La Maison Bleue et des partenaires du projet.

L'étude de la dernière dimension permet de définir les **fondements de l'intervention** à La Maison Bleue qui sont *l'empowerment*, le portage et l'interdisciplinarité. Ces concepts sont dominants dans la littérature scientifique et la pratique d'interventions en périnatalité et petite enfance. Les premiers résultats obtenus par la réalisation de l'étude préparatoire laissent présumer que les intervenants et les professionnels de La Maison Bleue accordent une importance particulière à ces concepts. Des nuances intéressantes ont alors été observées entre le discours des intervenantes de La Maison Bleue et les énonciations répertoriées dans la littérature scientifique. En donnant la parole aux intervenants et professionnels de La Maison Bleue, l'évaluation a permis de mieux définir ces concepts centraux. Ces informations ont été collectées par l'entremise d'entrevues individuelles réalisées auprès des intervenants et professionnels de La Maison Bleue, par des exercices d'observation ainsi qu'auprès des femmes ayant fréquenté l'organisation.

Pour ce volet de l'évaluation, l'équipe a employé l'analyse imbriquée (Annexe 1 : Figure 1) permettant d'analyser la mise en œuvre du projet à plusieurs niveaux d'intervention: (1) organisation de La Maison Bleue, (2) professionnels et intervenants de La Maison Bleue, (3) femmes desservies par le projet et

(4) partenaires en périnatalité. L'équipe d'évaluation s'est concentrée, dans un premier temps, sur l'analyse des données qualitatives collectées auprès des femmes, des professionnels, des intervenants et des partenaires (analyse du discours). L'analyse intégrée des informations a permis de décrire le projet Maison Bleue (organisation, offre de services, culture, valeurs, etc.) et de faire ressortir ses contributions particulières en termes d'offre de services en périnatalité et petite enfance sur le territoire. L'équipe a pu définir les fondements d'empowerment, de portage et d'interdisciplinarité valorisés par le projet sur la base du discours véhiculé par les personnes interviewées. Cette analyse visait aussi à comprendre comment ces fondements s'inscrivent dans la pratique. Rappelons que l'ensemble de l'analyse qualitative a été complété par les données quantitatives (statistiques descriptives et bivariées) recueillies auprès des banques de données administratives et financières de La Maison Bleue, du CSSS de la Montagne ainsi que du système d'information I-CLSC.

Ce volet de l'évaluation possède différents avantages dont celui (1) de s'appuyer sur un modèle d'intervention solide d'un point de vue opérationnel, (2) de recueillir plusieurs perspectives liées à la mise en œuvre du projet, (3) de distinguer les deux installations de La Maison Bleue et ainsi apprécier la capacité de répliquer l'expérience de La Maison Bleue sur un autre territoire, contexte et environnement, (4) de documenter de manière détaillée le processus de déploiement (ressources, activités et services offerts), (5) de considérer le contexte et les enjeux susceptibles de faciliter ou de limiter la mise en œuvre du projet, et (6) d'offrir une analyse enrichie de données quantitatives et qualitatives.

Cependant, l'étude de ce volet comprend certaines lacunes telles que (1) la non-utilisation d'informations longitudinales concernant le déploiement du projet en raison de la non-disponibilité de ce type de données, (2) la dominance des informations de nature perceptuelle et subjective collectées auprès des femmes, des partenaires et des professionnels et intervenants et (3) la barrière de la langue qui a pu restreindre la collecte des données auprès des femmes sélectionnées pour les entretiens.

RÉSULTATS

L'étude de la mise en œuvre du modèle d'intervention La Maison Bleue vise à répondre à trois questions d'évaluation. La première intitulée « *Que propose La Maison Bleue?* » permet de décrire le projet de La Maison Bleue et d'identifier ses particularités. La deuxième question, « *Comment La Maison Bleue réussit-elle à concrétiser son projet?* », permet de nommer les leviers qui permettent à l'organisation de faire vivre son projet tel que formulé. La troisième question vise, quant à elle, à définir la clientèle de La Maison Bleue de manière à mieux saisir le projet dans son ensemble.

1.1 Que propose La Maison Bleue?

Depuis 2007, dans le quartier Côte-des-Neiges et, depuis 2011, à Parc-Extension, La Maison Bleue offre aux familles isolées vivant en contexte de vulnérabilité des services en périnatalité sociale et petite enfance. Par sa mise en œuvre, l'organisation souhaite pallier certaines difficultés rencontrées dans l'offre publique de services en périnatalité et en petite enfance, notamment l'absence de suivi clinique prénatal auprès d'une proportion de femmes présentant des facteurs de vulnérabilité. Pour la Maison Bleue, il est important de favoriser le bien-être familial et l'environnement dans lequel se développe l'enfant.

Le but poursuivi est d'aider ces femmes et leur famille à accueillir leur bébé et l'accompagner dans sa petite enfance. Dans cette perspective, le modèle d'intervention propose aux familles (1) une intervention préventive, précoce, soutenue et adaptée aux besoins des familles suivies, (2) un suivi réalisé par une équipe d'intervention multidisciplinaire et (3) une pratique ancrée dans l'interdisciplinarité, *l'empowerment* et le portage.

1.1.1 Une intervention préventive, soutenue et adaptée aux besoins des familles

Une chaîne de services de santé, éducatifs, psychosociaux et communautaires est offerte aux familles desservies par La Maison Bleue (Figure 1). Toutes les femmes peuvent être accompagnées, par la même équipe d'intervention, pendant leur grossesse, à l'accouchement, en période postnatale et en petite enfance. L'étude des données montre aussi que le besoin de consulter un médecin pour le suivi de grossesse représente souvent le motif de la première visite. D'ailleurs une grande majorité des femmes y amorce leur suivi en phase prénatale (92,2 %) et profite d'un suivi de grossesse fait conjointement par un médecin de famille accoucheur et une sage-femme. En accueillant les femmes enceintes, la grossesse devient un moment privilégié pour intervenir de manière précoce, au besoin, et de préparer la famille à la naissance future de l'enfant. La base de données ICLSC utilisée n'a pas permis d'identifier, avec certitude, la semaine de grossesse à laquelle débute le suivi prénatal.

« Le médecin c'est la carotte, la porte d'entrée. Au départ, les familles vulnérables ne vont pas nécessairement vouloir un suivi avec une équipe, mais y veulent un médecin pour un suivi de grossesse. Une fois inscrits à La Maison Bleue, ils ont droit à d'autres services. » Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

Le suivi du développement de l'enfant et le soutien à la parentalité sont aussi offerts par l'équipe d'intervention. Ainsi, au cours des six premiers mois de vie du bébé, les principales raisons d'intervention concernent la vaccination (50 %) et le suivi postnatal (32 %) (Annexe 1 : Tableau 16). Entre 7 et 12 mois, en plus de la vaccination (29 %) apparaissent des motifs liés à la prévention éducative¹ (22,1 %), aux troubles de l'appareil respiratoire (13 %) et aux troubles de l'adaptation sociale et du développement (12 %). Entre 13 et 24 mois, trois motifs principaux demeurent inscrits aux dossiers : la vaccination, les troubles de l'adaptation sociale et du développement ainsi que les troubles de l'appareil respiratoire. Pour les enfants de plus de 24 mois, s'ajoute aux dernières raisons d'intervention mentionnées, le développement du langage et de la parole (17 %). De manière générale, il importe de mentionner que les motifs d'intervention évoluent au rythme du développement de l'enfant. Ainsi, sur la période de 0 à plus de 24 mois, la vaccination diminue en importance alors que les besoins liés au développement du langage, à l'adaptation sociale et au développement de l'enfant prennent de l'importance.

À ce suivi de base, d'autres services sont offerts à La Maison Bleue selon les besoins de la femme. Pour les intervenants, les femmes enceintes admises à La Maison Bleue arrivent avec un bagage culturel et un parcours familial qui leur est propre et qui doit être pris en compte. Ainsi, La Maison Bleue offre en quelque sorte une gamme de services « sur mesure » aux femmes et à leur famille, et l'évaluation des besoins se fait tout au long du suivi. Au-delà des rendez-vous de routine, les soins et les services sont adaptés aux

¹ Terme employé dans le répertoire de la base de données I-CLSC

problématiques des familles. L'équipe de La Maison Bleue tente aussi d'être présente de manière constante en misant sur le développement et le maintien de la relation de confiance et de compréhension. Sans cette relation de confiance, l'intervention devient rapidement « inefficace » voire inutile, selon les intervenants. De cette manière, le suivi est global et couvre une grande variété de problématiques. Dans certaines situations, l'accompagnement d'une *doula* pendant l'accouchement et du répit après la naissance sera le soutien approprié. Pour d'autres cas, l'équipe se mobilisera pour assurer un filet de sécurité autour de la famille. L'équipe peut aussi soutenir les familles dans leurs démarches pour trouver un service de garde, régulariser une situation d'immigration, constituer un dossier de défense des droits, régler un litige avec un propriétaire ou trouver un logement salubre. Ces activités « sur mesure » ne sont pas peu fréquentes à La Maison Bleue. Mentionnons que 76,5 % des familles suivies demandent un soutien pour régler des problèmes socio-économiques (Annexe 1 : Tableau 11).

En plus des suivis individuels, La Maison Bleue offre quotidiennement aux familles une activité de groupe visant à les soutenir dans leur rôle parental en leur permettant de développer des connaissances, des habiletés et des compétences en ce sens. Ainsi, les parents sont invités à participer à des rencontres prénatales, des activités sur la santé de la famille ainsi qu'au groupe l'Art d'être parents. Des activités parents-enfants sont notamment organisées. Dernièrement, des services de massothérapie et d'acupuncture se sont ajoutés à l'agenda de consultation. D'autres activités et sorties spéciales s'ajoutent au calendrier (Annexe 1 : Tableau 8). Ces activités sont, en partie, tributaires de l'offre proposée par les bénévoles de La Maison Bleue. Des efforts sont consacrés à encourager la participation assidue des familles à ces activités. Entre autres, avant chaque rencontre, la secrétaire communique avec les participants pour leur rappeler l'activité. Cette participation vise une intégration, une socialisation et un suivi des familles.

« Je ne vais pas ailleurs. (...) La Maison Bleue répond à tous mes besoins et rapidement ». Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

1.1.2 Un suivi partagé et soutenu par une équipe multidisciplinaire

Contrairement à la pratique en GMF, le médecin à La Maison Bleue n'est pas défini comme l'acteur central dans le suivi des familles. Il est plutôt un partenaire dans le suivi des familles. L'intervention proposée favorise un suivi partagé et soutenu par une équipe multidisciplinaire. À la différence d'une logique de responsabilité de type « *case load* » par intervenant, l'équipe d'intervention partage la responsabilité du suivi des familles en misant sur le soutien et la vigilance d'un intervenant pivot.

L'intervenant pivot a un rôle central dans l'intervention. Il est responsable du suivi et des références pour une famille suivie. Ce dernier est appelé à changer en cours de suivi. L'identification de l'intervenant pivot se fait en fonction des besoins diagnostiqués (suivi régulier, immigration, DPJ, violence, etc.) et de l'étape du suivi (prénatal, postnatal, petite enfance). En règle générale, pour le suivi de grossesse, il s'agit de la sage-femme jusqu'à six semaines après l'accouchement. Ensuite, l'infirmière prendra le relais. Dans les situations de vie plus problématiques, la travailleuse sociale devient l'intervenante pivot. Pour les enfants avec des problèmes de développement, l'éducateur spécialisé ou la psychoéducatrice deviendra l'intervenant pivot. Il est important de souligner qu'aucune règle ne définit à priori la responsabilité de l'intervenant pivot.

Selon les données extraites du I-CLSC, plus du trois quarts des familles suivies à La Maison Bleue ont rencontré deux intervenants et plus lors de la période à l'étude. En moyenne, les familles ont rencontré 2,6 intervenants au cours de la période à l'étude. Le suivi prénatal et postnatal conjoint (médecin et sage-femme) et l'implication de l'infirmière tout au long du suivi contribuent à accroître le nombre d'intervenants engagés auprès des familles.

« Pour moi, la sage-femme, l'infirmière, la travailleuse sociale et le médecin sont plus que des professionnels. C'est la famille. (...) Je les vois tous autant. (...) Je leur fais confiance et leur parle [ouvertement] souvent. Elles connaissent ma vie. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

Selon l'âge de l'enfant, l'intervention est prise en charge par différents intervenants de l'équipe. Avant l'âge de six mois, l'infirmière et la sage-femme sont les intervenantes privilégiées auprès des familles. L'infirmière réalise près de 89 % des actes notés au dossier alors que la sage-femme intervient dans 9,7 % des interventions enregistrées (Annexe 1 : Tableau 16). Entre l'âge de 7 à 12 mois, l'éducateur spécialisé et le psychoéducateur entrent en jeu. Accompagnés de l'infirmière, ils enregistrent respectivement près de 25 % (éducateur spécialisé), 11 % (psychoéducateur) et 65 % (infirmière) des actes notés aux dossiers des familles suivis à cette période de leur vie. Entre l'âge de 13 à 24 mois, l'infirmière et l'éducateur spécialisé sont les deux principaux intervenants auprès des familles. À partir de cet âge, la part relative de l'infirmière s'amointrit et l'éducateur spécialisé devient plus présent. L'étude des dossiers confirme l'importance des « suivis de type sans référence formelle »² et dénote l'importance des références internes entre professionnels de La Maison Bleue.

1.1.3 Une pratique ancrée dans l'interdisciplinarité, l'empowerment et le portage

L'interdisciplinarité, l'*empowerment* et le portage caractérisent la pratique des intervenants au quotidien. Bien que distincts ces fondements sont, pour l'équipe de La Maison Bleue, fortement interreliés. La Maison Bleue estime que l'intervention peut soutenir l'empowerment chez les familles vivant en contexte de vulnérabilité. On peut définir ici l'*empowerment* « comme un processus impliquant des composantes personnelles et collectives et amenant les individus à prendre du pouvoir sur leur vie »³. En ce qui concerne le portage, La Maison Bleue estime qu'elle doit teinter l'intervention offerte aux familles en adaptant cette dernière à son bagage culturel et émotif (Moro, 2008). La prémisse de l'intervention est que les familles ont les compétences pour s'occuper de leurs enfants, surtout si elles sont entourées et accompagnées. L'intervention vise, en quelque sorte, à « porter » la mère et les personnes significatives qui entoureront l'enfant afin qu'ils puissent faire de même, plus tard, avec leur enfant.

« On les porte parce qu'elles sont blessées, parce qu'elles vivent de quoi qui est difficile dans leur vie. C'est la raison pour laquelle elles sont acceptées ici. Pis après ça, au fur et à mesure, on voit la personne se transformer, on voit la personne plus autonome ». Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

² Suivi correspondant à une intervention ne nécessitant pas de relance, de suivi ou de référence interne ou externe.

³ Wallenstein et Bernstein (1994). *Introduction to community empowerment, participatory education and health. Special issue* : Health Education Quarterly, vol 21, No. 2 p.141-148

L'empowerment et le portage prennent vie autant dans le suivi que dans la pratique établie au sein de l'équipe. En intervenant ensemble auprès des femmes et de leur entourage, les intervenants ont une dynamique d'entraide et de reconnaissance des forces de chacun. Les intervenants se « portent » également entre eux, se soutiennent dans leur pratique, et cet échange est rendu possible par l'établissement d'une relation de confiance au sein de l'équipe. Par exemple, les intervenants vont échanger des références, vont partager des contacts et explorer conjointement des solutions. Dans les situations difficiles, ils vont aussi partager la peine, la douleur et la colère ressenties dans le cadre d'une intervention précise.

« L'équipe de gestion porte l'équipe d'intervention qui elle porte la femme qui après porte l'enfant. » Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

L'empowerment et le portage sont au cœur de l'interdisciplinarité qui domine la pratique de La Maison Bleue. Selon les personnes rencontrées, cette interdisciplinarité permet de construire, à La Maison Bleue, un savoir plus global permettant de rompre les frontières entre les disciplines en cherchant une réciprocité dans la recherche et le développement des connaissances. Cette pratique interdisciplinaire permet aux familles d'avoir accès à un suivi assuré par une équipe multidisciplinaire, dont les membres se côtoient au quotidien et interviennent conjointement auprès de ces dernières. Bien que bénéfique pour les familles, cette pratique nécessite que les professionnels soient compétents et aient une grande confiance en eux. Les intervenants doivent accepter la critique, considérer la possibilité que leurs idées soient contestées et être à l'aise avec les discussions ouvertes et la négociation entre collègues. De plus, comme il en sera question subséquemment, la mise en pratique de cette valeur nécessite un investissement récurrent de la part des professionnels et de l'organisation.

« C'est une des premières fois dans la vie que je sens qu'y a quelqu'un qui est là pour [elles] (...) ou qui a une équipe qui est là pour [elles] (...). À long terme, [une] (...) intervention réussie [correspond à une situation où] (...) la personne [aura l'impression d'exercer un] pouvoir sur sa vie, peu importe, c'est quoi sa trajectoire [de vie] (...) ». Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

1.2 Comment La Maison Bleue concrétise-t-elle son projet?

La présente section expose les principaux leviers qui ont permis à La Maison Bleue de faire vivre son modèle d'intervention sur les territoires de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension. Les décisions prises par l'organisation relativement à cinq éléments de nature organisationnelle, professionnelle et contextuelle ont favorisé, selon l'équipe d'évaluation, le déploiement du modèle d'intervention tel que projeté par ses promoteurs. Le premier élément concerne la structure hybride préconisée pour l'institutionnalisation du projet. Le deuxième est lié au fonctionnement organisationnel qui se caractérise par une structuration claire des modalités tout en valorisant une grande souplesse quant au processus d'intervention. Le troisième élément est lié à l'engagement et à la stabilité des ressources humaines investies. Le quatrième élément se rapporte aux processus d'admission et d'évaluation des demandes qui s'appuie sur le jugement critique des intervenants et sur la capacité organisationnelle à répondre aux besoins des familles. Enfin, le cinquième élément concerne l'identification des partenaires avec qui l'organisation a choisi de collaborer dans le cadre de ses interventions. En plus d'expliquer la mise en œuvre, ces éléments pourraient représenter des facteurs explicatifs des effets présentés dans la section suivante. C'est en ce sens qu'ils apparaissent comme des éléments clés du modèle d'intervention.

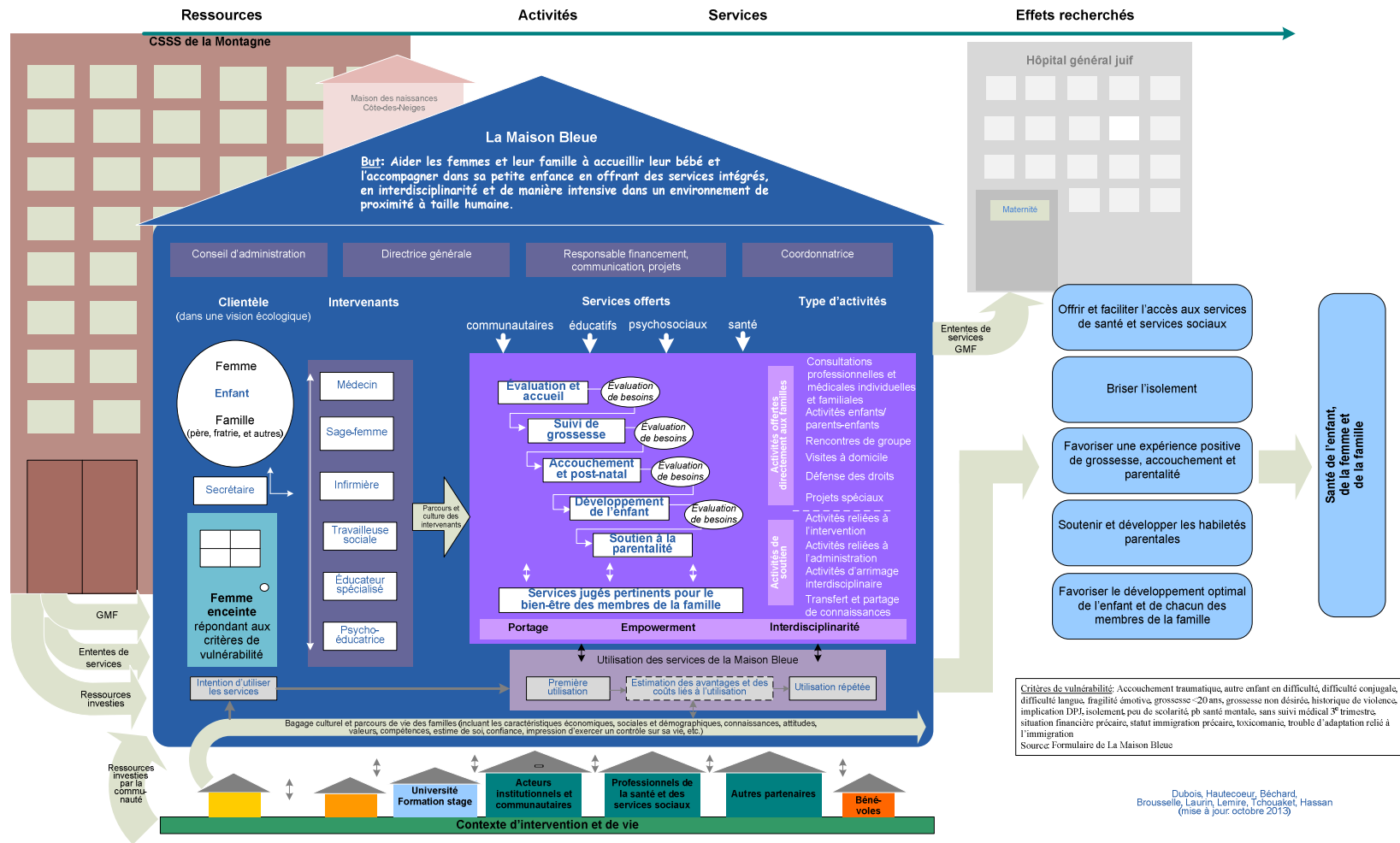
1.2.1 Structure hybride

Le premier élément favorisant la mise en œuvre du modèle d'intervention proposé est la structure hybride, laquelle est le produit d'un arrimage entre trois entités : l'organisme sans but lucratif (OSBL) La Maison Bleue, le CSSS de la Montagne et le GMF Côte-des-Neiges. Chacune de ces entités contribue à la mise en œuvre. Cette structure hybride permet d'offrir des services gratuits aux familles suivies par La Maison Bleue, de compter sur une équipe de professionnels et intervenants du CSSS de la Montagne et sur les médecins du GMF Côte-des-Neiges ainsi qu'une équipe de gestion indépendante et employée par l'OSBL. Cette structure hybride permet « *d'aller chercher la liberté d'action qu'un CSSS ne peut donner, de la flexibilité* », souligne un gestionnaire du CSSS.

a) *La Maison Bleue, organisme sans but lucratif*

La Maison Bleue est un organisme sans but lucratif et indépendant qui travaille en collaboration avec le CSSS de la Montagne et le GMF Côte-des-Neiges en vertu d'ententes de services. Par ce statut, La Maison Bleue existe à titre de personne morale et dispose d'une certaine autonomie dans sa gouvernance et son intervention. Elle possède ses propres lettres patentes, un conseil d'administration, son règlement général et une équipe de gestion (directrice, coordonnatrices et secrétaires). L'OSBL se situe à l'extérieur du CSSS de la Montagne. Il s'agit d'un projet « *en proximité de la communauté* » et dans un environnement physique intégrateur. Les deux installations correspondent à de vraies maisons, ce qui facilite le travail interdisciplinaire et donne une atmosphère « familiale » aux activités et aux services offerts. Pour l'équipe d'intervention, il est important que l'organisation conserve sa taille (petite maison où tout est à proximité) et que l'équipe d'intervention demeure restreinte.

Figure 1 : Modèle d'intervention de La Maison Bleue



La composante OSBL permet un certain degré d'autonomie, tant au niveau de l'organisation des services que dans l'offre, même si elle doit répondre à une reddition rigoureuse de comptes. Aux dires des intervenants, La Maison Bleue, en tant qu'OSBL, a la possibilité d'offrir davantage de flexibilité et d'autonomie aux intervenants : l'intervention est moins balisée qu'en CLSC. Elle accroît sa capacité à innover et à répondre aux besoins des familles. Ceci facilite le travail interdisciplinaire, le partage des suivis, l'accompagnement des familles, la réponse aux besoins dans un délai opportun et l'assurance de la continuité des services. Le fait d'être un organisme sans but lucratif offre un cadre moins formel. La capacité d'innover repose sur l'ouverture, l'expertise, la flexibilité et la confiance envers l'équipe de travail. Selon différentes sources, La Maison Bleue reconnaît la qualité du travail de chacun et permet aux membres de l'équipe d'exercer du leadership et une influence sur le travail à accomplir. L'innovation est également assurée par le milieu de formation et de stage que constitue La Maison Bleue (Annexe 1 : Tableau 17). Les étudiants en formation collaborent au travail, ce qui agit en retour sur leur appréciation des retombées de l'interdisciplinarité et leur participation.

Une collecte de données par questionnaires révèle que La Maison Bleue valorise et fait valoir les compétences relatives à (1) la capacité de collaborer régulièrement entre professionnels, (2) d'innover dans sa pratique afin de mieux répondre aux besoins des familles, et (3) de comprendre la situation des familles et d'identifier leurs besoins prioritaires. À titre de comparaison, et selon les intervenants du CSSS, le CSSS privilégie plutôt la capacité (1) de comprendre la situation des familles et d'identifier leurs besoins prioritaires, (2) de travailler avec une clientèle multiethnique, et (3) de s'adapter aux changements et aux imprévus. Les intervenants du CSSS estiment que les attentes liées à la capacité de collaborer régulièrement entre professionnels et d'innover sont moins valorisées par leur organisation. La nature OSBL de la Maison Bleue peut, selon les répondants, expliquer ces différences observées entre les deux milieux de travail.

En somme, la composante OSBL met de l'avant les conditions nécessaires, selon la littérature scientifique sur les organisations, pour être considérée comme une organisation apprenante et innovante. De par ses liens avec les universités et les centres de recherche, l'organisation est alimentée par de nouvelles façons de faire et, en retour, elle peut instruire, de son expérience, les professeurs, chercheurs et étudiants engagés en périnatalité et en petite enfance.

« [Ce qui est] spécifique à La Maison Bleue (...) c'est la liberté, la flexibilité et la latitude qu'on a pour être (...) créatif, pour trouver des nouvelles choses et attirer et toucher différemment la clientèle. » Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

b) La Maison Bleue : une composante du GMF Côte-des-Neiges

La Maison Bleue fait partie de la composante « Périnatalité la petite enfance » du GMF. À titre de site du GMF, La Maison Bleue offre une prise en charge médicale complète des femmes enceintes. Au niveau de l'organisation des soins, tant les médecins que les intervenants peuvent consulter les dossiers ouverts à La Maison Bleue.

« Grâce aux rencontres avec les intervenants avant les cliniques, les médecins [sont] mieux informés sur leurs patients. Ces derniers sont pris en charge par l'équipe entière. La continuité de soins, ça se fait à travers l'interdisciplinaire ». Entrevue de groupe, médecin de La Maison Bleue.

Le suivi de grossesse conjoint médecin de famille accoucheur du GMF et sage-femme de La Maison de naissance est une des valeurs ajoutées de La Maison Bleue. En ce qui concerne la sage-femme, un rôle prépondérant lui est confié: elle est engagée dans tous les suivis de grossesse et assiste à l'occasion des accouchements comme professionnelle responsable. Elle peut accompagner la femme lors de son accouchement sans en être responsable. Elle participe également au suivi de l'ensemble des femmes et de leurs bébés après la naissance et cela, jusqu'à six mois.

c) La Maison Bleue, constituante du CSSS de la Montagne et la Maison de naissance

Le CSSS de la Montagne est le partenaire principal de La Maison Bleue. Cette affiliation institutionnelle est définie dans une entente de services. De cette entente, émanent quatre grands éléments qui influent sur l'intervention de La Maison Bleue.

Premièrement, le CSSS demeure l'employeur des professionnels et l'agent payeur. Cette contribution vaut aujourd'hui pour les deux installations de La Maison Bleue (deux sages-femmes, deux infirmières, deux travailleurs sociaux, deux éducateurs spécialisés et un psychoéducateur à temps plein). Ils sont régis par les dispositions de leur convention collective et leur responsabilité revient donc au CSSS. Un déplacement administratif des ressources humaines de l'équipe Enfance-famille vers le GMF a simplifié la gestion des ressources humaines, mais ce changement a eu comme effet de distancier, dans certains cas, les professionnels du CSSS et de La Maison Bleue. Les intervenants de La Maison Bleue affirment que, même s'ils ont du « coaching » interdisciplinaire, il serait souhaitable d'avoir accès à la supervision clinique offerte dans le cadre de leur discipline respective (ex. : infirmière, éducateur spécialisé) et un accès réel aux formations offertes par le CSSS : comme les formations et conférences ont lieu au CSSS, les employés ne peuvent pas se déplacer et participer aux activités aisément.

Le deuxième élément concerne le système de triage et de référence des femmes enceintes vulnérables entre les différents services du CSSS. Les familles suivies par La Maison Bleue sont référées entre autres par le CSSS de la Montagne, le GMF Côte-des-Neiges, les organismes communautaires, la Maison de naissance, les hôpitaux et autres institutions. Les entrevues réalisées auprès de différentes personnes montrent que les références ne sont pas systématiques et ne proviennent pas d'un guichet unique d'entrée au CSSS. Ce dernier n'a convenu d'aucune modalité de référence qui permettrait de guider plus adéquatement les intervenants du CSSS dans l'exercice de référence des familles sollicitant des services en périnatalité (ex. : SIPPE, SIFE, Service Enfance-famille et La Maison Bleue).

Le troisième élément est lié aux processus et aux mécanismes de prise en charge et de suivi de la clientèle du CSSS et de La Maison Bleue. Selon l'entente de services, La Maison Bleue doit enregistrer la vaccination des enfants au CSSS, et lorsque la clientèle souscrit aux critères de SIPPE, les formulaires pertinents doivent être remplis, même si la clientèle n'est pas suivie à domicile et selon l'intensité prescrite par le programme. À titre d'employés du CSSS, tous les intervenants se trouvent dans l'obligation de remplir les fiches statistiques de la banque I-CLSC. Nos données montrent que dans les premières années suivant l'ouverture

de La Maison Bleue, et conformément aux directives formulées par le CSSS, plusieurs des femmes étaient inscrites au CSSS comme clientèle SIPPE. Les directives à cet égard ont changé récemment. Il a été convenu que les femmes suivies ne seraient plus inscrites comme clientèle SIPPE désormais.

Le quatrième élément se rapporte aux mécanismes de coordination et de liaison entre La Maison Bleue et le CSSS de la Montagne, mis en place afin d'assurer une transmission systématique et rapide de l'information clinique nécessaire pour répondre aux besoins de la clientèle. Comme La Maison Bleue partage les dossiers cliniques avec le CSSS, les médecins et les intervenants de La Maison Bleue peuvent consulter les dossiers des familles et être informés des actes et visites notés aux dossiers par un intervenant du CSSS, peu importe où celui-ci exerce (Enfance-Famille, GMF, santé mentale, etc.). Parmi les professionnels rencontrés (tant à La Maison Bleue qu'au CSSS), certains ont mentionné le manque de communication et de partage d'informations à propos des suivis. Clarifions cependant que les femmes suivies à La Maison Bleue reçoivent une gamme de services et devraient, par conséquent, avoir moins recours aux services du CLSC.

L'analyse des données montre que, lorsqu'il y a une consommation de services offerts par La Maison Bleue et le CLSC, les actes posés en CLSC concernent des services différents de ceux offerts à La Maison Bleue. Cette situation correspond davantage à une utilisation de services complémentaires (référence formelle vers des services spécialisés du CLSC ou non disponibles à La Maison Bleue (ex. : nutritionniste) ou à un changement de lieu de consultation du CLSC à La Maison Bleue ou l'inverse.

Toutefois, l'étude des données montre que 53,8 % des familles suivies par La Maison Bleue consultent aussi en CSSS (Annexe 1 : Tableau 10). Les entrevues réalisées auprès des femmes suivies à La Maison Bleue et des gestionnaires, médecins et intervenants du CLSC ainsi que de La Maison Bleue confirment cette information. Ce comportement n'est pas nouveau ni surprenant. Clapperton et coll. (2012) relèvent cette fréquentation de différentes ressources en périnatalité et en petite enfance.

Dans le cas particulier de La Maison Bleue, il a été relevé qu'à quelques reprises certaines familles avaient été reconnues pour leur « *capacité à explorer l'offre de services du CLSC et de La Maison Bleue* ». Cependant, comme les dossiers sont partagés entre La Maison Bleue et le CSSS, qu'un intervenant pivot est responsable de la famille à La Maison Bleue et que l'intervention de celle-ci est interdisciplinaire, la double consommation des services publics par les familles suivies est rapidement repérée. De plus, l'étude des fichiers I-CLSC confirme que peu de familles utilisent les mêmes services « en doublon ».

« (...) je viens [en premier lieu] à La Maison Bleue, mais [s'il n'y a pas] de rendez-vous assez rapidement, [je vais] dans une autre clinique de sans rendez-vous. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« (...) Pour mon bébé, [je vais] à La Maison Bleue. Si [le médecin n'est pas disponible], (...) j'essaie de voir quoi faire avec l'infirmière. (...) [Après, je vais] (...) au CLSC. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

L'affiliation du CSSS au projet de La Maison Bleue représente plusieurs avantages selon les intervenants de La Maison Bleue qui soulignent, entre autres, les bonnes conditions de travail, la sécurité d'emploi, la qualité et la quantité du matériel fourni, le financement récurrent et le sentiment accru d'une possible

pérennisation du fait de ce lien institutionnel. La combinaison de conditions de travail vécues comme étant très bonnes ainsi que le degré élevé d'accessibilité de professionnels hautement qualifiés sont sans doute deux aspects clés de La Maison Bleue et des facteurs qui pourraient expliquer les effets observés du modèle d'intervention.

1.2.2 Fonctionnement organisationnel structuré, mais souple

Le deuxième élément favorisant la mise en œuvre du projet est lié au fonctionnement organisationnel qui se caractérise par une structuration claire des modalités de même qu'une valorisation de la souplesse dans les processus d'intervention. Cette souplesse, telle que précisée précédemment, est due, en grande partie, à la composante OSBL. Dans un premier temps, les planificateurs du projet et les gestionnaires consacrent beaucoup d'énergie à la planification des services et à la réponse aux besoins formulés par les intervenants et les familles. La consultation du calendrier des activités indique un équilibre entre les activités de cliniques, les rencontres de groupes pour parents et enfants et les rencontres d'équipe. On observe que les services médicaux et professionnels sont fréquents et soutenus (moyenne de 60 consultations sur rendez-vous et 20 sans rendez-vous et 25 consultations par téléphone par semaine, 12 à 15 vaccinations hebdomadaires, 20 à 30 interventions psychosociales et 5 à 7 interventions faites par la psychoéducatrice par semaine). Les femmes qui consultent peuvent obtenir chaque semaine des consultations médicales, des suivis individuels, des rencontres de groupe ainsi que des activités parents-enfants, sans compter les sans rendez-vous. Les cliniques ont lieu cinq fois par semaine et sont d'une demi-journée chacune. Tous les jours, il y a une activité de groupe à l'horaire.

Les groupes prénataux sont hebdomadaires, cycliques et en continu. La planification des rencontres de groupe s'échelonne sur une période de six semaines. Selon le calendrier de La Maison Bleue, de janvier à décembre 2014, 43 groupes prénataux ont été prévus à Parc-Extension. À Côte-des-Neiges, 48 groupes prénataux ont été mis à l'agenda. Les données sur les rencontres de groupe à La Maison Bleue démontrent que même si les femmes et les familles sont invitées à participer, elles ne se présentent pas à chaque rencontre, malgré les efforts du personnel (par exemple, rappel téléphonique à chaque personne avant les rencontres). La fréquentation varie de 5 à 12 personnes présentes par rencontre (Tableau 1.1). Le taux de participation semble légèrement plus élevé au site de Côte-des-Neiges qu'à celui de Parc-Extension.

Tableau 1.1 : Participation moyenne aux rencontres de groupe à La Maison Bleue

	Maison Bleue Côte-des-Neiges		Maison Bleue Parc-Extension	
	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014
Participation - groupe prénatal	10	8	8	7
Participation - groupe santé de la famille	12	8	5	5
Nombre d'enfants - groupes de stimulation	5	5	6	6
Participation - groupe massage du bébé	8	3	6	4
Participation - groupe <i>l'art d'être parent</i>	6	6	-	-

Source : Données de La Maison Bleue (2012-2014).

Dans un deuxième temps, l'équipe de gestion de la composante OSBL de La Maison Bleue consacre du temps et des énergies à la bonne conduite de l'intervention interdisciplinaire. Au quotidien, différentes rencontres formelles et informelles ont lieu regroupant les médecins et les intervenants. On note au calendrier : discussions quotidiennes de cas intervenants-médecin; réunions d'équipe multidisciplinaire hebdomadaires; rencontres portant sur des questions éthiques; rencontres sur les parcours et la pratique des intervenants; rencontres entre pairs; rencontres de gestion des deux Maison Bleue; et journée annuelle de réflexion. La bonne conduite de l'intervention interdisciplinaire est donc favorisée par le fait que les membres sont appelés à se côtoyer au quotidien. À plusieurs reprises, lors des entretiens de groupe et individuels, les membres de l'équipe ont insisté sur l'importance du travail informel dans la mise en œuvre. L'arrimage interdisciplinaire, qui est sous-jacent à l'organisation du travail et à l'intervention, est assuré par une équipe de direction et une équipe d'intervenants qui travaillent ensemble au quotidien. D'après les membres de l'équipe, ces efforts se transforment en catalyseur dans la mise en œuvre du modèle d'intervention.

L'étude des données montre que ce modèle présente les principales conditions favorisant le travail interdisciplinaire, dont un parti pris pour la gestion participative, des buts communs et des mandats clairs, un mode de fonctionnement souple et efficace, un effort à maintenir une attitude d'ouverture et à développer et maintenir la confiance, l'engagement réel et l'interdépendance des membres de l'équipe (Martin et Boyer, 1995). En plus de mettre en place les conditions nécessaires à l'exercice de l'interdisciplinarité, les intervenants considèrent que l'équipe de gestion offre le soutien pour la réalisation de leurs tâches, et leur permet ainsi d'être disponibles pour les familles en situation d'urgence puis de partager avec l'équipe le suivi envisagé. Selon eux, l'équipe de gestion assure les conditions nécessaires à l'innovation : la qualité du travail est reconnue et les gestionnaires donnent la possibilité d'avoir du leadership.

Dans un troisième temps, l'organisation favorise l'investissement des professionnels dans les activités de prévention et de promotion de la santé auprès des familles. Les activités de prévention s'insèrent dans celles réalisées en clinique, en visite, en rencontre de groupe et au téléphone. Les médecins utilisent les cliniques pour communiquer avec les parents. Ils leur enseignent des compétences concrètes que les parents utilisent faire eux-mêmes par la suite, sans avoir à consulter à nouveau le médecin (par exemple, comment prendre la température du bébé). Des connaissances sont aussi partagées quant aux saines habitudes de vie, à la sécurité de l'enfant, à l'importance de l'attachement et du développement de l'enfant. Ce transfert des connaissances des professionnels vers la famille se poursuit lors du suivi en petite enfance. Le transfert des connaissances et l'amélioration des connaissances sont assurés par la disponibilité des intervenants et des médecins à répondre aux questions quant à la santé et au bien-être de leur enfant.

1.2.3 Engagement et stabilité des personnes investies dans le projet

Le troisième élément permettant d'expliquer la mise en œuvre du projet concerne l'engagement et la stabilité des personnes investies dans le projet. La Maison Bleue compte sur une équipe d'intervention composée de 19 professionnels (sages-femmes, infirmières, travailleuses sociales, psychoéducatrices et éducateurs spécialisés) et médecins (dont 9 médecins). L'équipe possède une formation et une expertise solides en périnatalité et petite enfance. Tous les employés ont au moins un diplôme universitaire et en moyenne, 15 années de pratique en intervention auprès des familles (variant de 3 à 34 ans). L'étude de la

structure et du fonctionnement montre le niveau élevé d'autonomie, d'expertise et de collaboration nécessaire pour pratiquer. La nature du travail demande de la flexibilité et une ouverture à une définition non traditionnelle des tâches. Selon les données collectées, il y a peu de roulement dans l'équipe, outre les congés de maternité et les changements de postes à l'interne parmi l'équipe de gestion; par exemple, des secrétaires sont devenues des coordonnatrices.

Les intervenants reçoivent chaque année des formations, offertes par le CSSS et l'OSBL, variant de 6 à 50 heures par personne, et de la supervision clinique, principalement offerte par l'OSBL, aux 6 semaines. Au-delà des compétences professionnelles ou des qualités personnelles, telles que l'empathie ou l'engagement propres à de nombreux intervenants, les professionnels doivent démontrer une capacité d'adaptation élevée. Quant aux médecins, ils doivent être en mesure de travailler en équipe interdisciplinaire, de partager les suivis et d'accepter d'être remis en question dans le cadre de rapports horizontaux, puisque l'intervention est modulée selon les besoins.

« Je pense que ça prend beaucoup d'ouverture pour travailler à La Maison Bleue, puis avoir certaines qualités personnelles : l'attitude, la compassion, être dans l'empathie, travailler en équipe, ne pas être sur son piédestal, être égalitaire. Professionnel, Maison Bleue »

S'ajoutent à l'équipe d'intervention l'équipe de gestion et les secrétaires médicales (sept personnes). En coulisse, l'équipe de gestion veille à ce que soient offerts des services de qualité en investissant dans le travail interdisciplinaire, la formation, la coordination, la recherche de financement, la supervision clinique et la planification des orientations stratégiques. Elle donne aussi aux intervenants la latitude nécessaire pour répondre aux besoins des familles en leur offrant un appui au quotidien. À noter que la direction participe aux rencontres d'équipe et qu'elle s'implique dans le suivi des familles, même si elle n'intervient pas de façon directe auprès d'elles.

Par son engagement dans les activités administratives, de pérennisation, d'intervention ainsi que de développement et de transfert des connaissances, l'équipe de gestion voit à assurer le développement de La Maison Bleue. Au niveau des activités administratives, elle est responsable de la gestion du personnel et du soutien au fonctionnement clinique. En collaboration avec les CSSS de la Montagne, la directrice est responsable de l'embauche et assure le suivi de la supervision clinique et de la formation extérieure. La gestion des stagiaires universitaires et des bénévoles requiert aussi de la coordination et de la supervision de la part de l'équipe de gestion. Ajoutons à cette liste, la coordination des activités et des services. La coordonnatrice s'occupe au quotidien d'organiser la rencontre d'équipe avant la clinique, de gérer les horaires et l'organisation des activités. On compte aussi la préparation des rencontres de groupe et des conseils d'administration. Il y a production de données statistiques et gestion des banques de données, ainsi que gestion des formulaires et protocoles, sans compter au quotidien la prise de rendez-vous et les appels téléphoniques. Il y a également toutes les activités qui relèvent de la comptabilité.

L'équipe de gestion investit ses efforts dans les activités visant la pérennisation de l'organisation (volet OSBL). La recherche de financement est continue à La Maison Bleue, car l'OSBL doit assurer sept salaires, d'autres frais (projets spéciaux, formation, etc.) et la gestion de l'immeuble. La gestion des activités de commercialisation fait aussi partie des activités administratives. Des efforts sont consacrés à la diffusion et

à la visibilité de l'organisme : articles, émissions de radio et télévision, participation à des conférences sont à l'agenda. Un rapport d'activité est produit annuellement, ainsi que des bulletins. Le partenariat interinstitutionnel et la participation aux tables de concertation sont d'autres activités importantes en ce sens.

Cette équipe de gestion offre aussi un soutien continu aux intervenants, notamment pour la gestion des dossiers (triage des demandes et l'accueil des nouvelles références). Les intervenants s'assurent au quotidien de la planification de l'intervention, la mise à jour des dossiers et le transfert des données dans la banque I-CLSC, en plus des références aux organismes et divers appels téléphoniques. Les secrétaires médicales participent à la gestion des dossiers et à la prise de rendez-vous, et elles font des rappels téléphoniques pour inviter les familles à participer aux rencontres de groupe.

Par ailleurs, l'équipe de gestion s'investit dans le développement et le transfert des connaissances. Plusieurs outils de travail interdisciplinaires sont développés pour faciliter la coordination et le transfert des informations (grille de prise de notes, dossiers partagés, prise de rendez-vous, calendriers, etc.). Certains professionnels sont aussi impliqués dans des comités de recherche et siègent à des conseils d'administration. La supervision de stagiaires et de bénévoles fait partie des activités courantes.

Enfin, il est à noter que l'équipe de La Maison Bleue est appuyée par des ressources bénévoles et des stagiaires. À titre indicatif, lors de la dernière année, plus d'une cinquantaine de stagiaires ont été supervisés (Annexe 4) et près de 40 bénévoles ont apporté leur précieuse contribution. L'implication bénévole de nombreux professionnels contribue à rendre accessible une offre de service et d'accompagnement supplémentaire pour certaines familles. À titre d'exemple, 58 femmes ont bénéficié de l'aide de *doulas*. Également, un acupuncteur et trois ostéopathes ont offert des traitements gratuits à plus de 70 personnes depuis l'ouverture de La Maison Bleue.

1.2.4 Processus d'admission et d'évaluation des demandes

Le quatrième élément favorable à la mise en œuvre se rapporte aux processus d'admission et d'évaluation des demandes, lesquels s'appuient sur le jugement clinique des intervenants et sur la capacité organisationnelle à répondre aux besoins des familles. Comme mentionné précédemment, les familles suivies par La Maison Bleue sont référées par le CSSS, le GMF, les organismes communautaires, la Maison de naissance, les hôpitaux et d'autres institutions. Certaines femmes se présentent aussi sur la base de contacts personnels. Selon les rapports d'activité, les contacts personnels constituent la première source de provenance des références, suivie par les références du CSSS (Tableau 1.2).

Tableau 1.2 : Provenance des références à La Maison Bleue

	2012-2013		2013-2014	
	Maison Bleue Côte-des-Neiges	Maison Bleue Parc-Extension	Maison Bleue Côte-des-Neiges	Maison Bleue Parc-Extension
CSSS de la Montagne	25 %	32 %	16 %	27 %
Contacts personnels (famille et amis)	49 %	42 %	42 %	26 %
Inscription directe	5 %	7 %	3 %	5 %
Autres références : écoles, 811, DPJ, Maison de naissance, organismes communautaires, hôpitaux	21 %	19 %	39 %	39 %

Source : Rapports d'activités 2011-2012 et 2013-2014 de La Maison Bleue.

À La Maison Bleue, certains critères guident la sélection des femmes : elles doivent être enceintes, vivre une situation de vulnérabilité, résider dans les quartiers Côte-des-Neiges ou Parc-Extension et accepter l'offre de services proposée⁴. Le tableau 1.3 illustre la liste des critères de vulnérabilité utilisée par La Maison Bleue. Elle couvre plusieurs problématiques, soit la violence conjugale, les sévices, l'isolement, les problèmes liés au processus migratoire, l'implication de la DPJ, la toxicomanie, les problèmes de santé mentale, une situation économique précaire, la jeunesse des parents, etc. Le modèle d'intervention proposé par La Maison Bleue implique davantage que de bénéficier des services médicaux : au suivi de grossesse conjoint médecin/sage-femme s'ajoutent l'intervention de l'équipe multidisciplinaire, ainsi que la participation aux activités de groupe. L'équipe d'intervention encourage les familles, lorsque celles-ci peuvent le faire, à participer aux services proposés et à s'engager pour changer leur vie.

Lors de la sélection des nouvelles demandes, la capacité d'accueil va également être prise en considération (80 nouveaux suivis par site/année). L'application de certains critères de sélection est à géométrie variable, bien que le jugement clinique soit incontournable et central. Par exemple, le degré de vulnérabilité varie d'une famille à l'autre (Tableau 1.3). Les intervenants ont expliqué qu'ils ne pourraient pas seulement intervenir auprès de « cas lourds ». Ils souhaitent plutôt balancer la charge médicale et psychosociale. Il y a un souci de ghettoïsation : les femmes moins vulnérables doivent devenir des modèles. Des personnes nécessitant des soins particuliers (problèmes graves de santé mentale, toxicomanie, etc.) peuvent être admises, mais à la condition d'un suivi effectué conjointement avec des organismes spécialisés.

⁴La femme enceinte ne doit pas avoir de médecin de famille et si elle est déjà suivie, elle doit accepter un transfert à La Maison Bleue

Tableau 1.3 : Critères de vulnérabilité

Critères de vulnérabilité (ordre alphabétique)	
Âge de la femme (- de 20 ans)	Isolement
Accouchement traumatique	Peu de scolarité
Autre enfant en difficulté	Problème de santé mentale
Difficultés conjugales	Sans suivi médical au 3 ^e trimestre
Difficultés de langue	Situation financière précaire
Fragilité émotive	Statut d'immigration précaire
Grossesse non désirée	Toxicomanie
Historique de violence	Trouble d'adaptation relié à l'immigration
Implication de la DPJ	

Source : Entrevue de groupe_CSSS de la Montagne et Maison Bleue_ *Collecte de données*

Les demandes d'admission sont toutes considérées et un système de triage⁵ a été élaboré afin de procéder aux admissions et aux refus. L'infirmière est responsable du premier tri des demandes. Elle fait un appel téléphonique aux femmes et évalue d'abord la vulnérabilité. Puis, elle voit si la famille souhaite recevoir, en plus du suivi médical, un suivi psychosocial et participer aux activités de groupe. Les critères de vulnérabilité aident à prendre une décision concernant l'acceptation d'une demande. L'infirmière se fie aussi à son expérience et à son jugement clinique. De façon générale, on compte environ dix nouvelles demandes par semaine parmi lesquelles deux sont acceptées pour évaluation. La travailleuse sociale présente l'évaluation psychosociale, le plan d'intervention et les raisons pour lesquelles elle inscrirait la clientèle à l'équipe d'intervention. Une fois la demande acceptée, un plan d'intervention est proposé à la femme. Dès la première rencontre, le conjoint est aussi invité à assister et à participer aux activités de groupe. Les autres membres de la famille bénéficieront également des services et seront inscrits au GMF.

1.2.5 Identification des partenaires clés

Le cinquième élément concerne l'identification des partenaires avec qui l'organisation a choisi de collaborer dans le cadre de ses interventions. La Maison Bleue possède un réseau élargi de partenaires issus de différents secteurs (santé, éducation, emploi, immigration, logement, etc.). S'ajoutent les partenaires financiers, ceux qui offrent un appui aux projets spéciaux, les universités qui réfèrent les stagiaires et enfin, les bénévoles. L'équipe de gestion prend bien en compte l'identité de ses partenaires, qu'elle choisit finement, et cherche à entretenir avec soin les relations qui se sont établies (Annexe 5).

Le CSSS constitue le principal partenaire de La Maison Bleue. Des liens existent avec différentes directions (santé mentale, ressources humaines, matérielles, financières, informatiques, etc.). Les clientèles de La Maison Bleue sont parfois référées aux CLSC (services courants, Enfance Famille/Jeunesse, santé mentale, DI-TED, SIPPE, OLO, PRAIDA, SIFE, auxiliaire familiale, nutritionniste, etc.). Ce partenariat avec le CSSS a comme effet de rendre disponibles les professionnels qualifiés de La Maison Bleue. Par rapport à l'équipe Enfance-Famille du CSSS, La Maison Bleue ne possède pas de liens officiels afin d'éviter le dédoublement de

⁵ Le système de triage est propre à La maison Bleue et non pas au CSSS ou au GMF. La Maison Bleue est autonome et indépendante dans l'organisation de son offre de services.

services. Selon leur lieu de travail (Parc-Extension ou Côte-des-Neiges), les membres de l'équipe Enfance-Famille ont une perception différente des relations avec La Maison Bleue. Certains disent ne pas connaître La Maison Bleue ou ne pas être amenés à travailler en collaboration, tandis que d'autres affirment y recommander des femmes. La perception semble globalement plus favorable chez les intervenants du CLSC de Parc-Extension. Les intervenants de La Maison Bleue perçoivent aussi que les relations varient d'un établissement à l'autre et même d'un intervenant à l'autre. Les enjeux liés à la distinction entre le modèle de La Maison Bleue et le Programme SIPPE expliquent certaines sensibilités. En plus du CSSS, les intervenants font référence à un large éventail de partenaires (Annexe 1 : Tableau 18).

Les organismes communautaires localisés sur les territoires de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension sont nombreux à desservir la clientèle de La Maison Bleue. Une liste des organismes communautaires a été dressée, pour chacun des deux quartiers, ce qui permet notamment de déterminer leur champ d'intervention. Ces organismes travaillent pour l'accueil et l'intégration des immigrants, la défense des droits, le logement, la famille, l'aide alimentaire, la réinsertion sociale, l'éducation, etc. En situation de crise ou en cas de violence conjugale, La Maison Bleue s'adresse à des maisons d'hébergement ou centres de crise et réfère à des lignes d'écoute.

Ainsi, selon les situations, les intervenants vont référer les familles à d'autres institutions, ressources ou organismes communautaires. Certains dossiers vont demander une étroite collaboration avec d'autres intervenants de l'externe : pensons, par exemple, au CSSS de la Montagne, au GMF, à la Maison de naissance et à l'hôpital. Cette collaboration est gérée par des protocoles pour certains partenaires (ex. : accouchements à l'hôpital), alors que d'autres partenariats sont informels et occasionnels. De plus, différents intervenants servent de courroies et accompagnent les familles vers les différentes ressources, selon leur domaine d'expertise : la travailleuse sociale pour les partenaires en logement, travail, immigration, etc.; l'infirmière, la sage-femme et le médecin pour les partenaires du milieu de la santé. Chaque partenaire est sollicité selon l'intensité du cas (ou de la crise). La fréquence est donc très variable, selon la gravité ou l'urgence du cas.

1.3 Quelle est la clientèle desservie par La Maison Bleue?

Selon les données collectées dans la banque I-CLSC, 1 029 femmes ont bénéficié au moins à une occasion des services de La Maison Bleue Côte-des-Neiges (de 2007 à juin 2013). Pour 419 d'entre elles, une fiche de périnatalité a été remplie par l'équipe d'intervention. Bien que succinctes, les informations collectées dans ces fiches permettent de dresser un portrait général des caractéristiques sociodémographiques des clientes de La Maison Bleue. La première partie de cette section présente le profil des clientes suivies à La Maison Bleue à la lumière des informations obtenues. La seconde partie de cette section peaufine l'analyse des caractéristiques des clientes de La Maison Bleue en ciblant plus précisément les femmes qui ont bénéficié des services de 2009 à 2013.

1.3.1 Portrait général

Au début du service prénatal, l'âge moyen des femmes desservies est de 28 ans. Le tiers des femmes détiennent un diplôme d'études collégiales ou universitaires; 25,3 % ont complété un diplôme d'études professionnelles ou leurs études secondaires, et 29,1 % n'ont pas terminé leurs études secondaires ou obtenu un diplôme d'études professionnelles. La situation de vie des femmes qui ont consulté correspond en grande partie (38,9 %) à celle d'un couple avec un ou des enfants de moins de 18 ans. Viennent ensuite les couples qui attendent leur premier enfant (19,1 %). Moins nombreuses sont les femmes enceintes et seules (11,7 %), monoparentales (femme seule avec enfants (8,1 %) et les couples avec/sans personnes apparentées (7,2 %). Elles sont, en grande partie nées à l'extérieur du Canada (92,4 %). Près de la moitié des femmes qui consultent disent être dans une situation où des proches sont présents et aidants (46,5 %).

Les principaux besoins notés au dossier des bénéficiaires concernent le suivi de grossesse (prénatal et postnatal de la mère), les problèmes socio-économiques, les interventions médicales et les troubles psychologiques. Plus spécifiquement, 96,3 % des femmes consultent pour un suivi pré et/ou postnatal, 73,5 % des femmes demandent du soutien pour régler des problèmes socio-économiques, 52,7 % bénéficient de services médicaux autres que ceux offerts par le médecin et 46,5 % profitent de services liés à des troubles psychologiques.

1.3.2 Profils de la clientèle de La Maison Bleue

De manière à peaufiner l'analyse de la clientèle, l'équipe d'évaluation a réalisé une étude par profils (voir méthodologie p. 29). Selon les résultats, il a été possible de classer la clientèle de La Maison Bleue en quatre profils (Annexe 1 : Tableau 9).

- Le *profil 1* caractérise 21,2 % de la clientèle de La Maison Bleue. Il est constitué à 71,5 % de femmes de plus de 25 ans, dont près de la moitié (48,0 %) n'ont pas complété leur secondaire V ou DEP. Toutes ont une situation financière sous le seuil de faible revenu. La plupart vivent en couple avec des enfants (62,5 %). Plus de la moitié d'entre elles ont un réseau de soutien (56,5 %). Comparativement aux autres femmes de La Maison Bleue, elles ont la plus faible utilisation de services (1 à 9 visites enregistrées pendant la période à l'étude) et expriment peu de besoins⁶ (dix et moins). Elles sont aussi moins nombreuses à bénéficier d'un suivi prénatal (57,7 %). Les femmes constituant ce groupe correspondent aux moins vulnérables des quatre profils produits par l'étude.
- Le *profil 2* est composé de 24,2 % de la clientèle de La Maison Bleue et se caractérise par une plus grande proportion (40,6 %) de femmes âgées de 20 à 24 ans. Parmi ces femmes, 86,6 % vivent sous le seuil de faible revenu; près de la moitié (48,3 %) sont en couple et ont déjà des enfants. Cependant, elles n'ont pas beaucoup de soutien social (60,7 %). Ces familles ont recours aux services de La Maison Bleue de manière régulière (entre 10 et 16 visites) et ont, en moyenne, entre 11 et 20 raisons d'intervention notées à leurs dossiers; 86,7 % des femmes profitent du suivi prénatal.
- Le *profil 3* est composé de 29,5 % de la clientèle de La Maison Bleue et regroupe des femmes un peu plus âgées (48,7 % ont plus de 33 ans). Plus d'un tiers d'entre elles n'ont pas complété leur secondaire

⁶ Les besoins exprimés correspondent aux raisons d'intervention notées au dossier de l'utilisateur. Plusieurs limites peuvent être soulevées pour cette variable : (1) manque de code correspondant aux réelles raisons de consultations; (2) sous-estimation des raisons d'intervention (ex. : anxiété, motifs réels) et (3) accès limité à plusieurs codes en fonction de la profession (ex. : la sage-femme a accès à un nombre limité de codes).

V ou DEP (38,9 %). Une proportion de 88,9 % de ces femmes vit sous le seuil de faible revenu. Près de la moitié vivent en couple avec enfants (47,2 %). Par contre, ces familles se disent peu soutenues par un réseau social (45,7 %). Elles se rendent davantage à La Maison Bleue que les femmes constituant le deuxième profil (entre 17 et 26 visites) et ont exprimé davantage de besoins variés pour ce qui est du soutien (entre 21 à 34). De plus, une grande proportion des femmes de ce profil bénéficie d'un suivi prénatal (97,1 %).

- Le profil 4 est constitué de 25 % de la clientèle de La Maison Bleue et représente les femmes les plus vulnérables. Les trois quarts des femmes de ce groupe ont plus de 25 ans. Une proportion de 45,2 % n'a pas complété un secondaire V ou un DÉP. La quasi-totalité (96,8 %) d'entre elles vit sous le seuil de faible revenu. Comparativement aux autres groupes, seulement 19,4 % vivent en couple avec enfants à leur arrivée à la Maison, et 16,1 % en sont à leur premier bébé. En d'autres mots, 54,9 % sont monoparentales et vivent seules. Elles ont peu de soutien social (seulement 44,8 % en bénéficient). Elles sont celles qui fréquentent le plus La Maison Bleue (27 visites et plus)⁷ et qui ont une grande variété de raisons de consultation (soit 35 et plus) inscrites au dossier. Tout comme les femmes du profil 3, elles sont très nombreuses à se prévaloir du suivi de grossesse (96,7 %).

Si on compare les profils 1 et 4, soit les femmes les moins vulnérables et les plus vulnérables, on constate qu'elles partagent les mêmes caractéristiques au regard de l'âge, de la scolarité et du revenu. Toutefois, elles se distinguent par leur situation familiale, le niveau de soutien social auquel elles ont accès, la diversité des raisons d'intervention notées au dossier (violence conjugale, problèmes psychologiques, etc.) et leur utilisation des services prénataux. Les femmes du profil 4 (plus vulnérables) sont monoparentales, en proportion quatre fois plus grande que les femmes du profil 1 (moins vulnérables) et elles ont un plus faible réseau de soutien social. Ainsi, l'isolement vécu par ces femmes peut expliquer leur plus grande fréquentation de La Maison Bleue. Soulignons également que ces femmes sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses à consulter La Maison Bleue pour des besoins variés et souvent autres que ceux se rapportant aux services en périnatalité et en petite enfance. Une modulation de la complexité d'intervention par profil est observée (différence significative à 0,05). La diversité des problématiques d'intervention et la variété des raisons d'intervention notées au dossier croissent du profil 1 au profil 4.

La Maison Bleue ne dessert donc pas un profil de femme spécifique, mais plutôt une catégorie de clientèle spécifique en ce sens qu'il s'agit de femmes en situation de vulnérabilité s'étendant sur un continuum de risque pour elles et leur bébé à naître. Une proportion importante de ces femmes ne peuvent pas être suivies dans le programme SIPPE offert au CLSC parce qu'elles ne correspondent pas aux critères d'admissibilité : ne pas avoir complété de secondaire V et vivre sous le seuil de faible revenu. Près de 60 % des femmes de La Maison Bleue ont un niveau de scolarité équivalent ou plus élevé que le secondaire V et le quart ne vivent pas sous le seuil de faible revenu. Il est possible de conclure que la clientèle semble être très variée sur le territoire du CSSS de la Montagne et que chacune des équipes d'intervention du territoire (CLSC, SIPPE et La Maison Bleue) peut répondre à un besoin réel d'intervention en périnatalité et en petite enfance.

⁷ 90,9 % des familles ont visité 27 fois et plus la Maison Bleue et le CSSS au cours de la période à l'étude.

« Il y a une concentration de la vulnérabilité tout en ayant un large éventail. (...) des gens qui sont vulnérables cette année parce qu'ils viennent d'arriver. Mais dans un an ou deux, ils vont avoir atterri et ils seront mieux. D'ailleurs, certaines femmes ne seront pas suivies pour une seconde grossesse (...). Pis elles sont, au moins 60% très, très poquées. (...) 40% viennent d'arriver, elles sont seules, ne parlent pas la langue, très isolées ». Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

CONCLUSION

L'étude de la mise en œuvre permet de mieux saisir le modèle d'intervention proposé par les cofondatrices, de comprendre comment il s'est déployé sur les sites de Parc-Extension et de Côte-des-Neiges et d'identifier la clientèle desservie par le projet.

Selon les données collectées, le modèle se caractérise par une structure hybride qui propose une intervention en périnatalité et en petite enfance fondée sur l'interdisciplinarité, *l'empowerment* et le portage. L'accompagnement est assuré par une même équipe d'intervention à partir du moment de la grossesse, mais s'articule autour d'un intervenant pivot qui change selon l'évolution des besoins (âge de l'enfant, situation de vie, etc.). Une équipe de gestion, relevant de l'OSBL, assure les conditions nécessaires à l'intervention, notamment par un leadership partagé, la coordination formelle et informelle, la reconnaissance de la qualité du travail, le soutien continu aux intervenants et le souci pour la gestion des immobilisations.

Globalement, les femmes qui fréquentent La Maison Bleue ont en moyenne 28 ans. 58,5 % d'entre elles ont un niveau de scolarité équivalent ou plus élevé que le secondaire et les trois quarts vivent sous le seuil de faible revenu. Quatre profils de clientèle ressortent. La comparaison des profils 1 et 4, soit les femmes les moins vulnérables et les plus vulnérables, montre qu'elles partagent les mêmes caractéristiques au regard de l'âge, de la scolarité et du revenu, mais plus de la moitié (54,9 %) des femmes du profil 4 sont monoparentales et vivent seules.

Le modèle d'intervention de La Maison Bleue est déployé, en grande partie, conformément au modèle proposé par les fondatrices. Il propose un accès privilégié à un médecin et une prise en charge globale et intégrée de la santé physique et psychosociale des femmes et familles (enfant à naître, fratrie et autres membres de la famille immédiate). Les activités sont adaptées aux caractéristiques de la population desservie. Les facteurs qui ont favorisé de manière significative la mise en œuvre du modèle d'intervention sont la structure hybride du projet, la taille du projet et l'engagement des parties prenantes.

CHAPITRE 2 – LES EFFETS DU MODÈLE D’INTERVENTION PROPOSÉ PAR LA MAISON BLEUE

Auteurs

Nathalie Dubois, Ghayda Hassan, Éric Tchouaket, Isabelle Laurin, Maeve Hauteceur, Lynda Benhadj, Astrid Brousselle, Marc Lemire.

OBJECTIF DU CHAPITRE

Ce chapitre présente les effets de La Maison Bleue. Les effets observés sont présentés en fonction des grands changements souhaités par la mise en œuvre du modèle d’intervention de La Maison Bleue (Figure 1). Il s’agit, dans l’ordre, des effets suivants: a) offrir et faciliter l’accès aux services de santé et services sociaux; b) briser l’isolement; c) favoriser une expérience positive de grossesse, d’accouchement et de parentalité; d) soutenir et développer les habiletés parentales et; e) favoriser le développement optimal de l’enfant et de chacun des membres de la famille.

MÉTHODOLOGIE

Selon le modèle d’intervention élaboré dans le cadre de la présente évaluation (Figure 1) et la recension des écrits, le projet proposé par La Maison Bleue devrait influencer un ensemble de dimensions (offre régionale et locale de services, isolement, expérience de grossesse, d’accouchement et de parentalité, développement et habiletés parentales et développement de l’enfant). L’étude des effets s’est concentrée sur ces éléments de changements.

D’un point de vue méthodologique, cette partie de l’étude, contrairement au volet de la mise en œuvre, porte uniquement sur le cas de La Maison Bleue de Côte-des-Neiges. L’équipe d’évaluation estime que l’installation de Parc-Extension est trop récente pour en observer les effets sur la clientèle, l’offre de services et l’environnement.

Dans un premier temps, l’étude relève les effets génériques de l’intervention concernant les cinq grandes composantes nommées précédemment (offre régionale et locale de services, expérience de grossesse, d’accouchement et de parentalité, développement et habiletés parentales et développement de l’enfant). Ces effets sont identifiés par l’entremise de la banque de données I-CLSC, des entrevues individuelles et de groupes réalisées auprès des intervenants, professionnels, médecins et gestionnaires du CSSS, des partenaires et de La Maison Bleue, des questionnaires autoadministrés réalisés auprès de l’équipe d’intervention Maison Bleue et Enfance-Famille, des entrevues auprès des femmes suivies par La Maison Bleue et l’observation passive réalisée à La Maison Bleue de Côte-des-Neiges. La planification de l’évaluation a permis de jumeler la collecte des données relative à la mise en œuvre et aux effets. Cette planification intégrée a permis d’utiliser les mêmes outils de collecte que ceux présentés dans le chapitre précédent (Annexe 1).

La mesure des effets s'appuie sur une collecte et une analyse des données séquentielles et imbriquées qui s'est déroulée en deux étapes. La première étape consistait à identifier les profils des clientèles desservies par La Maison Bleue de manière à peaufiner l'analyse de la clientèle (Annexe 1 : Figure 2). Cette étude est appuyée sur les données extraites de la banque I-CLSC (fiche usager, fiche prénatale, bébé, postnatale et statistique), mais concerne uniquement les familles qu'il était possible de suivre pendant un minimum de 18 mois (n=132 femmes). La période à l'étude est du 1^{er} janvier 2009 au 30 mai 2013 et concerne uniquement l'installation de Côte-des-Neiges. Les profils de clientèle ont été constitués à la base de trois dimensions (variables sociodémographiques, vulnérabilité prénatale, besoins exprimés et utilisation des services en périnatalité et petite enfance) comprenant 39 variables. Après un nettoyage de la banque de données, une analyse descriptive des indicateurs, une analyse des données manquantes et une redéfinition des catégories de réponses ont été opérées de manière à solidifier la banque de données. Par la suite, une analyse de correspondances multiples (ACM) a été réalisée à l'aide du logiciel SPAD. L'identification des facteurs significatifs a permis, par la suite, de réaliser une étude de classification ascendante hiérarchique. L'analyse de classification a suggéré que les deux meilleures partitions de la clientèle étaient à envisager soit à quatre et à sept classes. La similarité à l'intérieur de chaque classe étant minimum et la distance entre les classes étant maximum, l'équipe d'évaluation a choisi la répartition en quatre classes qui représentait aussi une cohérence interne élevée. Ces informations, une fois analysées et modélisées (analyse factorielle et classification hiérarchique ascendante), ont permis de classer l'ensemble des dossiers en groupes « clientèle » plus homogènes. Ces profils ont été utilisés pour ce volet de l'évaluation ainsi que pour le volet concernant la valeur économique.

La deuxième étape du projet a permis de rencontrer les femmes suivies à La Maison Bleue. L'échantillon par grappe (4 profils) a été constitué aléatoirement. L'échantillonnage par stratification a permis l'identification et le recrutement de 4 femmes par profil de clientèle (n=total de 12 entrevues). Une grille d'entrevue individuelle semi-directive a été rédigée en fonction de notre compréhension du profil et de la trajectoire de vie de la femme. Les entrevues ont permis de collecter des informations relatives aux besoins de la famille, aux activités et services reçus à La Maison Bleue, à la satisfaction des femmes quant à ces services, à leurs perceptions d'amélioration relativement aux cibles identifiées. L'équipe a aussi documenté la perception des femmes quant aux effets de l'intervention sur leur trajectoire de vie, sur celle de leur enfant et de leur famille élargie. L'analyse des données issues de ces entrevues a permis de compléter le premier niveau d'analyse des effets.

L'analyse intégrée des informations a permis d'identifier les effets perçus et observés du projet Maison Bleue. En laissant la parole aux femmes, aux représentantes de La Maison Bleue et aux partenaires en périnatalité sur le territoire, l'évaluation relève aussi les effets non attendus, bénéfiques ou non, du projet. Finalement, de manière à limiter l'influence des résultats obtenus de mesures perceptuelles, l'équipe d'évaluation a investi dans la validation de ces informations avec d'autres résultats ou données publiées (littérature grise et scientifique), des données administratives gouvernementales accessibles et des rapports de recherche publiés sur ce sujet. Comme pour l'évaluation de la mise en œuvre, les résultats de ce volet de l'évaluation sont comparés, lorsque cela est possible, aux informations publicisées par d'autres systèmes régionaux, nationaux et internationaux d'information, groupes de recherche et rapports institutionnels publics et parapublics concernant la problématique à l'étude.

Ce volet de la recherche possède différents avantages dont celui (1) de s'appuyer sur une compréhension partagée du modèle d'intervention de La Maison Bleue qui soit solide d'un point de vue opérationnel, (2) d'intégrer les perspectives d'analyse de différentes parties prenantes grâce à un appareillage méthodologique diversifié et complexe, tant au niveau de la collecte que de l'analyse des données, (3) de proposer une analyse imbriquée des informations colligées tant de nature qualitative que quantitative permettant ainsi de tirer profit de données factuelles tout en profitant de la richesse des données qualitative, (4) d'intégrer une validation à plusieurs niveaux des résultats de recherche, et (5) d'offrir une analyse globale du projet. Cette analyse offre un niveau d'information plus riche quant aux caractéristiques, au processus et aux effets. Les nuances apportées par ce type d'analyse peaufineront l'évaluation des effets et alimenteront l'évaluation de la valeur économique du projet.

Cependant, l'étude de ce volet comprend certaines faiblesses méthodologiques telles que la possibilité (1) d'un fort taux de désistement aux entrevues en raison de la langue parlée autre que le français ou l'anglais, (2) d'une interaction encore active entre la femme et La Maison Bleue, ce qui peut biaiser les réponses données aux questions et (3) la nature subjective et perceptuelle d'une partie des informations collectées auprès des répondants. Les résultats présentés ci-dessous s'appuient sur l'ensemble des données collectées et analysées.

RÉSULTATS

2.1 Quels sont les effets sur l'offre de services de santé et services sociaux?

Les ressources médicales et professionnelles investies dans le projet de La Maison Bleue étaient, en grande partie, déjà à l'œuvre sur le territoire avant son ouverture. L'analyse des données montre que, par sa présence, La Maison Bleue a diversifié et facilité l'offre de services préventifs en périnatalité et en petite enfance sur le territoire du CSSS en (1) offrant des sites de consultation externes au CSSS, (2) réduisant les délais associés à la consultation d'un médecin ou d'un professionnel et à la réponse aux besoins urgents, (3) maximisant la participation des médecins du GMF, (4) intégrant les sages-femmes à l'offre de services en périnatalité, (5) créant des passerelles facilitant les références aux services spécialisés et 6) améliorant les compétences et l'engagement des ressources.

2.1.1 Offre de sites de consultation externes au CSSS et amélioration de l'accès aux services

La Maison Bleue met à la disposition des familles un nouveau type de lieu de consultation. La Maison Bleue a pignon sur rue et est localisée dans une petite maison correspondant à un environnement physique à dimension humaine où sont intégrés différents services préventifs de première ligne. Située « à proximité de la communauté », elle se distingue de la structure institutionnelle classique des CLSC et des GMF en ayant une allure plus familiale et conviviale.

« (...) La Maison Bleue [c'est] comme notre (...) deuxième maison. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

Sous cette apparence, La Maison Bleue diversifie les lieux de consultation traditionnels, ce qui pourrait avoir comme effet d'améliorer l'accès aux services en périnatalité et en petite enfance sur le territoire. Aux dires des intervenantes et des femmes rencontrées, La Maison Bleue rejoint des familles qui ne se seraient peut-être pas rendues autrement au CLSC ou au GMF.

« À La Maison Bleue, c'est une maison, ça peut être chaleureux, accueillant. Ici, on est plus institutionnel. » Entrevue de groupe, intervenants de CSSS.

« Certaines femmes sont plus craintives de venir au CLSC. Elles préfèrent les organismes communautaires. » Entrevue de groupe, intervenants de CSSS.

En offrant un lieu de consultation externe au CSSS, où œuvrent notamment des médecins du GMF et des sages-femmes, et en favorisant l'établissement de passerelles facilitant les références aux services de deuxième ligne et spécialisés, La Maison Bleue bonifie l'offre de services préventifs en périnatalité et en petite enfance sur le territoire du CSSS. Comme rapporté au premier chapitre, 419 femmes ont été suivies à La Maison Bleue de 2007 à 2013. Plusieurs d'entre elles n'auraient peut-être pas bénéficié d'un suivi au CLSC, notamment dans le cadre du SIPPE, car elles ne correspondaient pas à la clientèle visée par ce programme⁸ et cela, malgré leur vulnérabilité.

2.1.2 Courts délais associés à la consultation d'un médecin ou d'un professionnel et à la réponse aux besoins émergents et urgents.

Dès qu'une femme est admise, elle a un accès privilégié au médecin, à l'infirmière, à la travailleuse sociale et à la sage-femme. Les délais pour la prise de rendez-vous sont généralement très courts. L'équipe d'évaluation a pu l'observer et les personnes interrogées le soulignent, La Maison Bleue permet un accès rapide, des réponses à un grand nombre de questions et limite les consultations.

Selon les données colligées, les familles peuvent communiquer avec l'équipe de La Maison Bleue par différents moyens (ex. : dans le corridor à la sortie d'une rencontre de groupe, dans le hall d'entrée ou au téléphone dans le cadre d'une discussion informelle). Le fait que les familles puissent téléphoner à la secrétaire de La Maison Bleue ou à leur intervenant pivot pour obtenir rapidement et sans trop d'attente une information, un rendez-vous ou une prescription devrait, théoriquement, contribuer à l'amélioration de leur état de santé et de bien-être.

« À n'importe quel moment, je téléphonais et je pouvais recevoir une réponse de La Maison Bleue [traduction]. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« [Peu importe le] problème (...) et le moment, j'allais à La Maison Bleue et puis j'ai toujours trouvé la bonne personne pour m'aider (...). [Ils ont] toujours [été] là pour moi, pour m'encadrer (...). (...) L'équipe [s'est] bien occupée de moi. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

Cette ouverture aux demandes spontanées permet à La Maison Bleue de répondre aux besoins émergents des familles ou à celles en situation de crise ou d'urgence. Les données colligées permettent d'affirmer que dans des délais très rapides, l'équipe d'intervention rassure la famille, conseille celle-ci sur les meilleurs soins à donner à l'enfant et, au besoin, redirige la famille vers un professionnel ou médecin spécialisé. Le fait d'investir au moment opportun permet à La Maison Bleue, à la femme et aux autres membres de la

⁸ Le programme SIPPE accueille les femmes qui vivent sous le seuil de faible revenu et qui n'ont pas complété un diplôme d'études secondaires ou professionnelles, peu importe l'âge.

famille d'identifier le problème et de démarrer une prise en charge visant une résolution du problème par l'adoption d'une solution convenue avec la famille.

« L'important c'est de répondre au besoin quand la femme se présente. Si on ne répond pas à la femme quand elle est en crise, on risque de passer à côté. » Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

2.1.3 Maximisation de la participation des médecins du GMF

La Maison Bleue permet de maximiser la participation des médecins du GMF à l'offre de services en périnatalité et en petite enfance ainsi qu'à la prise en charge des populations vulnérables sur le territoire. Par son projet, La Maison Bleue donne accès à un suivi de grossesse par un médecin de famille. En intervenant ainsi, sur l'échiquier de l'offre des services, on réduit la nécessité de recourir aux médecins spécialistes pour les suivis de grossesse jugés à bas risque favorisant, du même coup, une meilleure utilisation des ressources médicales.

L'intervention offerte par La Maison Bleue semble simplifier l'accès aux médecins du GMF pour la femme, mais aussi tous les membres de sa famille en leur permettant de devenir patients du GMF dès l'inscription de la femme à La Maison Bleue.

« Mon mari était content d'avoir un médecin de famille. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« Mon mari (...) a changé de médecin (...) [pour qu'on puisse profiter] du même médecin. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

Finalement, comme les médecins du GMF pratiquent à La Maison Bleue et au GMF du CLSC, les familles peuvent aisément les consulter à l'un ou l'autre des deux sites. Cette particularité permet de diversifier les sites de consultation tout en maintenant la continuité des services pour les familles suivies.

« Quand mon bébé est malade, je vais à La Maison Bleue. Si [La Maison Bleue] est fermée ou que je ne peux pas avoir de rendez-vous, je vais au CLSC voir mon médecin de La Maison Bleue. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

2.1.4 Apport accru des sages-femmes à l'offre de services en périnatalité

Le suivi conjoint sage-femme/médecin offert par La Maison Bleue permet une intégration accrue des sages-femmes à l'offre de services en périnatalité et améliore l'accès aux services d'une sage-femme pour les familles du territoire. Il offre aussi la possibilité aux femmes de choisir d'accoucher avec un médecin à l'hôpital ou avec une sage-femme dans les trois lieux convenus (à la Maison de naissance, à l'hôpital et à la maison). Étant donné qu'au Québec, la demande pour les sages-femmes dépasse largement les possibilités d'obtenir un suivi, cet avantage est de taille pour les femmes suivies à La Maison Bleue. Selon les informations analysées, les femmes rencontrées ont beaucoup apprécié la présence de la sage-femme qui, en plus de les accompagner lors du suivi de grossesse, de leur accouchement et du suivi postnatal, est devenue une confidente précieuse pour la famille et une source de réconfort pour les parents.

« [J’ai pu] faire des confidences à la sage-femme. (...) [De tous les intervenants, c’est de] la sage-femme que je me sens le plus proche. (...) Je l’aime très, très fort, c’est vraiment très, très bien, très, très humain. (...) [Pour moi, la sage-femme est] comme une maman ». Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« J’étais contente que ma sage-femme soit là à mon accouchement ». Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

Dans un troisième temps, le projet de La Maison Bleue permet un transfert de connaissances des sages-femmes exerçant à La Maison Bleue vers celles œuvrant à La Maison de naissance. L’étude des données collectées auprès des intervenants et professionnels relève une amélioration des connaissances et le développement de compétences relativement aux suivis auprès des populations vulnérables. Ces apprentissages ont introduit des changements au niveau de la pratique des sages-femmes travaillant à La Maison de naissance. Les médecins et les professionnels de la santé œuvrant à La Maison Bleue ont aussi souligné les retombées positives de cette intégration en insistant sur l’amélioration de leurs connaissances et expertises ainsi que l’amélioration des services et de la pratique en périnatalité qui demeure un domaine complexe.

« Pour être sage-femme à La Maison Bleue, il faut être solide et avoir une grande expérience. (...) Les rencontres d’équipe [réunissant les professionnels] de La Maison de naissance permettent d’échanger et de discuter, car on vit des choses différentes. (...) On développe notre pratique ensemble. » Entrevue individuelle, intervenante, Maison de naissance.

Finalement, l’intégration des sages-femmes vise à faciliter l’accès aux accouchements naturels pour les grossesses à faible risque. Selon les données, la proportion des femmes suivies à La Maison Bleue qui accouchent à la Maison de naissance (4,6 %) ⁹ est supérieure à celle observée pour la population générale des femmes au Québec (2 % selon l’Ordre des sages-femmes du Québec, 2010). Selon les données administratives et cliniques de La Maison Bleue, si on considère les femmes transférées pendant le travail ou juste avant, la proportion des femmes suivies à La Maison Bleue qui souhaitaient, pendant la période à l’étude, accoucher à La Maison de naissance augmente à 9, 5 %.

2.1.5 Création de passerelles facilitant les références aux services spécialisés

L’étude des données a permis de constater que l’exercice de référence et de transfert des familles peut être simplifié par les corridors de services locaux et régionaux instaurés par La Maison Bleue. Ces passerelles facilitent la prise en charge des familles et les transferts entre milieux (GMF, CSSS [ex. : santé mentale], hôpital, DPJ, Maison de naissance, etc.). Elles ont des effets directs sur la continuité et l’accès aux services offerts aux familles.

« La Maison Bleue m’a aidé à trouver une place pour évaluer mon fils autiste (...) et à avoir un pédopsychiatre (...). » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

⁹ Selon La Maison Bleue, 25 % prévoient accoucher à La Maison de naissance, mais elles accoucheront à l’hôpital pour des raisons médicales.

« Quand la DPJ voit que La Maison Bleue est dans le dossier, elle sait que la femme sera supportée. » Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

« Les intervenants du service qui reçoivent la demande savent qu'on a bien préparé le dossier et que la demande est fondée. » Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

2.1.6 Amélioration des compétences et de l'engagement

Les professionnels rapportent des changements en lien avec la valorisation des attitudes positives et des comportements respectueux des collègues de travail, des bénéficiaires et de la direction, le développement de connaissances et le partage des savoirs, la vision d'une organisation apprenante et innovante, l'adhésion et la valorisation des pratiques préventives précoces et l'investissement dans le travail interdisciplinaire.

L'analyse du discours des différents professionnels et des femmes rencontrées révèle que *l'empowerment* et le portage se vivent tant au niveau de l'intervention auprès des femmes que dans l'exécution au quotidien de leur travail à titre d'intervenant. L'adhésion à ces fondements, comme cadre de travail, favorise une dynamique d'entraide, de confiance et de reconnaissance des forces de chacun. Le lien de confiance est une première retombée de la pratique développée par La Maison Bleue et un effet bénéfique pour l'équipe de travail.

« (...) travailler en équipe interdisciplinaire [implique de ne pas se placer sur] un piédestal [avoir l'impression] d'être égalitaire (...) [et ne pas] se sentir supérieur [aux autres membres de l'équipe]. » Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

La Maison Bleue a permis aux intervenants, par la nature de l'accompagnement offert aux familles, de consolider leurs capacités d'empathie et d'ouverture. La pratique développée à La Maison Bleue confirme leur hypothèse relativement à l'importance d'investir dans le développement d'une relation de confiance entre intervenants et avec les familles.

« [Nous investissons beaucoup d'énergie] à bâtir une relation de confiance (...) pas juste être là pour fournir des services. » Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

« (...) on (...) porte vraiment [les familles], on (...) les accompagne, on (...) leur tient la main. » Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

La possibilité d'innover est issue, telle qu'exprimée par les intervenants, de la reconnaissance mutuelle de la qualité du travail de chacun, de la possibilité d'exercer le leadership et d'avoir une influence sur le travail accompli dans le but d'améliorer leurs compétences au sein de l'organisation. Les participants ont apporté plusieurs exemples de partage de tâches des médecins avec les autres praticiens (ex. : infirmières qui font du postnatal, suivi conjoint médecin et sage-femme, etc.).

« Il y a des chevauchements (...) je suis appelée à étirer mon champ de pratique, (...) je dois [quelques fois sortir] (...) de ma zone de confiance. » Entrevue de groupe, intervenants de La Maison Bleue.

L'innovation est également assurée par le milieu de formation et de stage que constitue La Maison Bleue. De par ses liens avec les universités et les centres de recherche, l'organisation est alimentée par de nouvelles façons de faire et propose des pratiques nouvelles en périnatalité. Les étudiants en formation collaborent au travail interdisciplinaire, ce qui peut agir sur leur perception de leurs fonctions et leur rôle en périnatalité et petite enfance.

2.2 Quels sont les effets sur le développement de réseaux de soutien et d'entraide?

Par ses interventions, en contrant l'exclusion, La Maison Bleue facilite le développement des réseaux de soutien et d'entraide dans le but d'améliorer les conditions de vie et diminuer l'impact de l'isolement sur les familles et les enfants. Ceci implique un ensemble d'actions concrètes dont les rencontres de groupe, l'accompagnement dans un organisme communautaire, l'accompagnement des familles dans les processus formels d'immigration (ex. : remplir des formulaires), le soutien pour remplir des formulaires du gouvernement, la référence à des ressources complémentaires sur le territoire (banque alimentaire, comptoir familial, etc.), ou à des services professionnels externes (ex. : santé mentale au CLSC).

« Je suis seule avec mon fils. (...) Ils m'ont dit (...) tu peux aller manger à la cafétéria. (...) Je ne connaissais pas ça. Je ne connaissais rien moi [dans Côtes-des-Neiges]. (...) La Maison Bleue m'a donné plein [de conseils et d'endroits] où aller pour rencontrer du monde. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

Selon les personnes interrogées, l'intervention semble contribuer à la réduction du stress, des angoisses et du fardeau du quotidien, ainsi que du développement des amitiés grâce aux activités de groupe proposées.

« J'ai rencontré des femmes comme moi. (...) Les rencontres de groupe ça permet de parler de nos vies, de nos problèmes et de nos peurs. Je ne vois plus ces femmes maintenant, mais, à ce moment-là, c'était bien. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

Plusieurs femmes rencontrées décrivent que le fait de consulter La Maison Bleue leur a permis de connaître et d'identifier les différentes ressources publiques, parapubliques, privées et sans but lucratif qui peuvent répondre à leurs besoins. Elles se disaient plus outillées pour aller chercher de l'aide et trouver du soutien dans leur milieu avec ou sans les intervenants de La Maison Bleue. Certaines précisent que le fait de consulter La Maison Bleue leur a permis de développer une meilleure connaissance du système de santé et des services offerts sur le territoire et au Québec. Cet effet était rapporté plus souvent par les femmes moins informées ou nouvellement arrivantes, qui ont dit désormais bénéficier de services dont elles ignoraient l'existence (ex. : dentiste, aide alimentaire, comptoir familial, etc.). En connaissant et fréquentant divers organismes locaux (soutien alimentaire, loisirs, etc.), les familles ont amélioré leurs connaissances, accru leurs capacités à trouver ce dont elles ont besoin et qui est disponible dans la collectivité, facilité leur vie au quotidien et réduit leur isolement social.

« La Maison Bleue m’a fait connaître la Joujouthèque, le Baobab, la Maison de la culture, le centre préventif à l’enfance du Dr Julien. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

2.3 Quels sont les effets sur l’expérience de grossesse, d’accouchement et de parentalité?

D’après les informations recueillies auprès des répondants, La Maison Bleue favorise une expérience positive de la grossesse, de l’accouchement et de la parentalité grâce à un suivi calibré, prolongé, continu et intensif auprès des femmes, touchant à la fois leur santé physique et psychosociale.

2.3.1 Durée de suivi qui augmente en fonction du degré de vulnérabilité des femmes

Les programmes d’intervention en périnatalité et petite enfance se fondent sur le principe que pour être efficace, l’intervention doit être maintenue au minimum trois mois et pour une durée de deux à cinq ans (MSSS, 1990: 50). L’analyse des données relatives à La Maison Bleue permet de constater que les familles suivies conservent un lien avec celle-ci pendant 24 mois, en moyenne. De plus, la rétention moyenne croît en fonction du profil auquel la famille est associée: il y a un suivi à plus long terme pour les familles cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité. Ainsi, la durée moyenne du suivi pour les familles augmente des profils 1 à 4 (durées moyennes respectives des profils 1 à 4 : 19 mois, 20 mois, 24 mois et 31 mois). Pour ce qui est des enfants, il semble que près de la moitié d’entre eux conservent un lien avec les intervenants de La Maison Bleue pendant plus de deux ans (24 mois).

2.3.2 Suivi continu

Le fait que La Maison Bleue soit une composante du GMF permet d’offrir une continuité de services qui se traduit très tôt dans le suivi et qui peut se poursuivre pendant toute la vie du patient. La pratique interdisciplinaire, la présence de l’intervenant pivot, la rétention des familles et la stabilité du personnel sont différents facteurs qui permettent à l’équipe d’intervention d’assurer une continuité des services préventifs entre les périodes prénatale, postnatale et petite enfance. Tout au long de ces étapes de la vie, la femme aura la possibilité de consulter les intervenants de La Maison Bleue. Entre autres, en phase prénatale, elle pourra les rencontrer à La Maison Bleue et, au besoin, elle pourra consulter le médecin aussi du GMF. Lors de l’accouchement, dépendamment de la personne responsable (sage-femme ou médecin), elle pourra bénéficier de la présence du médecin et/ou de la sage-femme à l’hôpital, à la Maison de naissance ou chez elle. Lors de la phase prénatale, et plus précisément pour les visites postnatales réalisées quelques jours après la naissance, elle pourra rencontrer un ou des intervenants à La Maison Bleue (tous les intervenants), au GMF (médecin) ou à la résidence (sage-femme, infirmière et travailleuse sociale).

« J’ai accouché à l’Hôpital Juif avec mon médecin de La Maison Bleue. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« La Maison Bleue a pris soin de moi pendant ma grossesse et la sage-femme est venue à mon accouchement. (...) L’infirmière de La Maison Bleue est venue souvent à la maison pour m’aider à m’occuper des problèmes de santé du bébé. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

De plus, comme l'inscription au GMF peut être maintenue au-delà du suivi offert par La Maison Bleue, les familles inscrites profitent d'un suivi médical préventif et curatif de première ligne complet et continu sur une longue période de temps. Cette continuité des services permet de répondre aux besoins variés des familles, d'assurer un suivi médical complet et adéquat tout au long de la vie.

« Je ne vais pas ailleurs. (...) La Maison Bleue répond à tous mes besoins et rapidement ». Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« Pour moi, la sage-femme, l'infirmière, la travailleuse sociale et le médecin sont plus que des professionnels. C'est la famille. (...) Je les vois tous autant. (...) Je leur fais confiance et leur parle [ouvertement]. Elles connaissent ma vie. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

2.3.3 Intensité du suivi assurée

L'intensité de l'intervention correspond à la fréquence des activités qui la composent et à l'assiduité avec laquelle les usagers y participent. L'étude du nombre de visites¹⁰ enregistré au dossier I-CLSC montre que la proportion des femmes inscrites à La Maison Bleue qui enregistrait 12 visites et moins à La Maison Bleue et au CSSS est de 25 %, 13 à 20 visites, 27 %, de 21 à 34 visites, 24,2 %, de plus de 35 visites, 24 % (Annexe 1 : Tableau 10). Les participants rencontrés reconnaissent l'énergie investie par l'équipe de La Maison Bleue pour assurer l'atteinte des résultats (ex. : rappel téléphonique) en terme d'intensité du suivi.

« Quand j'ai un problème, j'appelle à La Maison Bleue. (...) Ils me trouvent toujours une solution. [Sinon,] ils me donnent un rendez-vous. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

2.3.4 Intervention précoce et dépistage en continu

La précocité des interventions est un autre élément fondamental du projet de La Maison Bleue. Cette précocité prend forme, entre autres, par une offre de services de dépistage lors du suivi prénatal, des rencontres de vaccination et de suivi postnatal. Ces visites représentent des moments clés pour intervenir auprès des familles et les référer au besoin. De plus, les diverses rencontres planifiées entre les professionnels permettent de partager les dernières informations, de proposer un suivi adapté et de favoriser les références informelles à l'intérieur de La Maison Bleue.

« (...) je [ne] sais plus [ce que] (...) je suis venue chercher [à La Maison Bleue] parce qu'ils m'ont tout donné à l'avance. (...) Il y avait même des choses que je [ne] savais pas qui existaient. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

2.3.5 Intervention calibrée selon les besoins

L'analyse des données collectées montre que l'utilisation des services à La Maison Bleue est calibrée selon les besoins des familles, non seulement en ce qui a trait au nombre de visites, mais également pour ce qui est du nombre d'actes. Ce calibrage se fait en fonction du profil de vulnérabilité de la famille. Ainsi l'analyse

¹⁰ Le nombre de visites ne considère pas les rencontres de groupe, la participation aux activités spéciales, les rendez-vous médicaux et les consultations informelles qui ont lieu à La Maison Bleue. Le nombre de visites se rapporte aux visites individuelles inscrites au système I-CLSC.

des résultats montre que le nombre de visites et d'actes réalisés à La Maison Bleue est nettement plus élevé pour les familles issues du profil 4 (90,9 % des familles enregistrent 27 visites et plus et 100 % des familles enregistrent 35 actes et plus) comparativement aux profils moins vulnérables (Annexe 1 : Tableau 10).

2.3.6 Suivi médical et psychosocial

Un des effets majeurs de La Maison Bleue est d'assurer un suivi médical et psychosocial régulier et intensif pour la femme enceinte. Ainsi, selon les données extraites de la banque ICLSC, parmi les familles suivies à La Maison Bleue entre 2009 et 2011, 45 % ont été suivies pour des raisons de trouble psychologique (raisons d'intervention) (Annexe 1 : Tableau 11). De plus, les services de nature psychosociale augmentent avec l'accroissement de la vulnérabilité de la mère. Les familles issues du profil 4 sont plus nombreuses à consulter pour des raisons de trouble psychologique (proportions respectives des profils 1 à 4 sont de 21,4 %, 31,3 %, 46,2 % et 76 %) (Annexe 1 : Tableau 11). Ce suivi plus complet facilite et simplifie la période de la grossesse et la période postnatale pour la mère et l'enfant.

« [Pendant ma grossesse], j'étais anxieuse et assez déprimée. La Maison Bleue m'a aidée à déstresser et à me sentir soutenue. (...) [Lors de ma grossesse], je [ne] connaissais (...) personne (...) grâce à La Maison Bleue, je pouvais communiquer avec d'autres femmes (...). (...) ça m'a vraiment changée parce [que j'étais] vraiment déprimée. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« C'était bien de venir à La Maison Bleue. (...) Ça jouait sur mon humeur. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

2.4 Quels sont les effets sur le développement des habiletés parentales?

D'après les personnes interrogées, les interventions de La Maison Bleue améliorent les habiletés parentales de par leurs effets sur les connaissances, compétences et habiletés parentales, ainsi que par l'augmentation des comportements préventifs et sécuritaires pour la mère et les enfants.

2.4.1 Effets sur les connaissances, compétences et habiletés parentales

À La Maison Bleue, le suivi prénatal et postnatal vise à mieux informer et outiller la femme enceinte et la famille afin de prendre des décisions éclairées. L'objectif est d'accroître la confiance qu'ont les parents dans leurs moyens et de développer des comportements sains et des attitudes positives envers leurs capacités parentales. En entrevue, les femmes disent avoir acquis, dans le cadre de leur suivi, de nouvelles connaissances relatives à l'arrivée de leur bébé et à la manière de reconnaître et de répondre à ses besoins (ex. : connaissances sur la grossesse, l'accouchement et l'allaitement). Plusieurs femmes se disent rassurées, moins stressées et de meilleure humeur depuis qu'elles fréquentent La Maison Bleue. Elles disent également avoir une plus grande confiance en leurs moyens et capacités.

« J'ai compris comme se passait un accouchement (...) ça m'a rassurée d'entendre les autres femmes aussi. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« Même si j'ai trois enfants (...) j'ai appris des choses. On m'a donné [des conseils relativement] à l'allaitement, au dodo du bébé, à la suce, [à la gestion des] comportements agressifs. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

Les effets de l'*empowerment* et du portage ont émergé du discours des femmes qui, de diverses façons, exprimaient l'idée qu'elles sentaient avoir plus de pouvoir et être en meilleur contrôle de certains aspects de leur vie. Parmi les femmes rencontrées, plusieurs ont manifesté le désir de prendre en charge leur vie et celle de leur enfant. Les intervenants et professionnels soulignent la détermination de ces femmes qui décident de se trouver un emploi, de retourner aux études ou de sortir d'un contexte familial malsain. Pour La Maison Bleue, ces femmes peuvent ensuite prendre plus aisément des décisions visant l'amélioration de leur santé et leur bien-être ainsi que de leurs enfants.

« Moi j'ai appris à parler [et à gérer] ma colère. (...) j'ai beaucoup appris des groupes de rencontre (...) sur comment prendre soin d'un enfant. [Maintenant], je conseille même mes amies. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« (...) je suis en équilibre aujourd'hui (...) j'ai compris beaucoup de choses (...) La Maison Bleue a fait une grosse (...) différence [dans ma vie]. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

La consolidation du lien affectif parent-enfant est une des retombées visées par l'intervention et pour laquelle les intervenants mobilisent diverses stratégies (ex. : encourager et soutenir la proximité physique et psychologique lors de l'allaitement, la participation aux ateliers de groupe Parents-enfants). Cet effort trouve ses échos auprès des mères rencontrées, puisque certaines ont relevé être en meilleure position pour apprécier les forces et qualités de leur enfant. La majorité des femmes mentionnent que l'équipe de La Maison Bleue a amélioré leur relation mère-enfant, notamment en ce qui concerne leur capacité à prendre soin d'un enfant.

« Maintenant, je joue avec mon enfant (...), je passe du temps [avec lui] (...) et j'aime ça. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« La Maison Bleue m'a fait comprendre que tu dois t'occuper vraiment de ton enfant (...) et ça eu un impact sur tous mes enfants. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

2.4.2 Effets sur les comportements préventifs et sécuritaires

La Maison Bleue facilite probablement l'adoption de comportements préventifs et de protection de l'enfant. Entre autres, l'ensemble des femmes suivies se présente pour faire vacciner leurs enfants. Cette activité est en effet au centre des activités médicales postnatales. Premièrement, elle permet aux enfants d'être mieux protégés contre certaines maladies. Ensuite, lors des vaccins, l'infirmière en profite pour parler avec la famille, vérifier ses besoins, la référer à une collègue ou un organisme du quartier, lui enseigner certains éléments, etc.

De plus, les ateliers de groupe visant le développement de l'enfant, l'interaction parent-enfant et la relation parent-enfant semblent outiller les parents également en ce sens. Lors des entretiens, les femmes disent aimer participer aux activités de groupe et adopter depuis des comportements favorisant les saines habitudes de vie, l'attachement, la sécurité physique et la socialisation de l'enfant.

« J'étais déjà attachée à mon bébé. (...) La Maison Bleue me donne le goût d'être plus souvent avec mon bébé. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« Maintenant, je sais que c'est important que ma fille soit inscrite à la garderie. »
Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

Par ailleurs, La Maison Bleue exerce probablement un effet préventif et sécuritaire en soutenant les femmes et les familles qui vivent une situation de crise et d'urgence, récurrente ou sporadique, notamment une situation de violence, de problème psychologique ou d'immigration. Ceci est garant d'une continuité et d'une meilleure coordination des services. En effet, dans des situations de plus grande vulnérabilité, certaines femmes disent avoir brisé le silence relativement à un vécu de violence et d'abus. Avec le soutien des intervenants, elles ont l'impression d'offrir maintenant une vie meilleure à leur enfant et à elle-même.

« J'ai eu des conseils sur comment parler avec mon mari. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

2.5 Quels sont les effets sur le développement de l'enfant?

La Maison Bleue semble contribuer, à sa manière, à l'amélioration de l'état de santé de l'enfant tant au moment de la naissance et lors de mois qui suivent, que durant son développement préscolaire en offrant une panoplie de services psychosociaux. La Maison Bleue soutient également la santé des différents membres de la famille, notamment par un accès privilégié au médecin de famille et à l'infirmière.

2.5.1 Effets sur la santé physique de l'enfant

Bien que ne pouvant démontrer la causalité entre l'intervention de La Maison Bleue et l'état de santé des bébés à la naissance, il demeure intéressant d'observer de manière descriptive l'état de ces variables pour les familles suivies à La Maison Bleue. Bien qu'intéressantes, l'équipe d'évaluation ne peut expliquer les observations relevées sur ces variables à l'aide du devis utilisé. Toutefois, cet exercice permet d'obtenir des points de repère.

a) Poids à la naissance

Chez les familles suivies à La Maison Bleue (132 cas à l'étude), la proportion des bébés qui naissent avec un petit poids est de 3,9 % (Annexe 1 : Tableau 15). Pour l'ensemble des familles suivies, le poids moyen des bébés, nés entre 2009 et 2013, est de 3 886 grammes (Annexe 1 : Tableau 13). Rappelons que le CLSC de Côte-des-Neiges présentait, en 1999, une proportion des naissances de moins de 2 500 grammes égale à 6,6 % (INESS, 2010).

À Montréal, malgré une très légère baisse depuis les années 80, la proportion de nouveau-nés de faible poids semble se stabiliser depuis quelques années autour de 6 % (Agence de la santé des services sociaux, 2014). En 2011, cette proportion était de 5,7 % dans le reste du Québec (Girard, 2013). Au Canada, en 2009-2010, la proportion de nouveau-nés de faible poids était de 6,6 % (ICIS¹¹, 2011).

Ces différentes statistiques, bien que prises à quelques mois d'intervalle, montrent une proportion des naissances de moins de 2 500 grammes inférieure chez les familles suivies à La Maison Bleue comparativement aux autres populations. Cette donnée est doublement surprenante compte tenu de la vulnérabilité des familles suivies à La Maison Bleue.

Le faible poids à la naissance peut s'expliquer, en partie, par une naissance prématurée. La durée moyenne de gestation des femmes suivies est de 38,58 semaines (Annexe 1 : Tableau 13). La proportion des femmes qui accouchent avant 37 semaines de grossesse est de 6,3 % à La Maison Bleue (Annexe 1 : Tableau 14). À titre de référence, la proportion des naissances dont la durée de gestation est de moins de 37 semaines était de 7,3 % sur le territoire du CLSC de Côte-des-Neiges en 2009 (INESS, Internet). Pour la période de 2009-2011, cette proportion était, à Montréal, de 7,1 %, similaire à celle observée dans le reste du Québec (Agence de la santé des services sociaux, 2014; Girard, 2013). Au Canada, en 2009-2010, le taux observé était de 8,0 % (ICIS¹², 2011). Tout comme pour la variable relative au poids à la naissance, les données observées pour la durée de gestation soulignent le faible taux de naissances prématurées chez les familles suivies à La Maison Bleue. Le taux calculé pendant la période à l'étude est significativement différent de celui observé chez d'autres populations plus hétérogènes, où les effets de la vulnérabilité deviennent plus diffus.

b) Allaitement

Sur l'ensemble des dossiers considérés pour l'analyse des profils, 94,9 % des femmes suivies par La Maison Bleue allaitent à la sortie de l'hôpital. Ce taux est plus élevé que la moyenne montréalaise où, en 2005-2006, 88 % des enfants étaient allaités à leur congé de l'hôpital ou de la Maison de naissance (il n'y a pas de statistiques plus récentes pour la région de Montréal). Au Québec et au Canada, le taux d'allaitement maternel était respectivement, en 2009-2010 de 82,8 % et de 87,3 % (Statistique Canada, 2010¹³). Pour cette variable, les familles suivies à La Maison Bleue se démarquent aussi sensiblement des autres populations étudiées à titre référentiel.

c) Couverture vaccinale

Parmi les familles suivies à La Maison Bleue et extraites de la banque de données pour l'étude des profils, 92 % des enfants ont reçu leur premier vaccin à La Maison Bleue et 93,6 % des enfants, en âge de le

¹¹ Site consulté le 11 février 2015:

https://secure.cih.ca/free_products/quickstats_childbirth_2009_10_highlight_fr.pdf

¹² Site consulté le 11 février 2015:

https://secure.cih.ca/free_products/quickstats_childbirth_2009_10_highlight_fr.pdf

¹³ Site consulté le 11 février 2015: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11879-fra.htm>

recevoir, ont reçu leur deuxième vaccin. Cette donnée indique la capacité de La Maison Bleue à convaincre les familles à adhérer à la vaccination et à bénéficier de la vaccination directement à La Maison Bleue.

2.5.2 État de santé en général de l'enfant

À court terme, l'accès à un médecin de famille contribue fort probablement à l'amélioration de l'état de santé de l'enfant. En donnant accès à un médecin de famille, La Maison Bleue peut prévenir des problèmes de santé évitables chez l'enfant, diagnostiquer et soigner des maladies et symptômes. L'étude des dossiers I-CLSC souligne l'importance des rencontres prénatales pour les familles suivies à La Maison Bleue (92,2 % d'entre elles bénéficient d'un suivi prénatales) (Annexe 1 : Tableau 12). Les familles des profils 3 et 4 en profitent en grande proportion : respectivement 97,1 % et 96,7 % des femmes bénéficient d'un suivi prénatal. Au total, 98,3 % des femmes suivies à La Maison Bleue souscrivent aux visites postnatales pendant les trois premiers mois de vie de leur bébé (Annexe 1 : Tableau 12). Pour l'ensemble de ces suivis, une différence significative est observée entre les 4 profils. Les familles constituant les profils 3 et 4 sont plus nombreuses à bénéficier de ces différents suivis offerts. Selon les entrevues réalisées auprès de femmes et des professionnels, La Maison Bleue contribue à améliorer la santé de leurs enfants.

2.5.3 Développement et adaptation psychosociale

L'équipe d'évaluation ne dispose pas de données psychométriques d'évaluation du développement de l'enfant; toutefois, l'analyse des données quantitatives et qualitatives démontre que La Maison Bleue assure un suivi modulable selon les besoins développementaux des enfants. Ainsi, l'occurrence des interventions menées par les intervenants impliqués auprès des enfants donne, en ordre décroissant, l'infirmière (94,6 %), les éducateurs spécialisés (46,5 %) et la psychoéducatrice (8,5 %). Il est intéressant de souligner que 59 % des enfants bénéficient d'un suivi à La Maison Bleue au-delà de l'âge de 2 ans. Leurs parents consultent principalement pour des motifs liés à leur développement. On observe généralement que dans le réseau de la santé, le suivi postnatal s'arrête à 24 mois, avec la fin de la période intensive de vaccination. Les enfants qui ne sont pas en milieu de garde ou suivis dans un programme et qui ont des difficultés ne seront jamais évalués avant l'entrée à l'école¹⁴.

Les intervenants mentionnent que La Maison Bleue permet de faciliter l'intégration des enfants en service de garde et à l'école. En travaillant avec les parents, La Maison Bleue prépare la famille et l'enfant à intégrer ce nouveau milieu social. Les intervenants et les professionnels interviennent auprès de l'enfant pour que ce dernier soit prêt pour l'entrée à l'école.

« La Maison Bleue m'a donné des informations sur [le développement de] mon enfant (...) j'ai reçu beaucoup d'informations sur l'éducation et les garderies (...). Comparativement à mon amie qui a un enfant, [je vois des différences]. Mon enfant est plus outillé et il parle bien. (...) Mon amie est inquiète pour son enfant et [elle] n'arrive pas à recevoir de services. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

¹⁴ Laurin I., Samson I., Lavoie S., Durand D., Boucheron L. *Les sommets sur la maturité scolaire. Document synthèse de la démarche effectuée en 2008-2009*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique, 2010 : 34 p.

« La Maison Bleue m’a donné des informations sur les garderies. (...) on m’a aidé à m’inscrire (...), mais comme il y avait pas de places, j’ai choisi une garderie privée . »

Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

2.6 Quels sont les effets sur la santé et le bien-être des familles suivies?

L’effet le plus proximal de La Maison Bleue sur les autres membres de la famille est l’accès rapide à un médecin et une infirmière. Cet accès se traduit par le biais d’examens médicaux, des prescriptions, des visites à domicile, des conseils et des références. Le fait de pouvoir bénéficier d’un médecin de famille pour l’ensemble de la famille pendant le suivi, et que cette responsabilité soit ensuite prise en charge par le GMF du CLSC offre un fort potentiel d’amélioration pour les familles. De plus, la fratrie de l’enfant à naître ou qui est né bénéficie des services offerts.

L’accès simplifié et plus rapide aux médecins du GMF et aux traitements et suivis cliniques requis améliore la prise en charge des familles, ce qui peut contribuer à réduire les complications et les coûts associés à une prise en charge plus tardive, évite la fragmentation de services et assure donc une meilleure continuité des soins.

Les participants rencontrés disent avoir guéri des maladies et des maux de tête ce qui facilite leur vie au quotidien, diminue l’anxiété et améliore leur relation avec les membres de leur famille.

« Je ne vais pas ailleurs. (...) La Maison Bleue répond à tous mes besoins et rapidement. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

« Pour moi, la sage-femme, l’infirmière, la travailleuse sociale et le médecin sont plus que des professionnels. C’est la famille. (...) Je les vois tous autant. (...) Je leur fais confiance et leur parle [ouvertement]. Elles connaissent ma vie. » Entrevue individuelle, femme ayant bénéficié du suivi Maison Bleue.

CONCLUSION

L’évaluation a permis d’identifier les contributions du modèle d’intervention de La Maison Bleue relativement aux effets désirés par sa mise en œuvre. Dans un premier temps, le modèle permet une diversification de l’offre et une facilitation de l’accès aux services préventifs en périnatalité et en petite enfance sur le territoire du CSSS : (1) en offrant des sites de consultation externes au CSSS; (2) en réduisant les délais associés à la consultation d’un médecin ou d’un professionnel et à la réponse aux besoins urgents; (3) et en créant des passerelles facilitant les références aux services spécialisés. Dans un deuxième temps, il favorise un engagement des médecins du GMF à l’offre de services en périnatalité et en petite enfance sur le territoire, et une continuité des services préventifs rendue possible par la pratique interdisciplinaire. Dans un troisième temps, il propose un accès au GMF pour toute la famille au moment de l’inscription de la mère, un accès à l’infirmière et à la travailleuse sociale de même que la possibilité de réorientation vers les autres ressources pour la réponse aux besoins médicaux et psychosociaux urgents. Dans un quatrième temps, il encourage une intégration accrue des sages-femmes à l’offre de services en périnatalité, ce qui améliore l’accès aux services des sages-femmes dans le territoire, et leur confère un rôle dans la prévention et l’éducation ainsi que pour l’allègement de la pression sur les médecins. Par son intervention interdisciplinaire, il permet de réduire le temps des rencontres avec chacun des professionnels sollicités, dont la durée de la rencontre avec le médecin.

L'évaluation souligne la contribution du projet sur certains effets attendus sur la femme, l'enfant et sa famille. Parmi les plus importants, rappelons un accès privilégié à un médecin de famille dès la grossesse, un suivi des familles qui se poursuit en continu durant l'accouchement et la période postnatale et l'accès à un suivi médical et psychosocial régulier pour l'enfant (ou l'enfant à naître) et sa fratrie. Selon les femmes interrogées, le projet permet aussi une amélioration des connaissances sur les services offerts dans la communauté, une amélioration des compétences parentales, une amélioration de la relation parent-enfant et un développement de réseaux de soutien et d'entraide pour la femme, l'enfant et sa famille (par les activités de groupe, les renseignements sur les organismes locaux, etc.).

Auteurs

Lynda Benhadj, Éric Tchouaket, Djamal Berbiche, Nathalie Dubois, Ghayda Hassan, Isabelle Laurin, Marc Lemire, Anabel Solis, Maeve Hauteceur et Astrid Brousselle

OBJECTIF DU CHAPITRE

La présente étude vise à analyser la valeur économique de l'intervention La Maison bleue. Cette analyse, de type coût-conséquence¹⁷, est particulièrement adaptée pour tenir compte des effets des interventions complexes¹⁸. La présente étude repose sur les recommandations les plus récentes pour l'évaluation économique des interventions de santé publique¹⁹ et, à notre connaissance, aucune analyse économique (évaluation des coûts en particulier) d'une intervention n'a été réalisée au Québec, d'où sa pertinence scientifique.

L'objectif est de calculer les coûts associés au suivi des femmes à la MB selon les profils d'utilisation retenus (voir le chapitre « Présentation de La Maison bleue ») et de les mettre en perspective avec les conséquences attribuables à la MB.

Nous présentons tout d'abord la méthodologie utilisée, puis les résultats, soit la nature de l'intervention, l'analyse des coûts, l'analyse des conséquences et l'efficacité.

¹⁵ Pour toutes questions relatives au présent chapitre, veuillez contacter Pre Astrid Brousselle par courriel : astrid.brousselle@usherbrooke.ca.

¹⁶ Dans ce chapitre, le genre féminin est utilisé comme générique, dans le but de refléter la présence majoritaire des femmes à la Maison Bleue, qu'elles soient patientes ou professionnelles.

¹⁷ Coast, J. (2004). *Is economic evaluation in touch with society's health values?* *British Medical Journal*, 329(7476), 1233-1236; Mauskopf JA, Paul JE, Grant DM, Stergachis A. *The role of cost-consequence analysis in healthcare decision-making*; *Pharmacoeconomics*. 1998 Mar;13(3):277-88; Kelly, M.P. (2005). *Public health guidance and the role of new NICE*. *Public Health*, 119:960-968; Kelly, M.P., McDaid, D., Ludbrook, A., Powell, J. (2005). *Economic appraisal of public health interventions*, NHS Health development agency, London; Kelly M (2012) *Public health at the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) from 2012*. *Perspective in Public Health* 2012;132:111.

¹⁸ Shiell A, Hawe P, Gold L, 2008. *Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation*. *BMJ* 336:1281-1283.

¹⁹ National Institute for Health and Clinical Excellence. *Supporting investment in public health: review of methods for assessing cost effectiveness, cost impact and return on investment. Proof of concept report*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011; Kelly M (2012) *Public health at the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) from 2012*. *Perspective in Public Health* 2012;132:111; National Institute for Health and Clinical Excellence. *Methods for development of NICE public health guidance*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006; Kelly, M.P., McDaid, D., Ludbrook, A., Powell, J. (2005). *Economic appraisal of public health interventions*, NHS Health development agency, London.

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CPHEMethodsManual.pdf>;

<http://www.nice.org.uk/ourguidance/otherpublications/costimpactinvestmentreturn.jsp>

MÉTHODOLOGIE

Cette analyse est effectuée selon la perspective du système de santé,²⁰ implique plusieurs étapes et repose sur l'utilisation de plusieurs sources de données qui sont identifiées tout au long de la section.

(1) **Définir la nature de l'intervention:** nous utilisons le travail effectué dans les chapitres portant sur « La présentation de La Maison Bleue » et « Les effets de La Maison bleue » qui reposent sur l'analyse documentaire, les entrevues avec les professionnelles et médecins de la MB, les gestionnaires et professionnelles du CSSS La Montagne, les ateliers de travail (équipe de recherche, deux professionnelles de la MB et deux membres de l'équipe de gestion de la MB) et les femmes qui ont été suivies à la MB.

(2) **Estimer les coûts de l'intervention:** nous avons fait le choix d'estimer le coût de suivi à la MB. Les coûts de l'accouchement ne sont pas inclus, qu'il ait eu lieu à l'hôpital ou en maison de naissance. Comme ce suivi comprend la période prénatale et la période postnatale, nous avons analysé le suivi sur 18 mois. Nous n'avons pas étendu la période d'analyse au-delà de 18 mois, puisque nous voulions travailler avec des cas comparables. Ce choix méthodologique s'est fait en fonction des données I-CLSC, pour la MB Côte-des-Neiges, qui ont été demandées et obtenues au service des archives du Centre de santé et de services sociaux de la Montagne (CSSSDLM) dans le cadre de l'analyse des effets. Cette période est aussi celle qui est la plus intensive en termes de services utilisés dans le suivi des femmes et de leurs enfants. Afin de comparer les trajectoires des femmes concernées, un suivi de 18 mois pour chaque femme a été considéré à partir du moment où un dossier a été ouvert à la MB. Les dossiers ouverts entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2011, avec un suivi de 18 mois après ouverture, ont été retenus.

Nous avons estimé, dans un premier temps, ce que coûte la MB sans les services professionnels offerts. Ce coût inclut les coûts d'investissement, les coûts fixes et les coûts variables de fonctionnement (voir définitions en annexe 1). Ces coûts ont été estimés à partir d'états financiers des cinq années d'exercice budgétaire couvrant le 1^{er} janvier 2009 au 31 mai 2013 du CSSSDLM et de la MB. Les coûts ont été actualisés avec des taux de 3 %, 5 % et 8 %²¹ afin d'obtenir des valeurs en dollars de 2013.

Ensuite, nous avons estimé le coût total moyen du suivi des femmes à la MB avec et sans leurs conjoints et enfants s'ils reçoivent des services à la MB (directement en lien avec la fréquentation des femmes). Une analyse fine des coûts est proposée pour mieux cerner la composition de ces coûts. Premièrement, nous avons recensé toutes les activités répertoriées dans I-CLSC pour les femmes qui ont ouvert un dossier à la MB entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2011 ainsi que pour leur conjoint et leurs enfants s'ils ont bénéficié de consultations à la MB. Nous avons travaillé avec les informations des 132 femmes ayant visité la MB CDN qui ont été retenues pour l'identification des profils d'utilisation ainsi qu'avec les informations de 19 conjoints et de 314 enfants. Les données de la banque I-CLSC du 1^{er} janvier 2009 au 31 mai 2013 ont été utilisées. Le coût d'une visite professionnelle a été calculé en multipliant la durée de l'intervention (en

²⁰ Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien B, Stoddart GL. Methods for the economic evaluation of health care programs. 3rd Edition; 2005.

²¹ Tchouaket E. Using the Results of Economic Evaluations of Public Health Interventions: Challenges and Proposals. The Canadian Journal of Program Evaluation Vol. 28 No. 1 Pages 43–66, Canadian Evaluation Society, 2013.

minutes) et le salaire horaire de la professionnelle rencontrée lors de la visite en tenant compte de la date. Ainsi, les salaires horaires minimum (premier échelon) et maximum (dernier échelon) de chacune des professionnelles de la MB ont été colligés selon les années financières de 2008-2009 (1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009) à 2013-2014 (1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014). Les coûts moyen, maximum et minimum en dollars 2013 d'une visite de professionnelle, ainsi que les coûts par activité réalisée à la MB ont donc été calculés. Deuxièmement, nous avons recensé les activités non répertoriées dans la base de données I-CLSC qui sont réalisées à la MB et estimé leurs coûts. Ces activités sont les rencontres de groupe de femmes, les rencontres d'équipe multidisciplinaire sans médecin, les rencontres cliniques quotidiennes (avec médecin), les rencontres prénatales et d'autres activités non négligeables telles les triages, des références, les activités de transfert des connaissances, les références vers d'autres organismes, etc.

Troisièmement, nous avons recensé les activités médicales qui couvrent les visites effectuées par les médecins de la MB. Les médecins de la MB sont rémunérés à tarif horaire²². L'estimation des coûts médicaux a tenu compte de 1) des taux horaires des médecins pour les années financières 2008-2009 à 2013-2014 issus des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ); 2) du nombre d'heures travaillées par semaine. Selon les données de la MB, l'équipe de médecins (4) travaille environ 16 heures par semaine, soit un peu plus de 3 heures par session-clinique/jour²³, et du nombre de patients (essentiellement femmes et enfants) examinés. Selon la MB, une médecin est consultée par un minimum de six et un maximum de huit patients par session clinique. Le coût par visite médicale a été calculé en multipliant le taux horaire, le nombre d'heures travaillées par semaine et le nombre de semaines travaillées (48)²⁴ par les médecins de la MB pendant l'année. Le résultat est ensuite divisé par le nombre total de visites médicales dans l'année (nombre de patients par semaine de 5 jours multiplié par 48). Nous avons ensuite estimé le coût de la visite médicale sur une période de 18 mois.

(3) Discuter des conséquences: l'analyse intègre les effets documentés dans la recherche évaluative et les informations tirées des entrevues auprès des femmes. Le calendrier de réalisation des activités de recherche n'a pu permettre l'estimation des bénéfices économiques qui arrive nécessairement une fois l'ensemble des activités terminées. Les analyses plus poussées seront menées dans le cadre d'une thèse de doctorat à venir (Lynda Benhadj) et les résultats seront partagés avec les différentes parties prenantes du projet d'évaluation.

4) Discuter de l'efficacité: une analyse coût-conséquence met en relation les coûts et les effets (appelés conséquences) de l'intervention évaluée afin de porter un jugement sur l'efficacité de l'intervention. Nous aborderons ici la question de l'efficacité de production (mise en relation des coûts et des conséquences par rapport au statu quo) et discuterons de l'efficacité dans l'allocation des ressources (rentabilité). L'efficacité de production demanderait, idéalement, de comparer des interventions similaires. Dans notre cas, il n'a pas été possible d'utiliser un comparable. Nous avons choisi de ne pas comparer le modèle MB au modèle SIPPE. Les clientèles ne sont pas similaires, ce qui aurait rendu les résultats non comparables. Le statu quo

²² À l'exception de un qui est à « honoraires fixes »

²³ Il y a une session clinique de 3 heures par jour

²⁴ Le nombre de semaines peut parfois descendre à 46 lorsqu'il y a congés supplémentaires, remplacement, formation, etc. Les médecins présentes prennent alors en charge les patientes de leurs collègues dont les besoins sont les plus urgents.

est donc utilisé²⁵. Toutefois, le détail d'estimation des coûts permettra aux décideurs et gestionnaires de comparer l'intervention MB à d'autres interventions cliniques de suivi de grossesse et de suivi postnatal.

(5) **Limites de l'étude:** Nous avons dû composer certaines données manquantes dans la base de données I-CLSC ou encore, avec certaines aberrations (ex. : dates qui ne coïncident pas), ce qui nous a conduits à écarter de l'étude plusieurs dossiers. Les analyses de coûts seraient intéressantes à mettre en relation avec certains comparateurs pour donner un portrait plus exact de l'ordre de grandeur des coûts associés au suivi des familles. Toutefois ceci aurait requis que nous ayons accès à certaines données de la RAMQ, ce qui n'était pas prévu dans le cadre de ce projet. Comme l'analyse coût-conséquence n'agrège pas les effets en un indicateur composite, la présente étude présente une bonne validité interne. Finalement, toutes les données concernant les coûts ont été validées auprès des personnes compétentes au CSSS et à la MB.

RÉSULTATS

Nous présentons ici les différentes composantes de l'analyse coût-conséquence, soit la nature de l'intervention MB, l'estimation des coûts de l'intervention MB et les conséquences. Aussi, nous discutons de l'efficacité de production et d'allocation.

3.1. Nature de l'intervention

La MB est une ressource en périnatalité sociale qui offre des services à des femmes enceintes, n'ayant pas de suivi médical et cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité²⁶. De par sa localisation géographique (points de service sur les territoires du CLSC Côte-des-Neiges et de Parc-Extension), l'offre de services de la MB vise majoritairement des femmes immigrantes. L'organisation des services repose sur trois grands fondements: *l'empowerment*, l'interdisciplinarité et le portage. Les interventions visent à donner accès à des services de santé et services sociaux en contexte périnatal, à briser l'isolement, à favoriser une expérience positive de grossesse, d'accouchement et de parentalité, à soutenir et développer les habiletés parentales, et enfin, à favoriser le développement optimal de l'enfant et de chacun des membres de sa famille. La MB offre un suivi prolongé, continu, des services intégrés, interdisciplinaires et intensifs dans un environnement de proximité. Des services de santé et psychosociaux sont offerts à la femme enceinte (et sa famille), selon ses besoins, dès la période prénatale et jusqu'à ce que l'enfant atteigne ses cinq ans. Les services sont offerts par une équipe de professionnelles de la santé composée de médecins, infirmières, sages-femmes, travailleuses sociales, éducatrices spécialisées, psychoéducateurs et de personnel en gestion et support clérical. Pour la plupart, les services prennent la forme de visites médicales, de visites professionnelles individuelles (ou familiales), de rencontres de groupe, d'activités enfants/parents-enfants, de visites à domicile. La majorité de ces visites sont planifiées, mais un certain nombre sont sans rendez-vous et se déroulent lorsqu'une femme (ou un des membres de sa famille) est en situation de besoin d'aide immédiate. Le chapitre portant sur « La présentation de La Maison Bleue » (ainsi que les entrevues menées

²⁵ Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien B, Stoddart GL. Methods for the economic evaluation of health care programs. 3rd Edition; 2005

²⁶ Accouchement traumatique, autre enfant en difficulté, difficulté conjugale, difficulté de langue, fragilité émotive, l'âge de la femme (moins de 20 ans), grossesse non désirée, historique de violence, implication DPJ, isolement, peu de scolarité, problème de santé mentale, sans suivi médical au 3^e trimestre, situation financière précaire, statut d'immigration précaire, toxicomanie, trouble d'adaptation relié à l'immigration (tiré du formulaire MB).

auprès des femmes fréquentant la MB) met de l'avant certaines caractéristiques-clés de la nature de l'intervention qui sont aussi des déterminants de son efficacité:

- La rapidité de la réponse à des besoins ponctuels;
- La globalité de l'intervention, tant en terme de continuum de services depuis le début de la grossesse qu'en terme de nature d'intervention à un moment donné et ce, au sein même de la MB ou en partenariat avec les autres ressources institutionnelles et communautaires;
- L'adaptation aux besoins exprimés;
- L'intensité et la durée du suivi de l'intervention (tant en nombre de visites que de nombre d'actes);
- La précocité de l'intervention et le dépistage en continu (prévention, promotion de la santé, détection précoce des problèmes).

Les femmes rencontrées en entrevue soulignent également la grande disponibilité des professionnelles, l'absence de jugement ainsi que les rapports humains et chaleureux qu'elles assimilent à une « famille ». L'équipe d'évaluation arrive au constat que le fait que le lieu physique soit distinct des cliniques de première ligne crée une atmosphère différente et permet de rejoindre des personnes qui n'auraient pas consulté autrement. Ses liens serrés avec le GMF voisin, auquel les services de la MB sont rattachés, ont aussi des impacts tant sur les patients (accessibilité) que sur les professionnelles (voir l'offre de services de La Maison Bleue présentée dans le chapitre « Présentation de La Maison Bleue »).

3.2 Les coûts de l'intervention

Les coûts de l'intervention se subdivisent en deux catégories : les coûts d'investissement et les coûts de fonctionnement.

Les coûts d'investissement concernent tous les fonds investis pour l'immobilisation et l'immobilier dont la durée est généralement de plus d'une année (matériel durable, par ex. : un ordinateur)²⁷. Il concerne les coûts d'acquisition de la bâtisse et les coûts d'achat des biens meubles, appareils, matériels selon la durée de dépréciation du bien. Ces coûts sont indépendants de la fréquentation des femmes et de leur famille.

Les coûts de fonctionnement, qui sont en lien avec le fonctionnement courant de la collectivité, sont de deux ordres : les coûts fixes (assurances, loyer, salaires et avantages sociaux des employés OSBL, etc.)²⁸. Les coûts variables sont subdivisés en deux : 1) les coûts en lien avec l'institution MB, qui sont assumés par l'OSBL: fournitures médicales, médicaments, art thérapie, etc.; et 2) les coûts en lien avec la fréquentation des femmes qui sont assumés par le CSSSDLM et la RAMQ: coûts de visites ou interventions de chaque professionnelle de la MB (médecin, infirmière, travailleuse sociale, sage-femme, psychoéducatrice, éducatrice) en fonction du temps.

²⁷ INSEE, page Web consultée le 3 juillet 2014 :

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/depenses-invest-fin-locales.htm>

²⁸ INSEE, page Web consultée le 3 juillet 2014 :

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/depenses-fonct-fin-locales.htm>

3.2.1 Les coûts d'investissement annuels, des charges fixes et des charges variables en lien avec l'institution Maison Bleue principalement pris en charge par la MB

Le tableau 3.1 présente les éléments d'opérationnalisation, les sources de données recueillies ainsi que l'estimation des coûts d'investissement, des coûts fixes de fonctionnement et des coûts variables en lien avec l'OSBL MB. Il y ressort que la MB investit annuellement en moyenne²⁹ entre 25 708,7 \$ et 30 379,2 \$ en dollars 2013, dépendamment de l'actualisation. Les charges fixes de fonctionnement varient entre 160 462,1 \$ et 180 824,2 \$. De plus, la MB dépense en moyenne autour de 60 000 \$ pour des charges variables. Les coûts d'investissement sont principalement financés par l'OSBL MB, seuls le matériel et le mobilier proviennent principalement du CSSS (quand ce n'est pas sous forme de dons ou d'achat par la MB). De plus, le tableau suivant ne prend pas en compte l'investissement de démarrage qu'est l'achat (et les rénovations) du bâtiment.

Tableau 3.1 : Coûts d'investissement annuels, des charges fixes et des charges variables en lien avec l'institution Maison Bleue principalement pris en charge par la MB

Rubriques	Opérationnalisation des variables	Sources de données	Coûts totaux en dollars 2013		
			3 %	5 %	8 %
Investissement	Immeuble	États financiers MB (OSBL) et données comptables CSSS	25 708,7	27 506,8	30 379,2
	Matériel (informatique, médical)				
	Mobilier (meubles, chaises)				
Charges fixes de fonctionnement	Assurances, loyer, taxes, permis de cotisations, électricité et chauffage, télécommunications, intérêts et frais bancaires sur l'hypothèque, publicité et promotion, entretien, courrier et frais postaux, salaires et avantages sociaux employés OSBL, frais de représentations et de déplacements, cellulaire et pagettes (et cartes d'appel), véhicule à moteur, fond usager.	États financiers MB (OSBL)	160 462,1	168 306,3	180 824,2
Charges variables en lien avec l'OSBL MB	En lien avec l'institution : fournitures médicales, médicaments, honoraires professionnels et consultants, livres et abonnements, fourniture bureau, papier, impression, divers, art thérapie, transports (usagers), nourriture (usagers).	États financiers MB (OSBL)	56 616,6	58 331,0	61 038,4

²⁹ Ces moyennes sont calculées sur 5 ans.

3.2.2 Les coûts variables en lien avec la fréquentation des femmes et leurs familles assumés par le CSSDLM et la RAMQ

3.2.2.1 Les visites professionnelles non médicales

La lecture du tableau 3.2 indique que la MB a offert, pour les 132 femmes incluses dans l'analyse, 3 738 **visites professionnelles non médicales**, soit presque 28 visites par femme. Si on inclut les visites des conjoints et enfants, ce sont 5 902 visites professionnelles non médicales, soit une moyenne de 45 visites par famille, qui ont été offertes, sur 18 mois. 44 % des visites offertes aux femmes l'ont été par la sage-femme, environ 35 % et 40 % par l'infirmière et la travailleuse sociale. Une visite dure 42 minutes en moyenne pour une femme, et ce sont les visites effectuées par l'éducatrice qui sont les plus longues (66 minutes). Les conjoints et les enfants reçoivent principalement des services de l'infirmière et de l'éducatrice. Ces données témoignent du respect du calendrier d'interventions suivi par la MB avec une prépondérance de visites médicales et sage-femme pour les femmes, avant la naissance, alors que ce sont l'infirmière et la travailleuse sociale qui seront les plus consultées après la naissance de l'enfant. Aussi, ce sont 314 enfants qui ont fréquenté les services de la MB, c'est-à-dire que 182 enfants, qui sont la fratrie de l'enfant à naître, ont reçu des services, en majorité de l'infirmière (62 %), mais également de l'éducatrice spécialisée (25 %) ou encore, de la sage-femme (13 %), qui est la seule professionnelle qui voit exclusivement les nouveau-nés et leurs mères. Les données reflètent également le travail de l'équipe multidisciplinaire et de la répartition des spécialités pour les suivis des femmes et de leur famille.

Tableau 3.2: Répartition des interventions selon les professionnelles de La Maison Bleue

Professionnelles	Femmes (n=132)			Conjoints (n=19)			Enfants (n=314)			Familles (n=132)		
	Visites		Durée moyenne (min.)	Visites		Durée moyenne (min.)	Visites		Durée moyenne (min.)	Visites		Durée moyenne (min.)
	n (%)	Moyenne		n (%)	Moyenne		n (%)	Moyenne		n (%)	Moyenne	
180 - Infirmière	620 (16,6)	4,7	34,7	25 (21,9)	1,3	17,2	1275 (62,2)	4,1	19	1920 (32,5)	14,5	24,1
350 - Travailleuse sociale	1150 (30,8)	8,7	39,8	0	0,0	0	0		0	1150 (19,5)	8,7	39,8
610 - Éducatrice / Tech. en éduc. spécialisée	211 (15)	1,6	66,1	89 (78,1)	4,7	49,8	513 (25)	1,6	50,4	813 (13,8)	6,2	54,4
620 - Psychoéducatrice	140 (3,7)	1,1	26,3	0	0,0	0	0	0,0	0	140 (2,4)	1,1	26,3
875 - Sage-femme	1617 (43,3)	12,3	44,1	0	0,0	0	262 (12,8)	0,8	11,3	1879 (31,8)	14,2	39,5
Total général	3738 (100)	28,3	42,2	114 (100)	6,0	33,5	2050 (100)	6,5	26,9	5902 (100)	44,7	36,8

En ce qui a trait aux coûts des visites réalisées par les professionnelles de la MB, le tableau 3.3 montre que le coût moyen d'une visite infirmière varie de 15,2 \$ à 18,0 \$ selon l'actualisation. Une visite sage-femme coûte en moyenne entre 27,7 \$ et 33,3 \$. Malgré des visites de longue durée auprès de l'éducatrice, le coût moyen d'une visite auprès de cette professionnelle varie entre 28,4 \$ et 33,2 \$.

Tableau 3.3 : Coûts des visites familiales réalisées par les professionnelles de la MB

Professionnelles	Coût d'une visite professionnelle en dollars 2013								
	3 %			5 %			8 %		
	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.
180 - Infirmière	10,9	15,2	19,4	11,7	16,3	20,8	12,9	18,0	23,1
350- Travailleuse sociale/Ag. int.	17,3	24,6	31,86	18,6	26,4	34,3	20,7	29,42	38,1
610 - Éducatrice/ Tech. en éduc. spécialisée	23,5	28,4	33,2	25,1	30,2	35,4	27,5	33,2	38,9
620 - Psychoéducatrice	10,8	15,3	19,9	11,2	16,0	20,7	12,0	17,0	22,0
875 - Sage-femme	20,6	27,7	34,8	22,1	29,8	37,5	24,7	33,3	41,9
Total général	16,6	22,2	21,5	17,7	23,7	29,7	19,6	26,18	32,8

Par ailleurs, si nous reprenons la classification des profils proposée dans le chapitre portant sur « La description du modèle d'intervention Maison Bleue », avec la catégorisation des femmes et de leurs familles (classes 1 à 4), nous sommes en mesure de calculer les coûts moyens professionnels selon les profils d'utilisation des services (Tableau 3.4). L'analyse de l'utilisation des services professionnels de la MB par les femmes montre que le suivi professionnel (non médical) d'une famille, sur une durée de 18 mois, coûte en moyenne entre 1 034 \$ et 1 211 \$ en dollars 2013, selon l'actualisation. Cependant, on note une très grande variation dans ces coûts selon les profils de femmes. En effet, les services professionnels pour le suivi sur 18 mois d'une famille dont la femme appartient à la classe 1 coûtent en moyenne en dollars 2013 entre 399,5 \$ et 482,6 \$ selon l'actualisation. Pour les familles dont la femme est de la classe 2, les services professionnels coûtent en moyenne entre 593 \$ et 6979 \$, en dollars 2013, selon l'actualisation. Ce montant s'élève en moyenne entre 1 030,9 \$ et 1 195,3 \$ pour le suivi d'une famille d'une femme de la classe 3 et en moyenne entre 2 002,8 \$ et 2 345,8 \$ pour une famille d'une femme de la classe 4. Ainsi, le suivi d'une famille dont les femmes sont parmi les plus vulnérables (classes 3 et 4) coûte respectivement 3 et 4 fois plus cher que celui d'une femme de la classe 1. Ce résultat s'explique par une forte intensité d'utilisation des services par les femmes les plus vulnérables des classes 3 et 4.

**Tableau 3.4 : Coûts moyens en dollars 2013 des interventions professionnelles de la MB
(autres que par M.D.) par famille, selon le profil de vulnérabilité des femmes**

Profil	Nombre de femmes	Coûts moyens des interventions professionnelles (actualisés)		
		3 %	5 %	8 %
Classe 1	28	399,5	431,2	482,6
Classe 2	32	593,5	633,7	697,9
Classe 3	39	1 030,9	1 094,3	1 195,3
Classe 4	33	2 002,8	2 134,9	2 345,8
Total	132	1 033,9	1 102,1	1 211,1

D'autres analyses ont montré que les coûts totaux en lien avec les visites professionnelles (non médicales) des femmes représentent presque les deux tiers de l'ensemble des coûts de la famille. Ceux correspondant aux conjoints sont presque marginaux (moins de 2 %), et le reste est associé aux services professionnels donnés aux enfants nés avec un suivi MB, ainsi qu'à leur fratrie (un peu plus du tiers).

3.2.2.2 Les visites médicales

Les données concernant les **visites médicales** ne sont pas intégrées dans la base I-CLSC, mais les visites médicales sont recensées dans une base de données de la MB. Les médecins sont payés sur une base horaire. Le temps médecin alloué à la MB est d'environ 15 heures par semaine, soit 3 heures par session clinique (à raison d'une session clinique par jour) pour 5 jours/semaine. Les médecins reçoivent un minimum de six et un maximum de huit patients (femmes, enfants et conjoints) par session clinique. Avec un total de 720 heures par année (pour 48 semaines de travail), les médecins effectuent entre 1 440 et 1 920 visites par an, soit entre 2 180 et 2 880 visites pour une période de 18 mois. Les résultats présentés dans le tableau 3.5 montrent que le coût des visites médicales varie entre 46,8 \$ et 52,8 \$ en dollars 2013, et entre 35,1 \$ et 39,6 \$, selon le taux d'actualisation, lorsque le médecin rencontre respectivement en moyenne six et huit patients par session clinique. Plus le nombre de patients rencontrés est élevé, moins le coût des visites médicales l'est.

**Tableau 3.5 : Coût d'une visite de médecin en dollars 2013 selon le
nombre de patients vus par plage horaire³⁰**

Nombre de patients rencontrés par session clinique	Nombre de visites		Coût d'une visite médicale (actualisé)		
	12 mois	18 mois	3 %	5 %	8 %
6	1 440	2 160	46,8	49,1	52,8
7	1 680	2 520	36,8	42,1	49,1
8	1 920	2 880	35,1	36,8	39,6

³⁰ Sachant que les sessions cliniques durant lesquelles 8 patients sont vus durent en général plus longtemps.

Les médecins interviennent principalement au niveau du suivi de grossesse des femmes. C'est la grande majorité des visites médicales. Toutefois, le médecin peut voir les enfants ou les autres membres de la famille selon des besoins médicaux ponctuels.

Pour évaluer les coûts médicaux moyens en fonction des profils de femmes établis, nous avons posé deux hypothèses. La première est que le nombre de visites médicales est proportionnel au nombre de visites professionnelles. Le tableau 3.6 présente le coût moyen des visites médicales, sur une période de 18 mois, selon les profils de femmes, lorsque les médecins visitent en moyenne 7 patients par session clinique.

Tableau 3.6 : Coûts médicaux moyens par famille, selon le profil de vulnérabilité des femmes

Profil	Nombre de femmes/famille	Nombre d'interventions personnelles	Nombre d'interventions médicales estimé (7 patients par session clinique)	Coûts médicaux moyenns actualisés		
		n (%)		3 %	5 %	8 %
Classe 1	28	556 (9,4)	236,9	311,3	356,2	415,4
Classe 2	32	845 (14,3)	360,4	414,4	474,1	552,9
Classe 3	39	1 757 (29,8)	751,0	708,6	810,7	945,4
Classe 4	33	2 744 (46,5)	1 171,8	1 306,7	1 494,9	1 743,5
Total	132	5 902 (100)	2 520	702,5	803,7	937,4

La deuxième hypothèse consiste à attribuer à toutes les familles la même utilisation des services médicaux, indépendamment de la vulnérabilité de la femme. En prenant le nombre total des visites et le coût moyen d'une visite médicale, nous avons estimé que pour un suivi, sur une période de 18 mois, les coûts médicaux moyens varient de 702,5\$ à 937,4\$, en dollars 2013, selon l'actualisation (3 % et 8 %).

3.2.2.3 Cumul des coûts professionnels et médicaux

Si on cumule les coûts des services médicaux et des services professionnels, on établit les coûts totaux moyens. Les tableaux 3.7 et 3.8 indiquent le coût de suivi d'une famille, si l'on attribue les visites médicales en fonction des deux hypothèses précédentes. Ces calculs de coûts sont réalisés sur une période de 18 mois, lorsque le médecin rencontre en moyenne 7 patientes par jour. Dans le cas de la première hypothèse, c'est-à-dire, quand les visites médicales sont ajustées selon l'intensité des services professionnels utilisés (tableau 3.7), le suivi d'une famille à la MB coûte entre 710,8 \$ si la femme appartient à la classe 1 et 3 309 \$, si la femme appartient à la classe 4 (taux d'actualisation de 3 %). En ce qui concerne la seconde hypothèse, si les coûts médicaux sont égaux quel que soit le profil de la femme (tableau 3.8), le coût total moyen du suivi d'une famille est de 1 102 \$ si la femme appartient à la classe 1 et de 2 705,3 \$ si la femme appartient à la classe 4.

Le coût moyen total du suivi de 18 mois d'une famille à la MB s'élève à 1 736,5 \$ si les coûts sont actualisés à 3 % et à 2 148,5 \$ avec un taux d'actualisation de 8 %.

Tableau 3.7 : Coûts totaux moyens des services médicaux et professionnels pour le suivi d'une famille selon le profil de la femme, pour une période 18 mois, l'utilisation des services médicaux étant fonction de l'intensité d'utilisation des services professionnels.

Profil	Nombre de femmes	Nombre d'interventions professionnelles	Coûts totaux moyens (actualisés)		
		n (%)	3 %	5 %	8 %
Classe 1	28	556 (9,4)	710,8	787,4	898,0
Classe 2	32	845 (14,3)	1 007,9	1 107,8	1 250,8
Classe 3	39	1 757 (29,8)	1 739,5	1 905,0	2 140,7
Classe 4	33	2 744 (46,5)	3 309,5	3 629,8	4 089,3
Total	132	5 902 (100)	1 736,5	1 905,9	2 148,5

Tableau 3.8 : Coûts totaux moyens des services médicaux et professionnels pour le suivi d'une famille, selon son profil, pour une période 18 mois, l'utilisation des services médicaux étant égale pour toutes les femmes.

Profil	Nombre de femmes	Coûts totaux moyens (actualisés)		
		3 %	5 %	8 %
Classe 1	28	1 102	1 234,9	1 420
Classe 2	32	1 296	1 437,4	1 635,3
Classe 3	39	1 733,4	1 898	2 132,7
Classe 4	33	2 705,3	2 938,6	3 283,2
Total	132	1 736,5	1 905,9	2 148,5

3.2.2.4 Les activités non répertoriées

Le troisième type de coûts variables, selon la fréquentation des femmes, sont les activités non répertoriées dans I-CLSC. Ces activités rassemblent les rencontres de groupe de femmes, les rencontres multidisciplinaires (sans médecins), les rencontres cliniques avec le médecin, les rencontres prénatales et d'autres activités non négligeables réalisées par les professionnelles. Le tableau 3.9 présente les coûts moyens des activités non répertoriées. La quasi-totalité des coûts annuels de ces activités varient de 94 944,9 \$ à 107 496,3 \$ selon l'actualisation.

**Tableau 3.9 : Coûts annuels des activités non négligeables non répertoriées dans I-CLSC,
réalisées par les professionnelles, en dollars 2013**

Rubriques	Coûts annuels des activités non répertoriées		
	3 %	5 %	8 %
Interventions de groupe (sans M.D.)	24 935,7	26 241,8	28 322,3
Rencontres multidisciplinaires (sans M.D.)	25 833,3	27 142,0	29 223,1
Rencontres cliniques (avec M.D.)	26 953,7	28 309,1	30 469,0
Autres activités non négligeables (2 heures supplémentaires) (sans M.D.)	17 222,2	18 094,7	19 482,0
Total	94 944,9	99 787,5	107 496,3

L'ensemble de ces calculs nous permet de dégager une estimation fine du coût des visites professionnelles non médicales, du coût par activité, du coût d'une visite médicale, des coûts des activités non répertoriées (rencontres de groupe des femmes sans médecin, rencontres d'équipe multidisciplinaire, rencontres cliniques avec le médecin, autres activités non négligeables). Ces résultats sont présentés pour l'ensemble des familles fréquentant la MB sur le territoire CDN, pour un suivi de 18 mois. Les résultats complets et détaillés sont présentés à l'annexe 5.

3.3 Les conséquences

Pour discuter de l'efficacité, nous avons besoin de connaître et de représenter les conséquences de l'intervention évaluée. Les conséquences présentées sous forme graphique s'appuient sur les résultats du chapitre « Les effets de La Maison Bleue ». Nous documentons la façon dont chacun des cinq objectifs inscrits dans le modèle d'intervention s'exprime. Un 6^e objectif portant sur l'expertise en périnatalité a été ajouté pour refléter ce qui a été documenté dans l'analyse des effets. L'ensemble est représenté sous forme de chaîne de résultats (Figure 1). Cette représentation graphique sera utilisée pour relever les bénéfices qui seront documentés ultérieurement dans l'analyse de la rentabilité³¹. Ce modèle est différent d'un modèle causal, car il ne représente pas les liens de causalité entre les éléments présentés ; Il est plutôt une façon d'identifier et de classer les effets recensés en liens avec les 5 grands objectifs visés par la MB. Un sixième objectif a été ajouté en lien avec l'analyse des effets. La partie à gauche du graphique indique les objectifs de l'intervention MB, alors que les 3 colonnes de droite représentent les effets documentés lors de l'analyse des effets (sources des données : entrevues avec les femmes suivies à la MB, intervenantes de la MB, intervenants du CSSS, données I-CLSC et données provenant des dossiers patientes). Les différentes sources de données renseignent, à des degrés différents, sur les liens de cause à effet entre l'intervention MB et les effets documentés. Les entrevues avec les femmes permettent d'apprécier la contribution de la MB au niveau des effets observés.

³¹ Travail réalisé dans le cadre du doctorat de Lynda Benhadj.

Par ailleurs, une analyse logique, en cours de réalisation³², montre que le modèle d'intervention MB présente les caractéristiques que la littérature scientifique relève comme étant déterminantes de l'efficacité des programmes de périnatalité sociale, pour les personnes vivant en situation de vulnérabilité. Entre autres :

- Des services préventifs, précoces, globaux offerts sous un même toit, par une équipe multidisciplinaire santé et psychosociale, en forte interface avec les autres services offerts dans la communauté avec plusieurs portes d'entrées;
- Des services offerts de façon intensive et continue dans le temps,
- Une offre de services pour tous les membres de la famille centrée sur les besoins identifiés par celle-ci ;
- Un encouragement offert aux familles à communiquer entre elles et à établir des liens (*empowerment* collectif)³³.

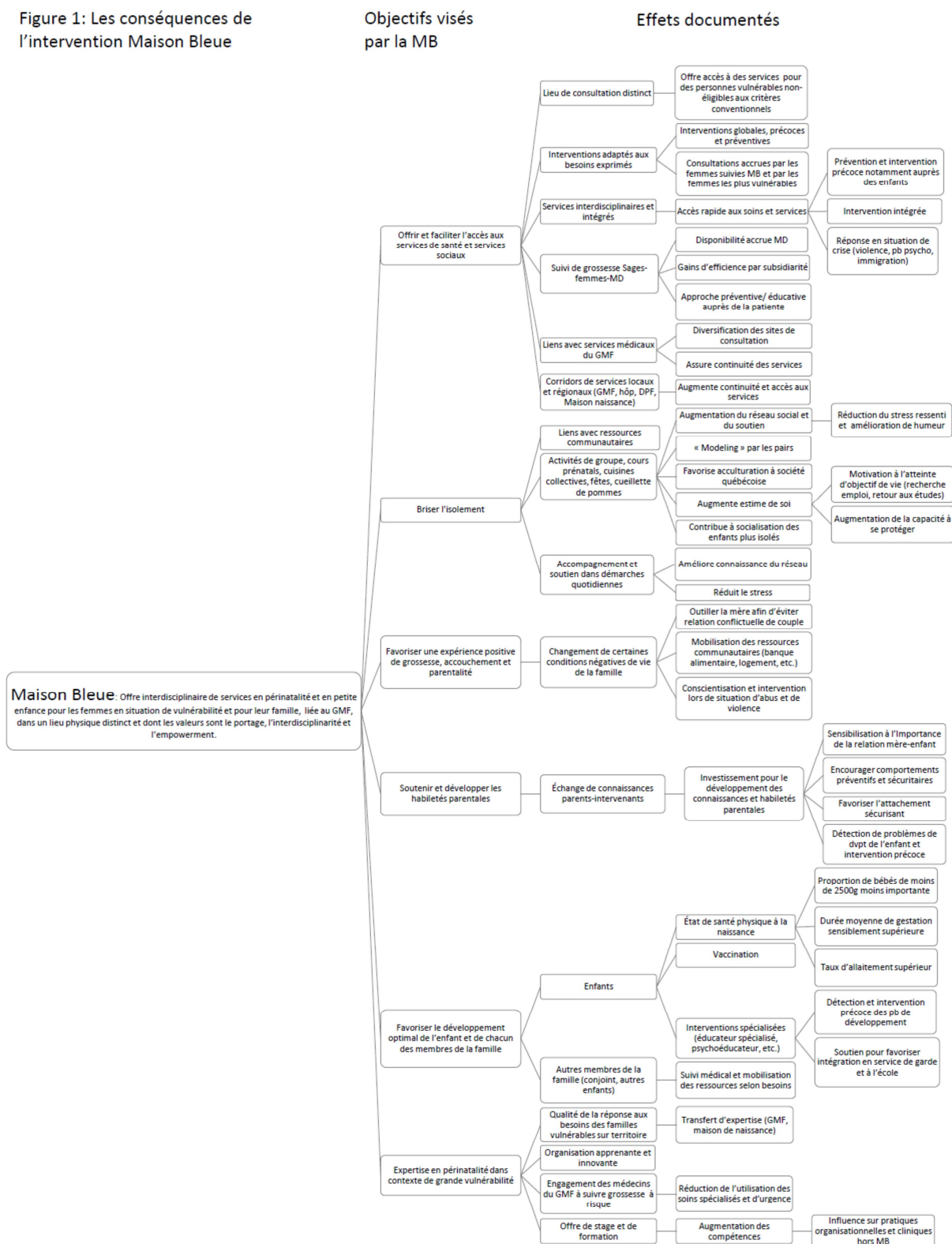
Les résultats de l'analyse logique préliminaire montrent la plausibilité du modèle d'intervention MB et confirme le lien de contribution (et non d'attribution) entre l'intervention la MB et les effets documentés³⁴

³² *Idem*

³³ Protocole présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé comme première épreuve écrite de l'examen général de doctorat en sciences cliniques, Longueuil, Québec, Canada. Décembre 2013.

³⁴ Brousselle A., Champagne F., Contandriopoulos A-P (2006). *Vers une réconciliation des théories et de la pratique de l'évaluation, perspectives d'avenir, Mesure et Évaluation en Éducation*, vol.29 (3): 57-73. Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission sur l'avenir des soins de santé, étude n°39; Weiss, C (1972). *Evaluation Research*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

Figure 1: Les conséquences de l'intervention Maison Bleue



3.4 L'efficience

Nous aborderons d'abord l'efficacité de la MB en nous fondant sur les observations qui découlent du chapitre portant sur les effets. Ceci est nécessaire pour ensuite porter un jugement sur l'efficience, qui met en relation les coûts et les conséquences de l'intervention.

Efficacité

(1) Un modèle qui permet de rejoindre et de maintenir dans ses services des femmes en situation de grande ou très grande vulnérabilité

L'analyse des effets démontre la capacité de la MB à attirer, à accueillir et à retenir dans ses services des femmes qui sont dans une situation de vie ou de santé qui les placent dans une grande vulnérabilité. En effet, plusieurs de ces femmes n'auraient pas consulté dans les services traditionnels de santé de première ligne, que ce soit par manque de connaissance du système, d'accessibilité aux services, de crainte du système, etc.³⁵. La MB répond aux besoins de certaines femmes qui vivent une vulnérabilité en lien avec leur précarité économique et psychosociale, leur méconnaissance ou méfiance du réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi aux besoins de femmes dont les caractéristiques les rendent non admissibles au programme SIPPE, notamment les femmes immigrantes ayant des diplômes universitaires. La MB démontre une capacité de rejoindre ces femmes très vulnérables et de les retenir dans ses services.

(2) Une offre de services adaptée selon les besoins

L'analyse des profils indique que ce sont les femmes les plus vulnérables qui font l'utilisation la plus intensive des services. L'intensité d'utilisation des services qui est fonction de la vulnérabilité témoigne que l'intervention MB est ajustée selon les besoins des femmes, et que les femmes qui en ont le plus besoin ont effectivement accès aux services.

(3) Un état de santé équivalent pour des enfants de mères dans une situation de grande vulnérabilité

Étant donné la grande vulnérabilité des femmes suivies à la MB, on pourrait s'attendre à des états de santé des enfants à la naissance inférieurs à ceux des enfants de l'île de Montréal ou du Québec. Or, ce n'est pas ce que l'on observe: les indicateurs de santé des enfants à la naissance sont presque similaires aux moyennes régionales et provinciales. Le taux de bébés de petits poids suivis à la MB (3,9 %) est légèrement inférieur à la moyenne de l'île de Montréal et du Québec³⁶. Il en va de même avec le taux de naissances prématurées (il est de 6,3 %)³⁷. Le taux d'allaitement est supérieur (il est de 94,9 %) à celui de Montréal et

³⁵ Battaglini A, Gravel S, Boucheron, L, Fournier, F. Les mères immigrantes: pareilles pas pareilles! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique; 2000.

³⁶ À Montréal, la proportion de nouveau-nés de faible poids (moins de 2 500 g) semble se stabiliser depuis quelques années autour de 6 %. En 2011, cette proportion est légèrement supérieure au reste du Québec (5,7 %)(Agence de la santé des services sociaux, 2014)

³⁷ Pour la période de 2009-2011, la proportion de naissances prématurées est à Montréal de 7,1 %, similaire à celle observée dans le reste du Québec (Agence de la santé des services sociaux, 2014; Girard, 2013).

du Québec³⁸. Par ailleurs, on n'observe pas de différences significatives dans les indicateurs de santé des enfants entre les différents profils. Bien que nous ne puissions attribuer les effets documentés à la seule intervention MB, les entrevues avec les femmes et l'analyse logique laissent supposer que la MB a une contribution importante au niveau des effets, ce qui revient à dire que l'intervention MB a effectivement un impact positif sur la santé des enfants à la naissance.

(4) Des effets à large spectre pour différentes cibles

L'intervention MB touche la santé de la femme, mais aussi celle de l'enfant à naître et le bien-être de la famille. Il s'agit d'une intervention qui permet de rejoindre plusieurs cibles, et non seulement la femme enceinte.

Par ailleurs, l'analyse des effets a démontré des effets positifs sur un large spectre. Les effets de l'intervention MB concernent la santé physique des femmes, de leurs enfants et conjoints, ainsi que leur santé psychologique et leur intégration sociale. On relève des effets notamment en ce qui a trait à l'attachement affectif et l'amélioration des habiletés parentales. Les femmes témoignent de l'effet de la MB sur le bien-être de la famille, entre autres, par la création de liens sociaux, la mobilisation des ressources pertinentes et finalement, par l'*empowerment* des femmes et l'amélioration de leur confiance en elles.

Ces quatre points mettent en valeur l'efficacité de l'intervention MB à rejoindre une clientèle en grand besoin et difficilement rejointe par le système de santé. Le choix de la MB d'offrir des services globaux (pour tous les membres de la famille qui en ont besoin et pour tous les besoins de la femme et de sa famille, physiques, psychologiques, sociaux) et intensifs se traduit par une forte utilisation des services, utilisation qui est en soi un gage de l'efficacité de l'intervention de la MB dans un contexte où la rétention des personnes en situation de grande vulnérabilité s'avère généralement difficile³⁹. En effet, les personnes les plus vulnérables sont celles qui font face aux plus grands obstacles au niveau de l'accès au système de soins alors que, paradoxalement, ce sont elles qui en bénéficieraient le plus⁴⁰.

Un modèle efficient

Le suivi d'une famille, d'une durée de 18 mois (excluant l'accouchement), incluant les services médicaux et professionnels coûte en moyenne 1 736,5 \$ (actualisé à 3 %)⁴¹. Ce coût varie selon le degré de vulnérabilité des femmes, puisque les services sont offerts de façon plus intensive aux femmes qui présentent des

³⁸ En 2005-2006, à Montréal, 88 % des enfants étaient allaités à leur congé de l'hôpital ou de la maison de naissance. Au Québec, le taux d'allaitement maternel était de 82,8 % en 2009-2010 (Statistique Canada, 2010).

³⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*. Gouvernement du Québec; 2008; Battaglini A, Gravel S, Boucheron, L, Fournier, F. *Les mères immigrantes: pareilles pas pareilles! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique; 2000; Le Commissaire à la Santé et au Bien-être. *État de situation : Portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux*. Gouvernement du Québec; 2011.

⁴⁰ Grabovschi, C., Loignon, C. & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 13(94).

⁴¹ Ce choix de 3% est motivé par la situation économique actuelle en date du mois de janvier 2015

caractéristiques de vulnérabilité plus importantes. Suivre une famille dont la femme est très vulnérable (classe 4) coûte entre deux fois et demie et quatre fois et demie plus que de suivre une famille dont la femme présente moins de critères de vulnérabilité (classe 1).

(1) Efficience de production

Si on répartit les services médicaux également, c'est-à-dire, que l'on considère que les femmes feront la même utilisation des services médicaux indépendamment de leur vulnérabilité, mais qu'on garde leur consommation respective des services professionnels selon leur profil, le coût du suivi d'une famille sur une durée de 18 mois s'élève à environ 1 102 \$ pour les familles des femmes les moins vulnérables et à 2 705 \$ pour les familles des femmes plus vulnérables. Si l'on répartit les visites médicales selon l'intensité d'utilisation des services professionnels, le coût moyen d'un suivi de 18 mois d'une famille s'élève à 710 \$ pour les familles des femmes les moins vulnérables et à 3 309 \$ pour les familles des femmes les plus vulnérables.

Il est difficile de comparer ces coûts à ceux d'une intervention alternative, puisqu'il n'y a pas d'équivalent dans la nature d'intervention. Il serait intéressant d'avoir accès aux données de la RAMQ et de comparer le coût du suivi d'une famille au coût d'une grossesse régulière et du suivi post-partum en cabinet privé. Toutefois, il semble que pour les femmes les moins vulnérables, on soit dans un même ordre de grandeur que pour un suivi médical régulier (ex. : en cabinet privé), alors que l'intervention de la MB touche l'ensemble de la famille, couvre un large spectre d'effets et inclut un plus grand nombre de professionnels. Si les coûts sont effectivement comparables, on aurait alors une intervention dite dominante, c'est-à-dire une intervention plus efficace pour un coût équivalent. Dans le cas des familles de femmes plus vulnérables, le coût de suivi est largement plus élevé. Nous avons alors une intervention dite efficace et plus chère que ce qui est offert dans le réseau de la santé⁴².

Nous devons souligner que même si ces coûts sont plus élevés, la façon dont est conçue l'intervention MB permet des gains d'efficience importants qui reposent sur le principe de subsidiarité: l'intervention MB s'appuie sur une équipe multidisciplinaire dans laquelle le médecin joue un rôle minoritaire. Plus de la moitié des interventions sont réalisées par d'autres professionnels que le médecin, y compris pour le suivi de grossesse, qui est fait conjointement avec la sage-femme (environ 8 visites M.D. et 6 visites sage-femme). Le coût d'une visite étant moins élevé quand celle-ci est effectuée par une autre professionnelle que par le médecin (tableaux 3.4 et 3.6), le modèle d'intervention MB est efficient dans la mesure où il y a subsidiarité⁴³ entre les professionnelles, comme, par exemple, quand la sage-femme effectue un ou

⁴² Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien B, Stoddart GL. Methods for the economic evaluation of health care programs. 3rd Edition; 2005 (p. 40)

⁴³ La subsidiarité fait référence au concept d'utiliser pour le même service la ressource la moins coûteuse. Ici, pour un suivi prénatal normalement effectué par la médecin, c'est la sage-femme qui l'effectue, ce qui représente un coût moindre.

plusieurs des examens de suivi des femmes⁴⁴. À coût égal et dans une perspective de système de santé, ce principe fait en sorte qu'il y a un transfert de ressources qui permet une offre accrue de services.

(2) Efficience dans l'allocation des ressources

La MB intervient de façon préventive (par exemple: attachement, allaitement, amélioration de la relation mère-enfant), précoce et intensive en petite enfance, tant pour les problèmes de santé physique⁴⁵ que psychosociaux, notamment pour les difficultés au niveau du développement de l'enfant (détection précoce, interventions de l'éducateur spécialisé et du psychoéducateur). Par exemple, plusieurs femmes ont indiqué que même si leur enfant avait eu des problèmes de comportements identifiés et pris en charge à la MB, ces enfants avaient vécu une intégration heureuse à un service de garde ou à l'école. L'intervention préventive et précoce permet d'éviter une exacerbation des problèmes existants et des événements indésirables. La question de la rentabilité exige d'analyser si les coûts des suivis des familles sont compensés par les économies attribuables à l'intervention. Il ne nous est pas possible de répondre tout de suite à cette question qui sera approfondie ultérieurement. Cependant, les interventions de santé publique qui concernent les enfants lors de la petite enfance sont aussi celles qui offrent un grand retour sur investissement, les effets positifs se perpétuant tout au long de la vie⁴⁶. Plusieurs études ont démontré que plus l'intervention est précoce, plus elle permet un retour sur investissement⁴⁷, et que le retour sur

⁴⁴ Notons cependant que la grande majorité des accouchements se déroulent sous la responsabilité du médecin et que la proportion d'accouchements en présence de la sage-femme n'est pas très élevée (de 0 à 9 par an). L'accompagnement à la naissance par une *doula* est plus fréquent auprès des mères de Côte-des-Neiges.

⁴⁵ Le poids à la naissance (au-dessus de 2500 g), ainsi que les semaines de gestation (au-dessus de 37 semaines) et l'allaitement sont tous des facteurs qui auront des répercussions à court, moyen et long terme, autant sur la santé physique (infections ORL, asthme), que psychosociale (future adaptation scolaire) de l'enfant (Le Commissaire à la Santé et au Bien-être. État de situation : *Portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux*. Gouvernement du Québec).

⁴⁶ Centre d'analyse stratégique. *Aider les parents à être parents: Le soutien à la parentalité, une perspective internationale. Rapport au Premier Ministre*. Paris; 2012; Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario. *Réduire l'impact : Travailler auprès des femmes enceintes qui connaissent une situation de vie difficile- Meilleur départ*; 2002; Le Commissaire à la Santé et au Bien-être. État de situation : *Portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec; 2011; Centre ontarien d'information en prévention (2006) *Agir en amont pour améliorer la santé de tous les Ontariens*, Centre ontarien d'information en prévention.

⁴⁷ Cleveland G and Krashinsky M (1998) *The Benefits and Costs of Good Child Care: The Economic Rationale for Public Investment in Young Children- A Policy Study*. Toronto, University of Toronto at Scarborough; Cleveland G and Krashinsky M (2003a) *Fact and Fantasy: Eight Myths About Early Childhood Education and Care*. Toronto, University of Toronto at Scarborough: 79; Cleveland G and Krashinsky M (2003b) *Narrowing the Gap for Poor Children. From Early Child Development to Human Development*. M. E. Young. Washington, World Bank: 373; Cleveland G and Krashinsky M (2004) *Financing Early Learning and Child Care in Canada*. The CCSD's national conference on child care in Canada. Winnipeg: 10; Schweinhart L J et al.(2005) *The eighth monograph of the Perry Preschool study, Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40*. High/Scope Educational Research Foundation; Schweinhart L J (1994) *Lasting Benefits of Preschool Programs*. ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education Urbana IL. ERIC Digest.: 6; Schweinhart L J (2003) *Benefits, Costs, and Explanation of the High/Scope Perry Preschool Program. Meeting of the Society for Research in Child Development*, Tampa, Florida, High/Scope Educational Research Foundation; Schweinhart L J (2005) *The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40: Summary, Conclusions, and Frequently Asked Questions*. Michigan, High/Scope Educational and Research

investissement est d'autant plus important que l'intervention cible des enfants vulnérables⁴⁸. Les bénéfices sont généralement répartis sur plusieurs secteurs (éducation, justice, etc.) et ne reviennent pas uniquement au financeur de l'intervention⁴⁹.

CONCLUSION

En résumé, même si le système de santé au Québec est universel, des iniquités d'accès à la santé et aux soins de santé persistent. L'intervention MB démontre sa capacité à rejoindre les femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité à un moment de leur vie qui aura des impacts importants sur la santé et le développement de leurs enfants. L'analyse des effets montre le large spectre des effets de l'intervention MB pour la femme et sa famille. Le mode d'intervention à la MB, qui repose sur le principe de subsidiarité, permet des gains d'efficacité importants. De plus, lorsqu'on observe les coûts de suivi d'une famille, même si des comparaisons ne peuvent être faites du fait du caractère unique du programme et de la particularité de la clientèle visée, il semble raisonnable de dire qu'elle pourrait permettre de générer des économies substantielles en petite enfance sur le long terme. Enfin, ce travail novateur a permis de mener une analyse fine des investissements nécessaires à une intervention en périnatalité sociale, ce qui permet d'avoir une estimation précise des investissements et coûts de suivi pour la prise en charge de clientèle, selon différents profils de vulnérabilité.

Nous souhaitons conclure sur l'intégrité de l'intervention. Le modèle d'intervention MB repose sur des principes d'action qui s'étendent bien au-delà de la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire. Cette recherche a mis en valeur que l'intervention MB est à la fois efficace et efficiente à différents égards en ce qui concerne la santé des mères et de leurs enfants, mais pour qu'elle soit mise en œuvre, cela suppose aussi des investissements autres que les frais financés par le CSSS DLM et la RAMQ (tableau 3.1). Le retour sur investissement lié à l'activité de la MB, particulièrement à son intervention globale, précoce et préventive, est possible parce qu'il existe une infrastructure qui permet le déploiement de la MB dans sa forme actuelle. Ces coûts d'infrastructure (investissements, charges fixes et charges variables) ont été estimés annuellement à 242 788 \$. Il est important de souligner que le modèle d'intervention MB repose sur des principes complexes, dont le lieu physique semble être une des composantes intrinsèques de son efficacité, et que vouloir créer d'autres MB exigera, vraisemblablement, de reproduire le modèle dans son intégralité, c'est-à-dire de financer autant les coûts d'investissements que les coûts de fonctionnement.

Foundation; Schweinhart LJ Malofeeva L et al. (2010) *The cost-benefit analysis of the preschool Curriculum comparison study*. HighScope.

48 Carneiro, P., et Heckman, J. (2003). *Human Capital Policy*. Cambridge, Mass : National Bureau of Economic Research cité dans Centre ontarien d'information en prévention (2006) *Agir en amont pour améliorer la santé de tous les Ontariens*, Centre ontarien d'information en prévention.

49 Schweinhart, L. J., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, W. S., Belfield, C. R., & Nores, M. (2005). *Lifetime effects: The HighScope Perry Preschool study through age 40*. (Monographs of the HighScope Educational Research Foundation, 14). Ypsilanti, MI: HighScope Press; Kershaw P, Warburton B, Anderson L, Hertzman C, Irwin L, Forer B. 2010. « Les coûts économiques de la vulnérabilité précoce au Canada ». *Revue canadienne de santé publique*; 101(3): S8-S13 ; Goldsmith LJ, Hutchison B, Hurley J. Economic evaluation across the four faces of prevention: a Canadian perspective. Hamilton, ON: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, 2004.

Auteurs

Nathalie Dubois, Isabelle Laurin, Marc Lemire, Ghayda Hassan, Astrid Brousselle, Éric Tchouaket et Lynda Benhadj.

OBJECTIF DU CHAPITRE

Ce quatrième chapitre est consacré à la discussion des résultats de l'évaluation de la mise en œuvre, des effets et de la valeur économique. Le chapitre propose des réponses aux questions formulées par l'équipe d'évaluation, les membres du comité scientifique et du comité de suivi de La Maison Bleue lors de l'élaboration du devis d'évaluation. Il s'appuie sur les principaux constats et sur les pistes de réflexion qui se dégagent des résultats de l'évaluation. Dans un premier temps, les auteurs jaugent l'intérêt du modèle d'intervention proposé par La Maison Bleue eu égard à l'avancement des connaissances et de la pratique en périnatalité et en petite enfance. Ensuite, ils reviennent sur les éléments incontournables de l'étude de la mise en œuvre. Dans un deuxième temps, ils étudient l'adéquation entre les contributions de La Maison Bleue relativement aux effets désirés par le modèle d'intervention. Dans un troisième temps, ils précisent la valeur économique du modèle d'intervention proposé par La Maison Bleue.

Enfin, et sur la base de l'interprétation des résultats, les auteurs proposent des pistes d'amélioration du projet ainsi qu'une courte liste de facteurs à considérer dans un exercice de réplication du modèle d'intervention de La Maison Bleue.

Il importe de spécifier qu'à certains endroits, dans la discussion, l'équipe d'évaluation a choisi de faire référence aux résultats de quelques études ayant porté sur des cas apparentés au modèle d'intervention de La Maison Bleue (ex. : Gendron et coll., 2013 ; Melhuish et coll., 2012). L'objectif de cet exercice n'est pas de comparer les résultats obtenus dans le cadre de cette étude à ceux obtenus dans les études des programmes « *apparentés*⁵⁰ », mais plutôt d'enrichir la discussion en lien avec les résultats de la présente évaluation. L'équipe d'évaluation est consciente que ces projets ne sont pas comparables. Rappelons, par exemple, que le programme SIPPE est déployé dans l'ensemble des CSSS du Québec, qu'il s'adresse à une clientèle vulnérable selon des critères bien délimités et offre un suivi à domicile sans accès privilégié à un médecin pour le suivi de grossesse. Même si les intervenantes qui travaillent dans les SIPPE et celles qui travaillent à La Maison Bleue sont toutes deux rémunérées par le CSSS, l'équipe d'évaluation reconnaît qu'elles travaillent dans un contexte fort différent, avec des exigences propres aux deux structures.

⁵⁰ Par exemple, le programme SIPPE est une intervention en périnatalité destinée à des femmes vulnérables. Le suivi offert est précoce et intensif jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans. Les intervenants travaillent au sein d'une équipe interdisciplinaire. Des activités de groupe sont offertes en complément. On vise notamment à [inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, tout en renforçant le pouvoir d'agir des familles dans toutes les sphères de la vie.](#)

ARGUMENTAIRE

4.1 Quels sont l'intérêt et la capacité de mise en pratique du modèle d'intervention de La Maison Bleue?

La Maison Bleue a investi beaucoup d'efforts dans la planification de son modèle d'intervention. Selon notre étude, ces efforts se sont traduits par la formulation d'objectifs d'intervention pertinents et réalistes et ont permis de développer une intervention robuste, de planifier une offre de services efficace et de cibler rigoureusement la population visée. L'étude explore aussi la capacité de mettre en œuvre cette planification. Une planification de qualité facilite la mise en œuvre du projet et permet de réaliser plus aisément les changements désirés.

4.1.1 Objectifs d'intervention pertinents et réalistes

L'analyse du modèle d'intervention (Figure 1) développé par La Maison Bleue permet d'observer une forte convergence entre les objectifs qui y sont poursuivis et les orientations soutenues par le MSSS (2008), l'ASSS de Montréal (2010) et le CSBE (2012) en regard de la périnatalité et de la petite enfance. Ce modèle fait par ailleurs écho aux constats issus des différents travaux qui ont été menés en lien avec le programme Naître égaux-Grandir en santé (Brodeur 2004, Martin et coll., 1995; St-Cyr Tribble, 2006; Boyer et Laverdure, 2000), SIPPE (Therrien et coll., 2011; Lepage et Schoonbroodt, 2005; Vanier 2009; INSPQ, 2010) et d'autres programmes similaires à l'échelle internationale (Melhuish et coll., 2012, 2010). Ces différents exemples pointent en faveur du déploiement d'un continuum de services en périnatalité et pour la petite enfance qui offre aux enfants et à leurs parents des services accessibles, continus et de qualité, modulés en fonction des besoins des femmes et de leur famille. Le modèle d'intervention de La Maison Bleue est donc en phase avec ces orientations. Le modèle propose aux femmes et à leurs familles des services en continu de la période prénatale jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans. Il prend en compte l'ensemble des déterminants de la santé des femmes et de leur famille en situation de vulnérabilité et permet un ajustement constant de l'intervention en fonction des besoins. Il est fondé sur une conception intégrative des problématiques et donne lieu à une intervention dite globale. Enfin, il vise ultimement à atténuer les effets des inégalités de santé sur la mère et l'enfant à naître.

4.1.2 Modèle d'intervention robuste

Les travaux d'évaluation montrent la robustesse du modèle d'intervention (Figure 1) quant à sa logique d'intervention ou autrement dit, en terme de « théorie de programme ». Selon notre analyse, cinq principales composantes permettent au modèle de se démarquer.

- Premièrement, le fait d'intégrer les médecins de famille du GMF représente l'une des grandes qualités du modèle d'intervention. Comme La Maison Bleue fait partie de la composante Périnatalité et petite enfance du GMF, elle assure aux femmes enceintes l'accès à un médecin dès le premier trimestre de grossesse. De plus, les liens entre les intervenantes et les médecins sont grandement favorisés vu que le suivi médical se fait directement à La Maison Bleue et dans un contexte de travail interdisciplinaire, où les échanges formels et informels sont réguliers. Il est établi qu'un suivi de grossesse précoce améliore la santé et le bien-être de la femme et du bébé à

naître (ASSS, 2010; CSBE, 2012; Clapperton et coll., 2012). Or, la difficulté d'accéder⁵¹ à un médecin de famille s'avère un enjeu sociétal de taille au Québec : elle expose les futures mères à beaucoup de démarches infructueuses et retarde la prise en charge de la grossesse jusqu'au deuxième et troisième trimestre (Clapperton et coll. 2012; OIIQ, 2013). Au terme des premières évaluations du programme Naître égaux-Grandir en santé, on déplorait une quasi-absence de liens entre les intervenantes du CSSS qui suivaient les participantes au programme et les médecins qui les suivaient pour leur grossesse (Boyer, 2000). Une évaluation plus récente du volet Soutien aux jeunes parents des SIPPE insiste sur l'importance de ce lien (Gendron et coll., 2013).

- Deuxièmement, l'intégration des sages-femmes contribue à la force du modèle d'intervention proposé par La Maison Bleue, et présente de nombreux avantages pour la population desservie. Plusieurs études préconisent l'intégration des sages-femmes à l'offre de services en périnatalité (CSBE, 2012; Clapperton, 2012; DSP, 2012; Jimenez et coll., 2010; MSSS, 2008; Blais et coll., 1997, Harris et coll., 2012) pour alléger la pression ressentie sur l'offre de services et améliorer la qualité des soins offerts aux femmes et à leurs enfants (Homer et coll. 2014). Le MSSS souligne, dans sa politique de périnatalité (2008-2018), que la pratique sage-femme doit être promue auprès des femmes vivant dans un contexte de vulnérabilité psychosociale. La Maison Bleue pallie certaines difficultés mentionnées dans l'étude de Clapperton et coll. (2012), qui souligne que le rôle des sages-femmes et leurs conditions de pratique ne sont pas toujours bien compris par les intervenants du réseau de la santé (Clapperton, 2012). La Maison Bleue permet une meilleure intégration des sages-femmes à l'offre de services en périnatalité et valorise leur contribution dans la prévention et l'éducation tout au long du suivi. Pour les femmes, cela signifie un meilleur accès aux services des sages-femmes sur le territoire. Notons que la proportion des femmes suivies à La Maison Bleue qui accouchent à la maison de naissance est supérieure à celle observée pour la population générale des femmes au Québec.
- Troisièmement, la précocité de l'intervention auprès des femmes et de leur famille est une autre force du modèle. La documentation scientifique a mis en évidence que l'énergie investie dans la réalisation d'interventions précoces entraîne des avantages certains en matière de prévention, de détection des facteurs de risque au développement des enfants vivant en contexte de vulnérabilité, ou de pathologies et de traitement (Clapperton et coll., 2012, Therrien et coll., 2011, Gauthier, 2004, INSPQ, 2010). De plus, l'Institut national de santé publique du Québec (2010) constate que les programmes d'intervention précoce et de soutien parental ont le potentiel d'apporter un soutien efficace au développement des enfants vivant en contexte de vulnérabilité et de favoriser leur bien-être à moyen terme. Les résultats de cette évaluation montrent que la majorité des femmes suivies à La Maison Bleue entreprennent leur suivi pendant la période prénatale. Elles s'y présentent principalement pour un suivi de grossesse avec un médecin. Selon l'équipe d'évaluation, la possibilité d'accès au médecin est un facteur primordial pour que les femmes vulnérables « adhèrent » ensuite à un suivi global offert par l'équipe de la Maison Bleue. Ainsi, l'accès au médecin est garant de la précocité de l'intervention.

⁵¹ Rappelons que près d'un Québécois sur quatre n'a pas de médecin de famille (MSSS, 2010).

- Quatrièmement, le travail en équipe interdisciplinaire est un élément significatif du modèle et est reconnu comme efficace pour intervenir auprès des familles vulnérables. Au Québec comme ailleurs, il est de plus en plus reconnu que pour mieux intervenir en périnatalité, et surtout, auprès des femmes enceintes vivant en contexte de vulnérabilité, une équipe professionnelle multidisciplinaire est nécessaire afin d’offrir de façon intégrée une gamme plus appropriée de services (De Montigny et coll., 2009; MSSS, 2008; Rodriguez et coll., 2007; Accard et coll., 2006; Melmed et coll., 1998). Il est admis qu’une collaboration interprofessionnelle efficace améliore la coordination des soins et des services (OIIQ, 2014). Elle permet aussi une meilleure articulation entre les professionnels et une plus grande stabilité dans le suivi (Gendron et coll., 2013). Quant au transfert de certaines tâches du médecin vers d’autres professionnels, comme les infirmières et les sages-femmes, il permet un accès aux services plus grand et plus fluide, l’évitement de préjudices liés à l’attente, l’évitement d’un dédoublement des interventions ou d’une rupture de services et la prise en charge plus rapide de l’usager (OIIF, 2014). En tant qu’OSBL, La Maison Bleue offre un cadre de pratique moins formel qu’en CSSS, ce qui offre davantage de flexibilité et d’autonomie. De plus, l’équipe de gestion de l’OSBL ne ménage pas ses efforts pour assurer et valoriser sa mise en pratique au quotidien. Finalement, les intervenants du CSSS qui travaillent à La Maison Bleue s’y consacrent à temps plein. Leur disponibilité au quotidien facilite le travail en interdisciplinarité. Le contexte du CSSS est tout autre pour les intervenants: bien que certains CSSS mettent en place une équipe dédiée exclusivement aux SIPPE, d’autres privilégient un modèle non exclusif faisant en sorte que les professionnels exercent des tâches dans plusieurs programmes à la fois (Therrien, 2011). Les conditions organisationnelles pour actualiser le travail en équipe interdisciplinaire posent d’importants défis aux intervenants affectés au volet Soutien aux jeunes parents des SIPPE, comme en témoigne l’étude de Gendron (2013). Le contexte de La Maison Bleue est différent à plusieurs égards.
- Cinquièmement, les modalités du modèle d’intervention de La Maison Bleue assurent une intensité dans l’accompagnement des personnes. Cette intensité est reconnue par plusieurs comme incontournable (MSSS, 2004; Battaglini, 2002; Gendron et coll., 2013; Clapperton et coll., 2012). Pour Moreau et El-Hachem (2011), elle s’avère une condition d’efficacité pour de telles interventions. C’est à travers une intervention soutenue qu’il est possible de construire un lien significatif et d’offrir une diversité de ressources dans une perspective globale, en soutien au renforcement des capacités des enfants et des parents (Gendron et coll., 2013). Le développement d’un lien significatif favorise la résilience et peut avoir une incidence importante sur la trajectoire de vie des familles et le développement des enfants (Denis et coll. 2005; Schonkoff et Phillips, 2000; Rutter, 2006), ainsi que sur la réduction des coûts sociaux à moyen et long termes pour les familles et les communautés (Aos et coll., 2004; Keating et Hertzman, 1999; Temple et Reynolds, 2007). Les résultats de l’évaluation montrent que la durée moyenne de suivi à La Maison Bleue est de 24 mois et varie d’une femme à l’autre de façon proportionnelle au degré de vulnérabilité. Un calibrage de l’intervention se fait en fonction des besoins. Cet ajustement de l’intervention selon le jugement clinique des intervenants est aussi observé dans l’évaluation de Gendron et coll. (2013). La globalité et l’intensité des services offerts sont des caractéristiques ou éléments qui peuvent influencer positivement la santé et le bien-être des familles.

4.1.3 Offre de services ciblant des activités reconnues efficaces

La programmation de services médicaux et psychosociaux qui nourrit le modèle d'intervention se traduit par une diversité d'activités prénatales, postnatales et de petite enfance. Prévues pour être offertes individuellement ou en groupe, ces activités reconnues comme efficaces pour atteindre les objectifs formulés sont planifiées pour être offertes en continu et favoriser un large éventail de modalités de contact avec l'équipe d'intervention. Cette programmation vise à accroître la continuité des services et le développement d'un lien de confiance entre les familles et l'équipe d'intervention. Elle est aussi conforme aux propositions récentes concernant la nature et les modalités de prestation de ce type de services adressés aux familles (Gendron et coll., 2013; MSSS, 2010; Beauregard et coll., 2009).

L'étude de la mise en œuvre permet de constater une forte adéquation entre les activités prévues et celles réellement offertes aux familles suivies à La Maison Bleue. Les données consultées permettent de témoigner de la diversité des activités offertes individuellement et en groupe. Elles sont récurrentes et sont réalisées, peu importe le nombre de personnes présentes. L'évaluation a permis de constater l'adaptation des activités offertes en fonction des différents besoins exprimés par les familles desservies par les sites Côte-des-Neiges et Parc-Extension. Finalement, les périodes d'observation ont permis d'apprécier les efforts investis par l'OSBL pour tenter de rejoindre les pères, et favoriser le développement d'activités les ciblant directement.

4.1.4 Population ciblée par l'intervention

Les travaux réalisés dans le cadre de la présente évaluation permettent d'apporter un éclairage nuancé sur la population qui est ciblée par l'intervention, mais font du coup ressortir l'ambiguïté dans la formulation de la population cible.

- Premièrement, bien que La Maison Bleue soit appelée à intervenir d'abord dans les situations de grossesse, la cible n'est pas seulement l'enfant à naître. On vise l'amélioration de l'état de santé physique et psychosocial de la mère pour qu'elle puisse en retour s'occuper de son enfant. Aussi, on reconnaît un rôle significatif aux autres membres de la famille qui accueilleront l'enfant dont, entre autres, le père et la fratrie. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de la présence du père, laquelle aurait une incidence sur l'adaptation des familles à leurs nouveaux rôles et sur le développement et le bien-être de l'enfant (Gendron et coll., 2013; Boivin et Hertzman, 2012; Breton et coll., 2009; Lamb, 1997; Pomerleau et coll., 2005; Shonkoff et Phillips, 2000; Hamelin-Brabant et coll., 2013). Cette façon de concevoir la population ciblée est défendue et jugée adéquate par plusieurs (OMS, 2005; Santé Canada, 2000; Groupe de travail pour les jeunes, 1991; Beauregard, 2009). Toutefois, l'évaluation a montré un niveau de participation relativement faible des pères aux services offerts par La Maison Bleue. La même situation est observée par Gendron et coll. (2013) dans le cas des jeunes parents suivis par le programme SIPPE. Toutefois, nos données montrent que les enfants des familles suivies (y compris la fratrie) profitent bien des services en petite enfance (par exemple, les activités liées au développement du langage) offerts par La Maison Bleue.

- Deuxièmement, il est prévu qu'afin de pouvoir bénéficier de services, les familles doivent être évaluées comme vivant en situation de vulnérabilité. La façon pour La Maison Bleue d'envisager la vulnérabilité correspond à une conception partagée par plusieurs (CSBE, 2012; Fortin, 2007; MSSS, 2004; Battaglini, 2002, Martin et coll., 1995; Hamelin-Brabant, 2013). Selon cette conception, plusieurs facteurs de risque peuvent se combiner et s'influencer. Différents auteurs observent que les facteurs sont imbriqués les uns dans les autres; ainsi, une vulnérabilité au plan biologique, par exemple des difficultés liées à l'allaitement, est susceptible d'entraîner d'autres difficultés, comme une plus grande fatigue, et que ces difficultés peuvent à leur tour engendrer d'autres éléments de vulnérabilité (Barnes et coll., 2008; Börjesson et coll., 2004; Razurel et coll., 2011). En ce sens, la vulnérabilité est doublement relative: d'une part, un individu est vulnérable lorsqu'il est soumis à un risque auquel d'autres ne le sont pas et, d'autre part, les situations de vulnérabilité sont évolutives en fonction du temps et de l'espace (De Luca Barrusse, 2012).
- Troisièmement, notre étude conduit à présumer que La Maison Bleue endosse l'idée que l'arrivée d'un bébé représente en soit une source potentielle de vulnérabilité, au sens où il s'agit d'un moment de grands changements au cours duquel les besoins de soutien seront nombreux, et ce, peu importe le niveau de fragilité des familles au plan sociodémographique. La naissance d'un nouveau-né est une période de transition à travers laquelle les individus sont susceptibles d'expérimenter de multiples conditions de vulnérabilité, plus intenses encore s'ils ne disposent pas des ressources personnelles ou du soutien requis (Lessick et coll., 1992; Rogers, 1997; Hamelin-Brabant et coll., 2013). Cette conception de la vulnérabilité liée à la période périnatale peut être appréhendée comme une situation de transition dans laquelle différents facteurs de stress peuvent compromettre ou fragiliser la santé des femmes, des hommes et des familles qui expérimentent la naissance d'un enfant (Lessick et coll., 1992; Rogers, 1997). Selon Hamelin-Brabant et coll. (2013), la période postnatale en particulier demeure, tant pour les mères que pour les pères, une expérience émotionnelle intense où se côtoient et s'entrechoquent la fierté et la joie d'être parent, mais aussi l'inquiétude, l'insécurité, le stress, la fatigue et la détresse devant les nouvelles exigences de la parentalité.

Cette façon de concevoir la vulnérabilité explique qu'il est difficile d'établir un ordonnancement clair des critères d'accueil employés par La Maison Bleue. Cette situation peut rendre la priorisation de cas difficile pour l'équipe d'intervention et doit accorder une importance encore plus grande au jugement clinique lors de l'évaluation de la demande de services. Cette situation peut expliquer le suivi occasionnel de femmes ou de familles qui ne répondent pas explicitement à certains critères de vulnérabilité « classiques » comme prévus dans d'autres programmes. Entre autres, l'étude des profils indique que 90,9 % des femmes suivies ont plus de 20 ans alors qu'un des critères de vulnérabilité prévu au modèle d'intervention de La Maison Bleue est d'être une femme âgée de moins de 20 ans. La même observation peut être faite pour le critère de faible scolarité (58,5 % des femmes ont un niveau de scolarité équivalent ou plus élevé que le secondaire). Ainsi, la vulnérabilité de la clientèle de La Maison Bleue n'est étonnamment pas associée uniquement à l'âge ou au niveau de scolarité.

4.2 Qu'est-ce qui caractérise le modèle d'intervention déployé par La Maison Bleue?

Le projet déployé⁵² par La Maison Bleue se caractérise par une offre de services efficace, un partage des fondements du modèle d'intervention et une adaptation fine et continue de l'intervention aux besoins manifestés.

4.2.1 Offre de services déployée de manière efficace

Selon les documents administratifs examinés, 2 157 personnes ont bénéficié des services de La Maison Bleue depuis 2007. Les dernières données indiquent que le nombre de familles, d'enfants et de conjoints suivis augmente au fil des années. Cette augmentation de la clientèle ainsi que le nombre croissant de demandes déposées et évaluées chaque année confirme la capacité à attirer les familles. L'analyse des profils montre que celles-ci sont toutes en situation de vulnérabilité, mais à des degrés divers et pour des motifs variés et souvent multiples. Elle permet aussi de constater que la clientèle suivie ne pourrait bénéficier des services balisés par les critères formulés par d'autres programmes (ex. : Programme SIPPE offert au CSSS de La Montagne).

- L'évaluation de la mise en œuvre n'inclut pas d'analyse technique de la qualité des interventions dispensées à La Maison Bleue, car cela ne correspondait pas au mandat confié à l'équipe d'évaluation. Toutefois, l'étude permet de témoigner de la qualité opérationnelle du modèle d'intervention proposé par La Maison Bleue.
- Les résultats de l'évaluation permettent aussi d'affirmer que La Maison Bleue offre ses services de manière efficace. Les informations collectées permettent de reconnaître la diversité et la pertinence des activités offertes eu égard à la littérature scientifique consultée. Ces activités sont offertes individuellement et en groupe, soutenues tant par la contribution de professionnels bénévoles que celle de l'équipe d'intervention.
- Dans les faits, les familles peuvent consulter⁵³ les professionnels de la santé physique et psychosociale (avec et sans rendez-vous), bénéficier de suivis individuels et familiaux et participer aux rencontres de groupe et aux activités spéciales. L'étude des dossiers expose le nombre important de consultations dont bénéficient les familles suivies, la diversité des professionnels rencontrés ainsi que la variabilité des problématiques abordées. Les évaluations passées de divers programmes publics ont mis en lumière les difficultés de concrétiser une pratique interdisciplinaire, même lorsque les professionnels adhèrent au principe (Gendron et coll., 2013; St-Cyr Tribble et coll., 2006).
- On ne peut négliger le rôle central que joue l'interdisciplinarité dans la pratique dispensée à La Maison Bleue. Par une pratique interdisciplinaire, l'équipe d'intervention planifie, orchestre et administre le suivi médical et psychosocial que recevra la famille en fonction de ses besoins et de sa

⁵² Cette section est inspirée des travaux de recherche de Sicotte, Champagne et Contandriopoulos dont principalement l'article publié en 1998 sous le titre « La performance organisationnelle des systèmes publics de santé ». *Ruptures*, 6(1), 34–46.

⁵³ Possibilité de 60 consultations médicales sur rendez-vous, 20 consultations médicales sans rendez-vous et 25 consultations par téléphone par semaine. À cette offre, s'ajoutent 12 à 15 vaccinations hebdomadaires, 20 à 30 interventions psychosociales et 5 à 7 interventions faites par la psychoéducatrice par semaine.

disponibilité à y participer. L'étude des dossiers confirme que les familles ne reçoivent pas tous les mêmes services bien qu'elles aient accès à l'ensemble des activités proposées. La Maison Bleue ne rend pas seulement disponible une équipe multidisciplinaire qui offre un large éventail de services sous un même toit; elle réussit aussi à concrétiser une pratique interdisciplinaire permettant, conformément à l'évaluation des effets, une accessibilité accrue aux services de santé physique et psychosociale, une coordination fine d'un suivi global, continu et intensif en périnatalité et en petite enfance auprès des familles vulnérables. Comme mentionné précédemment, c'est entre autres parce que La Maison Bleue est un OSBL et qu'elle a un cadre de pratique moins formel qu'en CSSS, même si ses intervenantes proviennent du CSSS, qu'elle peut plus aisément concrétiser le travail en interdisciplinarité.

- Bien que l'efficacité de l'offre de services repose sur les connaissances et les compétences des ressources engagées dans le projet, on observe la contribution significative de l'équipe de gestion de l'OSBL. Par son investissement quotidien à la coordination globale de l'offre de services, l'équipe de gestion participe à la promotion et au financement de La Maison Bleue (volet OSBL), au développement des connaissances et des compétences de l'équipe d'intervention, au recrutement et à la réalisation de la formation de la relève (ex. : stages et résidence), au fonctionnement interne efficace, à la mise en pratique quotidienne de l'interdisciplinarité, au maintien des liens de confiance entre les différents partenaires clés de l'intervention, au développement des connaissances par la concrétisation et la participation à différents projets de recherche et à l'entretien des biens en immobilisation de l'organisation (sites Côte-des-Neiges et Parc-Extension). Ces efforts sont rentabilisés par une communication bilatérale soutenue et franche entre les équipes de gestion et d'intervention qui collaborent à la planification et à la réalisation des rencontres, formations et activités. Tel que proposé par Sicotte et coll. (1998), cette coordination du projet permet d'agencer les différentes parties du modèle d'intervention de La Maison Bleue dans un ensemble visant l'atteinte d'objectifs convenus et partagés.
- L'étude de la mise en œuvre a aussi permis de mesurer l'appréciation des familles relativement à la qualité des relations interpersonnelles. Selon les répondants, l'équipe de La Maison Bleue se caractérise par son engagement envers les familles et la relation de confiance qu'elle réussit à développer. Plusieurs répondants reconnaissent la courtoisie des professionnels, leur capacité à écouter sans juger ainsi que leur désir de les d'aider et de les soutenir. Pour les intervenants, l'efficacité de l'intervention prend racine dans un fort sentiment de respect et de confiance qui doit exister au sein même de l'équipe d'intervention et auprès des familles suivies. Conformément à différentes études, l'évaluation confirme la capacité des professionnels à reconnaître l'expérience vécue des familles, ce qui constitue un facteur de résilience susceptible d'avoir une incidence sur la trajectoire de vies des familles et le développement des enfants (Denis et coll. 2005; Schonkoff et Phillips, 2000; Rutter, 2006; Gendron, 2013), ainsi que sur la réduction des coûts sociaux à moyen et long termes pour les familles et les communautés (Aos et coll., 2004; Keating et Hertzman, 1999; Temple et Reynolds, 2007).

4.2.2 Consensus relativement aux fondements du modèle d'intervention

L'étude de la mise en œuvre a permis de mettre en lumière deux facteurs qui soutiennent l'équipe dans la réalisation quotidienne de son travail et qui donnent à l'ensemble de ses membres un sens commun dans l'intervention.

- Le premier concerne la cohérence interne au sein de La Maison Bleue en faveur de l'*empowerment* et du portage, qui sont deux fondements indissociables de l'intervention. Conformément aux orientations préconisées par plusieurs auteurs, ce modèle préconise une intervention en périnatalité et en petite enfance qui vise à soutenir l'*empowerment* chez les familles vivant en contexte de vulnérabilité (Wallenstein et coll., 1994; Ouellet et coll. 2000; Martin et coll., 1995) en s'assurant que l'intervention soit adaptée au bagage culturel des familles suivies (Moro, 2008; Martin et coll., 1995) et qu'elle soit assurée par une équipe travaillant en interdisciplinarité. L'étude de la mise en œuvre permet de constater les efforts investis dans la compréhension et le développement d'un langage commun relativement à ces fondements. Elle témoigne de la présence d'un référent partagé tant par l'équipe de gestion que les intervenants, qui guide les modes de fonctionnement (outils, règles et conduites) et qui imprègne la culture même de l'organisation. Cette façon partagée de concevoir les fondements de l'intervention auprès des familles vulnérables permet à l'équipe d'intervention de coopérer plus aisément pour réaliser de façon efficiente le projet collectif dans lequel elle s'est engagée⁵⁴.
- Le deuxième facteur se rapporte au climat interne. Largement tributaire de la cohérence interne, le climat au sein de La Maison Bleue est décrit comme étant positif et favorable à l'intervention, autrement dit, favorable à la mise en œuvre du modèle. L'étude de la mise en œuvre permet de souligner, entre autres, l'engagement et la stabilité des ressources humaines, ce qui favorise un développement continu de l'organisation, un maintien d'une mémoire organisationnelle (Clapperton et coll., 2012), une forte cohésion d'équipe, le développement d'un lien de confiance entre les acteurs (Santé Canada, 2000) ainsi qu'une amélioration continue des pratiques (Gendron et coll., 2013; Théolis et coll., 2010). De plus, le style de gestion préconisé favorise une coordination tant informelle que formelle, une communication bidirectionnelle et une prise de décisions équitable. Cette situation peut contribuer à expliquer le niveau élevé de satisfaction professionnelle des membres de l'équipe d'intervenants relativement à la charge et à l'environnement de travail.

4.2.3 Adaptation fine et continue de l'intervention

L'étude de la mise en œuvre a permis d'observer de multiples et fines adaptations du modèle d'intervention visant à accroître l'efficacité des services offerts aux familles desservies.

- Dans un premier temps, on observe que le deuxième site de La Maison Bleue (Parc-Extension) reproduit le modèle d'intervention avec rigueur tout en adaptant ses activités de groupe et son approche de consultations individuelles aux caractéristiques et aux besoins de la clientèle desservie⁵⁵ (Annexe 3 : Étude sociodémographique du CSSS de Côte-des-Neiges). On constate aussi que le déploiement du site Côte-des-Neiges ne s'est pas exécuté de la même manière que celui de

⁵⁴ Champagne et coll. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé : Le modèle ÉGIPSS, Rapport technique, Groupe de recherche en intervention de la santé, Université de Montréal.

⁵⁵ Les clientèles desservies, par les deux sites, sont majoritairement multiethniques, mais elles ne possèdent pas les mêmes origines, degrés de scolarité, situations économiques, etc. Certaines familles sont mieux soutenues par leurs proches, d'autres sont plus isolées et monoparentales.

Parc-Extension. Ce dernier semble perçu comme « un projet plus fédérateur ». Les liens entre l'équipe Enfance-famille du CSSS et La Maison Bleue sont décrits comme étant plus simples, harmonieux et collaboratifs. Rappelons que des changements administratifs et organisationnels étaient en cours lors du premier déploiement (ex. : la création des CSSS, l'abolition des postes d'organiseurs communautaires, etc.). Tout indique que l'expérience de déploiement du premier site a permis de tirer des leçons importantes. Il est à noter que deux années séparent l'inauguration des deux sites (2007 et 2009), ce qui peut expliquer un climat plus favorable et une vision plus claire lors du second déploiement.

- Dans un deuxième temps, en misant sur une structure hybride (OSBL, GMF et CSSS), La Maison Bleue a facilité l'institutionnalisation de son projet. La composante OSBL offre un degré accru de liberté et d'autonomie, que ce soit dans l'organisation ou dans l'offre de services, et ce, même si elle doit répondre à une reddition de comptes régulière au CSSS. Cette situation lui permet notamment de conserver sa petite taille (en fait d'habitat et de ressources humaines) et son apparence non institutionnelle, en plus de favoriser sa capacité d'innover. La composante GMF donne accès aux médecins de famille alors que la composante CSSS offre de la stabilité, contribue à la pérennité et permet la prestation publique de services de santé et de services sociaux avec qualité et expertise.
- Dans un troisième temps, La Maison Bleue consacre des efforts et accorde une attention spéciale à l'identification des partenaires avec qui elle collaborera de manière à établir des corridors de services et de références pour sa clientèle. Une situation comparable est observée dans l'étude de Gendron et coll. (2013) qui souligne les efforts des équipes à entretenir des liens avec une diversité de ressources afin d'accroître l'offre de services d'accompagnement des familles, qu'il s'agisse de ressources internes au CSSS ou de ressources institutionnelles ou communautaires du RLS. À cet égard, tel que mentionné précédemment, il y a des liens de collaboration entre l'équipe de La Maison Bleue et les intervenantes SIPPE, notamment à Parc-Extension.

4.3 Quelles sont les principales contributions de La Maison Bleue au regard des effets proposés par le modèle d'intervention?

La présentation des résultats de l'évaluation, en particulier ceux relatifs aux effets (Chapitre 2), témoigne de la diversité des contributions de La Maison Bleue. L'étude des données quantitatives et qualitatives qui ont été recueillies auprès de différentes sources permet de souligner l'influence du modèle d'intervention sur plusieurs des cibles définies initialement par les fondatrices du projet (voir les objectifs d'intervention du modèle). Dans la présente section, l'équipe d'évaluation souhaite revenir sur les éléments les plus significatifs.

4.3.1 La Maison Bleue favorise une expérience positive de grossesse, d'accouchement et de parentalité

La contribution la plus certaine du modèle est sa capacité à favoriser une expérience positive de grossesse, d'accouchement et de parentalité grâce à un suivi médical et psychosocial calibré intensif, complet et continu qui tente de faciliter et de simplifier la période de la grossesse, de l'accouchement et de l'arrivée du bébé dans la famille. L'équipe d'intervention accorde une grande importance au suivi prénatal. Selon les données consultées, 92 % des cas suivis par La Maison Bleue profitent d'un suivi prénatal favorisant, par le fait même, une prise en charge non seulement des femmes enceintes, mais aussi de leur famille. Cette proportion augmente pour les familles plus vulnérables (respectivement 97,1 % et 96, % pour les profils 3

et 4). Les bienfaits de cette prise en charge sont reconnus (Gendron et coll., 2013; Moreau et El-Hachem, 2011; Clapperton et coll., 2012).

Tant au cours du suivi prénatal que postnatal, les données colligées témoignent de la quantité et de la diversité des consultations réalisées par les familles auprès de plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux. Les familles suivies par La Maison Bleue, qui composent un cumul plus important de conditions de vulnérabilité (profils 3 et 4), bénéficient d'une plus grande exposition aux professionnels. Rappelons que l'intervention offerte à La Maison Bleue est interdisciplinaire dans son processus, et ne correspond donc pas à un cumul de consultations indépendantes les unes des autres, comme on peut l'observer dans d'autres cas d'étude.

Globalement, l'étude des motifs de consultation et de la nature des interventions posées à La Maison Bleue révèle une diversité de problématiques qui peuvent, dans le cas des familles en situation de plus grande vulnérabilité, être des problématiques concomitantes (plusieurs problématiques à la fois). Ce résultat n'est pas surprenant et endosse les conclusions d'autres études (Gendron et coll., 2013; Hamelin-Brabant et coll., 2013; Battaglini et coll., 2002). Notre étude indique que l'utilisation des services à La Maison Bleue, et plus spécifiquement ceux de nature psychosociale, augmente avec l'accroissement de la vulnérabilité, mais qu'ils sont aussi modulés selon le degré d'acceptation des familles concernées à recevoir du soutien. Les femmes les plus vulnérables sont celles qui profitent du suivi le plus long.

4.3.2 La Maison Bleue s'engage dans le développement global de l'enfant

Par sa présence et l'accès simplifié aux services médicaux et psychosociaux, on peut penser que La Maison Bleue semble contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'enfant, tant au moment de la naissance que dans les mois qui suivent et durant son développement préscolaire. En offrant un suivi de grossesse, l'organisation prévient différentes complications (prématurité, retard de croissance, etc.), comme l'indiquent diverses sources (Mahieu-Caputo, 2010; MSSS, 2008; Lejeune, 2008). De même, pour la période de 6 mois à 5 ans, l'accès à un médecin de famille peut contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'enfant.

Bien que l'on ne puisse pas isoler les effets directement imputables à l'intervention de La Maison Bleue, l'étude permet d'observer l'état de la situation pour quelques variables sensibles au niveau postnatal et petite enfance. Au niveau de la santé postnatale, la proportion de bébés qui naissent avec un petit poids est seulement de 3,9 % à La Maison Bleue, et cela, malgré le niveau de vulnérabilité d'un grand nombre de familles (profils 3 et 4). Les différentes statistiques⁵⁶, bien que prises à quelques mois de distance, montrent une proportion des naissances de moins de 2 500 grammes inférieure chez les familles suivies à La Maison Bleue, lorsque comparées à celles d'autres populations. Rappelons que d'autres études menées sur des programmes en périnatalité sensiblement similaires n'ont révélé aucun effet sur cette variable (Colin, 2004;

⁵⁶ Pour des fins de comparaison, rappelons que le CLSC de Côte-des-Neiges présentait, en 1999, une proportion des naissances de moins de 2 500 grammes égale à 6,6 % (INESS, 2010). À Montréal, malgré une très légère baisse depuis les années 80, la proportion de nouveau-nés de faible poids semble se stabiliser depuis quelques années autour de 6 % (Agence de la santé des services sociaux, 2014). En 2011, cette proportion était de 5,7 % dans le reste du Québec (Girard, 2013). Au Canada, en 2009-2010, la proportion de nouveau-nés de faible poids était de 6,6 % (ICIS⁵⁶, 2011).

Brodeur, 2004; INSPQ, 2000). Les données observées pour la durée de gestation soulignent le faible taux de naissances prématurées chez les familles suivies à La Maison Bleue (6,3 %). Le taux calculé pendant la période à l'étude est significativement différent de celui observé chez des d'autres populations⁵⁷ plus hétérogènes (où les effets de la vulnérabilité deviennent plus diffus). Pour ce qui est de l'allaitement, 94,9 %⁵⁸ des femmes suivies par La Maison Bleue allaitent à la sortie de l'hôpital. Finalement, 92 % des enfants suivis par La Maison Bleue ont reçu leur premier vaccin à La Maison Bleue, et 93,6 % des enfants en âge de le recevoir y ont reçu leur deuxième vaccin. Bien qu'intéressantes, l'équipe d'évaluation ne peut vérifier convenablement si ces observations sont significatives ou non à l'aide du devis utilisé.

Pour ce qui est de la petite enfance, La Maison Bleue assure un suivi selon les besoins développementaux de l'enfant. Le maintien du lien entre l'équipe d'intervention et les familles est une réussite en soi. Il est admis que les programmes d'intervention en périnatalité et petite enfance, pour être efficaces, doivent être maintenus au minimum trois mois et pour une durée de deux à cinq ans (MSSS, 1990). Dans le cas de La Maison Bleue, on observe une intervention au-delà de 2 ans chez 59 % des enfants dont la famille bénéficie d'un suivi, afin de leur permettre de développer les habiletés nécessaires pour l'entrée à l'école. De plus, on observe que la durée moyenne de suivi augmente en fonction du degré de vulnérabilité des familles. Dans le réseau de la santé, on observe généralement que le suivi postnatal s'arrête à 24 mois, soit avec la fin de la période intensive de vaccination. Les enfants qui ne sont pas en milieu de garde ou suivis dans un programme et qui ont des difficultés ne seront jamais évalués avant l'entrée à l'école⁵⁹. Selon Clapperton et coll. (2012), un nombre non négligeable d'enfants présentant des problèmes de développement ne sont donc détectés qu'à l'arrivée à l'école. Toutes ces occasions manquées d'offrir une intervention précoce risquent d'engendrer des difficultés et des coûts tout au long du parcours scolaire.

4.3.3 La Maison Bleue permet un accès privilégié et une continuité des services de santé pour l'ensemble des membres de la famille

Par le suivi offert à l'ensemble des membres de la famille à partir d'un suivi pour grossesse (mère, enfant à naître, fratrie, père), La Maison Bleue permet un accès privilégié et simplifié aux différents membres de l'équipe d'intervention (médecin, infirmière, travailleuse sociale, éducateur spécialisé et psychoéducatrice). Dès son admission, la famille est formellement prise en charge par le GMF du CLSC, et cette prise en charge est potentiellement maintenue même après le suivi offert par La Maison Bleue. Cette opportunité offerte à l'ensemble des membres de la famille offre un potentiel d'amélioration de l'état de santé et de bien-être à plus long terme. Un tel accès peut contribuer à réduire les complications et les coûts

⁵⁷ À titre de référence, la proportion des naissances dont la durée de gestation est de moins de 37 semaines était de 7,3 % sur le territoire du CLSC de Côte-des-Neiges en 2009 (INESS, Internet). Pour la période de 2009-2011, cette proportion était, à Montréal, de 7,1 %, similaire à celle observée dans le reste du Québec (Agence de la santé des services sociaux, 2014; Girard, 2013). Au Canada, en 2009-2010, le taux observé était de 8,0 % (ICIS⁵⁷, 2011).

⁵⁸ Ce taux est plus élevé que la moyenne montréalaise. En 2005-2006, à Montréal, 88 % des enfants étaient allaités à leur congé de l'hôpital ou de la maison de naissance. Au Québec et au Canada, le taux d'allaitement maternel était en 2009-2010 de 82,8 % et de 87,3 % (Statistique Canada, 2010).

⁵⁹ Laurin I., Samson I., Lavoie S., Durand D., Boucheron L. *Les sommets sur la maturité scolaire. Document synthèse de la démarche effectuée en 2008-2009*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique, 2010 : 34 p.

associés à une prise en charge plus tardive, éviter la fragmentation de services et assurer une meilleure continuité des soins (Clapperton et coll. 2012; ASSS, 2010; CSBE, 2012).

4.3.4 La Maison Bleue contribue à réduire l'isolement des familles

Selon les familles rencontrées, La Maison Bleue exerce une influence positive sur les conditions de vie des familles en leur permettant de développer une meilleure connaissance du système de santé et des organismes locaux (soutien alimentaire, loisirs, etc.) et de développer des réseaux de soutien et d'entraide. La méconnaissance des services ainsi que les barrières culturelles et linguistiques font en sorte que les femmes enceintes et mères immigrantes ont plus difficilement accès aux services (CSBE, 2012; Battaglini, 2002). En améliorant la connaissance des services et en atténuant les barrières, il est possible de réduire le niveau de stress et d'anxiété et ainsi améliorer la vie au quotidien, réduire les effets de l'isolement social (Hamelin-Brabant et coll., 2013). Différentes évaluations de programmes publics, tels que NEGS et SIPPE, ont déjà corroboré des changements en ce sens pour les familles inscrites à leurs services (Colin, 2004; Brodeur, 2004; INSPQ, 2000).

4.3.5 La Maison Bleue améliore l'offre de services en périnatalité et en petite enfance sur le territoire du CSSS de la Montagne

L'étude des données secondaires ainsi que les informations collectées auprès des différents acteurs permettent d'avancer que La Maison Bleue propose une diversification et une amélioration de l'offre ainsi qu'une facilitation de l'accès aux services préventifs en périnatalité et en petite enfance sur le territoire du CSSS : (1) en offrant des sites de consultation externes au CSSS; (2) en réduisant les délais associés à la consultation d'un médecin ou d'un professionnel et à la réponse aux besoins urgents; (3) en maximisant la participation des médecins du GMF; (4) en intégrant les sages-femmes à l'offre de services en périnatalité, et (5) en créant des passerelles facilitant les références aux services spécialisés.

L'évaluation a aussi permis de constater des changements, au niveau de l'offre de services, relativement à l'amélioration des compétences et l'engagement des intervenants. Les travaux de Klein (2009) confirment qu'un consensus relativement aux valeurs et à la pratique favorise une meilleure collaboration interdisciplinaire. La collaboration interdisciplinaire ne conduit pas à un simple cumul de savoirs. Des regards croisés sur une même réalité élargissent et, parfois, modifient la compréhension que chacun peut en avoir (Assal et coll., 2011). D'autres auteurs soulignent que travailler en équipe interdisciplinaire permet d'échanger des idées et d'apporter un meilleur soutien auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Selon Arama et ses collègues (2005), la mise en commun d'expériences personnelles et professionnelles diversifiées aide à approfondir l'analyse des situations dans lesquelles se retrouvent ces familles. Cependant, d'après Martin et Boyer (1995), certaines conditions sont nécessaires pour arriver à un réel travail interdisciplinaire: un parti pris pour la gestion participative; des buts communs et des mandats clairs; un mode de fonctionnement souple et efficace, un climat d'ouverture et de confiance, le plaisir à travailler ensemble ainsi que l'engagement réel et l'interdépendance des membres de l'équipe.

Par cette amélioration globale de l'offre et la facilitation de l'accès aux services en périnatalité et en petite enfance, La Maison Bleue pourrait contribuer à diminuer le recours aux services d'urgences et solidifier l'offre locale de services aux familles en situation de vulnérabilité. À plus long terme, on peut penser qu'elle favorisera un meilleur contrôle des dépenses publiques.

4.4 Quelle est la valeur économique de La Maison Bleue?

L'analyse économique effectuée s'inspire des recommandations méthodologiques les plus récentes pour l'évaluation économique des interventions de santé publique⁶⁰, et renseigne sur plusieurs aspects. Premièrement, nous avons estimé que le coût du suivi d'une famille à La Maison Bleue s'élève à 1 736,5 \$, excluant les frais reliés à l'accouchement, mais incluant les services professionnels et médicaux. L'intensité des services offerts varie selon le niveau de vulnérabilité de la femme. Plus la femme est vulnérable, plus elle utilise les services de La Maison Bleue. Le coût moyen d'un suivi de 18 mois de la famille se situe entre 2 706 \$ et 3 310 \$ selon la répartition que l'on fait de l'utilisation des services médicaux. Pour les femmes les moins vulnérables, le suivi de la famille, sur une période de 18 mois, se situe entre 711 \$ et 1 102 \$.

Il n'existe pas d'intervention comparable qui permettrait de savoir dans quelle mesure l'intervention permet d'obtenir de plus grands effets à moindre coût. Néanmoins, cette étude montre que La Maison Bleue donne accès à des services de santé à des femmes dans une situation de vulnérabilité dont certaines n'auraient pu bénéficier d'un suivi intensif, et que son intervention conduit à des effets positifs non seulement pour la femme suivie, mais aussi pour son nouveau-né et sa famille dans son ensemble. Finalement, les effets recensés sur la santé sont d'un large spectre, couvrant autant la santé physique, mentale, sociale, que l'*empowerment* des femmes. Comme nous n'avons pas de comparateur en dehors du statu quo, la question est de savoir si nous avons les moyens de financer cette intervention (accessibilité). Il serait pertinent de calculer le coût marginal de l'intervention de La Maison Bleue par rapport à un suivi régulier de grossesse pour donner une échelle à l'interprétation des coûts de l'intervention, tout en gardant en tête que l'intervention de La Maison Bleue permet des effets à large spectre sur la santé de la femme, de son enfant et de sa famille, ce qu'un suivi régulier ne permet pas de faire.

Deuxièmement, l'étude que nous avons effectuée souligne l'importance d'une pratique qui met à profit l'expertise de tous les professionnels, où chacun travaille à la hauteur de son expertise et qui s'articule selon le principe de subsidiarité, ce qui est un modèle qui permet, à montant investi équivalent, d'offrir une plus grande intensité de services.

Troisièmement, même s'il est difficile de savoir ce qu'il serait advenu des familles si elles n'avaient pas bénéficié de l'intervention Maison Bleue, il est reconnu que les familles en situation de vulnérabilité sont aussi plus susceptibles de mobiliser de façon intensive les services de santé et services sociaux et les services spécialisés. Une action globale, préventive et intensive, telle qu'offerte à La Maison Bleue, agit en amont et aura probablement comme impact de favoriser un meilleur développement de l'enfant et de la famille, réduisant de fait la survenue d'événements indésirables et l'utilisation des services en situation

⁶⁰ National Institute for Health and Clinical Excellence. *Supporting investment in public health: review of methods for assessing cost effectiveness, cost impact and return on investment. Proof of concept report*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011.
<http://www.nice.org.uk/ourguidance/otherpublications/costimpactinvestmentreturn.jsp>; Kelly MP. Public health at the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) from 2012. *Perspect Public Health* 2012;132:111-3; National Institute for Health and Clinical Excellence. *Methods for development of NICE public health guidance*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CPHEMethodsManual.pdf>; Kelly, M.P., McDaid, D., Ludbrook, A., Powell, J. (2005). *Economic appraisal of public health interventions*, NHS Health development agency, London.

d'urgence. On peut alors penser que La Maison Bleue permettra un retour sur investissement, tel que démontré dans la littérature scientifique: les programmes qui visent la petite enfance sont ceux qui permettent l'obtention du meilleur ratio bénéfices-coûts⁶¹.

« Les économistes évaluent que chaque dollar investi dans de bons programmes d'apprentissage et de soins pour la petite enfance génère un rendement de deux à trois dollars (Cleveland et Krashinsky, 2003). Pour les enfants vulnérables, ce rendement est beaucoup plus élevé (Carneiro et Heckman, 2003). Le rendement sur un investissement fait pendant la petite enfance est plus élevé que le rendement sur les investissements faits plus tard dans la vie (Carneiro et Heckman, 2003). Les investissements précoces dans les expériences quotidiennes des jeunes enfants tracent la route vers le succès et des bénéfices décuplés. Les enfants qui réussissent bien dès leurs débuts scolaires tirent davantage profit des fonds publics investis dans l'éducation, et ils font appel à moins de soutiens correctifs coûteux. » (Centre ontarien d'information en prévention, 2006, p. 7)⁶².

Toutefois, comme le souligne Goldsmith et coll. (2004)⁶³, ce retour sur investissement revient rarement au payeur, mais les bénéfices économiques se reportent sur d'autres secteurs d'activité comme, par exemple, le secteur de l'éducation.

Quatrièmement, notre étude a non seulement approfondi la question du coût des trajectoires de soins (suivi des familles), mais a aussi permis de documenter les coûts de fonctionnement de La Maison Bleue. Les coûts récurrents annuels s'élèvent à 242 788 \$, et ces coûts sont indissociables du fonctionnement de La Maison Bleue.

Pour conclure, sur la valeur économique de La Maison Bleue, notre analyse montre que cette intervention est un modèle efficient de périnatalité sociale. L'efficience s'explique par son large spectre d'effets qui touchent tous les membres de la famille, son modèle de pratique qui repose sur la subsidiarité et par les économies anticipées reliées aux effets positifs qui découlent de son intervention préventive et précoce, particulièrement auprès des enfants de familles en situation de vulnérabilité⁶⁴.

⁶¹ Centre ontarien d'information en prévention (2006) *Agir en amont pour améliorer la santé de tous les Ontariens*, Centre ontarien d'information en prévention ; Iglesias, E.V. et D.E. Shalala. 2002, *Narrowing the Gap for Poor Children*. In : M.E. Young (ed). *From Early Child Development to Human Development*. Washington : Banque mondiale. p. 373; Carneiro, P., et Heckman, J. (2003). *Human Capital Policy*. Cambridge, Mass : National Bureau of Economic Research.

⁶² Centre ontarien d'information en prévention (2006) *Agir en amont pour améliorer la santé de tous les Ontariens*, Centre ontarien d'information en prévention .

⁶³ Goldsmith LJ, Hutchison B, Hurley J. Economic evaluation across the four faces of prevention: a Canadian perspective. Hamilton, ON: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, 2004.

⁶⁴ Cleveland G and Krashinsky M (2003) *Narrowing the Gap for Poor Children*. From Early Child Development to Human Development. M. E. Young. Washington, World Bank: 373; Schweinhart L J et al.(2005) *The eighth monograph of the Perry Preschool study, Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40*. High/Scope Educational Research Foundation.

4.5 Quelles sont les pistes d'amélioration?

L'étude a permis d'identifier certains défis, qui une fois relevés, pourraient permettre à La Maison Bleue d'être plus performante, qu'il s'agisse de la planification de son modèle d'intervention ou du déploiement du projet.

Planification

- Clarifier le processus à l'œuvre au CSSS pour orienter la clientèle vers un suivi Maison Bleue (incluant un suivi interdisciplinaire avec médecin/sage-femme) ou un suivi SIPPE (suivi à domicile sans accès privilégié à un médecin et une sage-femme). L'offre de services, dans les deux cas, est destinée à une clientèle dite « vulnérable ». L'équipe d'évaluation est préoccupée par un enjeu d'équité dans l'accès à un médecin pour le suivi de grossesse, puisque les familles vulnérables orientées vers le SIPPE n'ont pas le privilège d'être inscrites automatiquement au GMF.
- Formuler plus explicitement les objectifs à court terme de l'intervention, et constituer un système simple de monitoring permettant de témoigner des effets de l'intervention sur les éléments centraux du modèle d'intervention.
- Formuler et convenir, avec le CSSS et ses différentes composantes, d'un système de triage des femmes enceintes se présentant au CSSS afin qu'elles puissent recevoir une information juste des services disponibles au CSSS et qu'elles soient efficacement référées à la composante du CSSS jugée la plus pertinente en fonction des besoins exprimés.
- Repenser l'offre de services pour retenir les familles au-delà de 24 mois et jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans, comme le prévoit le modèle d'intervention.

Mise en œuvre

- Favoriser l'établissement de liens entre les professionnels du CSSS et de La Maison Bleue. Comme mentionné précédemment, La Maison Bleue a une pratique interdisciplinaire qui présente plusieurs avantages. Cependant, cette pratique prive les professionnels de La Maison Bleue de la possibilité de discuter avec leurs pairs ou mentors de la même discipline. Les intervenantes de La Maison Bleue souhaitent avoir de la supervision clinique dans leurs disciplines respectives. Un tel soutien est essentiel pour assurer la qualité et la sécurité des soins (Gendron et coll., 2013).
- Convenir conjointement, le CSSS et La Maison Bleue, d'un processus clair de triage des familles vulnérables entre les différentes composantes du CSSS, afin de diriger les familles vers l'endroit reconnu comme étant le plus adéquat pour répondre à leurs besoins. Malgré l'existence d'une liste de critères de vulnérabilité et le nombre de personnes rencontrées, l'équipe de recherche n'a pu cerner un processus de triage (référence) commun, convenu et reconnu par plusieurs, permettant de guider adéquatement la femme enceinte ou les familles vers La Maison Bleue, les SIPPE ou au SIFE.
- Offrir, comme le suggèrent les femmes rencontrées, des plages horaires accessibles aux parents qui travaillent ou étudient le soir et les fins de semaine. Cette proposition est aussi soulevée par les professionnels rencontrés dans le cadre de l'étude de Clapperton et coll., 2012 et du CSBE, 2012.

4.6 Quels pourraient être les critères de répliquabilité de La Maison Bleue?

La Maison Bleue apparaît comme un modèle d'intervention porteur. Pour être répliqué ailleurs, l'équipe d'évaluation estime qu'il est entendu que ce modèle requiert des adaptations, ne serait-ce que pour configurer l'équipe et l'offre de services en fonction des réalités locales et des besoins spécifiques de la population en présence sur le territoire de déploiement du nouveau site. Toutefois, nous devons souligner l'importance de l'intégrité du modèle. En effet, aucune composante spécifique ne permet d'expliquer, à elle seule, les observations relevées dans la présente évaluation. C'est le modèle dans son ensemble qui donne à La Maison Bleue son efficacité. Implanter d'autres Maison Bleue impliquera de s'appuyer sur les mêmes fondements que le modèle évalué. Des caractéristiques de La Maison Bleue semblent toutefois incontournables du fait qu'elles semblent contribuer directement et favorablement aux effets globaux et spécifiques observés. Certaines caractéristiques sont par ailleurs étroitement liées aux fondements mêmes du modèle d'intervention. Nous présentons ces différentes caractéristiques, dites incontournables, comme autant de critères de répliquabilité du modèle.

4.6.1 Un lieu de petite taille situé au cœur du milieu de vie des familles

Une première caractéristique est la taille de la structure et le lieu d'implantation de La Maison Bleue. Le fait d'être localisée dans une véritable maison du quartier, à échelle humaine, constitue un avantage. Avoir pignon sur rue signifie être ancré dans la communauté, être physiquement visible et géographiquement accessible, favoriser un accueil plus chaleureux et un climat propice aux interactions, pour ainsi favoriser la confiance mutuelle entre les familles et les intervenants et même, parmi les membres de l'équipe. Dans une maison, des espaces communs existent pour la pratique et les rencontres, ce qui contribue à encourager les échanges informels et le portage interdisciplinaire.

4.6.2 Une structure hybride

Une autre caractéristique incontournable est le caractère hybride de sa structure. La Maison Bleue est à la fois un OSBL, une composante du GMF et un partenaire rapproché du CSSS. Le statut d'OSBL lui confère une grande autonomie en regard de l'immobilisation, de la gestion et de l'offre de services. La direction de La Maison Bleue est assumée par sa composante OSBL. Cette autonomie lui permet de se développer, de s'adapter et d'innover, tant au niveau de l'organisation que dans l'offre de services. Par ailleurs, son rattachement à un GMF et à un CSSS lui procure un accès aux ressources et à l'expertise dont elle dépend pour exister. En étant une composante du GMF, La Maison Bleue a également accès à des médecins de famille, dont les médecins accoucheurs, sans avoir à défrayer les salaires afférents. Son lien avec le CSSS est tout aussi important : grâce aux ententes de services, les intervenants de La Maison Bleue sont sous la charge du CSSS. Celui-ci offre un soutien matériel et financier.

4.6.3 Un financement récurrent et suffisant

Généraliser l'intervention Maison Bleue dans d'autres contextes nécessite de financer, d'une façon ou d'une autre, l'ensemble des coûts d'investissement et de fonctionnement. De plus, un incontournable de la répliquabilité du modèle est l'assurance d'un financement récurrent et suffisant. S'il est précaire, non récurrent et insuffisant, le financement risque d'engendrer un roulement du personnel et une plus grande précarité des emplois. Or, la stabilité des ressources humaines est un facteur d'engagement, lequel contribue à la cohésion et au climat de travail interdisciplinaire qui caractérisent le modèle d'intervention. La cohésion et le climat internes contribuent directement à la mise en œuvre du modèle. Dans un contexte

plus ou moins favorable à un financement généralisé des services préventifs en périnatalité et en petite enfance, il y a lieu de considérer un financement provenant de différentes sources. L'expérience montre l'importance d'être déterminé et de savoir s'adapter aux critères parfois rigides et aux exigences variées des différents bailleurs de fonds. Pour les initiatives novatrices, le soutien gouvernemental risque d'être plutôt timide, de sorte qu'il peut devenir nécessaire de faire appel aux bailleurs de fonds privés. La notoriété acquise au fil du temps devient un atout majeur, d'où l'importance de se faire connaître, de tisser des liens et de rendre compte de ses pratiques et résultats.

4.6.4 Une équipe de travail expérimentée et « solide »

Pour travailler auprès des familles vivant en situation de vulnérabilité, spécialement dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance, des aptitudes particulières sont requises, tant pour l'équipe de gestion que pour les intervenants. L'expérience suggère que les professionnels recrutés devraient avoir cumulé préalablement plusieurs années d'expérience dans leurs disciplines respectives. Par ailleurs, le travail en interdisciplinarité exige qu'ils soient capables de dépasser les frontières liées à leurs disciplines, qu'ils soient ouverts à la critique et, pour certains, qu'ils soient prêts à travailler davantage que dans une structure institutionnelle (bien qu'ils soient dans les faits des employés du CSSS). Le lieu de pratique, plutôt exigu, fait appel à d'autres aptitudes, plus personnelles et interpersonnelles. Des efforts particuliers sont parfois requis afin d'éviter les tensions. En plus de cibler l'expérience, il faut donc s'intéresser aussi aux qualités et aptitudes personnelles et interpersonnelles lors du recrutement des membres de l'équipe de travail.

4.6.5 Organisation de la prise en charge

Une Maison Bleue devrait être en mesure d'adapter ses services à la population desservie, ce qui requiert une autonomie suffisante au plan administratif, et la flexibilité nécessaire quant à la façon d'appréhender la vulnérabilité; afin qu'elle soit adaptée aux portraits de la communauté desservie. Le modèle d'intervention prévoit que, dès son entrée pour grossesse, la femme enceinte et sa famille sont suivies par un intervenant pivot, qui changera après l'accouchement et selon les problématiques. Toute l'équipe est donc informée de la situation et mobilisée pour être prête à intervenir au moment opportun. À défaut de cette flexibilité dans l'organisation et de l'interdisciplinarité dans la prise en charge, c'est le travail de proximité, l'adaptation de services aux besoins et la collaboration dans le suivi des clientèles qui seraient touchées.

4.6.6 Présentation de La Maison Bleue aux organismes du territoire

Avant d'implanter une nouvelle Maison Bleue dans un territoire, il est important d'échanger avec les organismes du milieu pour leur présenter clairement le projet. Il est particulièrement essentiel d'avoir ce type d'échanges avec les intervenants du CSSS qui travaillent en périnatalité afin de préciser à quels besoins la nouvelle Maison Bleue vient répondre sur le territoire. Il est d'autant plus important de le faire avec l'équipe SIPPE qui dessert, en partie, la même clientèle.

CONCLUSION

La présente évaluation a permis de (1) documenter le modèle d'intervention proposé par La Maison Bleue, (2) d'étudier le processus de mise en œuvre et les éléments facilitant et contraignant son déploiement, (3) de relever les principales contributions du projet en lien avec les effets désirés, et (4) d'estimer sa valeur économique. De nature formative, la présente évaluation vise à faciliter la recherche d'actions appropriées en périnatalité et en petite enfance. Idéalement, l'étude pourrait, en documentant le modèle d'intervention de La Maison Bleue, permettre de tirer des apprentissages permettant de consolider les acquis en fait d'offre publique de services en périnatalité et en petite enfance.

De ce travail, l'équipe d'évaluation retient plusieurs apprentissages. Pour l'essentiel, il semble qu'une des premières forces de La Maison Bleue soit la qualité du modèle d'intervention qu'elle propose. Celui-ci cible des objectifs de changements pertinents et réalistes et il présente une intervention robuste, globale et interdisciplinaire. L'étude de la mise en œuvre montre que le projet déployé correspond, en grande partie, au modèle proposé par les fondateurs du projet. Le modèle déployé se caractérise par une offre de services intégrée qui semble efficace, un partage des fondements du modèle d'intervention par les principaux acteurs engagés dans le projet, et une adaptation fine et continue de l'intervention aux besoins manifestés par les familles suivies et l'environnement. L'étude des données permet de souligner l'influence du modèle d'intervention sur plusieurs des cibles définies initialement par les fondatrices du projet. Parmi l'ensemble des informations colligées, il appert que les principales contributions de La Maison Bleue pourraient se situer dans l'expérience positive de grossesse, d'accouchement et de parentalité, dans le développement global de l'enfant, dans l'accès privilégié et la continuité des services de santé pour l'ensemble des membres de la famille, dans le bris de l'isolement des familles et dans l'offre de services en périnatalité et en petite enfance sur le territoire du CSSS de la Montagne. Toutefois, une attrition des familles est notée plus ou moins autour de deux années de suivi, tel qu'observé dans plusieurs évaluations de programmes apparentés qui proposent une durée de suivi de cinq années.

D'un point de vue plus global, les travaux et les conclusions de la présente évaluation peuvent alimenter la réflexion quant aux services actuellement offerts en périnatalité et en petite enfance au Québec. Les résultats obtenus permettent de cerner des éléments clés de la pratique, de la structure, du fonctionnement et des effets d'un projet en périnatalité et en petite enfance tel que celui proposé par La Maison Bleue. Au-delà de ce modèle spécifique, il importe de souligner l'importance de planifier et d'offrir des services publics en périnatalité et en petite enfance qui répondent de manière efficace, efficiente et équitable à l'ensemble des familles vulnérables. Cette offre doit garantir, d'abord et avant tout, à toute famille dite « vulnérable » un accès privilégié à un médecin. Comme on a pu l'observer dans cette étude évaluative, cet accès est garant de la précocité de l'intervention et de son intensité, deux conditions essentielles pour ultimement atténuer les effets des inégalités sociales de santé sur les mères et les enfants.

BIBLIOGRAPHIE

- Accard, N., & Benateau, C. (2006). Comme réponse à la précarité du lien mère-bébé, les « Petits Pas » : un réseau en périnatalité/A solution for fragile mother baby relationships, « Baby Steps » a perinatal network. *Pratiques psychologiques*, 12, 157-175.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2014). *Des enfants qui naissent et se développent en santé. CSSS de la Montagne. Chiffres clés*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Arama, D., & Bordeleau, L. (2005). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Recommandation du Comité de réflexion sur la notion d'intervenante privilégiée*. Longueuil : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Barnes, M., Pratt, J., Finlayson, K., Courtney, M., Pitt, B., & Knight, C. (2008). Learning about baby: what new mothers would like to know. *Journal of Perinatal Education*, 17(3), 33-41. doi : 10.1624/105812408X329584
- Battaglini, A, Gravel S, Boucheron, L, Fournier, F. (2000). *Les mères immigrantes: pareilles pas pareilles! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J.-M., Poulin, C., & Heneman, B. (2002). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Service social*, 49, 34-69.
- Beauregard, D., Bordeleau, L., Desjardins, N., & Poissant, J. (2009). *Les Services intégrés en périnatalité et en petite enfance. Favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans. Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
- Blais, R., & Joubert, P. (1997). *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec. Rapport final*. Québec: Ministère de la Santé et des services sociaux.
- Boivin, Michel, & Hertzman, Clyde. (Eds.). (2012). *Early Childhood Development: adverse experiences and developmental health*. Royal Society of Canada - Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel (with Ronald Barr, Thomas Boyce, Alison Fleming, Harriet MacMillan, Candice Odgers, Marla Sokolowski, & Nico Trocmé). Ottawa, ON : Royal Society of Canada Available from : https://rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/ECD%20Report_0.pdf
- Börjesson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 588-594. doi : 10.1046/j.1365- 2648.2003.02950.x
- Boyer, G., & Laverdure, J. (2000). *Le déploiement des programmes de type Naître égaux -Grandir en santé au Québec. Avis de l'Institut national de santé publique du Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Breton, M.-C., Beauchesne, M.-F., Lemièrre, C., Rey, É, Forget, A. et Blais, L. (2009). Risk of perinatal mortality associated with asthma during pregnancy. *Thorax*, 64, 101-106: doi: 10.1136/thx.2008.102970

- Brodeur, J.-M., Boyer, G., Séguin, L., Perreault, M., Colin, C., Théorêt, B., & De Blois, S. (2004). Le programme québécois Naître égaux-Grandir en santé. Étude des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés. *Santé, Société et Solidarité*, 1, 119-127.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. (2006). *Vers une réconciliation des théories et de la pratique de l'évaluation, perspectives d'avenir*, *Mesure et Évaluation en Éducation*, 29(3): 57-73.
- Carneiro, P., & Heckman, J. (2003). *Human Capital Policy*. Cambridge, Mass : National Bureau of Economic Research cité dans Centre ontarien d'information en prévention (2006) *Agir en amont pour améliorer la santé de tous les Ontariens*, Centre ontarien d'information en prévention.
- Centre d'analyse stratégique (2012). *Aider les parents à être parents: Le soutien à la parentalité, une perspective internationale. Rapport au Premier Ministre*. Paris.
- Centre de ressources sur la maternité, les nouveaux nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario (2002). *Réduire l'impact : Travailler auprès des femmes enceintes qui connaissent une situation de vie difficile - Meilleur départ*.
- Centre ontarien d'information en prévention (2006) *Agir en amont pour améliorer la santé de tous les Ontariens*, Centre ontarien d'information en prévention.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Touché, J.-P., Béland, F. & Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé : Le modèle ÉGIPSS*, Groupe de recherche en intervention de la santé, Université de Montréal.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission sur l'avenir des soins de santé, étude n°39.
- Clapperton, I., Kishchuk, N., & Legault, M.-J. (2012). *Portrait de l'accessibilité et de la continuité des services de maternité et des services de soins primaires pédiatriques (de 0 à 5 ans) pour la population de Montréal. Volet groupe de discussion auprès des professionnels et des gestionnaires de la santé*. Montréal : Secteur Tout-petits – Jeunes, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Cleveland, G. & Krashinsky, M. (1998). *The Benefits and Costs of Good Child Care: The Economic Rationale for Public Investment in Young Children- A Policy Study*. Toronto, University of Toronto at Scarborough.
- Cleveland, G. & Krashinsky, M. (2003a). *Fact and Fantasy: Eight Myths About Early Childhood Education and Care*. Toronto, University of Toronto at Scarborough.
- Cleveland, G. & Krashinsky, M. (2003b). *Narrowing the Gap for Poor Children. From Early Child Development to Human Development*. M. E. Young. Washington, World Bank.
- Cleveland, G. & Krashinsky, M. (2004). *Financing Early Learning and Child Care in Canada*. The CCSD's national conference on child care in Canada. Winnipeg.
- Coast, J. (2004). Is economic evaluation in touch with society's health values? *British medical journal*, 329(7476), 1233-1236.
- Mauskopf J.A., Paul J.E., Grant D.M. & Stergachis A. (1998). The role of cost-consequence analysis in healthcare decision-making, *Pharmacoeconomics*, 13(3):277-88.
- Colin, C. (2004). Naître égaux -Grandir en santé : un exemple de la contribution des infirmières en prévention et en promotion de la santé en périnatalité. *Santé publique*, 16, 287-290.

- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) (2012) *Consultation réalisée dans le cadre du rapport d'appréciation de la performance des soins et services en périnatalité en petite enfance. La parole d'enfants 0-5 ans : regard sur les soins de santé et les services sociaux à travers leurs expériences*. Québec : Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2011). *État de situation : Portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux*. Gouvernement du Québec : ministère de la Santé et des services sociaux.
- Mayne, J. (2001). Addressing attribution through contribution analysis: Using performance measures sensibly. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 16(1), 1–24.
- De Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Quéniart, A., Dubeau, D., Miron, J.-M., Fleurant, A., Gervais, C., Dragon, J.-F., Este, D., St-Amand, N., Bélanger, J.-M., & Lozier, F. (2009). L'enseignement des enjeux de la paternité dans les 42 universités canadiennes. *Reflète : revue d'intervention sociale et communautaire*, 15(1), 102-119. doi : 10.7202/029589ar.
- Denis, E., Malcuit, G., & Pomerleau, A. (2005). Évaluation des impacts de l'initiative communautaire 1, 2, 3 GO! sur le développement et le bien-être des tout-petits et de leurs familles. *Éducation et francophonie*, 33,44-66.
- Direction de santé publique de Montréal (2012). *Principales caractéristiques familles CSSS de la Montagne. Données du recensement de 2006*. Montréal : Secteurs Tout-petits – Jeunes, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Drummond M. F., Sculpher M. J., Torrance, G.W., O'Brien, B. & Stoddart, G.L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programs*. (3rd Edition). Oxford University Press.
- Fortin, A., & Gagnon, É. (2007). Familles en mutation. Dans H. Dorvil. (Ed.), *Problèmes sociaux Tome III : Théories et méthodologies de la recherche* (pp. 231-248). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier, Y. (2004). *La périnatalité en milieu vulnérable au Canada et aux États-Unis*. Paris : ÉRES.
- Gendron. S., Dupuis. G., Moreau. J., Clavier. C., Dupuis. F., & Lachance Fiola. J. (2012). *Évaluation du volet Soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Portrait de l'intervention PSJP et analyse de l'accompagnement privilégié prénatal et postnatal 0-6 semaines*. Rapport présenté au Comité de suivi interministériel de l'Évaluation du PSJP. Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Équipe d'évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents.
- Girard, C. (2013). *Le bilan démographique du Québec*, Édition 2013, Institut de la statistique du Québec, Décembre 2013.
- Goldsmith L.J., Hutchison B. & Hurley J. (2004). *Economic evaluation across the four faces of prevention: a Canadian perspective*. Hamilton, Ontario: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
- Grabovschi, C., Loignon, C. & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 13(94).
- Groupe de travail pour les jeunes. (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 175 p.

- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou Azizah, G., Bourque Bouliane, M. & Comeau, Y. (2013). *Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits Rapport de recherche volet 1 évaluation des services de « relevailles » offerts par les Centres de ressources périnatales (CRP) du Québec*. Québec : CHU de Québec, Université Laval.
- Harris, S. J., Janssen, P. A., Saxell, L., Carty, E. A., MacRae, G. S. & Petersen, K.L. (2012). Effect of a collaborative interdisciplinary maternity care program on perinatal outcomes. *CMAJ* 184(17): 1885-92. doi: 10.1503/cmaj.111753.
- Homer, C.S.E., Friberg, I.K., Bastos, Dias, M.A., et coll. (2014). The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X).
- Iglesias, E.V. & Shalala, D.E. (2002). *Narrowing the Gap for Poor Children*. In : M.E. Young (Ed). *From Early Child Development to Human Development*. Washington : Banque mondiale.
- Institut canadien d'information sur la santé (2011) *Points saillants sur certains indicateurs de 2009-2010 relatifs à l'accouchement au Canada*. Bulletin. En ligne : https://secure.cih.ca/free_products/quickstats_childbirth_2009_10_highlight_fr.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Montréal : Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec.
- Jimenez, V., Klein, M. C., Hivon, M., & Mason, C. (2010). A Mirage of Change : Family-Centered Maternity Care in Practice. *Birth. Issues in Perinatal Care*, 37, 160-167.
- Keating, D. P. et Hertzman, C. (1999). *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological, and Education Dynamics*. Guilford Press.
- Kelly, M. (2012). *Public health at the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) from 2012*. *Perspective in Public Health* 2012;132:111.
- Kelly, M.P. (2005). Public health guidance and the role of new NICE. *Public Health*, 119:960-968;
- Kelly, M.P., McDaid, D., Ludbrook, A. & Powell, J. (2005). *Economic appraisal of public health interventions*, NHS Health development agency, London.
- Kershaw, P., Warburton, B., Anderson, L., Hertzman, C., Irwin, L., Forer, B. (2010). Les coûts économiques de la vulnérabilité précoce au Canada. *Revue canadienne de santé publique*; 101(3): S8-S13.
- Klein, S., & McCarthy, D. (2009). North Carolina's ABCD program: using community care networks to improve the delivery of childhood developmental screening and referral to early intervention services. *Issue brief*, 66, 1- 28.
- Lamb, M.E. (1997). L'influence du père sur le développement de l'enfant, *Enfance.*, 3:337-49
- Laurin, I., Samson, I., Lavoie, S., Durand, D., Boucheron, L. (2010). *Les sommets sur la maturité scolaire. Document synthèse de la démarche effectuée en 2008-2009*. Montréal : Secteurs Tout-petits – Jeunes, Direction de santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal.

- Laurin, I., Samson, I., Lavoie, S., Durand, D., Boucheron, L. (2009). Les Sommets sur la maturité scolaire. Document synthèse de la démarche effectuée en 2008-2009. Montréal : Secteurs Tout-petits – Jeunes, Direction de santé publique de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal.
- Lejeune, C. (2008). Précarité et prématurité/Precarity and prematurity. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 21, 344-348.
- Lepage, M.-C., & Schoonbroodt, C. (2005). *Processus d'implantation et pratiques d'intervention liées à la composante accompagnement des familles (Partie 1). Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec : Direction régionale de la santé publique, Agence de développement des réseaux locaux de santé et des services sociaux de la Capitale Nationale.
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S., & Halstead, L. (1992). Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 6(3), 1-14.
http://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/1992/12000/Vulnerability_A_conceptual_model_applied_to.3.aspx
- Mahieu-Caputo, D. (2010). Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-né en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique? /Pregnancy and social vulnerability: The need for specific care. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38, 83-91.
- Martin, C. Boyer, G. (1995). *Naître égaux, grandir en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Gouvernement du Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Melhuish, E.C., Belsky, J., MacPherson, K., & Cullis, A. (2010a). *The quality of group childcare settings used by 3-4 year old children in Sure Start local programme areas and the relationship with child outcomes: Research report*. DFE-RR068. London: DfE. ISBN 978-1-84775-828-6.
<http://publications.education.gov.uk/default.aspx?PageFunction=productdetails&PageMode=publications&ProductId=DFE-RR068&>
- Melhuish, E.C., Quinn, L., Sylva, K., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I. & Taggart, B. (2010). *Preschool Experience and Key Stage 2 performance in English and Mathematics*. Belfast: Dept for Education, Northern Ireland. www.deni.gov.uk/no_52_2010.pdf
- Melhuish, E.C., Quinn, L., Sylva, K., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I. & Taggart, B. (2012). Preschool affects longer-term literacy and numeracy: Results from a general population longitudinal study in Northern Ireland. *School Effectiveness and School Improvement*, DOI: 10.1080/0924353.2012.749796.
- Melmed, M. E. (1998). Talking With Parents About Emotional Development TODDLERS. *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 102, 1317-1326.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Résumé du cadre de référence*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012. Un projet porteur de vie*. Québec : Direction des services généraux, préhospitaliers et de traumatologie, Ministère de la Santé et des services sociaux

- Moreau, J. et El-Hachem, L. (2012). *Guide de lecture pour l'analyse des contenus thématiques d'intervention en petite enfance en milieu communautaire*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada.
- Moro, MR, Neuman D., Réal, I. (Eds). (2008). *Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*. Grenoble : La Pensée sauvage.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Methods for development of NICE public health guidance*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CPHEMethodsManual.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Supporting investment in public health: review of methods for assessing cost effectiveness, cost impact and return on investment. Proof of concept report*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence <http://www.nice.org.uk/ourguidance/otherpublications/costimpactinvestmentreturn.jsp>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). (2014). *L'univers des soins infirmiers en images : Portée du champ d'exercice de l'infirmière et collaboration professionnelle*. Québec.
- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R. et Garon, S. (2000). *Intervention en soutien à l'empowerment dans Naître égaux – Grandir en santé*. Montréal : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Pomerleau, A., Malcuit, G., Chicoine, J-F., Séguin, R., Belhumeur, C., Germain, P., et al. (2005). Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia and Russia across the first six months after adoption. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 445-457.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27, 237-242. doi : 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Rodriguez, C., & des Rivières-Pigeon, C. (2007). A literature review on integrated perinatal care. *International Journal of Integrated Care*, 7, 1-15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963469/pdf/ijic2007-200728.pdf>
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65-72. doi : 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.
- Santé Canada/Health Canada (2000). *Les indicateurs de santé périnatale au Canada : Manuel de référence*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.
- Schweinhart, L.J. et al. (2005) *The eighth monograph of the Perry Preschool study, Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40*. High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart, L.J. (1994) *Lasting Benefits of Preschool Programs*. ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education Urbana IL. ERIC Digest.: 6.
- Schweinhart, L.J. (2003) *Benefits, Costs, and Explanation of the High/Scope Perry Preschool Program. Meeting of the Society for Research in Child Development*, Tampa, Florida, High/Scope Educational Research Foundation.
- Schweinhart, L.J. (2005) *The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40: Summary, Conclusions, and Frequently Asked Questions*. Michigan, High/Scope Educational and Research Foundation.

- Schweinhart, L.J., Malofeeva, L. et al. (2010) *The cost-benefit analysis of the preschool Curriculum comparison study. HighScope.*
- Schweinhart, L.J., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, W. S., Belfield, C. R., & Nores, M. (2005). *Lifetime effects: The HighScope Perry Preschool study through age 40.* (Monographs of the HighScope Educational Research Foundation, 14. Ypsilanti, MI: HighScope Press.
- Shiell A, Hawe P, Gold, L (2008). *Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation.* BMJ 336:1281-1283.
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (2000). *From Neurons to Neighborhoods – The Science of Early Childhood Development*, Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, IOM, Washington, D.C., National Academy Press, 588 p.
- Sicotte, C., Champagne, F. & Contandriopoulos, A-P. (1998) La performance organisationnelle des systèmes publics de santé. *Ruptures*, 6(1), 34–46.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis.* New York : The Guilford Press.
- St-Cyr Tribble, D., Bell, L., Gallagher, F., Giguère, C., Pauzé, R., Sylvestre, A., et Yergeau, É. (2006). *Programme « Naître Égale – Grandir en santé » et la compétence parentale en lien avec le développement des enfants âgés de moins de 24 mois.* Centre de santé et de services sociaux du Granit. Lac-Mégantic, Québec.
- Tchouaket, E. (2013). Using the Results of Economic Evaluations of Public Health Interventions: Challenges and Proposals. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 28(1), 43–66.
- Temple, J. A. & Reynolds, A. J. (2007). Benefits and costs of investments in preschool education: Evidence from the Child-Parent Centers and related programs. *Economics of Education Review*, 26 (1), 126-144.
- Temple, J. A., Reynolds, A. J. & Ou, S. (2004). Grade retention and school dropout: Another look at the evidence. In H. J. Walberg, A. J. Reynolds, & M. C. Wang (Eds.). *Can unlike students learn together? Grade retention, tracking and grouping.* Greenwich, CT : Information Age.
- Théolis, M., Bigras, N., Desrochers, M., Brunson, L., Régis, M., & Prévost, P. (Éds.). (2010). *Le projet 1, 2, 3 Go! - Place au dialogue Quinze ans de mobilisation autour des tous petits et de leur famille.* Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Therrien, L., April, L., Bordeleau, L., Brassard, S., Clapperton, I., Comeau, L., & Le Hénaff, L. (2011). *Optimisation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles en contexte de vulnérabilité. Rapport du comité conseil post-chantiers sur les SIPPE déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux.* Québec : Direction des communications, ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
- Vanier, C. (2009). *Bilan de l'implantation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) en Montérégie.* Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Wallenstein, N., Bernstein, E. (1994). Introduction to community empowerment, participatory education and health. Special issue : *Health Education Quarterly*, 21(2), 141-148
- Weiss, C. (1972). *Evaluation Research.* Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.

ANNEXE 1 : DONNÉES RELATIVES À LA MISE EN ŒUVRE ET AUX EFFETS

Tableau 1 : Les entrevues individuelles – exploratoires : décideurs et intervenants MB

	Entrevues auprès des intervenants de la Maison Bleue	Entrevues auprès des gestionnaires de la Maison Bleue
Type d'outil	Grille d'entrevue	
Population à l'étude	Intervenants et professionnels de MB (n=6)	Gestionnaires de MB (n=3)
Échantillon	6 entrevues	5 entrevues
Objectifs	Mieux comprendre l'intervention et établir une typologie des trajectoires-types de services offerts à MB	Préciser la raison d'être de la demande d'évaluation et mieux comprendre les besoins et les attentes de MB
Variables	Les profils des répondants, les caractéristiques de la clientèle, les services offerts à MB, les caractéristiques organisationnelles et professionnelles	Les besoins et les attentes de MB en termes d'évaluation, les préoccupations stratégiques, les préférences méthodologiques, les enjeux en lien avec l'évaluation
Mode de recrutement	Par téléphone et courriel	
Dates et durée de l'entretien	Entre le 9 et le 20 juillet 2012	11, 16 et 26 janvier, 26 septembre et 3 octobre 2012
	90 minutes	Entre 90 et 120 minutes
Enregistrement	Oui	Oui
Verbatim	Oui	Oui
Rapport d'analyse	Oui	Oui

Tableau 2 : Banque de données I-CLSC

Banque I-CLSC	
Population à l'étude	Familles qui ont demandé un suivi en périnatalité et en petite enfance sur le territoire du CSSS de La Montagne
Période à l'étude	1 janvier 2009 au 31 mai 2013
Sources des données	Fiche usager Fiche prénatale Fiche bébé Fiche postnatale Statistiques (interventions liées aux services de périnatalité et petite enfance)
Nettoyage de la banque de données	Fusion des fichiers – dossier de la femme enceinte Regroupement des dossiers par famille Étude des données manquantes et aberrantes Standardisation des champs
Échantillon	Maison Bleue (total) (n=245) Maison Bleue – Côte-des-Neiges (n=151) Maison Bleue – Parc-Extension (n=95)

Tableau 3 : Les entrevues individuelles : Gestionnaires CSSS, GMF et partenaires MB

	Dir. Maison de naissance CDN	Dir. Services prof. et médicaux CSSS	Coord. Services généraux et spécifiques CSSS	Dir. Services généraux et spécifiques CSSS	Dir. Partenariat communication CSSS	Dir. Adj. Services prof. et médicaux CSSS
Type d'outil	Grille d'entrevue					
Population à l'étude	Gestionnaires du CSSS					
Échantillon	1 gestionnaire	1 gestionnaire	1 gestionnaire	1 gestionnaire	1 gestionnaire	1 gestionnaire
Objectifs	Comprendre les liens entre la Maison de naiss. et MB	Explorer les liens entre GMF et MB	Explorer les liens entre MB et les services en Enf.-Fam.	Explorer les liens entre MB et les services en Enf.-Fam.	Comprendre le lien entre la Direct. du partenariat et communications et MB	Comprendre les liens entre le GMF et MB
	Identifier les ressources investies à MB par la Maison de naissance	Identifier les ressources investies	Documenter l'offre de services au CSSS	Documenter l'offre de services au CSSS	Identifier les ressources investies	Identifier les ressources investies
	Appréciation de MB	Appréciation de MB	Appréciation de MB	Appréciation de MB	Appréciation de MB	Appréciation de MB
Variables	Offres de services de la Maison de naiss., ressources investies à MB, ententes de services, appréciation de MB	Offres de services du GMF, ressources investies à MB, ententes de services, appréciation de MB	Offre de services en Enf. -Fam. au CSSS, ententes de services entre le CSSS et MB, appréciation de MB	Offre de services en Enf.-Fam au CSSS, ententes de services entre le CSSS MB, appréciation de MB	Offre de services du CSSS et de cette direction, ententes de services avec MB, appréciation de MB	Offre de services du GMF, ressources investies à MB, entente de services, appréciation de MB
Mode de recrutement	Par courriel					
Date et durée de l'entretien	8 avril 2013	15 avril 2013	8 mai 2013	8 mai 2013	7 mai 2013	21 mai 2013
	120 minutes	90 minutes	75 minutes	75 minutes	70 minutes	90 minutes
Enregistrement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Verbatim	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Rapport d'analyse	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Tableau 4 : Les entrevues de groupe : Professionnels et intervenants CSSS-E-F

	Intervenants et prof. Enf.-Fam. CLSC CDN 1	Intervenants et prof. Enf.-Fam. CLSC CDN 2	Intervenants et prof. Enf.-Fam. CLSC CDN 3	Intervenants et prof. Enf.-Fam. CLSC PX
Type d'outil	Ent. de groupe			
Population à l'étude	Intervenants et prof. en Enf.-Fam. CLSC CDN	Intervenants et prof. en Enf.-Fam. CLSC CDN	Intervenants et prof. en Enf.-Fam. CLSC CDN	Intervenants et prof. en Enf.-Fam. CLSC PX
Échantillon	n=7	n=8	n=9	n=10
	Intervenants et prof. en Enf.-Fam. CLSC CDN	Intervenants et prof. en Enf.-Fam. CLSC CDN	Intervenants et prof. en Enf.-Fam. CLSC CDN	Intervenants et prof. en Enf.-Fam. CLSC PX
Objectifs	Comprendre les services offerts en Enf.-Fam., les défis liés à la pratique, la collaboration avec MB, les effets d'intervention observés			
Variables	Les services en Enf.-Fam., les défis liés à la pratique, la collaboration avec MB, les effets d'interventions observés			
Mode de recrutement	Par courriel			
Date et durée de l'entretien	17 sept. 2013	19 sept. 2013	26 sept. 2013	24 sept. 2013
	90 minutes	90 minutes	90 minutes	90 minutes
Enregistrement	Oui	Oui	Oui	Oui
Verbatim	Oui	Oui	Oui	Oui
Rapport d'analyse	Oui	Oui	Oui	Oui

Tableau 5 : Les entrevues de groupe : Professionnels, intervenants et médecins MB

	Intervenants et prof. MB CDN	Intervenants et prof. MB PX	Médecins MB	Infirmières MB
Type d'outil	Entrevue de groupe			
Population à l'étude	Intervenants et prof. MB CDN	Intervenants et prof. MB PX	Médecins MB	Infirmières MB
Échantillon	Intervenants et prof. MB CDN	Intervenants et prof. MB PX	Médecins MB	Infirmières MB
	n=4	n=5	n=6	n=2
Objectifs	Mieux comprendre : les services offerts à MB, les liens avec le CSSS, les défis liés à la pratique, les effets d'intervention, les améliorations à apporter, si nécessaire	Mieux comprendre : les services offerts à MB, les liens avec le CSSS, les défis liés à la pratique, les effets d'intervention, les améliorations à apporter, si nécessaire	Mieux comprendre : la pratique médicale à MB et des services offerts, les effets observés sur la clientèle, les améliorations à apporter, si nécessaire	Mieux comprendre : la pratique en tant qu'infirmière à MB, la collaboration interpersonnelle, le processus de sélection des femmes MB, la communication avec les partenaires
Variables	Les services à MB, les liens avec le CSSS, les défis liés à la pratique, les effets d'intervention, les améliorations à apporter	Les services à MB, les liens avec le CSSS, les défis liés à la pratique, les effets d'intervention, les améliorations à apporter	La pratique médicale à MB et des services offerts, les effets observés sur la clientèle, les améliorations à apporter, si nécessaire	La pratique en sciences infirmières, la collaboration interprofessionnelle, le processus de sélection des femmes, la communication avec les partenaires
Mode de recrutement	Par courriel			
Date et durée de l'entretien	10 sept. 2013	10 sept. 2013	17 sept. 2013	7 nov. 2013
	90 minutes	90 minutes	90 minutes	90 minutes
Enregistrement	Oui	Oui	Oui	Oui
Verbatim	Oui	Oui	Oui	Non
Rapport d'analyse	Oui	Oui	Oui	Non

Tableau 6 : Les questionnaires autoadministrés MB et CSSS

	Questionnaire auto-administré par les intervenants et prof. en Enf.-Fam. au CSSS	Questionnaire auto-administré par les intervenants, prof. et médecins de MB
Type d'outil	Questionnaire en ligne (LimeSurvey)	
Population à l'étude	n=49 intervenants et professionnels en Enf.-Fam. des CLSC CDN et PX	n=18 intervenants, professionnels et médecins de MB
Échantillon	n=19 intervenants et professionnels des CLSC CDN et PX	n=16 intervenants, professionnels et médecins de MB
Objectifs	Mieux comprendre la pratique et le contexte d'intervention des intervenants qui exercent en périnatalité et petite enfance au CSSS	Recueillir des infos auprès des répondants pour mieux comprendre leur pratique
	Documenter : le portrait des répondants, la pratique en Enf.-Fam., la collaboration interprofessionnelle, l'appréciation et la satisfaction du travail	Documenter : le portrait des répondants, l'expérience de travail, la pratique à MB, les effets de l'intervention MB, l'appréciation et la satisfaction du travail
Variables	Le portrait des répondants, la pratique en Enf.-Fam., la collaboration interprofessionnelle, l'appréciation et la satisfaction du travail	Le portrait des répondants, l'expérience de travail, la pratique à MB, les effets de l'intervention MB, l'appréciation et la satisfaction du travail
Mode de recrutement	Par courriel	
Questionnaire en ligne	7 juin au 30 septembre 2013	6 juin au 27 août 2013
Enregistrement	Oui	Oui
Verbatim	Oui	Oui
Rapport d'analyse	Oui	Oui

Tableau 7 : Entrevues auprès des femmes suivies par la MB

Entrevues auprès des femmes	
Type d'outil	Entrevue individuelle
Population à l'étude	n=32 femmes suivies à la MB de Côte-des-Neiges
Échantillon	n=12 femmes suivies à la MB de Côte-des-Neiges
Objectifs	Confirmer et préciser les besoins exprimés ou reconnus et les activités et les services reçus
	Documenter la perception des femmes quant aux effets des interventions sur leur trajectoire de vie, sur celle de leur enfant et de leur famille
	Regarder comment sont intégrées les valeurs de La Maison Bleue dans la pratique
	Le portrait des répondants, l'expérience de travail, la pratique à MB, les effets de l'intervention MB, l'appréciation et la satisfaction du travail
Moment de la collecte	Octobre 2014
Enregistrement	Oui
Verbatim	Oui
Rapport d'analyse	Non

Figure 1 : Analyse des données

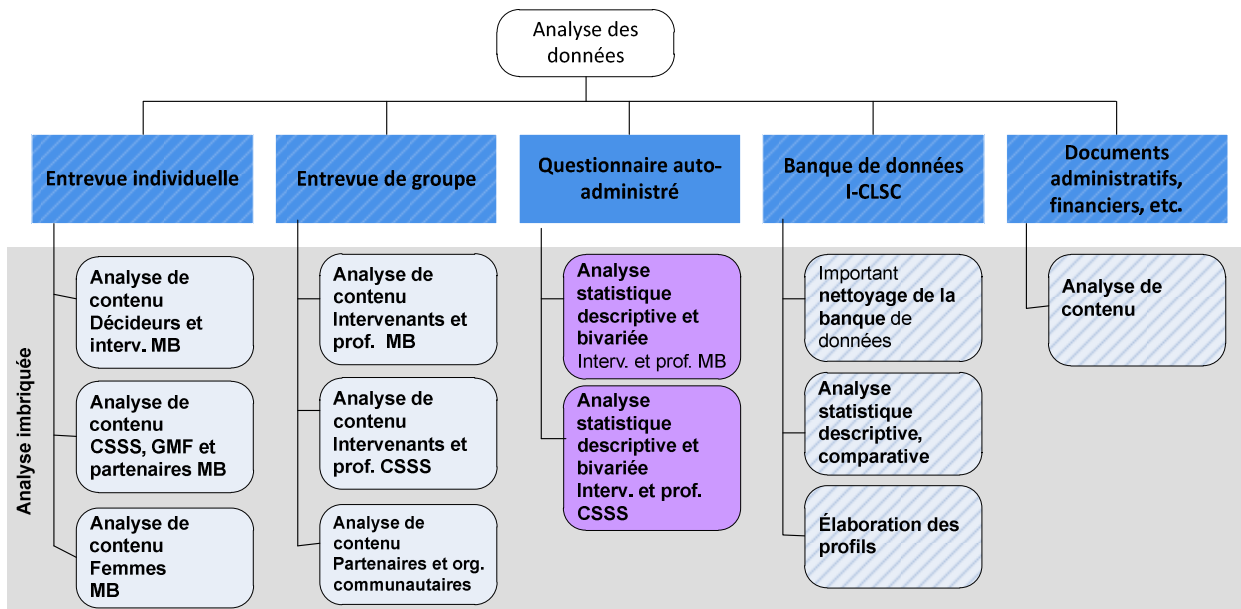


Figure 2 : Démarche de création des profils

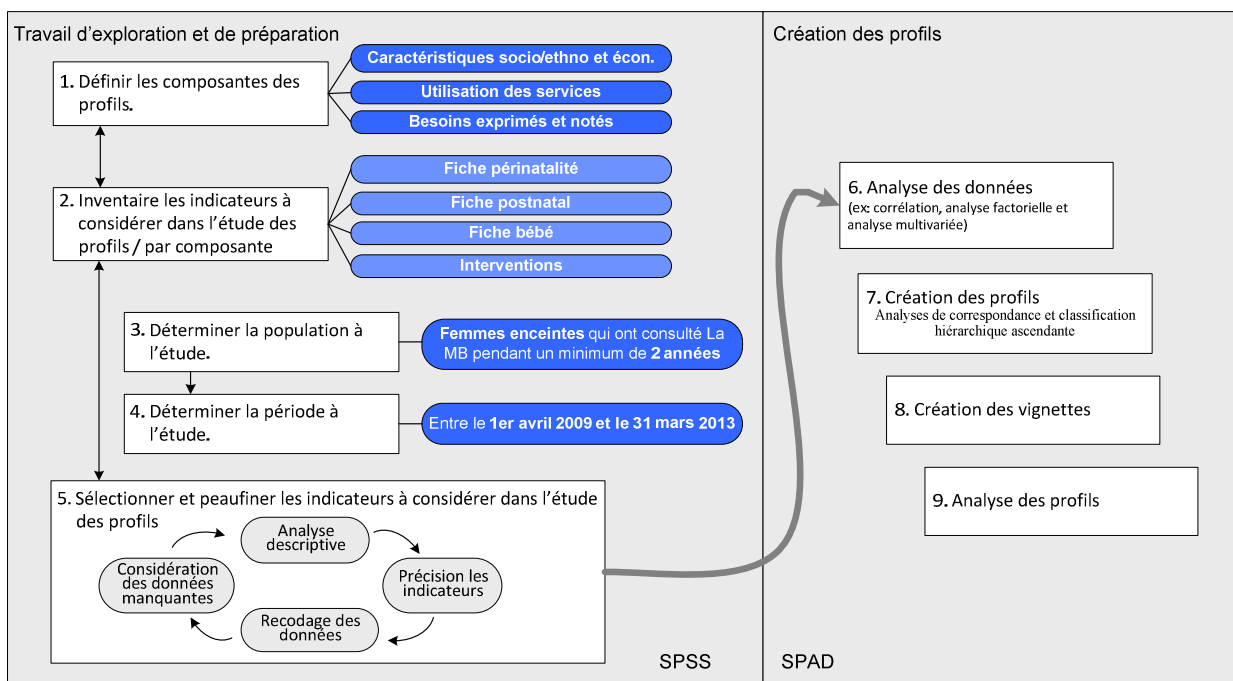


Tableau 8 : Présentation des services de La Maison Bleue

Suivi de grossesse et de santé de la famille

- **Suivi prénatal individuel ou de groupe** (médecin et sage-femme). Les examens prénataux informent sur l'évolution de la grossesse et aident les femmes à mieux se l'approprier.
- **Suivi postnatal** (médecin, sage-femme et infirmière). Les femmes et leur bébé sont visités à la maison dans les premiers jours suivant la naissance, aussi longtemps que nécessaire. Les rencontres se poursuivent ensuite à La Maison Bleue.
- **Suivi de santé physique et mentale de tous les membres de la famille** (médecin et infirmière). Consultations ponctuelles, sans rendez-vous et référence, selon les besoins.
- **Vaccination** (infirmière). La vaccination favorise la continuité des services en donnant l'occasion de garder un lien avec les familles plus isolées.

Évaluation et suivi psychosocial

- **Évaluation initiale et plan d'intervention** (infirmière et travailleuse sociale). À la suite d'un premier triage des références, une rencontre avec la femme enceinte est faite pour évaluer ses besoins et ceux de sa famille. Après discussion, les intervenants impliqués mettent sur pied un plan d'intervention interdisciplinaire.
- **Services psychosociaux et psychothérapeutiques** (travailleuse sociale et professionnel externe). La Maison Bleue offre des services personnalisés d'évaluation, de consultation, de référence et de suivi pour différentes problématiques vécues par les membres de la famille.
- **Défense des droits/advocacy** (médecin, infirmière, travailleuse sociale, psychoéducatrice, éducateur spécialisé, sage-femme). Selon les besoins, les intervenants accompagnent ou une référence auprès de différentes instances (DPJ, immigration, emploi, etc.).

Activités Enfants et Parents/enfants

- **Stimulation précoce 0-5 ans** (éducateur spécialisé). Ces rencontres individuelles ou de groupe visent à stimuler le développement des enfants, selon leurs besoins spécifiques.
- **Évaluation du développement de l'enfant** (éducateur spécialisé et psychoéducatrice). À 8 mois, les enfants sont rencontrés pour établir un contact avec les parents, évaluer le développement de l'enfant et planifier un suivi adéquat. D'autres évaluations ont lieu à 2 ans et à 4 ans.
- **Suivi psychoéducatif** (psychoéducatrice). Ces suivis visent à soutenir et renforcer les compétences parentales, à promouvoir l'établissement d'un lien d'attachement sécurisant et à sensibiliser les parents à la signification des signaux et manifestations affectives de leur enfant.
- **Activités Parents-enfants** (éducateur spécialisé et psychoéducatrice). Dans un contexte de jeu, les parents sont amenés à prendre conscience de leurs capacités, à développer une relation de confiance et d'attachement avec l'enfant.

Rencontres de groupe

- **Santé de la famille** (infirmière, travailleuse sociale, éducateur spécialisé, organisme communautaire). Les parents ont l'occasion de faire connaissance et de partager leurs préoccupations sur différents sujets. L'approche d'éducation valorise le savoir des familles.
- **Rencontres prénatales** (sage-femme). Dans une ambiance intime, les parents sont soutenus dans leur préparation à la venue du bébé et sont invités à échanger et à partager leurs connaissances et leurs ressources.
- **L'art d'être parent** (travailleuse sociale et éducateur spécialisé). Cette activité vise à prévenir les situations d'abus et à améliorer la sécurité des enfants chez les familles à risque ou vivant déjà des situations de négligence et de maltraitance. Une attention est portée au vécu des parents pour ainsi favoriser une relation d'attachement positive avec leurs enfants.
- **Groupe massage pour bébé** (psychoéducatrice). Ces ateliers permettent aux parents de découvrir les bienfaits du massage et les nombreuses facettes du bien-être des tout-petits (langage corporel de bébé, coliques, pleurs, sommeil, stress), encourageant ainsi la création d'un lien d'attachement sécurisant.

Autres services

- **Accompagnement de *doulas*** (accompagnante à la naissance). En collaboration avec des centres de services doulas, La Maison Bleue offre un accompagnement supplémentaire lors de la grossesse et l'accouchement aux femmes enceintes ayant un réseau social limité.
- **Soins complémentaires** (acupuncteur, ostéopathe, massothérapeute). Grâce à une implication bénévole de ces professionnels, des traitements complémentaires visant à améliorer la santé et le bien-être des familles sont offerts gratuitement.
- **Projets spéciaux** (art-thérapeute, animateur externe **et groupes papa**). Variant selon les besoins, des activités artistiques, sportives et culturelles sont proposées aux familles.
- **Sorties spéciales** (travailleuse sociale et éducateur spécialisé). Par le biais de différents partenariats, La Maison Bleue organise chaque année des sorties pour les familles.

Source : Rapport d'activité 2013-2014 de La Maison Bleue.

Tableau 9 : Portrait sociodémographique des femmes suivies à La Maison Bleue (par profil)

Portrait sociodémographique	Classe 1 Utilisatrices régulières n=28		Classe 2 Utilisatrices moyen faibles n=32		Classe 3 Utilisatrices moyen fortes n=39		Classe 4 Utilisatrices fortes: très vulnérables n=33		Total n=132	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Groupes d'âge										
Moins de 20 ans	4	14,3 %	2	6,3 %	4	10,3 %	2	6,1 %	12	9,1 %
20 à 24 ans	4	14,3 %	13	40,6 %	9	23,1 %	6	18,2 %	32	24,2 %
25 à 28 ans	8	28,6 %	5	15,6 %	7	17,9 %	9	27,3 %	29	22,0 %
29 à 33 ans	4	14,3 %	5	15,6 %	11	28,2 %	9	27,3 %	29	22,0 %
34 ans et plus	8	28,6 %	7	21,9 %	8	20,5 %	7	21,2 %	30	22,7 %
Appartenance ethnique										
Québécois, Can., Américain	3	10,7 %	1	3,1 %	3	7,7 %	6	18,2 %	13	9,8 %
Européen	0	0,0 %	1	3,1 %	1	2,6 %	1	3,0 %	3	2,3 %
Des Caraïbes	4	14,3 %	5	15,6 %	5	12,8 %	6	18,2 %	20	15,2 %
Latino	3	10,7 %	5	15,6 %	5	12,8 %	2	6,1 %	15	11,4 %
Arabe	7	25,0 %	9	28,1 %	9	23,1 %	7	21,2 %	32	24,2 %
Africain	3	10,7 %	2	6,3 %	9	23,1 %	9	27,3 %	23	17,4 %
Asiatique Est-SE	2	7,1 %	3	9,4 %	2	5,1 %	1	3,0 %	8	6,1 %
Asiatique Sud-Occ	6	21,4 %	6	18,8 %	5	12,8 %	0	0,0 %	17	12,9 %
Autre	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	3,0 %	1	0,8 %
Scolarité										
Sec V ou DEP non complété	12	48,0 %	11	37,9 %	14	38,9 %	14	45,2 %	51	42,1 %
DEP ou secondaire V complété	5	20,0 %	6	20,7 %	13	36,1 %	5	16,1 %	29	24,0 %
DEC ou universitaire réussi	8	32,0 %	12	41,4 %	9	25,0 %	12	38,7 %	41	33,9 %
Situation de vie										
Personne seule	3	12,5 %	4	13,8 %	3	8,3 %	7	22,6 %	17	14,2 %
Couple sans enfant (1 ^{er} bébé)	2	8,3 %	6	20,7 %	9	25,0 %	5	16,1 %	22	18,3 %
Couple avec enfants -18 ans	15	62,5 %	14	48,3 %	17	47,2 %	6	19,4 %	52	43,3 %
Famille monoparentale	2	8,3 %	3	10,3 %	5	13,9 %	10	32,3 %	20	16,7 %
Couple avec/sans pers. apparentées	2	8,3 %	2	6,9 %	2	5,6 %	3	9,7 %	9	7,5 %
Réseau de soutien										
Présent plus aidant	13	56,5 %	11	39,3 %	16	45,7 %	13	44,8 %	53	46,1 %
Absent	10	43,5 %	17	60,7 %	19	54,3 %	16	55,2 %	62	53,9 %
Situation financière										
Sous le seuil de faible revenu	24	100,0 %	26	86,7 %	32	88,9 %	30	96,8 %	112	92,6 %
Au-dessus du seuil de revenu	0	0,0 %	4	13,3 %	4	11,1 %	1	3,2 %	9	7,4 %
Total	28	100,0 %	32	100,0 %	39	100,0 %	33	100,0 %	132	100,0 %

Note: Aucune variable significative.

Tableau 10 : Utilisation des services par les femmes suivies à La Maison Bleue (par profil)

Utilisation de services	Classe 1 Utilisatrices régulières n=28		Classe 2 Utilisatrices moyen faibles n=32		Classe 3 Utilisatrices moyen fortes n=39		Classe 4 Utilisatrices fortes: très vulnérables n=33		Total n=132	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nbre d'inscriptions au service prénatal										
1	22	78,6 %	27	84,4 %	31	79,5 %	25	75,8 %	105	79,5 %
2 et plus	6	21,4 %	5	15,6 %	8	20,5 %	8	24,2 %	27	20,5 %
Nbre de visites (MB+CLSC) ⁽¹⁾										
12 et moins	21	75,0 %	12	37,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %	33	25,0 %
13 à 20	3	10,7 %	19	59,4 %	13	33,3 %	0	0,0 %	35	26,5 %
21 à 34	0	0,0 %	1	3,1 %	24	61,5 %	7	21,2 %	32	24,2 %
35 et plus	4	14,3 %	0	0,0 %	2	5,1 %	26	78,8 %	32	24,2 %
Visites au CLSC										
Seulement MB	10	35,7 %	19	59,4 %	18	46,2 %	14	42,4 %	61	46,2 %
MB et CLSC	18	64,3 %	13	40,6 %	21	53,8 %	19	57,6 %	71	53,8 %
Intensité des visites MB CdN										
Moins de 30 min.	6	21,4 %	2	6,3 %	12	30,8 %	9	27,3 %	29	22,0 %
31 à 35 min.	6	21,4 %	10	31,3 %	16	41,0 %	13	39,4 %	45	34,1 %
36 à 40 min.	8	28,6 %	8	25,0 %	7	17,9 %	5	15,2 %	28	21,2 %
41 min. et plus	8	28,6 %	12	37,5 %	4	10,3 %	6	18,2 %	30	22,7 %
Nombre d'actes ⁽⁵⁾										
10 et moins	27	96,4 %	2	6,3 %	0	0,0 %	0	0,0 %	29	22,0 %
11 à 20	1	3,6 %	30	93,8 %	1	2,6 %	0	0,0 %	32	24,2 %
21 à 34	0	0,0 %	0	0,0 %	37	94,9 %	0	0,0 %	37	28,0 %
35 et plus	0	0,0 %	0	0,0 %	1	2,6 %	33	100,0 %	34	25,8 %
Nombre types de suivis										
1	25	89,3 %	26	81,3 %	31	79,5 %	22	66,7 %	104	78,8 %
2 à 3	3	10,7 %	6	18,8 %	8	20,5 %	11	33,3 %	28	21,2 %
Suivi sans référence formelle ⁽⁶⁾										
5 et moins	12	42,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	12	9,1 %
6 à 10	16	57,1 %	7	21,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %	23	17,4 %
11 à 14	0	0,0 %	19	59,4 %	1	2,6 %	0	0,0 %	20	15,2 %
15 à 25	0	0,0 %	6	18,8 %	36	92,3 %	0	0,0 %	42	31,8 %
26 à 50	0	0,0 %	0	0,0 %	2	5,1 %	33	100,0 %	35	26,5 %
Suivi avec référence formelle ⁽⁷⁾										
Aucun	26	92,9 %	28	87,5 %	33	84,6 %	22	66,7 %	109	82,6 %
1 et plus	2	7,1 %	4	12,5 %	6	15,4 %	11	33,3 %	23	17,4 %
Total	28	100,0 %	32	100,0 %	39	100,0 %	33	100,0 %	132	100,0 %

(1) Khi-deux=163,559 p=0,000 (ddl=9); (2) Khi-deux=273,310 p=0,000 (ddl=9); (3) Khi-deux=10,667 p=0,014 (ddl=3); (4) Khi-deux=13,678 p=0,033 (ddl=6); (5) Khi-deux=356,793 p=0,000 (ddl=9); (6) Khi-deux=293,276 p=0,000 (ddl=12); (7) Khi-deux=8,514 p=0,036 (ddl=3)

Tableau 11 : Raisons notées aux dossiers des familles suivies à La Maison Bleue (par profil)

Besoins exprimés	Profil 1 Utilisatrices régulières n=28		Profil 2 Utilisatrices moyen faibles n=32		Profil 3 Utilisatrices moyen fortes n=39		Profil 4 Utilisatrices fortes: très vulnérables n=33		Total n=132	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre de raisons d'intervention ⁽⁸⁾										
10 et moins	27	96,4 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	27	20,5 %
11 à 20	1	3,6 %	28	87,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %	29	22,0 %
21 à 35	0	0,0 %	4	12,5 %	36	92,3 %	0	0,0 %	40	30,3 %
36 et plus	0	0,0 %	0	0,0 %	3	7,7 %	33	100,0 %	36	27,3 %
Raison médicale ⁽⁹⁾	16	57,1 %	21	65,6 %	36	92,3 %	32	97,0 %	105	79,5 %
Raison: suivi de grossesse ⁽¹⁰⁾	16	57,1 %	31	96,9 %	38	97,4 %	32	97,0 %	117	88,6 %
Raison: suivi postnatal bébé ⁽¹¹⁾	17	60,7 %	30	93,8 %	39	100,0 %	32	97,0 %	118	89,4 %
Raison: problèmes de couple/famille ⁽¹²⁾	4	14,3 %	9	28,1 %	14	35,9 %	23	69,7 %	50	37,9 %
Raison: violence/maltraitance/ négligence ⁽¹³⁾	1	3,6 %	3	9,4 %	8	20,5 %	17	51,5 %	29	22,0 %
Raison: trouble psychologique ⁽¹⁴⁾	6	21,4 %	10	31,3 %	18	46,2 %	25	75,8 %	59	44,7 %
Raison: problème socio-économique ⁽¹⁵⁾	12	42,9 %	21	65,6 %	35	89,7 %	33	100,0 %	101	76,5 %
Total	28	100,0 %	32	100,0 %	39	100,0 %	33	100,0 %	132	100,0 %

(8) Khi-deux=340,123 p=0,000 (ddl=9).

(9) Khi-deux=22,51 p=0,000 (ddl=3).

(10) Khi-deux=35,00 p=0,000 (ddl=3).

(11) Khi-deux=31,55 p=0,000 (ddl=3).

(12) Khi-deux=22,18 p=0,000 (ddl=3).

(13) Khi-deux=25,34 p=0,000 (ddl=3).

(14) Khi-deux=21,39 p=0,000 (ddl=3).

(15) Khi-deux=33,69 p=0,000 (ddl=3).

Tableau 12 : Utilisation des services pré/postnataux pour les familles suivies à La Maison Bleue (par profil)

Utilisation des services avant/ après la date de naissance du bébé	Profil 1 Utilisatrices régulières		Profil 2 Utilisatrices moyen faibles		Profil 3 Utilisatrices moyen fortes		Profil 4 Utilisatrices fortes: très vulnérables		Total	
	n=25		n=30		n=39		n=33		n=127	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Présence de visites avant la naissance du bébé ⁽¹⁶⁾	18	78,3 %	27	93,1 %	33	97,1 %	29	96,7 %	107	92,2 %
Présence de visites après la naissance du bébé ⁽¹⁷⁾	22	95,7 %	29	100,0 %	34	100,0 %	29	96,7 %	114	98,3 %

(16) Khi-deux=8,235 p=0,041 (ddl=3).

(17) Test Khi-deux non significatif.

Tableau 13 : Mesure des effets (par profil)

	Classe 1 Utilisatrices régulières n=28	Classe 2 Utilisatrices moyen faibles n=32	Classe 3 Utilisatrices moyen fortes n=39	Classe 4 Utilisatrices fortes: vulnérables n=33	Total n=132
Durée moyenne de gestation (en nombre de semaines)					
Effectif	26	30	34	30	120
Minimum	27,00	22,00	21,00	29,00	21,00
Maximum	41,00	41,00	41,00	41,00	41,00
Moyenne	38,62	38,10	38,96	38,62	38,58
Écart-type	2,69	3,99	3,48	2,27	3,18
Poids moyen à la naissance des bébés (en grammes)					
Effectif	21	29	31	29	110
Minimum	705	2 545	2 030	1 540	705
Maximum	4 700	4 675	4 800	4 325	4 800
Moyenne	3 260	3 418	3 534	3 286	3 886
Écart-type	789	508	583	578	610
Taille moyenne à la naissance des bébés (en centimètres)					
Effectif	12	8	14	18	52
Minimum	31,00	46,00	46,00	38,00	31,00
Maximum	56,00	54,00	53,00	53,25	56,00
Moyenne	49,88	50,78	50,96	49,90	50,32
Écart-type	6,24	2,74	2,15	3,68	3,92
Poids des bébés à la sortie de l'hôpital (en grammes)					
Effectif	12	10	14	18	54
Minimum	2 490	2 360	2 105	2 405	2 105
Maximum	3 925	3 970	3 965	3 655	3 970
Moyenne	3 169	3 071	3 346	3 137	3 186
Écart-type	377	536	515	343	438
Durée moyenne de séjour à l'hôpital après l'accouchement (en jours)					
Effectif	16	17	24	21	78
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	12,00	8,50	12,00	7,00	12,00
Moyenne	2,84	2,38	2,40	2,31	2,46
Écart-type	2,68	1,73	2,13	1,33	1,97

Note: aucune variable significative.

Tableau 14 : Grossesses de moins de 37 semaines (Nombre de semaines de gestation)

	Classe 1 Utilisatrices régulières		Classe 2 Utilisatrices moyen faibles		Classe 3 Utilisatrices moyen fortes		Classe 4 Utilisatrices fortes: très vulnérables		Total	
	n=28		n=32		n=39		n=33		n=132	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	2	8,7 %	2	6,5 %	2	5,1 %	2	6,1 %	8	6,3 %
Non	21	91,3 %	29	93,5 %	37	94,9 %	31	93,9 %	118	93,7 %
Total valide	23	100,0 %	31	100,0 %	39	100,0 %	33	100,0 %	126	100,0 %
Manquante	5	17,9 %	1	3,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	6	4,5 %
Total	28		32		39		33		132	

Test Khi-deux non significatif.

Tableau 15 : Poids à la naissance du bébé: moins de 2 500 grammes

	Classe 1 Utilisatrices régulières		Classe 2 Utilisatrices moyen faibles		Classe 3 Utilisatrices moyen fortes		Classe 4 Utilisatrices fortes: très vulnérables		Total	
	n=28		n=32		n=39		n=33		n=132	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	1	4,2 %	1	3,2 %	2	5,1 %	1	3,0 %	5	3,9 %
Non	23	95,8 %	30	96,8 %	37	94,9 %	32	97,0 %	122	96,1 %
Total valide	24	100,0 %	31	100,0 %	39	100,0 %	33	100,0 %	127	100,0 %
Manquante	4	14,3 %	1	3,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	5	3,8 %
Total	28		32		39		33		132	

Test Khi-deux non significatif

Tableau 16 : Suivis en petite enfance

Répartition des services de la MB selon l'âge de l'enfant										
	Moins de 6 mois		7 à 12 mois		13 à 18 mois		19 à 24 mois		Plus de 24 mois	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre total d'enfants suivis à la MB	137		116		96		56		78	
Nombre total d'interventions reçues	669		371		207		100		398	
Raisons d'intervention										
Vaccination-Immunisation	335	50,1 %	108	29,1 %	78	37,7 %	12	12,0 %	50	12,6 %
Adapt.soc./dév./croiss. pers.	0	0,0 %	46	12,4 %	57	27,5 %	24	24,0 %	133	33,4 %
Suivi postnatal du bébé	210	31,4 %	12	3,2 %	1	0,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Mal./Troubles de l'app. respirat.	48	7,2 %	49	13,2 %	25	12,1 %	25	25,0 %	50	12,6 %
Prév.-éduc./Act. ponct. = CES	9	1,3 %	82	22,1 %	19	9,2 %	8	8,0 %	31	7,8 %
Dév. commun/langage/parole	3	0,4 %	6	1,6 %	5	2,4 %	6	6,0 %	67	16,8 %
Peau/tissu cell. sous-cutané	30	4,5 %	19	5,1 %	10	4,8 %	5	5,0 %	21	5,3 %
Troubles de l'appareil digestif	12	1,8 %	21	5,7 %	3	1,4 %	2	2,0 %	17	4,3 %
Prob. reliés à la vie familiale	0	0,0 %	1	0,3 %	1	0,5 %	2	2,0 %	24	6,0 %
Sympt./signes/états morbides	6	0,9 %	9	2,4 %	1	0,5 %	3	3,0 %	1	0,3 %
Maladies/troubles de l'oreille	2	0,3 %	6	1,6 %	3	1,4 %	0	0,0 %	6	1,5 %
Problèmes sociaux divers	5	0,7 %	0	0,0 %	0	0,0 %	3	3,0 %	8	2,0 %
Probl. socio-économiques	0	0,0 %	2	0,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %	13	3,3 %
Autres raisons d'intervention	11	1,6 %	16	4,3 %	12	5,8 %	16	16,0 %	67	16,8 %
Total des interventions	669		371		207		100		398	
Intervenants										
Infirmier	595	88,9 %	242	65,2 %	133	64,3 %	60	60,0 %	180	45,2 %
Travailleur social/ag. int.	2	0,3 %	2	0,5 %	0	0,0 %	1	1,0 %	35	8,8 %
Educateur/tech. en éduc.spéc.	0	0,0 %	91	24,5 %	67	32,4 %	42	42,0 %	258	64,8 %
Psychoéducateur	9	1,3 %	41	11,1 %	14	6,8 %	3	3,0 %	15	3,8 %
Sage-femme	65	9,7 %	1	0,3 %	1	0,5 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Total des interventions	669		371		207		100		398	

Tableau 17 : Stagiaires pour l'année 2013-2014 à La Maison Bleue

- 2 stagiaires en sciences infirmières (Université de Montréal)
- 1 stagiaire Infirmière praticienne spécialisée IPS (McGill)
- 2 stagiaires en éducation spécialisée (Collège LaSalle)
- 3 stagiaires en travail social (Université du Québec à Montréal, Université de Montréal)
- 4 stagiaires In community – médecine familiale (Université de Montréal)
- 15 stagiaires en médecine communautaire et engagement social (Université de Montréal)
- 3 fellows du programme Maternal & Child Health Fellowship (McGill)
- 14 résidents des programmes Parent-Child et OB/Women's Health (McGill)
- 2 résidents en médecine familiale (McGill, Université de Montréal)
- 1 résident en santé publique – stage intensif (Université de Montréal)
- 3 stagiaires médecine familiale – stage d'observation (McGill, Université de Sherbrooke)
- 4 stagiaires en sciences humaines – intégration des acquis (Collège Brébeuf)

Tableau 18 : Les partenaires de La Maison Bleue

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT(S) MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
CSSS de la Montagne - Santé mentale - PRAIDA - Enfance Famille/jeunesse - Services courants - DI-TED - SIFE - OLO - GMF - Auxiliaires familiales, nutritionnistes, etc.	Travailleuse sociale Infirmière Médecin	1 x semaine selon le cas	Multiples : - Statut de réfugié - Demande d'asile - Problème de santé mentale, retard de développement, besoin de répit, - Besoin de nourriture, etc.
Hôpitaux (l'Hôpital général, le CHU Ste-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants - TS des hôpitaux, résidents, obstétrique, etc.	Travailleuse sociale Infirmière Médecin Sage-femme	1 x 2-3 semaines	Accouchement Problèmes de santé
Maison de naissance	Sage-femme		Accouchement Tests
Autres CSSS/CLSC/SIPPE	Travailleuse sociale Infirmière Médecin Sage-femme	Selon cas	Selon les cas
Médecins du Monde	Infirmière Médecin Sage-femme	Selon le cas	Suivi de grossesse Pas de carte NAM
Cliniques sans rendez-vous	Infirmière	Selon les cas	Problèmes de santé
Centre de pédiatrie sociale (CSPE CDN)	Éducateur spécialisé Psychoéducatrice	Quand suivi conjoint, plusieurs rencontres ou téléphones	Enfants avec des problèmes particuliers de développement
Doulas (Montreal Birth Companion, Alternative-Naissance, MotherWit Doula Care)	Infirmière Médecin Sage-femme	Après l'accouchement	Accompagnement à la naissance

PROTECTION DE LA JEUNESSE			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT(S) MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)/Batshaw	Travailleuse sociale Infirmière Médecin	Lorsque dossier conjoint, communication sur base régulière : 2 à 3 x semaine pendant 1 mois lors de cas de signalement	Signalement

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT(S) MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Divers	Travailleuse sociale Infirmière	1 x semaine Selon les cas	Référence Logement Défense des droits Travail Répit, etc.

IMMIGRATION			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT(S) MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Immigration Canada - démarches avec ou sans client	Travailleuse sociale Médecin	1 x semaine (dépend des cas)	Statut précaire Demande d'asile
Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles		5 à 6 x année	

SERVICES JURIDIQUES			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT(S) MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Avocats/aide juridique - immigration - droit de la famille - protection de la jeunesse - droits de la personne	Travailleuse sociale Médecin	1 x aux 2 semaines	Demande d'asile Viol Séparation Violence conjugale, etc.
Aide juridique (instance administrative)	Travailleuse sociale	quelques x année	

STATUT ÉCONOMIQUE-IDENTITÉ			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT(S) MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Aide sociale	Travailleuse sociale Infirmière	1 x aux 3 semaines	Revenu
Revenu Québec - prestation pour les enfants	Travailleuse sociale Infirmière	1 x mois	
Revenu Canada	Travailleuse sociale	1 x mois	Défense des droits
RAMQ	Travailleuse sociale Infirmière	1 x aux 3 semaines	Assurance-maladie
Directeur de l'état civil	Travailleuse sociale	1 x aux 2-3 mois	Défense des droits des personnes à l'étranger Déclaration de naissance

ÉCOLES			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Commissions scolaires - travailleuse sociales et, psychoéducatrices scolaires - administration	Travailleuse sociale Éducateur spécialisé Psychoéducatrice	1 x semaine	Suivis
Éducation pour adultes	Travailleuse sociale Infirmière	Au besoin	Parfois pour retour aux études des parents

MILIEU DE GARDE			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Garderies et CPE	Éducateur spécialisé Psychoéducatrice	Variable	Accompagnement Intégration Recherche de place

LOGEMENT			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Office municipal d'habitation	Travailleuse sociale Infirmière	1 x mois	État du logement État d'insalubrité Recherche de logement Plaintes
Organismes communautaires Ex. : l'ŒIL, comité logement	Travailleuse sociale Infirmière	3 à 4 x année	
Régie du logement Santé publique Ville de Montréal	Travailleuse sociale	Selon le cas	

TRAVAIL			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Centres de recherche d'emploi	Travailleuse sociale	1 x aux 3 semaines	Recherche d'emploi
Organismes communautaires	Travailleuse sociale	1 x aux 3 semaines	
CSST	Travailleuse sociale	Au besoin	Problèmes de santé

CENTRES DE CRISE			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Centres de crise	Travailleuse sociale	3 à 4 x année	Référence Violence conjugale
SOS violence conjugale	Travailleuse sociale	1 x mois	
Suicide Action Montréal	Travailleuse sociale	3 à 4 x année	
Maisons d'hébergement	Travailleuse sociale	Selon les cas	

SÉCURITÉ			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
SPVM et postes de police de quartier	Travailleuse sociale	1 x mois ou aux 6 semaines	Aller récupérer des effets dans l'appartement Information et renseignement Animation des groupes

POLITIQUE			
PARTENAIRE(s)	INTERVENANT MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Élus - fédéral - municipal - autres, selon dossier	Administration	Quelques x année	Logement Déportation

UNIVERSITÉS, MILIEUX DE FORMATION			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
UdeM Mc Gill UQAM	Équipe de gestion Équipe d'intervenants Médecins	15 à 20 x année	Recherche Conférences, ateliers Transfert de connaissances
UdeM McGill UQAM UQTR Collèges	Équipe de gestion Équipe d'intervenants Médecins	30 à 40 x année	Stages

ÉTHIQUE ET SUPERVISION CLINIQUE			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
Comité éthique des ordres professionnels	Toute l'équipe	1 x année	Renseignements Supervision clinique
Éthicien du CSSS de la Montagne	Toute l'équipe	Selon les cas	Consultation
Ethnopsychiatre	Toute l'équipe	Selon les cas	Consultation

GESTION/ADMINISTRATION			
PARTENAIRE(S)	INTERVENANT MB	FRÉQUENCE/INTENSITÉ	RAISON/BESOIN/CONTEXTE
CSSS de la Montagne - Direction générale - Direction des services médicaux et professionnels - Direction des ressources financières, informatiques et matérielles - Ressources humaines - Archives, GMF, mission universitaire, matériel	Équipe de gestion Équipe d'intervenants Médecins	Selon les demandes, besoins	Consultation Divers

Source : Atelier de travail à La Maison Bleue.

SECTION 2.1 DÉFINITION DES TYPES DE COÛTS

1. Coûts d'investissement

Ils comprennent les coûts d'achat du matériel informatique, médical, et du mobilier (meubles et chaises). L'ensemble des états financiers sur les cinq années d'exercice budgétaire couvrant le 1^{er} janvier 2009 au 31 mai 2013 du CSSSDLM et de La MB (2008-2009 à 2013-2014) a été analysé. Les coûts annuels ainsi que le coût moyen ont été actualisés avec des taux de 3 %, 5 % et 8 % (Montmarquette) afin d'obtenir des valeurs en dollars de 2013.

2. Coûts fixes de fonctionnement

Selon les états financiers de La MB et de la CSSSDLM de janvier 2009 à mai 2013, les frais fixes payés mensuellement par la MB sont les suivants : loyer; assurances; taxes, permis et cotisations; électricité et chauffage; télécommunications; frais bancaires et intérêts; publicité et promotion; entretien; courrier et frais postaux; salaires et avantages sociaux du personnel administratif OSBL; les frais de déplacements et de représentation; cellulaires, pagettes et cartes d'appels; véhicule à moteur; fond d'usage, etc.

3. Coûts variables de fonctionnement en lien avec l'institution Maison Bleue

Les coûts de fonctionnement en lien avec l'institution MB représentent tous les frais reliés aux actions n'impliquant pas directement les professionnels de santé de la MB. Ils correspondent à l'ensemble des dépenses effectuées pour l'achat des fournitures médicales, du petit matériel de bureau (papier, stylos, livres, etc.), le transport des usagers (autobus et taxis). Ils comprennent également les dépenses en : honoraires des consultants; *Doulas*; art thérapie, nourriture; projets extraordinaires; soirée-bénéfice; divers, etc.

4. Coûts variables de fonctionnement en lien avec la fréquentation des femmes

Il s'agit des coûts impliquant les professionnels de santé de La MB en lien avec les interventions faites auprès des femmes, des enfants et leurs conjoints. Ces coûts sont de trois ordres selon les activités réalisées : (1) les activités professionnelles répertoriées dans la banque de données I-CLSC; (2) les activités médicales en lien avec les médecins; (3) les activités non répertoriées formellement dans la banque I-CLSC. Ces dernières comprennent les rencontres de groupe de femmes; les rencontres d'équipe multidisciplinaire sans médecin; les rencontres cliniques quotidiennes (avec médecin); les rencontres prénatales; et d'autres activités non négligeables telles que les triages des références, les transferts des connaissances, les références vers d'autres organismes, etc.

SECTION 2.2 : COÛT D'UNE VISITE PROFESSIONNELLE NON MÉDICALE

Le tableau 9 montre que le coût moyen d'une *visite professionnelle* (autre que d'un médecin) pour une famille à la MB varie de 23,70 \$ (min.-max. : 17,39-30,00 \$) à 28,25 \$ (min.-max. : 20,62-35,57) en \$ de 2013 selon l'actualisation.

Tableau 9 : Coût d'une visite professionnelle moyenne pour une famille (sauf médecin)

N=4375	Coût par visite par famille (actualisé en dollars de 2013)		
Taux d'actualisation	Minimum	Moyen	Maximum
3 %	17,39	23,70	30,00
5 %	18,67	25,44	32,21
8 %	20,73	28,25	35,76

Pour les femmes, les coûts sont les suivants :

Tableau 10 : Coût d'une visite professionnelle moyenne par femme (sauf médecin)

N=2666	Coût par visite par famille (actualisé en dollars de 2013)		
Taux d'actualisation	Minimum	Moyen	Maximum
3 %	19,72	27,06	34,40
5 %	21,17	29,05	36,96
8 %	23,50	32,25	41,00

Pour les enfants :

Tableau 11: Coût d'une visite professionnelle moyenne par enfant (sauf médecin)

N=1664	Coût par visite par famille (actualisé en dollars de 2013)		
Taux d'actualisation	Minimum	Moyen	Maximum
3 %	9,87	13,10	16,34
5 %	10,58	14,04	17,50
8 %	11,72	15,55	19,38

Pour les conjoints :

Tableau 12 : Coût d'une visite professionnelle moyenne par conjoint (sauf médecin)

N=45	Coût par visite par famille (actualisé en dollars de 2013)		
Taux d'actualisation	Minimum	Moyen	Maximum
3 %	13,59	17,11	20,63
5 %	14,22	17,90	21,58
8 %	15,19	19,13	23,07

Le tableau 13 montre que le coût moyen d'une rencontre avec une infirmière pour une famille varie de 15,17 (min.-max.: 10,90-19,44) à 17,99 (min.-max.: 12,93-23,05) \$ de 2013 selon l'actualisation. Le coût moyen d'une rencontre avec la sage-femme varie de 27,69 (min.-max.: 20,56-34,83) à 33,28 (min.-max.: 24,70-41,85) \$ 2013. Le coût moyen d'une travailleuse sociale varie de 24,58 (min.-max.: 17,30-31,86) à 29,42 (min.-max.: 20,71-38,13) \$ 2013. Le coût moyen d'une visite d'une éducatrice varie de 28,35 (min.-max.: 23,51-33,20) à 33,19 (min.-max.: 27,52-38,86) \$ 2013. Le coût moyen d'une rencontre avec la psychoéducatrice varie de 15,31 (min.-max.: 10,78-19,85) à 16,98 (min.-max.: 11,95-22,01) \$ 2013.

Tableau 13 : Coût par visite professionnelle non-médicale par famille

			Coût par visite des professionnelles (actualisé en dollars de 2013)								
			3 %			5 %			8 %		
Professionnelle	Visites (N)	Durée moyenne (min.)	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.
180 - Infirmière	1 920	24,07	10,90	15,17	19,44	11,68	16,25	20,83	12,93	17,99	23,05
350 - Trav. soc./ag. int.	1 150	39,80	17,30	24,58	31,86	18,61	26,43	34,26	20,71	29,42	38,13
610 - Éducatrice/ Tech. éduc. spécialisée	839	54,43	23,51	28,35	33,20	25,05	30,21	35,37	27,52	33,19	38,86
620 - Psychoéducatrice	140	26,32	10,78	15,31	19,85	11,24	15,97	20,70	11,95	16,98	22,01
875 -Sage-femme	1 879	39,49	20,56	27,69	34,83	22,14	29,83	37,52	24,70	33,28	41,85
Total général	5 928	36,82	16,61	22,22	21,46	17,74	23,74	29,74	19,56	20,29	32,78

Les tableaux suivants (14, 15, 16) montrent les coûts par visite professionnelle non médicale pour les femmes, enfants et conjoints :

Tableau 14 : Coût par visite professionnelle non-médicale par femme

			Coût par visite des professionnelles (actualisé) en dollars de 2013								
			3 %			5 %			8 %		
Professionnelle	Visites (N)	Durée moyenne (min.)	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.
180 - Infirmière	620	34,71	16,26	22,63	28,99	17,52	24,37	31,22	19,54	27,19	34,83
350 - Trav. soc./ag. int	1 150	39,80	17,30	24,58	31,86	18,61	26,43	34,26	20,71	29,42	38,13
610 - Éducatrice/ tech. éduc. spécial.	211	66,07	33,13	39,97	46,80	35,54	42,87	50,20	39,43	47,56	55,68
620 Psychoéduc.	140	26,32	10,78	15,31	19,85	11,24	15,97	20,70	11,95	16,98	22,01
875 – Sage- femme	1 617	44,06	23,34	31,44	39,54	25,14	33,87	42,60	28,06	37,80	47,54
Total général	3 738	42,19	20,16	26,79	27,04	21,61	28,7	35,8	23,94	25,91	39,64

Tableau 15 : Coût par visite professionnelle non-médicale par enfant

			Coût par visite des professionnelles (actualisé) en dollars de 2013								
			3 %			5 %			8 %		
Professionnelle	Visites (N)	Durée moyenne (min.)	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.
180 - Infirmière	1275	19,04	8,55	11,89	15,24	9,11	12,68	16,26	10,02	13,95	17,88
610- Éducatrice/tech . éduc. spécial.	513	50,44	20,81	25,10	29,39	22,23	26,82	31,40	24,53	29,58	34,64
875 - Sage- femme	262	11,30	5,69	7,66	9,64	6,10	8,22	10,34	6,77	9,12	11,47
Total général	2050	26,93	11,68	14,88	18,09	12,48	15,91	19,34	13,77	17,55	21,33

Tableau 16 : Coût par visite professionnelle non-médicale par conjoint

			Coût par visite des professionnelles (actualisé) en dollars de 2013								
			3 %			5 %			8 %		
Professionnelle	Visites (N)	Durée moyenne (min.)	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.	Min	Moy.	Max.
180- infirmière	25	17,16	7,18	9,99	12,81	7,51	10,46	13,41	8,03	11,19	14,34
610 - Éducatrice/tech. éduc. spécial.	89	49,80	24,16	29,17	34,17	24,88	30,03	35,19	25,97	31,36	36,74
Total général	114	33,48	15,67	19,58	23,49	16,20	20,25	24,3	17,00	21,28	25,54

SECTION 2.3 : COÛTS PAR ACTIVITÉS

Le tableau 17 présente les *coûts des activités* ayant été effectuées au moins 20 fois dans un suivi de 18 mois, pour la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 mai 2013. Ces activités représentent un peu plus de 95 % de l'ensemble des activités réalisées auprès des femmes dans cette période.

Tableau 17 : Coût pour chaque activité par famille

Acte			Coût par activité (actualisé) en dollars de 2013								
	Taux d'actualisation		3 %			5 %			8 %		
	Visites (N)	Durée moyenne des actes (min.)	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.
6700 - Actions d'observ. ou suivi	1 994	29,67	13,63	18,68	23,73	14,66	20,09	25,52	16,32	22,36	28,41
6500 - Actions évaluation/rééval.	608	46,65	22,49	29,35	36,21	24,00	31,33	38,67	26,43	34,52	42,60
6800 - Actions d'immunisation	556	18,72	8,31	11,57	14,83	8,84	12,31	15,78	9,69	13,49	17,29
7131 - Postnatalité	503	28,43	14,42	19,51	24,59	15,49	20,95	26,42	17,21	23,28	29,35
7132 - Prénatalité	349	41,68	21,30	28,77	36,24	22,95	31,00	39,05	25,62	34,60	43,58
6000 - Démarches pour l'usager	301	44,38	19,71	27,13	34,56	21,15	29,12	37,09	23,46	32,32	41,17
7700 - Act. à caract. psychosocial	254	47,33	22,12	30,84	39,57	23,76	33,15	42,54	26,42	36,87	47,33
7151 - Allaitement maternel	175	41,83	24,12	32,56	41,01	26,02	35,12	44,23	29,08	39,25	49,43
7200 - Act.educ./Prev. psycho.	128	38,87	16,04	21,86	27,68	16,75	22,84	28,92	17,85	24,35	30,84
6400 - Ordonn./recommand. prof.	115	46,22	18,64	23,26	27,87	19,44	24,28	29,11	20,69	25,87	31,06
7703 - Intervent. situation de crise	74	54,61	21,07	29,44	37,81	22,82	31,89	40,96	25,66	35,86	46,07
7000 - Act. éduc/ prév. alim./nutrit.	71	18,51	8,26	11,49	14,73	8,73	12,15	15,57	9,47	13,17	16,88
6550 - Pours. d'évaluation/rééval.	68	46,57	17,79	21,76	25,74	18,45	22,58	26,72	19,47	23,85	28,23
9900 - Autres actions	65	15,06	12,05	15,33	18,61	13,06	16,60	20,13	14,71	18,66	22,61
6050 - Poursuite de démarche	65	29,00	11,35	13,93	16,51	11,85	14,54	17,24	12,63	15,50	18,37
9100 - Concertation clinique	63	27,04	10,65	13,43	16,20	11,36	14,32	17,28	12,50	15,74	18,99

Tableau 18 : Coût pour chaque activité par femme

Acte			Coût par activité (actualisé) en dollars de 2013								
	Taux d'actualisation		3 %			5 %			8 %		
	Visites (N)	Durée moyenne des actes (min.)	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.
6700 - Actions d'observ. ou suivi	1 373	33,47	15,70	21,57	27,43	16,92	23,24	29,56	18,89	25,94	32,99
6500 - Actions évaluation/rééval.	340	50,38	26,68	36,28	45,87	28,64	38,95	49,26	31,80	43,25	54,70
6800 - Actions d'immunisation	6	30,00	13,80	19,21	24,61	14,91	20,75	26,59	16,72	23,27	29,82
7131 - Postnatalité	262	44,12	24,50	33,13	41,76	26,32	35,59	44,86	29,24	39,54	49,85
7132 - Prénatalité	349	41,68	21,30	28,77	36,24	22,95	31,00	39,05	25,62	34,60	43,58
6000 - Démarches pour l'usager	275	44,15	19,64	27,52	35,40	21,12	29,58	38,05	23,49	32,90	42,31
7700 - Act. à caract. psychosocial	245	46,63	21,61	30,39	39,17	23,29	32,75	42,21	25,98	36,54	47,10
7151 - Allaitement maternel	173	41,76	24,12	32,54	40,97	26,00	35,09	44,17	29,05	39,19	49,34
7200 - Act. éduc./Prév. psycho.	89	42,25	18,21	25,87	33,52	19,07	27,09	35,11	20,41	29,00	37,58
6400 – Ordonn./Recommand. profess.	92	41,14	14,84	18,95	23,06	15,63	19,98	24,33	16,89	21,61	26,34
7703 - Intervent. situation de crise	71	54,93	20,97	29,36	37,75	22,73	31,83	40,92	25,58	35,83	46,07
7000 - Act. éduc./Prév. alim./nutrit.	1	30,00	13,64	18,97	24,30	14,45	20,10	25,74	15,72	21,87	28,01
6550 - Poursuite d'évaluation/rééval.	25	52,40	17,11	20,75	24,39	17,74	21,51	25,29	18,70	22,68	26,66
9900 - Autres actions	58	8,97	6,82	9,20	11,58	7,30	9,84	12,39	8,08	10,88	13,67
6050 - Poursuite de démarche	39	34,87	11,78	14,81	17,83	12,27	15,43	18,58	13,03	16,38	19,74
9100 - Concertation clinique	41	26,34	10,13	13,35	16,56	10,76	14,17	17,57	11,75	15,47	19,18

Tableau 19 : Coût pour chaque activité par enfant

Acte			Coût par activité (actualisé) en dollars de 2013								
	Taux d'actualisation		3 %			5 %			8 %		
	Visites (N)	Durée moyenne des actes (min.)	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.
6700 - Actions d'observ. ou suivi	588	20,84	9,35	12,80	16,25	10,03	13,73	17,42	11,12	15,21	19,31
6500 - Actions évaluation/rééval.	256	41,62	18,77	23,21	27,65	19,91	24,62	29,32	21,73	26,85	31,98
6800 - Actions d'immunisation	547	18,60	8,26	11,50	14,74	8,79	12,23	15,68	9,63	13,40	17,18
7131 - Postnatalité	241	11,37	5,73	7,77	9,80	6,16	8,35	10,53	6,85	9,28	11,71
6000 - Démarches pour l'usager	21	48,57	19,81	23,89	27,97	21,22	25,58	29,95	23,48	28,31	33,15
7700 - Act. à caract. psychosocial	1	11,88	5,03	6,11	7,20	5,23	6,35	7,48	5,53	6,72	7,92
7151 - Allaitement maternel	2	48,00	15,58	21,67	27,76	17,15	23,86	30,56	19,74	27,46	35,19
7200 - Act. éduc./Prév. psycho.	38	31,26	12,57	15,25	17,94	13,03	15,81	18,59	13,73	16,67	19,60
6400 – Ordonn./recommand. prof.	4	54,00	24,76	29,87	34,98	25,44	30,70	35,95	26,48	31,95	37,42
7703 - Intervent. situation de crise	1	60,00	25,40	30,88	36,36	26,40	32,09	37,79	27,93	33,95	39,98
7000 - Act. éduc./prév.alim./nutrition	70	18,34	8,21	11,43	14,64	8,68	12,08	15,48	9,41	13,10	16,79
6550 - Pours. d'évaluation/rééval.	28	41,46	15,13	18,29	21,45	15,65	18,91	22,18	16,44	19,88	23,31
9900 - Autres actions	7	65,55	31,34	37,63	43,93	34,25	41,13	48,01	39,05	46,89	54,73
6050 - Poursuite de démarche	19	18,47	9,16	11,10	13,04	9,72	11,78	13,83	10,60	12,85	15,09
9100 - Concertation clinique	16	35,23	10,66	12,99	15,33	11,46	13,98	16,49	12,76	15,56	18,36

Tableau 20 : Coût pour chaque activité par conjoint

Acte			Coût par activité (actualisé) en dollars de 2013								
	Taux d'actualisation		3 %			5 %			8 %		
	Visites (N)	Durée moyenne des actes (min.)	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.	Min.	Moy.	Max.
6700 - Actions d'observ. ou suivi	33	28,81	13,08	16,68	20,29	13,55	17,29	21,03	14,29	18,24	22,20
6500 - Actions évaluation/rééval.	12	48,00	19,70	24,20	28,70	20,36	25,03	29,69	21,38	26,29	31,20
6800 - Actions d'immunisation	3	18,00	8,17	11,36	14,56	8,63	12,01	15,39	9,37	13,03	16,70
6000 - Démarches pour l'usager	5	29,41	23,66	28,40	33,15	24,13	28,97	33,81	24,84	29,82	34,80
7700 - Act. à caract. psychosocial	8	73,13	42,43	51,01	59,59	43,42	52,20	60,99	44,92	54,01	63,10
7200 - Act. éduc./Prev. psycho.	1	27,00	11,43	13,90	16,36	11,88	14,44	17,00	12,57	15,28	17,99
6400 - Ordonn./recommand. prof.	19	69,16	30,25	36,54	42,83	31,14	37,62	44,09	32,49	39,25	46,02
7703 - Intervent. situation de crise	2	40,44	24,23	29,25	34,27	25,65	30,96	36,28	27,88	33,66	39,43
6550 - Pours. d'évaluation/rééval.	11	41,43	21,05	25,55	30,04	21,82	26,48	31,13	22,99	27,90	32,81
6050 - Poursuite de démarche	7	24,86	13,43	16,18	18,93	13,77	16,58	19,40	14,28	17,20	20,12
9100 - Concertation clinique	6	9,96	4,60	5,60	6,59	4,78	5,82	6,85	5,06	6,15	7,24

SECTION 2.4 : COÛTS DES VISITES MÉDICALES

Le coût d'une visite médicale a été calculé en tenant compte: des taux horaires des médecins pour les années financières 2008-2009 à 2013-2014 issus des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ); du nombre d'heures travaillées par semaine ainsi que du nombre de patients (femmes, enfants et conjoints) examinés par jour.

Selon les données de La MB, un temps médecin représente environ 16 heures par semaine, soit un peu plus de trois heures par jour pour cinq jours/semaine. Ainsi, un minimum de six (6) et un maximum de huit (8) patients sont rencontrés par jour par plage horaire de la médecin. Le coût d'une visite médicale est calculé en multipliant le taux horaire, le nombre d'heures travaillées par semaine et le nombre de semaines dans l'année (48); le résultat est ensuite divisé par le nombre total de visites médicales effectuées dans l'année (nombre de patients par semaine multiplié par 48).

Les résultats présentés dans le tableau 21 montrent que le coût des visites médicales varie de 58,48 à 66,03 \$ 2013 selon le taux d'actualisation lorsque le médecin rencontre en moyenne six (6) patients par semaine. Ce coût est plus faible, soit de 43,86 à 49,52 \$ 2013 lorsque le médecin rencontre en moyenne huit (8) patients par semaine.

Tableau 21 : Coût d'une visite de médecin en dollars de 2013

Taux d'actualisation	Nombre de patients rencontrés par jour	
	Six (6)	Huit (8)
3 %	58,48	43,86
5 %	61,38	46,04
8 %	66,03	49,52

SECTION 2.5: COÛT DES ACTIVITÉS NON RÉPERTORIÉES DANS I-CLSC

(1) Coût des rencontres de groupe des femmes sans médecin

Le tableau 21 indique, pour un taux d'actualisation de 3 %, les rencontres de groupes de femmes en l'absence des suivis prénataux de groupes avec médecin coûtent au total entre un peu plus de 18 992 et 30 879 \$ 2013 par an, avec une moyenne d'environ 24 900 \$ par année. Une rencontre de groupe coûte entre 26,60 et 43,25 \$ 2013 de l'heure avec moyenne de 34,92 \$ de l'heure.

Tableau 21 : Coûts des rencontres de groupes de femmes (sans médecin)

Taux d'actualisation	Coût total annuel par intervention de groupe (sans M.D.)			Coût horaire d'une intervention de groupe (sans M.D.)		
	Min.	Moyen	Maximum	Min.	Moyen	Maximum
3 %	18 992,41	24 935,71	30 879,00	26,60	34,92	43,25
5 %	19 989,31	26 241,81	32 494,31	28,00	36,75	45,51
8 %	21 577,42	28 322,26	35 067,10	30,22	39,67	49,11

(2) Coût des rencontres d'équipe multidisciplinaire

Les rencontres d'équipe multidisciplinaires sont des activités fixes, mais variables selon la fréquentation des femmes. Le tableau 22 indique que, pour un taux d'actualisation de 3 %, les rencontres d'équipe multidisciplinaire de professionnelles (sans le médecin) coûtent au total entre un peu plus de 19 117 et 32 549 \$ 2013 par an, avec une moyenne d'environ 25 833 \$ par année. Une rencontre multidisciplinaire coûte entre 122,55 et 208,65 \$ 2013 de l'heure avec moyenne de 165,60 \$ de l'heure.

Tableau 22 : Coûts des rencontres d'équipe multidisciplinaires

Taux d'actualisation	Coût total annuel des rencontres multidisciplinaires (sans M.D.)			Coût horaire d'une rencontre multidisciplinaire (sans M.D.)		
	Minimum	Moyen	Maximum	Minimum	Moyen	Maximum
3 %	19 117,36	25 833,30	32 549,24	122,55	165,60	208,65
5 %	20 089,43	27 141,98	34 194,54	128,78	173,99	219,20
8 %	21 635,49	29 223,06	36 810,62	138,69	187,33	235,97

(3) Coûts des rencontres cliniques avec le médecin

Le tableau 23 indique, pour un taux d'actualisation de 3 %, que les rencontres cliniques avec le médecin coûtent au total entre un peu plus de 22 476 et 31 430 \$ 2013 par an, avec une moyenne d'environ 26 953 \$ par année. Une rencontre clinique avec le médecin coûte entre 226,99 et 317,41 \$ 2013 de l'heure, avec une moyenne de 272,20 \$ de l'heure.

Tableau 23 : Coûts des rencontres cliniques avec médecin

Taux d'actualisation	Coût total annuel des rencontres cliniques (avec M.D.)			Coût horaire des rencontres cliniques (avec M.D.)		
	Minimum	Moyen	Maximum	Minimum	Moyen	Maximum
3 %	22 476,35	26 953,65	31 430,94	216,12	259,17	302,22
5 %	23 607,37	28 309,07	33 010,78	226,99	272,20	317,41
8 %	25 410,59	30 468,96	35 527,34	244,33	292,97	341,61

(4) Coûts d'autres activités non répertoriées non négligeables

Le tableau 24 indique, pour un taux d'actualisation de 3 %, que les activités non répertoriées non négligeables représentant 5% du temps par semaine coûtent au total entre un peu plus de 12 744 et 21 699 \$ 2013 par an, avec une moyenne d'environ 17 222 \$ par année. Le coût horaire d'une activité non répertoriée non négligeable se situe entre 122,55 et 208,65 \$ 2013 de l'heure, avec une moyenne de 165,60 \$ de l'heure.

Tableau 24 : Coût de 2 heures d'autres activités non répertoriées et non négligeables (5 % du temps/semaine) par an.

Taux d'actualisation	Coût total annuel de 2 heures des autres activités non négligeables (sans M.D.)			Coût horaire des autres activités non négligeables (Sans M.D.)		
	Minimum	Moyen	Maximum	Minimum	Moyen	Maximum
3 %	12 744,90	17 222,20	21 699,49	122,55	165,60	208,65
5 %	13 392,95	18 094,66	22 796,36	128,78	173,99	219,20
8 %	14 423,66	19 482,04	24 540,41	138,69	187,33	235,97

Le tableau 25 indique que pour un taux d'actualisation de 3 %, les activités non répertoriées non négligeables représentant 10 % du temps par semaine coûtent au total entre un peu plus de 25 489 et 43 398 \$ (2013) par an, avec une moyenne d'environ 34 444 \$ par année.

**Tableau 25 : Coût de 4 heures d'autres activités non répertoriées et non négligeables
(10 % du temps/semaine)**

Taux d'actualisation	Coût total annuel de 4 heures des autres activités non négligeables (sans M.D.)			Coût horaire des autres activités non négligeables (sans M.D.)		
	Minimum	Moyen	Maximum	Minimum	Moyen	Maximum
3 %	25 489,81	34 444,40	43 398,98	122,55	165,60	208,65
5 %	26 785,90	36 189,31	45 592,72	128,78	173,99	219,20
8 %	28 847,32	38 964,07	49 080,83	138,69	187,33	235,97

Auteurs

Magalie Morel, Maeve Hauteceur et Nathalie Dubois.

Faits saillants

Les données présentées dans ce chapitre dressent le portrait de la situation qui prévaut dans les quartiers Côte-des-Neiges et Parc-Extension. Il est possible de constater que la situation socioéconomique des résidents de ces quartiers se situe en deçà des moyennes à l'échelle montréalaise. En fait, ils se trouvent en situation de défavorisation et de pauvreté, menant à une plus grande vulnérabilité.

Quartier Côte-des-Neiges

Le secteur desservi par le CLSC de Côte-des-Neiges présente une population de 132 595 habitants en 2011. Cette dernière est d'ailleurs caractérisée par une majorité d'individus appartenant au groupe d'âge des 20-44 ans (38,9 %). En 2006, la plupart des gens de ce secteur étaient mariés et les familles monoparentales représentaient tout au plus 28,2 % de la population. Les enfants âgés de 0 à 17 s'élevaient au nombre de 15 170, et 3 295 d'entre eux vivaient dans une famille monoparentale. Un peu plus de 50 % de la population de ce secteur occupait un emploi en 2006. Le taux de chômage y apparaît plus important chez les parents immigrants dont les enfants sont âgés de 0 à 17 ans puisqu'en 2006, 15,0 % d'entre eux se retrouvent dans cette situation. En dépit de revenus issus de l'emploi, les familles biparentales de ce quartier disposent d'un revenu inférieur au revenu médian montréalais en affichant, en 2005, un revenu de 47 617 \$. La situation des familles monoparentales est comparable à la situation montréalaise. Bien que le revenu médian soit relativement élevé pour les familles biparentales, un bon nombre de familles du secteur de Côte-des-Neiges vit sous le seuil de faible revenu en 2005, ce taux s'élevant à 25,5 % pour les familles biparentales et atteint 38,4 % chez les familles monoparentales. Le taux de diplomation chez les résidents est relativement élevé puisque dans le secteur Sud, ce sont 67,0 % des personnes qui sont titulaires d'un baccalauréat alors qu'ils sont 46,5 % dans le secteur Nord. Parmi les familles de Côte-des-Neiges, celles considérées comme natives affichent un taux de diplomation de 69,2 % alors que celui-ci s'élève à 50,1 % chez les immigrants. En ce qui concerne l'immigration dans ce secteur, les chiffres indiquent qu'en 2006, on y retrouvait 58 390 immigrants. De ce nombre, 30,5 % étaient issus de l'immigration récente, c'est-à-dire, qu'ils étaient arrivés en territoire canadien au cours des cinq années précédant le recensement. La plupart des personnes de Côte-des-Neiges étaient en mesure de s'exprimer en français et en anglais dans une proportion de 61,0 % en 2011.

Au plan des naissances, entre 2008 et 2011, 1 331 enfants ont vu le jour sur ce territoire. Pour la majorité de ces naissances, les mères étaient âgées de 25 à 34 ans, et ces dernières étaient nées à l'extérieur du Canada (CDN-Sud : 76,3 %; CDN-Nord : 86,2 %). Les mères de Côte-des-Neiges sont scolarisées, puisqu'elles ont réalisé plus de 12 années d'études (CDN-Sud : 88,3 %; CDN-Nord : 78,1 %). L'accouchement est de type vaginal dans une proportion supérieure à 73 %. Peu d'enfants de ce secteur présentent un retard de croissance intra-utérin (14 %). Enfin, la majorité des femmes y pratiquent l'allaitement.

Quartier Parc-Extension

Le secteur du CLSC de Parc-Extension possède une population s'élevant à 30 907 habitants en 2011, caractérisée par une majorité d'individus appartenant au groupe d'âge des 20-44 ans (39,1 %). Les couples mariés comptent pour 49,8 % de la population de ce secteur. La proportion de familles monoparentales s'élevait, pour 2006, à 28,2 % de la population. Sur les 3 810 enfants des familles de Parc-Extension, 775 d'entre eux vivaient en familles monoparentales. Le taux d'emploi est relativement faible dans ce quartier, sous la proportion montréalaise (58,0 %) en 2006, puisque seul 44,0 % de la population indique occuper un emploi. Le taux de chômage y est particulièrement élevé (18,1 %). Parmi les familles du secteur, celles issues de l'immigration affichent un taux de chômage supérieur (20,6 %) aux familles natives (7,3 %). Près de 33,3 % de la population de ce secteur a recours aux transferts gouvernementaux pour assurer ses revenus. Le revenu médian pour les familles biparentales y est d'ailleurs inférieur à celui de Montréal, s'élevant à peine à 33 563 \$; celui des familles monoparentales atteint les 20 367 \$, ce qui demeure inférieur au revenu médian pour le territoire montréalais. Le taux de faible revenu est particulièrement élevé dans ce quartier, autant pour les familles natives (40,3 %) qu'immigrantes (48,0 %). Les familles monoparentales vivent en situation de précarité, car 60,0 % d'entre elles se trouvent sous le seuil du faible revenu. Le taux de scolarité dans Parc-Extension y est inférieur à la proportion montréalaise. En effet, 41,5 % de la population de 15 ans et plus est sans diplôme. Seuls 17,7 % des parents natifs et 16,6 % des parents immigrants ont un diplôme. La population immigrante de Parc-Extension s'élève, en 2006, à 18 645 personnes, ce qui représente 61,6 % du secteur. De ce nombre, 29,4 % sont issus de l'immigration récente (2001-2006). 41,4 % de la population du quartier est en mesure de s'exprimer en français et en anglais et 10,9 % ne peut s'exprimer dans ni l'une ni l'autre de ces langues officielles.

En ce qui a trait aux naissances dans le territoire de Parc-Extension, 493 enfants ont vu le jour entre 2008 et 2011. À l'instar du secteur de Côte-des-Neiges, les mères âgées de 25 à 34 ans ont été les plus nombreuses. Parmi celles-ci, 87,4 % sont nées à l'extérieur du Canada. Une faible majorité des mères de ce secteur ont réalisé plus de douze années d'études (59,2 %). L'accouchement vaginal est le plus fréquent (73,7 %). 11,5 % des naissances du secteur de Parc-Extension présentent un retard de croissance intra-utérin. Enfin, l'allaitement est pratiqué par la majorité des mères.

Introduction

Ce chapitre dresse le portrait des populations visées par les interventions de La Maison Bleue en portant un regard sur la situation socioéconomique qui prévaut dans les quartiers Côte-des-Neiges (CDN) et Parc-Extension (PE). Il importe d'emblée de noter que les populations de ces quartiers font partie des plus défavorisées de l'île de Montréal. Les femmes y sont alors en contexte de vulnérabilité et de précarité accrue lors de la venue d'un enfant. L'examen de diverses variables socioéconomiques⁶⁵ permettra de saisir avec plus d'acuité l'état de la situation⁶⁶.

⁶⁵ Des données sociodémographiques issues de recensement de la population canadienne produites par Statistique Canada, de même que celles émanant de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal, du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montagne ou encore de la Ville de Montréal sont mises à profit pour réaliser ce portrait de la situation dans les quartiers CDN et PE.

⁶⁶ Il importe cependant de noter, avant d'aller plus loin, que les données du recensement de 2011 doivent être envisagées avec la plus grande prudence, puisque des changements ont été apportés au questionnaire utilisé pour procéder au recueil de

Un portrait des quartiers et de leur territoire sociosanitaire sera présenté en traitant de différents éléments : (1) géographie du territoire; (2) profil sociodémographique; (3) ménages privés; (4) état matrimonial et familles; (5) situation économique; (6) logement; (7) scolarité; (8) citoyenneté et immigration; (9) profil linguistique; (10) maternité. Au regard de ces données, une synthèse sera proposée.

Différentes sources de données sont mises à profit pour établir le portrait sociodémographique et sociosanitaire des quartiers Côte-des-Neiges et Parc-Extension : Institut de la statistique du Québec (ISQ), CSSS de la Montagne, Direction de santé publique (DSP) de l'ASSS de Montréal, Ville de Montréal. Ces organisations ont en commun de faire appel aux productions de Statistique Canada. Les prochaines sections feront ainsi un aller-retour entre ces multiples sources pour décrire ces territoires selon différentes variables.

1.1 Géographie du territoire

Il importe de noter d'emblée la complexité territoriale montréalaise. Les frontières politiques et sociosanitaires ne correspondent pas. Malgré l'intérêt pour les données sociodémographiques produites par la Ville décrivant les districts électoraux, ces dernières ne permettent pas une description adéquate du territoire sociosanitaire du CSSS de la Montagne. Aux fins du présent exercice, les limites territoriales du CSSS de la Montagne seront considérées. Il importe de noter également qu'au sein du territoire du CLSC de Côte-des-Neiges, d'autres subdivisions territoriales sont présentes. Paquin (2009) décrit la population de ce CLSC en utilisant le vocable de Côte-des-Neiges-Nord (CDN-Nord) et Côte-des-Neiges-Sud (CDN-Sud). Aux fins du présent exercice, seuls CDN-Nord et CDN-Sud seront considérés.

Le territoire du CSSS de la Montagne se compose de différents quartiers et secteurs : Côte-des-Neiges de l'arrondissement Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce, Parc-Extension de l'arrondissement Villieray-Saint-Michel-Parc-Extension, Outremont; le district Peter-McGill de l'arrondissement Ville-Marie; une partie de l'arrondissement Plateau Mont-Royal, de Mont-Royal et Westmount. L'offre de services de soins de santé et des services sociaux de ce CSSS se répartit dans trois CLSC : Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension⁶⁷.

1.2 Profil sociodémographique

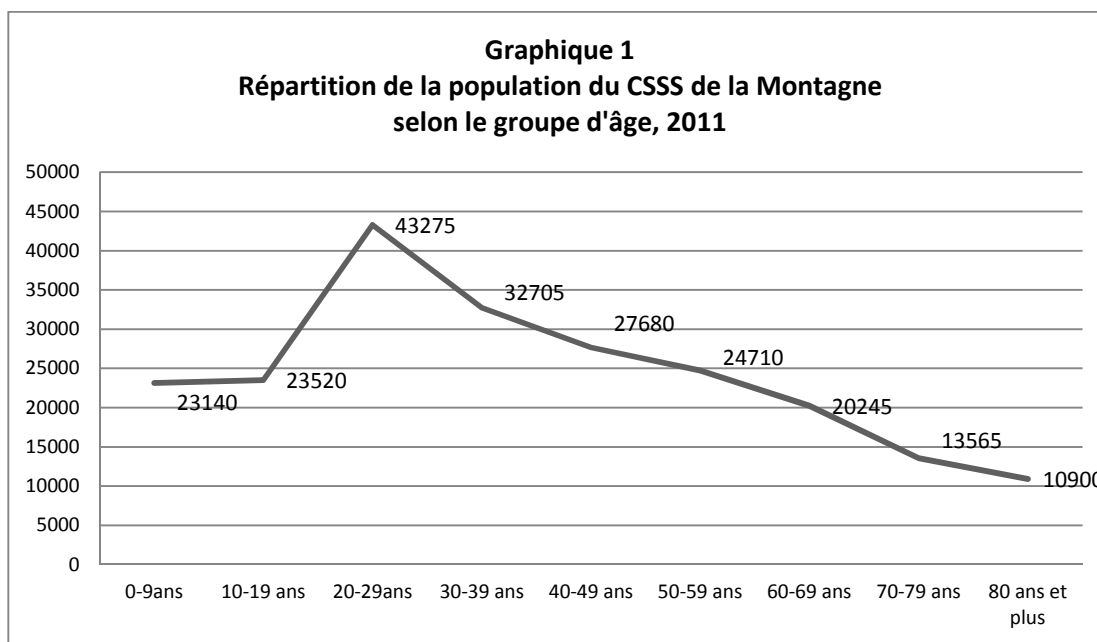
Le tableau 1 propose des données pour le recensement de 2011. En somme, les populations qui composent les territoires des CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension sont plus jeunes que la moyenne montréalaise. Si de façon globale, la démographie de Montréal démontre un vieillissement de la population, certains territoires présentent un phénomène inverse.

l'information. En effet, le questionnaire long a été aboli au profit d'un questionnaire court de dix questions. Ce questionnaire long, qui permettait de collecter des données de diverses natures contribuant à dresser un portrait plus précis des collectivités canadiennes a été remplacé par une *Enquête nationale auprès des ménages (ENM)*, à caractère facultatif. Puisqu'il s'agissait d'une participation volontaire, le taux global de non-participation (TGN) est important. Pour le Québec, ce dernier s'élève à 22,4 % (Crépuq, 2014)

⁶⁷ CSSS de la Montagne (2014). *Territoire*. En ligne : <http://www.csssdelamontagne.qc.ca/votre-csss/qui-nous-sommes/territoire/>
Consulté le 10 avril 2014.

Tableau 1 Population, en 2011, Côte-des-Neiges et Parc-Extension⁶⁸				
	Côte-des-Neiges		Parc-Extension	
Âge	n	%	n	%
Total	130 760	100,0	29 285	100,0
0-4 ans	8 330	6,4	2 170	7,4
5-19 ans	23 000	17,6	4 805	16,4
20-44 ans	50 875	38,9	11 465	39,1
45-64 ans	29 865	22,8	6 770	23,1
65 ans et plus	18 695	14,3	4 060	13,9
0-5 ans	9 920	7,6	2 555	8,7
5-11 ans	10 475	8,0	2 390	8,2
12-17 ans	9 055	6,9	1 845	6,3

Malgré quelques fluctuations, les territoires de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension maintiennent leur population. Le graphique 1 permet d'illustrer visuellement comment s'articule la population des territoires visés selon différents groupes d'âge.⁶⁹ Les 20-29 ans constituent le groupe le plus important, ce qui est en congruence avec les données présentées précédemment. La présence d'établissements d'enseignements universitaires joue certainement un rôle dans la répartition de la population dans ce secteur.



⁶⁸ Données produites par le secteur SÉSAM de la DSP pour le présent exercice.

⁶⁹ ASSS de Montréal. *Espace montréalais d'information sur la santé (EMIS)* [<http://emis.santemontreal.qc.ca/>] Données tirées de Statistique Canada, CO-1326, Tableau 2 : âge (131) et sexe (3) pour la population de la région de Montréal, les CSSS, les CLSC et les voisinages, Recensement 2011, Janvier 2013. Reproduit et diffusé avec la permission de Statistique Canada.

1.2.1 Les ménages privés

Cette section se penche sur la situation des habitants selon la définition de ménage privé correspondant à l'occupation, par une ou plusieurs personnes, d'un logement privé considéré comme le domicile principal de ses occupants au Canada (Statistique Canada, 2012).

Selon le tableau 2, les répondants affirment pour la plupart vivre au sein d'un ménage familial. Le mode d'habitation individuelle est en réalité peu présent sur ces territoires : seulement 12,9 % (PE) et 22,3 % (CDN-Sud) des résidents vivent seuls. Cette statistique apparaît étonnante au regard de la taille des ménages privés, où la majorité est composée de plus de deux personnes (Tableau 3).

Tableau 2									
Personnes vivant en ménage privé selon leur situation familiale, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2006 ^{70 71}									
Territoire	Personnes vivant dans les familles		Personnes vivant hors famille						Total
			Avec parent(s)		Avec non-parent(s)		Seules		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
CDN-Sud	19 760	83,9	1 350	4,4	2 890	9,3	8 905	22,3	30 935
CDN-Nord	42 550	71,6	2 240	4,0	2 950	5,3	8 145	14,8	55 945
PE	24 250	80,2	820	3,0	1 175	3,9	3 910	12,9	30 250

Tableau 3 Taille des ménages privés, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2006^{72 73}										
Territoire	1 personne		2 personnes		3 personnes		4-5 personnes		6 personnes ou plus	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CDN-Sud	6 935	44,5	4 665	30,0	2 080	13,4	1 720	11,0	185	1,2
CDN-Nord	8 175	35,2	6 385	27,5	3 720	16,0	4 080	17,8	885	3,8
PE	3 910	32,7	3 020	25,3	1 975	15,6	2 515	21,1	525	4,4

⁷⁰ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009a), p. 13.

⁷¹ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 11.

⁷² CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009a), p. 15.

⁷³ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 13.

1.2.2 État matrimonial et famille

En ce qui concerne l'état matrimonial, on peut constater qu'une majorité de la population est mariée (tableau 4). Dans CDN-Sud, on retrouve cependant une majorité de célibataires (49,8 %), ce qui contraste avec les autres territoires. La proportion de gens mariés frôle les 50 % dans CDN-Nord et dans Parc-Extension. Ce tableau ne tient cependant pas compte des unions libres.

Tableau 4 Population totale de 15 ans et plus selon l'état matrimonial légal, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2006^{74 75}					
Territoire	Célibataire %	Marié(e) %	Séparé(e) %	Divorcé(e) %	Veuf(ve) %
CDN-Sud	49,8	33,5	2,6	8,7	5,5
CDN-Nord	39,2	44,5	2,9	7,3	6,1
PE	34,8	49,8	3,2	6,9	5,5

La structure familiale dans Côte-des-Neiges et Parc-Extension se caractérise principalement par une forte majorité de couples *mariés*, particulièrement dans Parc-Extension où ces derniers représentent 72,8 % des cas (Tableau 5). La majorité des familles de recensement vivant en union libre se retrouve dans CDN-Sud (18,5 %). Les familles monoparentales représentent près de 20 % de la population pour chacun des secteurs.

Tableau 5 Familles de recensement selon leur structure, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2006^{76 77}							
Territoire	Familles comptant un couple				Famille monoparentale		Total
	Marié		Union libre				
	n	%	n	%	n	%	n
CDN-Sud	4 440	62,8	1 315	18,5	1 335	18,8	7 060
CDN-Nord	9 455	68,4	1 370	9,9	2 980	21,6	13 825
PE	5 605	72,8	480	6,0	1 655	21,4	7 725

La monoparentalité est donc un phénomène plus fréquent dans ces territoires que l'union libre. Il importe de déterminer dans quel type de structure familiale se répartissent les enfants de ces secteurs. Le tableau 6 fournit donc un aperçu sur cette question. À l'échelle locale, le territoire du CLSC de Parc-Extension comporte la proportion la plus élevée de familles en 2011. Sur le territoire de Côte-des-Neiges, les proportions des différents types de familles demeurent supérieures à celles de Montréal et fluctuent peu au fil des ans.

⁷⁴ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009a), p. 20.

⁷⁵ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 18.

⁷⁶ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009a), p. 21.

⁷⁷ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 19.

Tableau 6 Répartition de la population selon le type de famille sur les territoires de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2011⁷⁸				
Type de familles	CDN		PE	
	n	%	n	%
Avec enfants	20 915	67,0	5 235	71,6
Monoparentales	5 920	28,3	1 575	30,1
Monoparentales (2 enfants)	2 140	10,2	605	11,6
Avec enfants de 0-17 ans	15 100	72,2	3 490	66,7
Monoparentales avec enfants de 0-17 ans	3 225	15,4	785	15,0
Monoparentales (mères) avec enfants de 0-17 ans	2 765	13,2	680	13,0

La plupart des familles monoparentales avec enfants ont une femme comme chef de famille (tableau 7). Cependant, une majorité d'enfants se trouve en familles biparentales, particulièrement à Parc-Extension où ces familles représentent 70 % des cas.

Tableau 7 Familles avec enfants de 0-17 ans et de 0-5 ans selon le type de famille, CSSS de la Montagne et Montréal, 2006⁷⁹				
	Montréal	CSSS de la Montagne	CLSC Côte-des-Neiges	CLSC de Parc-Extension
Familles avec enfants de 0-17 ans	202 350	22 940	15 170	3 810
Biparentales	147 280	18 105	11 875	3 040
Monoparentales	55 255	4 835	3 295	775
— Femmes	46 440	4 120	2 280	665
— Hommes	8 815	720	130	110
Familles avec enfants de 0-5 ans	87 135	10 665	7 045	2 010
Biparentales	70 740	9 355	6 180	1 750
Monoparentales	16 395	1 310	860	265
— Femmes	14 400	1 125	745	215
— Hommes	2 000	185	120	50

Divers constats se dégagent : la famille biparentale est majoritaire sur ces territoires et les chefs de familles monoparentales demeurent des femmes.

1.2.3 Situation économique

La présente section vise à établir un portrait de la situation économique de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension. Les deux secteurs sont réputés pour être des secteurs de précarité et de défavorisation économiques; les données rassemblées ici permettront d'en saisir l'importance.

⁷⁸ Données produites par le secteur SÉSAM de la DSP pour le présent exercice.

⁷⁹ ASSS de Montréal [Dorval, D. et Lavoie, S.] (2012). *Principales caractéristiques des familles du CSSS de la Montagne. Données du recensement de 2006*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Secteur Tout-petits – Jeunes, p. 12.

a) Activité, emploi et chômage

La notion d'*activité* réfère aux personnes qui occupaient un emploi ou qui étaient à la recherche d'un emploi au cours de la période du recensement (Statistique Canada, 2012). Le tableau 8 présente le taux d'activité enregistré pour les secteurs étudiés. Au premier abord, il est possible de constater que le taux d'activité des hommes est supérieur à celui des femmes. Cette situation est particulièrement importante dans Parc-Extension, où les hommes sont actifs dans une proportion de 62,3 % comparativement à 44,5 % des femmes. On remarque aussi que le taux d'activité total pour chacun des secteurs considérés est plutôt faible, surtout dans Parc-Extension où il dépasse à peine les 50 %.

Tableau 8 Personnes actives et taux d'activité dans la population âgée de 15 ans et plus selon le sexe, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2006^{80 81}						
	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
CDN-Sud	8 935	69,2	8 410	57,9	17 355	63,2
CDN-Nord	14 015	67,2	13 470	56,0	27 485	61,2
PE	7 895	62,3	5 225	44,5	13 125	53,7

Le tableau 9 présente la répartition des personnes occupant un emploi selon le sexe, dans différents territoires étudiés, tout en fournissant la proportion montréalaise. On dénote que ces territoires sont en situation de défavorisation, puisque le taux d'emploi est inférieur à la proportion montréalaise, situation d'autant plus vraie pour les femmes de Parc-Extension qui occupent un emploi en faible proportion (36,2 %).

Tableau 9 Personnes actives et taux d'emploi dans la population âgée de 15 ans et plus et selon le sexe, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2006^{82 83}						
	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
CDN-Sud	7 825	60,6	7 252	51,8	15 355	55,9
CDN-Nord	12 155	58,3	11 640	48,3	23 800	53,0
PE	6 600	51,3	4 250	36,2	10 760	44,0
Montréal ⁸⁴	--	63,4	--	53,1	--	58,0

Le chômage dans la population de ces territoires apporte aussi un éclairage intéressant sur la situation qui prévaut. Cette notion correspond à la population active qui n'avait pas d'emploi au cours de la période de référence (Statistique Canada, 2012). Le tableau 10 permet de constater que le taux de chômage dans les secteurs de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension est supérieur au taux rencontré à Montréal. La situation

⁸⁰ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009a), p. 42.

⁸¹ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 39.

⁸² CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009a), p. 44.

⁸³ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 41.

⁸⁴ Les sources consultées ne fournissent pas de données pour Montréal pour ce tableau.

est d'ailleurs préoccupante dans Parc-Extension, puisque cette proportion représente le double de la moyenne montréalaise autant chez les hommes (17,7 %) que les femmes (18,7 %). Bien que guère meilleure dans Côte-des-Neiges, la proportion de chômeurs n'est pas trop éloignée du taux montréalaise⁸⁵.

Tableau 10 Personnes en chômage et taux de chômage dans la population âgée de 15 ans et plus selon le sexe, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, et Montréal 2006^{86 87}						
	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
CDN-Sud	1 110	12,4	890	10,6	1 990	11,5
CDN-Nord	1 855	13,2	1 835	13,6	3 695	13,4
PE	1 400	17,7	975	18,7	2 370	18,1
Montréal	--	9,1	--	8,5		8,8

Comme le témoigne le tableau 11, les parents *natifs* (0-17 ans) sont moins nombreux en situation de chômage. La proportion de chômeurs demeure plus élevée dans Parc-Extension qu'ailleurs. Le taux de chômage est aussi relativement plus élevé chez les parents d'enfants de 0 à 5 ans. De façon générale, les familles immigrantes des secteurs de Côte-des-Neige et Parc-Extension présentent un taux de chômage supérieur aux parents natifs. Le statut au Canada semble jouer un rôle déterminant sur le taux de chômage.

Tableau 11 Taux de chômage des parents avec enfants de 0-17 ans et de 0-5 ans selon le statut d'immigration, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, CSSS de la Montagne et Montréal, 2006⁸⁸				
	Montréal	CSSS de la Montagne	CLSC de CDN	CLSC de Parc-Extension
Parents avec enfants de 0-17 ans				
Natifs	4,7 %	3,8 %	3,9 %	7,3 %
n	7 080	375	275	35
Immigrants*	13,5 %	15,2 %	15,0 %	20,6 %
n	16 780	2 960	2 005	745
Parents avec enfants de 0-5 ans				
Natifs	5,4 %	5,4 %	5,4 %	11,7 %
n	3 230	210	150	35
Immigrants	16,3 %	17,4 %	17,7 %	19,1 %
n	9 255	1 635	1 150	355
* Exclut les résidents non permanents				

Cette section permet de dresser un portrait de la situation des taux d'activité, d'emploi et de chômage pour les territoires étudiés. Elle permet de mesurer l'ampleur de la précarité à laquelle fait face la majorité de la population, surtout dans Parc-Extension, qui affiche les taux les plus élevés dans toutes les catégories.

⁸⁵ Données produites par le secteur SÉSAM de la DSP pour le présent exercice.

⁸⁶ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009a), p. 47.

⁸⁷ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 44.

⁸⁸ ASSS de Montréal [Dorval, D. et Lavoie, S.] (2012), p. 18.

b) Sources de revenus

Les transferts gouvernementaux comme source de revenus sont importants dans Parc-Extension, puisqu'ils constituent 33,3 % du revenu familial. À CDN-Nord, dont les revenus d'emploi ne s'élèvent qu'à 64,1 % du portefeuille, des sources de revenus catégorisées dans *autres* viennent compléter le portrait. Le secteur de CDN-Sud apparaît plus favorisé que les autres, puisque 71,8 % des revenus proviennent d'emploi. Parmi les transferts gouvernementaux, il est possible de considérer les prestataires de l'aide sociale qui représentent à Parc-Extension 25,3 % de la population, alors qu'ils sont 9,2 % dans Côte-des-Neiges en 2006⁸⁹.

Tableau 12 Principales sources de revenus de la famille économique, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2005^{90 91}			
Territoire	Emploi	Transferts gouvernementaux	Autres
	%		
CDN-Sud	71,8	10,7	17,6
CDN-Nord	64,1	16,9	18,9
PE	60,2	33,3	6,5

Bien que l'idée de favoritisation puisse être évoquée, puisque 70 % des résidents de CDN-Sud tirent leurs revenus d'emplois, il importe de rester prudent avec cette affirmation. Le tableau suivant permet d'observer l'état du revenu médian après impôt pour différentes catégories dans les secteurs concernés pour 2011. Le secteur de Parc-Extension apparaît plutôt défavorisé par rapport à Côte-des-Neiges, puisque pour chacune des catégories présentées, un écart de revenu est observable (Tableau 13).

Tableau 13 Revenu médian (\$) après impôt dans Côte-des-Neiges et Parc-Extension, en 2011⁹²			
	CDN	PE	Écart
15 ans et plus	20 860	15 962	4 898
Famille économique	52 674	37 211	15 463
Famille monoparentale	37 725	27 556	10 169
Ménages	23 123	15 762	7 361

Le tableau 14 propose de distinguer le revenu total moyen des particuliers en 2005 selon le sexe, pour les territoires visés. Selon les données, le revenu total moyen selon le sexe pour Côte-des-Neiges (28 363 \$) est supérieur à celui de Parc-Extension (17 239 \$). L'écart se creuse, particulièrement dans Côte-des-Neiges. En effet, dans CDN-Sud, 7 018 \$ séparent les hommes des femmes, alors que cet écart s'élève à 7 093 \$ dans CDN-Nord, à la faveur des hommes. Cet écart est moins important dans Parc-Extension, s'élevant à peine à 1 666 \$. Toutefois, autant les hommes que les femmes ont des revenus pratiquement moitié moins élevés que les particuliers de Côte-des-Neiges.

⁸⁹ Données produites par le secteur SÉSAM de la DSP pour le présent exercice.

⁹⁰ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009a), p. 55.

⁹¹ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 52.

⁹² Données produites par le secteur SÉSAM de la DSP pour le présent exercice.

Tableau 14 Revenu total moyen des particuliers âgés de 15 ans et plus, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2005^{93 94}			
Territoire	Total	Hommes	Femmes
	\$	\$	\$
CDN-Sud	30 383	34 113	27 905
CDN-Nord	26 364	30 173	23 080
PE	17 239	18 028	16 362

Le revenu médian des familles avec enfants peut aussi être considéré (tableau 15), où il est possible de constater que le revenu médian est généralement plus faible pour la population de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension. Les familles avec des enfants de 0-5 ans présentent une situation précaire, particulièrement pour les familles monoparentales. Compte tenu de ces données relatives au revenu médian, il est possible de constater que les populations des territoires de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension se retrouvent dans une situation de précarité financière importante.

Tableau 15 Revenu médian (\$) après impôt des familles avec enfants de 0-17 ans et de 0-5 ans selon le type de famille, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, CSSS de la Montagne et Montréal, 2005⁹⁵				
	Montréal	CSSS de la Montagne	CLSC de Côte-des-Neiges	CLSC de Parc-Extension
Familles avec enfants de 0-17 ans				
Biparentales	54 877	45 545	47 617	33 563
Monoparentales	28 710	26 995	28 887	20 367
— Femmes	27 409	26 128	27 646	20 257
— Hommes	35 255	33 301	33 342	25 114
Familles avec enfants de 0-5 ans				
Biparentales	47 739	39 975	42 057	33 243
Monoparentales	21 207	19 696	18 700	18 138
— Femmes	20 346	19 802	19 176	16 290
— Hommes	30 601	18 151	16 210	20 307

⁹³ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009a), p. 57.

⁹⁴ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 54.

⁹⁵ ASSS de Montréal [Dorval, D. et Lavoie, S.] (2012), p. 13.

Le tableau 16 permet de connaître l'état de la situation concernant les familles vivant sous le seuil de faible revenu selon leur statut d'immigration.

Tableau 16 Familles avec enfants de 0-17 ans et de 0-5 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon le statut d'immigration, CSSS de la Montagne et Montréal, 2005⁹⁶				
	Montréal	CSSS de la Montagne	CLSC de Côte-des-Neiges	CLSC de Parc-Extension
Parents avec enfants de 0-17 ans				
Natifs	15,5 %	9,9 %	8,6 %	40,3 %
n	14 635	525	310	125
Immigrants*	36,0 %	40,3 %	37,6 %	48,0 %
n	29 860	5 560	3 425	1 445
Parents avec enfants de 0-5 ans				
Natifs	18,4 %	12,2 %	10,2 %	39,5 %
n	6 650	235	130	75
Immigrants	41,8 %	43,8 %	42,1 %	49,0 %
n	15 910	2 910	1 830	755
* Exclut les résidents non permanents.				

Les familles immigrantes des deux secteurs se trouvent davantage en situation précaire que les natives; toutefois, les familles natives de Parc-Extension se trouvent également dans une situation de faible revenu. Selon les informations présentées à la Commission administrative des régimes de retraite d'assurances du Québec (2013)⁹⁷, le seuil de faible revenu s'établissait en 2005 à 16 734 \$ (avant impôt) pour une personne seule. Pour une famille typique comprenant deux adultes et deux enfants, le seuil était établi à 33 468 \$. À la lumière des données recueillies, il est possible de constater qu'une bonne partie des familles de Côte-des-Neiges ainsi que la majorité des familles de Parc-Extension partagent une réalité de précarité économique.

1.2.4 Logement

La situation de précarité économique est déterminante pour le choix d'un lieu de résidence. Ce dernier est en effet déterminé par la capacité financière des ménages. Le tableau 17 permet de constater qu'une grande majorité des résidents des secteurs étudiés sont des locataires.

⁹⁶ ASSS de Montréal [Dorval, D. et Lavoie, S.] (2012), p. 19.

⁹⁷ Commission administrative des régimes de retraite et d'assurance du Québec (2013). En ligne : [\[http://cdn.carra.gouv.qc.ca/général/pages/IN99KXXX00A001.aspx\]](http://cdn.carra.gouv.qc.ca/général/pages/IN99KXXX00A001.aspx) Consulté le 1er mai 2014..

Tableau 17 Logements privés selon le type d'occupation, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2006^{98 99}					
Territoire	Propriétaire		Locataire		Total
	n	%	n	%	
CDN-Sud	2 615	16,8	12 955	83,3	15 555
CDN-Nord	4 390	18,9	18 830	81,1	23 220
PE	--	19,0	--	81,1	11 945

1.2.5 Scolarité

Le tableau 18 permet de constater qu'une majorité de la population (41,5 %) de Parc-Extension est peu scolarisée et ne détient pas de diplôme équivalent au diplôme d'études secondaires (DES). Cette statistique passe d'ailleurs à 34,7 % en 2011 pour Parc-Extension, et à 11,4 % dans Côte-des-Neiges¹⁰⁰. À l'autre bout du spectre, on constate que les résidents de CDN-Sud possèdent, dans une proportion de 57,0 %, un diplôme de niveau universitaire. En 2011, ce sont 53,2 % des résidents de Côte-des-Neiges qui détenaient un diplôme universitaire pour seulement 17,4 % dans Parc-Extension.¹⁰¹

Tableau 18 Population totale de 15 ans et plus selon le plus haut certificat, diplôme ou grade, CLSC de Côte-des-Neiges, de Parc-Extension et Montréal 2006^{102 103}											
Territoire	Sans D.E.S		D.E.S		D.E.P ¹⁰⁴		D.E.C		Universitaire		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
CDN-Sud	2 175	7,9	4 315	15,7	1 430	5,2	3 935	14,3	15 710	57,0	27 565
CDN-Nord	7 910	17,6	9 755	21,7	3 150	7,0	6 600	14,7	17 475	38,9	44 905
PE	10 135	41,5	5 810	23,8	1 990	6,1	2 725	11,2	3 750	15,7	24 420
Montréal	--	21,5	--	21,3	--	10,1	--	15,3	--	31,8	--

Des disparités apparaissent entre les familles avec enfants (0-17 ans/0-5 ans) natives et immigrantes (Tableau 19). Alors que la majorité des familles natives (avec enfants de 0-17 ans) de Côte-des-Neiges possède un diplôme (69,2 %), celles de Parc-Extension paraissent moins scolarisées (17,7 % de diplômés). Dans Côte-des-Neiges, la moitié des familles immigrantes (avec des enfants de 0-17 ans) possède un diplôme, alors que ce seuil est de 16,6 % à Parc-Extension.

⁹⁸ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009a), p. 69.

⁹⁹ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 69.

¹⁰⁰ Données produites par le secteur SÉSAM de la DSP pour le présent exercice.

¹⁰¹ Données produites par le secteur SÉSAM de la DSP pour le présent exercice.

¹⁰² CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 a), p. 38.

¹⁰³ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2009 b), p. 35.

¹⁰⁴ Notez que Paquin (2009) dans le document de référence que nous employons ici parle de diplôme d'une école de métier. Pour simplifier le tout dans le tableau et réduire l'espace, nous avons choisi de parler du D.E.P (diplôme d'études professionnelles).

Tableau 19				
Parents avec enfants de 0-17 ans et de 0-5 ans avec certificat ou grade selon le statut d'immigration, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, CSSS de la Montagne, et Montréal, 2006 ¹⁰⁵				
	Montréal	CSSS de la Montagne	CLSC de Côte-des-Neiges	CLSC de Parc-Extension
Parents avec enfants de 0-17 ans				
Natifs	39,9 %	70,0 %	69,2 %	17,7 %
n	70 450	8 110	5 500	115
Immigrants*	42,2 %	46,6 %	50,1 %	16,6 %
n	69 885	12 760	9 090	950
Parents avec enfants de 0-5 ans				
Natif	43,5 %	65,9 %	64,6 %	20,2 %
n	31 920	3 185	2 175	85
Immigrants	45,6 %	45,6 %	49,3 %	17,0 %
n	36 350	6 335	4 550	520
* Exclut les résidents non permanents.				

1.2.6 Citoyenneté et immigration

On observe d'emblée que la majorité de la population du quartier Parc-Extension est composée d'immigrants (61,6 %), surtout récents (Tableau 20). En effet, 29,4 % des habitants y sont arrivés entre 2001 et 2006. La situation est semblable dans Côte-des-Neiges (30,5 %). On remarque toutefois que seulement 45,6 % de la population de Côte-des-Neiges est considérée provenir de l'immigration. En 2011, 45,0 % de la population de Côte-des-Neiges était d'origine immigrante, dont 14,3 % considérée comme d'immigration récente; 60,5 % dans Parc-Extension, dont 14,4 % d'immigration récente¹⁰⁶.

¹⁰⁵ ASSS de Montréal [Dorval, D. et Lavoie, S.] (2012), p. 17.

¹⁰⁶ Données produites par le secteur SÉSAM de la DSP pour le présent exercice.

Tableau 20 Évolution de l'immigration, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, CSSS de la Montagne, et Montréal, 2006¹⁰⁷				
	Montréal	CSSS de la Montagne	CLSC de Côte-des-Neiges	CLSC de Parc-Extension
Ensemble des immigrants				
Nombre	560 395	98 535	58 390	18 645
%	30,7	45,7	45,6	61,6
Évolution 1996-2006 (%)	21,1	8,2	10,0	3,1
Répartition (%) de la population selon la période d'arrivée au Canada				
2001-2006	24,4	30,4	30,5	29,4
1991-2000	26,0	29,0	30,2	27,3
1981-1990	16,3	14,1	15,3	12,8
1971-1980	12,5	10,1	10,1	10,1
1961-1970	10,9	8,6	7,5	11,5
Avant 1960	10,0	7,8	6,4	8,7
Principaux pays de naissance de la population immigrante				
Pays	Italie Haïti Chine France Maroc	Philippines Grèce Chine France Maroc	Philippines Maroc France Roumanie Vietnam	Grèce Pakistan Inde Bangladesh Sri Lanka
Immigrants récents				
Nombre	136 675	29 935	-	5 490
%	7,5	13,9	-	18,1
Évolution 96-2006 (%)	17,1	- 6,5	-	- 13,0
Source : Statistique Canada, Recensement de 2006, tableau spécial CO-0946.				

1.2.7 Profil linguistique

Les langues autres que le français et l'anglais sont prédominantes dans l'ensemble du territoire du CSSS de la Montagne, proportion qui s'est d'ailleurs graduellement accrue au fil des ans. Le CLSC de Parc-Extension apparaît comme le territoire où le nombre d'allophones est le plus important, puisque les proportions varient entre 76,7 % et 83,6 %.

La population du territoire du CSSS de la Montagne possède une connaissance des deux langues officielles relativement élevée, puisque la proportion de personnes en mesure de s'exprimer en français et en anglais varie entre 56,3 % et 59,5 % (Tableau 21). Le secteur de Côte-des-Neiges rassemble le plus de personnes pouvant s'exprimer dans les deux langues officielles, dépassant les 60 % pour le recensement de 2011. Quant à Parc-Extension, plusieurs individus ne sont pas en mesure de s'exprimer ni en français, ni en anglais (10,9 % en 2011). Cette proportion tend à se réduire au fil des ans. Alors que 14,1 % des habitants de ce secteur ne parlaient ni français ni anglais en 1996, ils ne sont que 10,9 % en 2011.

¹⁰⁷ ASSS de Montréal (2012). *Portrait des immigrants récents à Montréal. CSSS de la Montagne*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, p. 8.

Tableau 21 Répartition (%) de la population selon la connaissance des langues officielles, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, CSSS de la Montagne, 1996-2011¹⁰⁸												
Année	De la Montagne				Côte-des-Neiges				Parc-Extension			
	Français seulement	Anglais seulement	Français et anglais	Ni le français ni l'anglais	Français seulement	Anglais seulement	Français et anglais	Ni le français ni l'anglais	Français seulement	Anglais seulement	Français et anglais	Ni le français ni l'anglais
1996	13,4	25,2	56,3	5,1	16,1	22,2	57,3	4,3	15,4	35,9	34,6	14,1
2001	11,5	25,3	59,1	4,1	14,1	21,9	60,7	3,4	12,3	38,3	36,9	12,5
2006	13,1	24,5	58,3	4,1	16,1	21,0	59,6	3,3	14,0	34,9	38,0	13,1
2011	12,3	24,5	59,5	3,7	15,1	20,8	61,0	3,1	15,6	32,0	41,4	10,9

1.2.8 La maternité

Le tableau 22 fournit une indication sur le nombre et le type de naissances comptabilisées dans les secteurs étudiés, ainsi que le sexe des nouveau-nés. On compte, pour les trois territoires considérés, 1 824 naissances durant la période allant de 2008 à 2011. On compte, avec les données provisoires de 2012, 1 868 (CDN) et 445 (PE) naissances¹⁰⁹.

Tableau 22 Nombre de naissances, CLSC de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension, 2008 à 2011¹¹⁰					
		Naissances	Multiples	Féminin	Masculin
CDN-Sud	n	378	11	182	196
	%	100	2,8	48,1	51,9
CDN-Nord	n	953	25	455	498
	%	100	2,6	47,7	52,3
Parc-Extension	n	493	18	245	248
	%	100	3,6	49,7	50,3
Total de naissances		1 824	54	882	942

¹⁰⁸ ASSS de Montréal. *Espace montréalais d'information sur la santé (EMIS)* [<http://emis.santemontreal.qc.ca/>] Données tirées de Statistique Canada (Tableaux géocodés, recensements 1996, 2001, 2006 et 2011).

¹⁰⁹ Données produites par le secteur SÉSAM de la DSP pour le présent exercice.

¹¹⁰ CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2011), p. 4.

L'âge moyen des mères est de 31,8 ans dans CDN-Sud, 30,7 ans pour CDN-Nord et de 29,3 ans pour Parc-Extension (Tableau 23). En 2012, l'âge moyen est passé à 31,4 (CDN) et 30,5 (PE) ans¹¹¹. Parmi les différents groupes d'âge, les femmes âgées de 25 à 34 ans sont les plus nombreuses à mettre un enfant au monde.

Tableau 23 Naissances selon l'âge de mère, CLSC de Côte-des-Neiges et Parc-Extension, 2008 à 2011 ¹¹²										
	n	Méd.	Moy.	Plus jeune	Plus âgée	13-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-34 ans	35 ans et +
CDN-Sud	378	32	31,8	17	48	1	2	25	242	108
						0,2 %	0,5 %	6,6 %	64,1 %	28,6 %
CDN-Nord	953	31	30,7	17	47	2	11	121	576	243
						0,2 %	1,2 %	12,7 %	60,4 %	25,5 %
PE	493	29	29,3	14	50	2	9	94	295	93
						0,4 %	1,9 %	19,1 %	59,7 %	18,9 %

Une majorité des parents sont nés à l'extérieur du Canada (Tableau 24) dont la langue maternelle n'est ni le français, ni l'anglais. Cette proportion est plus élevée chez les pères que les mères, surtout dans Parc-Extension. En 2012 (SÉSAM), 70,0 % des nouveau-nés dans Côte-des-Neiges et 85,5 % dans Parc-Extension ont une mère immigrante.

¹¹¹ Données produites par le secteur SÉSAM de la DSP pour le présent exercice.

¹¹² CSSS de la Montagne [Paquin, C.] (2011), p. 6.

