

Université de Montréal

Évaluation de l'émancipation
chez les participantes à un programme
d'accompagnement prénatal en milieu de pauvreté

Par
Judith Lapierre

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Santé publique, option Promotion de la santé

Mars, 1999

©Judith Lapierre, 1999



WA
5
U58
1999
V.03
t.1

Il est répertorié, ci-dessous, les
documents de référence à un programme
de formation de la formation

Le Département de l'éducation sociale et professionnelle
de la région de la capitale

Les programmes de la formation des études supérieures
ont été obtenus de la part de
l'Institut National de la Formation
et de la Recherche (INFR)



1999

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

Évaluation de l'émancipation
chez les participantes à un programme
d'accompagnement prénatal en milieu de pauvreté

présentée par

Judith Lapierre

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur	Jean-Marc Brodeur
Directeur de recherche	Michel Perreault
Codirecteur	Ronald Levy
Membre du jury	Lise Renaud
Examineur externe	Luc Berghmans, Univ. Libre de Bruxelles, Belgique
Représentant du doyen-FES	David Cohen, École de service social

Thèse acceptée le : 99.06.10

Sommaire

Le but de cette recherche évaluative qualitative était de décrire et d'évaluer le processus d'émancipation individuel et collectif d'un groupe de gestantes vivant en situation de pauvreté, d'un groupe de mères de la même communauté et de professionnels de la santé, participant à un programme d'accompagnement prénatal. Il s'agissait de contribuer au cumul de connaissances sur le phénomène d'émancipation et de vérifier l'adéquation entre le modèle conceptuel traitant de l'entraide entre pairs et du partenariat professionnel-naturel élaboré à priori et un modèle en voie de théorisation. Les principes de la communauté thérapeutique, du co-conseil et de l'entraide entre pairs ont servi de port d'attache au développement du programme d'accompagnement. Le programme aurait le potentiel d'influencer quatre (4) grands déterminants de la santé périnatale (suivi et utilisation des services ainsi que facteurs psychosociaux, anxiété, soutien social et estime de soi). L'étude d'une intervention de promotion de la santé suppose nécessairement que l'on puisse détecter l'essence de l'émancipation à la fois dans l'ontologie, l'épistémologie et la méthodologie attribuées à l'objet de la recherche. Or, une recherche participative évaluative, l'évaluation de 4^{ème} génération de Guba & Lincoln (1989) a permis l'expression du processus de co-création du phénomène. Le dialogue herméneutique dialectique a favorisé la matérialisation de la vision de Freire sur la conscientisation par la praxis. Le processus d'implantation est décrit en six (6) phases. Il ressort que le programme d'accompagnement prénatal, comme réponse aux difficultés à rejoindre les gestantes vivant en milieu de pauvreté ne fait pas l'unanimité au sein des groupes de participantes. Des éléments facilitateurs et bloqueurs au processus d'implantation sont révélés. La relation dyadique d'entraide entre les pairs s'est avérée cruciale au développement d'une action collective dont l'évolution s'est concrétisée par des démarches de démarrage d'une fondation. Il y a eu acquisition des ressources individuelles et collectives permettant l'autodétermination mais l'analyse de la complexité dans la transformation des rapports entre professionnels et membres de la communauté laisse place à de grandes réflexions sur l'avenir et les enjeux, non seulement de la santé publique, mais de ses professionnels. Si la santé publique doit s'attaquer aux problèmes de justice sociale, nous devons revoir les modèles de partenariat et de complémentarité (existants ou sur lesquels on préfère parfois discourir) pour envisager possiblement de se tourner vers d'autres modèles...

Mots clés : pauvreté, périnatalité, empowerment, capital social, recherche participative

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des encadrés.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des annexes.....	xi
Liste des sigles et abréviations.....	xii
Dédicace.....	xiii
Remerciements.....	xv
Avant-propos.....	1
CHAPITRE 1 - Introduction et définition du problème de recherche	4
Introduction et définition du problème de recherche.....	5
But et objectifs de la recherche.....	14
Questions de recherche.....	16
CHAPITRE 2 - État des connaissances.....	17
Pauvreté et santé.....	18
Conditions psychosociales de vie en milieu défavorisé et issue de la grossesse.....	28
Anxiété prénatale.....	29
Soutien social.....	33
Estime de soi.....	38
Liens entre anxiété, soutien social et estime de soi.....	42
Suivi prénatal des gestantes vivant en situation de pauvreté.....	44
Divers obstacles à un suivi prénatal « satisfaisant » en milieu défavorisé.....	45
Les programmes prénatals : succès et éléments stratégiques.....	49
Vers de nouvelles solutions.....	56
L'entraide comme instrument de promotion de la santé.....	58
Démystifier l'émancipation : concept désabusé ou déraciné de son essence?.....	63
Doser son pouvoir de les professionnalisation par verbes renoncer et saisir.....	65
Cadre conceptuel: L'entraide entre pairs comme fondement théorique	
à l'accompagnement prénatal.....	69
L'apport de la communauté thérapeutique, de l'enseignement mutuel	
et du conseil.....	70
De la communauté thérapeutique aux dyades de compagnes:	
L'accompagnement prénatal.....	73
Le programme d'accompagnement prénatal et son implantation.....	75
But de l'accompagnement prénatal.....	78
Impact anticipé.....	79
Les concepts et sous-concepts sous-tendant l'accompagnement prénatal.....	79
Représentation schématique du modèle conceptuel.....	81

CHAPITRE 3 – Choix méthodologiques.....	83
Stratégie de recherche: Une étude de cas par une évaluation de 4 ^{ième} génération.....	84
Planification opérationnelle.....	90
Sélection du milieu.....	90
Participant.es.....	92
Déroulement de l'étude.....	94
Analyse des données.....	99
Les critères de rigueur de la recherche.....	101
Crédibilité.....	102
Transférabilité.....	102
Fiabilité.....	103
Confirmation.....	104
Authenticité.....	104
Considérations éthiques.....	105
CHAPITRE 4 – Processus de co-crédation du phénomène : développement et évolution de l'accompagnement prénatal.....	106
Description du milieu d'accueil.....	107
Description du processus d'implantation.....	109
Étape préliminaire.....	109
Première phase d'implantation.....	111
Recrutement de compagnes-mères.....	111
Compagne-mère de la première triade.....	111
Perception de la chercheuse.....	113
Compagne-mère de la deuxième triade.....	113
Perception de la chercheuse.....	116
Formation des compagnes-mères.....	116
Recrutement des compagnes-enceintes.....	117
Compagne-enceinte de la première triade.....	118
Perception de la chercheuse.....	118
Compagne-enceinte de la deuxième triade.....	118
Perception de la chercheuse.....	119
Jumelage.....	119
Infirmière de la première triade.....	120
Perception de la chercheuse.....	120
Infirmière de la deuxième triade.....	120
Perception de la chercheuse.....	121
Forum social.....	121
Deuxième phase d'implantation.....	122
Première triade hétérogène.....	122
La grossesse et la maternité.....	123
Thèmes communs liés à la grossesse.....	123
Thèmes communs liés à la maternité.....	125
Valeurs sociales.....	128
Les rôles de chacun des acteurs.....	129

Compagne-mère.....	129
Compagne-enceinte.....	130
Infirmière.....	130
Troisième phase d’implantation.....	131
Entretiens individuels.....	131
L’entraide : développement et vécu.....	131
Première dyade de compagnes.....	132
Deuxième dyade de compagnes.....	133
Assises fondamentales de la relation : préoccupations, contrariétés et ambitions communes.....	135
Valeurs communes.....	138
Valeurs personnelles.....	139
Valeurs familiales parentales.....	139
Le pouvoir : vision et conceptions.....	141
Compagnes.....	141
Infirmières.....	142
Le partenariat : développement et vécu.....	143
Double vécu du premier type de partenariat (infirmières/compagnes-mères).....	144
Double vécu du deuxième type de partenariat (infirmières/compagnes-enceintes).....	145
Quatrième phase d’implantation.....	146
Deuxième forum social.....	146
Triades homogènes transformées.....	147
L’émergence d’une fondation: la Fondation l’Arc-en-ciel.....	147
Perception de la crédibilité du premier rapport par les infirmières.....	148
Confirmation auprès des compagnes-enceintes.....	150
Rencontre informelle pour la création de la Fondation.....	150
Deuxième conseil d’administration de la Fondation.....	151
Mission de la Fondation.....	151
Objectifs de la Fondation.....	152
Activités de la fondation.....	153
Cinquième phase d’implantation.....	154
Double triade hétérogène.....	154
Formation.....	157
Recrutement.....	159
Compagne-mère.....	159
Compagne-enceinte.....	160
Jumelage.....	162
Rôle de chacune.....	165
Compagne-mère.....	165
Compagne-enceinte.....	165
Infirmière.....	166

Infirmière.....	166
L'accompagnement périnatal.....	167
Déceptions.....	169
Sixième phase d'implantation :Impact personnel.....	171
Entretiens individuels auprès des compagnes	171
Compagne-mère de la première triade.....	171
Significations.....	171
Habilités.....	171
Compagne-mère de la deuxième triade.....	173
Significations.....	173
Habilités.....	174
Compagnes-enceintes des deux triades.....	175
Questionnaire auprès des infirmières.....	176
Infirmière de la première triade.....	176
Infirmière de la deuxième triade.....	176
Réflexion de la chercheuse.....	177
Significations.....	177
Habilités.....	178
L'accompagnement: Pertinence du programme?.....	179
Selon les compagnes.....	179
Selon les infirmières.....	179
Processus collectif : la fondation, pourquoi?.....	180
Dernier forum social.....	181
Modèle en voie de théorisation	182
Réponses aux questions de recherche.....	186
Éléments facilitateurs et éléments bloqueurs	186
Significations et habilités.....	190
Modèle en voie de théorisation vs modèle conceptuel de départ.....	191
Divergence et analogie avec le modèle conceptuel de départ.....	191
CHAPITRE 5 – Discussion.....	193
Le programme d'accompagnement : Une pertinence mise-en-doute.....	194
La voix professionnelle, reflet d'éléments plus éloquents.....	199
Plaidoyer de l'émancipation comme stratégie de promotion de la santé périnatale....	207
Implications théoriques et sociales.....	208
Plus loin sur la voie de la théorisation	213
Énoncés de propositions descriptives.....	214
Énoncés de relations explicatives.....	214
Énoncés de relations prédictives à vérifier ultérieurement.....	215
Énoncés de postulats	216
L'expérience de l'accompagnement : Aspects pratiques.....	217
Contre toute probabilité.....	217
Des succès modestes mais tangibles.....	218
Un potentiel de fertilité à exploiter.....	220

L'encadrement professionnel : protecteur de parents compétents.....	221
Les divers angles de l'orchestration constructiviste.....	222
Avantages méthodologiques.....	223
Réflexions-synthèse de l'exercice.....	225
Chapitre 6 – Conclusion.....	228
Une symbiose des savoirs pour une santé publique ravivée.....	229
Recommandations pour la pratique.....	231
Recommandations pour la recherche.....	232
Recommandations pour l'éducation.....	236
Limites de l'étude.....	236
Références.....	240
Bibliographie.....	284

Liste des encadrés

1- Liste des thèmes de négociation envoyée aux participantes.....	155
2- Formation recommandée.....	159
3- Liste des critères facilitant le jumelage.....	163

Liste des figures

1 : Modèle conceptuel de départ de l'accompagnement prénatal.....	15
2 : Calendriers superposés (1 et 2).....	96
3 : Modèle de l'accompagnement périnatal en voie de théorisation.....	183

Liste des annexes

A: Questionnaire passé auprès des mères de la communauté.....	xvi
B: Calendrier de la recherche-1.....	xviii
C: Calendrier de la recherche- 2.....	xx
D: Consentements et lettres informatives.....	xxii
E : Rapport-synthèse.....	xxvii
F : Catégories d'analyse des données (arbre NUDIST).....	xliv
G : Grands axes de référence.....	li
H : Guide d'entretiens initial.....	lii
I : Grille pour l'analyse d'études participatives.....	lvii
J : Extraits de verbatims provenant des entretiens et d'un journal d'une compagne- mère.....	lxv
K : Guide – Synthèse de la formation.....	lxxii
L : Feuille informatif du programme d'Accompagnement prénatal.....	lxxxv
M : Procès-verbaux (5 premiers conseils d'administration).....	lxxxvii
N : Résultats du développement d'un site Internet.....	cxi
O : Grille de l'entretien tenu en double triade hétérogène.....	cxxv
P : Comptes-rendus des deux réunions du module Petite-Enfance, Famille du CLSC (janvier 1996 et avril 1996).....	cxl

Liste des sigles et abréviations

- ACEF: Association coopérative d'économie familiale
- AHA: American Humane Association
- BS: Bien-être social
- CDC: « Centers for disease control »
- CDF: « Children's Defense Fund »
- CLSC: Centre local de services communautaires
- DSC : Département de santé communautaire
- GEM: Groupe d'entraide maternelle
- GRIR: Groupe de recherche et d'intervention régionales
- GRIS: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
- HERO : « Health Enhancement Research Organization »
- HLM: Habitation à loyer modéré
- HOME: « Home observation for measurement of the environment »
- i.e.: c'est-à-dire
- IPAT: Échelle de mesure de l'anxiété
- JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing
- NUDIST: Nonnumerical unstructured data indexing searching theorizing
- OCDE: Organisation pour la coopération économique et le développement
- OLO: Oeuf/ lait/orange, du programme de supplément alimentaire offert dans les CLSC
- PNRDS: Programme national de recherche et de développement en matière de santé
- UQAM: Université du Québec à Montréal
- WIC: «Women, Infants and Children » du programme de supplément alimentaire américain

Quelques pas stratégiques sur le grand échiquier de la pauvreté

Proposer une thèse,
 Mijoter des réflexions,
 Amorcer un projet collectif,
 S'entourer de quelques individus engagés...

- Des tours très élevées, pour repérer le paradigme visionnaire de l'émancipation ;
- Des pions redoutables, pour engager la libération transformatrice ;
- Des cavaliers défenseurs et audacieux, pour accompagner la coalition ;
- Des fous enjoués et troublants, pour alimenter la recherche de paradoxes...

Ainsi se concrétise, peu à peu, un avenir plus équitable
 où tous les rêves sont permis aux souverains de notre société de demain, nos
 enfants....

Dédicace

Je dédie cette thèse à tous ceux qui luttent et qui rêvent,
 qui luttent sereinement pour un rêve, qui rêvent ardemment pour mieux lutter,
 à ceux qui déploient des énergies incommensurables pour ce qui leur tient à cœur,
 à ceux qui sont motivés par la justice, inspirés par l'amour et empreints d'humilité...

À ces deux modèles de ma vie,

À ma mère, même si tu n'es plus de ce monde, je sais que tu veilles toujours sur moi. Tu me donnes des ailes pour poursuivre ma quête et tu m'inspires par ta vie, modèle d'amour et de service désintéressé envers ton prochain.

À mon père dont l'appui inconditionnel est sans égal. Ton audace, ta persévérance et ta détermination sont mes outils les plus précieux pour attaquer les difficultés, petites et grandes et pour savourer les plaisirs de la vie. Se dépasser, éliminer les obstacles, poursuivre ce en quoi l'on croit, ta vie en fait foi. Toujours à mes côtés, à aplanir les difficultés, à me redonner confiance, tu donnes sans compter.. voilà pourquoi aujourd'hui je suis ici, parce que tu étais, toi, toujours là à mes côtés...

Image offerte par l'une des compagnes-mères à la fin du projet...



« Les trois âges » de Gustav Klimt (1862-1918), peintre Viennois

“ Grandir c’était au fond comme s’enivrer de sensations au point de tout confondre et ne plus rien sentir du tout. Mais je suis sûr qu’il y aura toujours un joker qui se balade de par le monde afin que les hommes ne s’endorment pas sur leurs certitudes. N’importe où, n’importe quand, il pourra surgir un petit bouffon portant un bonnet aux longues oreilles d’âne avec des clochettes tintinnabulantes. Il vous regardera droit dans les yeux et vous demandera : Qui sommes-nous?, d’où venons-nous...?”

(extrait tiré du *Mystère de la Patience* de Jostein Gaarder, 1996)

Remerciements

« Les dunes changent sous l'action du vent, mais le désert reste toujours le même. Et il pensa à tous les chemins qu'il avait parcourus... que s'il n'avait pas cru aux rêves qui se répètent, il n'aurait pas rencontré la gitane, ni le roi, ni le voleur, ni.... »

extrait tiré de l'Alchimiste de Paulo Coelho, 1988

- ◆ La réalisation de cette thèse n'aurait été possible sans l'expertise, les judicieux conseils et l'appui fort apprécié de celui qui, depuis 1991 assure la direction de mes travaux de maîtrise et de doctorat, Dr. Michel Perreault. Cher Michel, quelle expérience extraordinaire et stimulante que toutes ces années... au-delà du directeur exigeant, rigoureux, passionné, créatif, audacieux, méthodique etc, se trouve un être exceptionnel doté d'une ouverture d'esprit inégalée, compréhensif et respectueux de la différence, un professeur *vraiment présent* à ces étudiants. Ta façon d'appréhender le monde, de le questionner, de l'apprécier m'ont transformée à jamais... Tu as ce don de voir ce que d'autres ne voient pas. Tu me donnes le goût de poursuivre passionnément cette recherche inlassable de la «vie» et de poser ce regard critique sur celle-ci sans jamais oublier l'essentiel... À Dr. Ron Lévy, que le destin a bien voulu placer à la fin de ma trajectoire doctorale; ce sont toujours les derniers kilomètres qui sont les plus ardues- sans votre accueil chaleureux, vos sages réflexions, votre expertise méthodologique et votre vision critique, mon cheminement aurait été privé d'une grande lumière... Merci aussi à Dr. Céline Goulet pour avoir partagé son expérience précieuse, repousser les limites de ma quête scientifique et avoir apporté du plaisir à tout ce processus. À Suzanne Kérouac, pour marquer le quotidien de notre profession d'une vision et d'une action émancipatrices.
- ◆ Je désire aussi remercier le CLSC, son équipe de périnatalité, l'équipe de l'accompagnement périnatal, et toutes celles qui ont contribué à faire avancer le processus. Merci spécial à Isabelle et Marie-Eve; vous m'avez contaminée par votre enthousiasme, votre persévérance, vos réflexions... et rappelée l'importance de l'instant présent et du bonheur dans la simplicité.
- ◆ Je veux remercier spécialement le Fonds de la recherche en santé publique du Québec pour m'avoir permis d'aller au bout de cette grande aventure et m'avoir apporté plus qu'un soutien financier mais une motivation supérieure à la réussite.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à tous ceux et celles que j'ai côtoyés plus ou moins longtemps, au cours de cette période de ma vie. Les liens qui nous unissent perdurent et ont permis à un moment ou un autre, de croire pour quelques instants, que l'impossible était possible...

- ◆ D'abord, à tous ceux, qui comme moi ont amorcé cette grande aventure des études

supérieures à l'université de Montréal en 1991. À Johanne, Silvie, Nathalie, Danielle et Maria Teresa dont le soutien précieux et l'accueil toujours empressé ne laissent que d'heureux souvenirs des moments partagés et des amitiés inestimables que je chérirai toujours. À Normand et Guy, pour être de ceux qui m'appuient dans mes folies, qui m'aident à transformer l'adversité en occasions uniques, enfin, pour m'avoir offert votre accompagnement riche en humour et en sourires, « adoucisseur » magique des moments de désespérance rencontrés ! À Ginette, ma délinquante complice :) au doctorat: ta douce présence, ta grande sagesse, ta compréhension spontanée et tes nombreux encouragements sont sans égal ;

- ◆ À mes amis « de la santé publique », Suzanne, Mike, Delphine, Amina, Pascale. Sans vous tous, quel plaisir aurais-je eu à comprendre les régressions et les modèles linéaires, à analyser les aléas de la vie, à tenter de déjouer l'avenir, à défier le monde spatial,.. quel plaisir enfin à rédiger une thèse de doctorat?? Nos échanges ont été un ressourcement profondément enrichissant ;
- ◆ À mes amis « du monde spatial ». Même si les frontières nous séparent, le courrier électronique assurent nos rendez-vous virtuels, Jean-Philippe, Dominique, Grazia et Dave, merci pour avoir apporté de la gaieté à mes journées plus sombres de rédaction finale et m'avoir motivée par votre courage dans la réalisation de vos propres rêves... À Dr David Kendall de l'Agence spatiale, pour sa grande générosité humaine et scientifique, pour être celui qui m'a permis de rejoindre mes aspirations profondes en éclairant le chemin ... ;
- ◆ À mes amis « de toujours », Sonia, Adèle, et Josée, Karo, beaucoup de souvenirs nous unissent. Vos encouragements, nos confidences, vos sourires, nos escapades ont été source de nombreux plaisirs et ont apaisé mes inquiétudes ... À Nathalie, Ken, Christina, Manon, Danielle et Éric, le « bon mot au bon moment », nos plaisirs partagés et votre encouragement ont eu un effet angélique et thérapeutique sur mes moments d'incertitudes ! À Joanne et Lina, c'est notre profession qui nous a mise sur le même chemin il y a bientôt qui 15 ans, votre amitié est inestimable! À Fiona et Colette, malgré la distance et les années, votre constance et votre générosité comptent toujours autant;
- ◆ À Suzanne, comme une mère, tu as toujours été auprès de moi pour mieux célébrer les événements heureux et tempérer les moments plus pénibles.. mille mercis !
- ◆ Merci spécial à ceux qui ont partagé mon expérience à Strasbourg et ont approfondi mes réflexions multiples : Mafalda (la « positiviste » du 64) et Nathalie (la plus africaine des françaises) : les moments passés avec vous sont mes plus beaux souvenirs de la France - votre dynamisme et votre enthousiasme ont énergisé la rédaction finale ! Longue vie aux Riesling, au Muscat, à la Kronenbourg, aux tartes flambées et aux choucroutes d'Alsace...

Aux membres de ma famille qui m'ont toujours soutenue dans mes projets malgré un questionnement initial (!)... je vous remercie tous.

- ◆ Au trio, présidée par ma marraine, une grande dame de 97 ans dont la détermination et la vivacité sont inimitables, un merci chaleureux – sans votre intérêt soutenu, vos encouragements et votre espoir de me voir diplômée un jour – jamais je n'aurais finalement quitté les bancs de l'université... ! ;
- ◆ À ma grand-mère maternelle, décédée durant cette période de rédaction finale, je

n'oublierai jamais le bonheur d'avoir pu partager d'heureux moments avec vous, à mes tantes, sœur Irène et à Joanne... merci pour vos appels, vos encouragements, votre solidarité... grandement appréciés ;

- ◆ À ma sœur Myriam et Pete, merci pour votre appui et votre intérêt, votre propre persévérance et votre courage sont incomparables et inspirent un souffle toujours plus énergisant ;
- ◆ À Sébastien, mon adorable filleul, même si tu es prisonnier d'une injuste maladie, tes différences et les sourires que tu laisses parfois s'échapper ne laissent personne indifférent, ils donnent une couleur à ma vie, couleur que je ne pourrais voir autrement ;
- ◆ À ma deuxième famille, Lise, Richard, Karine et Stéphane, pour votre amitié, votre grande compréhension et pour tous les petits plats surgelés préparés et qui m'ont permis de ne pas cuisiner, de sauver du temps et donc de travailler plus fort, alors que j'étudiais loin de vous tous ! Mille mercis ;
- ◆ Finalement, et non le moindre, à Stéphane, ma reconnaissance est éternelle. Ton soutien inconditionnel, ton ouverture d'esprit à ce dont j'aspire de la vie et ta compréhension de cette liberté par laquelle je nous prive si souvent de moments précieux démontrent manifestement l'amour que tu me portes. Tu m'encourages à répondre à cette soif toujours insatisfaite de l'aventure, de la découverte, de la vie... Par toi, je peux vivre ma légende personnelle. Mille mercis. Tu es celui qui me surprend toujours par son ardeur au travail, sa créativité dans la recherche de solutions « pratiques », « logiques », ... et son goût du risque. Ta façon de normaliser et de dédramatiser mes excès de toutes sortes par tes éclats de rire et tes diagnostics m'a permis de dépasser toutes les frontières rencontrées ! Sans toi, ma vie serait moins belle, moins riche, moins ensoleillée...

AVANT-PROPOS

Cette thèse vous invite à accepter l'entreprise scientifique d'une destination inconnue. Pourquoi inconnue? Parce qu'on ne pouvait d'aucune façon anticiper les résultats de cette étude. Les mots, les lignes, les pages se sont écrites au fur et à mesure que les acteurs procédaient à la co-construction du phénomène à l'étude. Choisir une destination s'avère en soi une aventure intrinsèque à l'exploration d'un paysage méconnu. Les raisons de ce choix peuvent varier : intérêts personnels, désir d'approfondissement, réponses à un problème, ... Ces mêmes raisons ont joué pour la destination que l'on vous propose.

La médecine traditionnelle et les programmes contemporains en santé publique ont longtemps cherché à prévenir des issues défavorables de grossesses à risque chez les femmes vivant en situation de pauvreté. Le cumul de risques physiques et psychosociaux, auquel répondent plutôt mal des approches insensibles aux besoins réels des gestantes incitent à une redéfinition des interventions pour tenir compte davantage des déterminants sociaux, environnementaux et politiques. Pour contrer les difficultés rencontrées jusqu'à ce jour dans le domaine de la périnatalité en milieu défavorisé, notre recherche de solutions s'est arrêtée sur les principes de la communauté thérapeutique et de ses dérivés, l'enseignement mutuel entre pairs et le co-conseil. Ces principes ont été transposés en santé publique. Une destination peu explorée au Québec jusqu'à maintenant nous interpellait : l'accompagnement prénatal... Le véhicule nous y conduisant, l'émancipation. Destination et véhicule choisis, il nous fallait néanmoins parcourir le trajet...

C'est ce parcours que cette thèse tente d'expliquer. La voie empruntée fut celle du dialogue herméneutique dialectique et de la réflexion critique dans l'action. En cours de route, le plan conceptuel de départ n'arrivait plus à illuminer le processus, un autre itinéraire a dû être emprunté, moyennant la création d'un nouveau plan élaboré à partir des observations du parcours. Toutefois, certains points de repères du plan initial se sont avérés justes.

L'accompagnement, comme programme complémentaire aux efforts des professionnels de la santé, a évolué et s'est défini progressivement. Si vous acceptez l'invitation de suivre chacun des pas sur cette trajectoire parfois sinueuse, il vous faudra aussi nous suivre dans nos efforts à gravir les difficultés et à se relever après avoir connu des chutes ou des embûches. Vous y découvrirez certainement quels sont les grands enjeux d'aujourd'hui dans la prestation des services de santé aux communautés. Peut-être vous persuaderont-ils de revenir à l'essence de départ d'une pratique en santé et de bifurquer pour prendre l'intersection entre la promotion de la santé et la justice sociale, croisement que l'on n'effectue pas facilement semble-t-il. Nous souhaitons vivement que cette thèse puisse apporter un peu de clarté afin que plus qu'un explorateur ose prendre le risque d'emprunter ce croisement. Croisement où se côtoient simultanément « différence » et « équité ». Entreprise paradoxale? À vous d'en juger ...

Bonne route

CHAPITRE 1

Introduction et définition du problème de recherche

Introduction et définition du problème de recherche

Les répercussions de la pauvreté sur la santé physique, mentale et sociale sont reconnues depuis très longtemps (Ostberg, 1992). Telle une maladie foudroyante, paradoxale et tenace, la pauvreté déconcerte par sa fertilité reproductive généalogique. À cette seconde précise, à chaque seconde subséquente, notre planète accueille la naissance d'un nouvel enfant (Hernes, 1996). S'il naît dans des conditions de pauvreté où les effets sont difficiles à tempérer et où la précarité s'ancre si fortement au vécu, le droit de cet enfant à l'équité, à la justice et à la santé est indiscutablement menacé. Les études démontrent de plus en plus qu'un lien bidirectionnel existe entre la pauvreté et une mauvaise santé et qu'indubitablement, la pauvreté influence positivement l'expérience de stress (Elstad, 1998; Saunders, 1998). En 1992, au Québec, le taux de femmes enceintes vivant sous le seuil de pauvreté s'élevait à 20%, taux similaire à celui des États-Unis (19,2%, U.S. Bureau of Census, 1992). On reconnaît que ces femmes ont deux fois plus de bébés dont le poids à la naissance est inférieur à 2500 grammes. Les complications associées à un faible poids à la naissance ou à la prématurité contribuent de façon significative à l'augmentation de la mortalité et de la morbidité infantiles (Brown, Brooten, Kumar, Butts, Finkler, Bakewell-Sachs, Gibbons & Delivoria-Papadapoulos, 1989; Gazmararian, Adams & Pamuk, 1996; Stanley, 1997) et aux difficultés relationnelles entre le nouveau-né et sa mère (Kang, Barnard, Hammond, Oshio, Spencer et al., 1995). Bien que le Canada puisse se vanter de présenter l'une des meilleures espérances de vie au monde, son taux de faibles poids à la naissance reste au dessus d'autres pays industrialisés ou de l'Organisation pour la coopération économique et le développement (OCDE) à 5,7% comparativement à 4% pour les pays scandinaves (Santé Canada, 1998; Utl : <http://www.futureofchildren.org/LBW /03LBWPAN.htm>). Le risque relatif de mort pour un nouveau-né de faible poids est de 40 fois celui d'un nouveau-né de poids normal (Orr, James, Miller, Barakat et al., 1996). Plus alarmante encore est l'augmentation du taux de pauvreté chez les enfants canadiens qui atteint les 21%, taux le plus élevé en 14 ans (Reutter, 1995).

Bien qu'à travers le Canada on favorise l'égalité d'accès aux services de santé, l'égalité d'accès à la santé, quant à elle, demeure toutefois restreinte pour les populations les plus démunies. La population démunie constitue selon le Conseil national sur le bien-être (1998) 17,6% de toute la population canadienne. Notre système de santé jadis admiré de par le monde vit une transformation sans précédent, qui, avant de conduire à une renaissance anticipée, menace encore plus vivement le droit à la santé des plus démunis (Livingston, 1998). Statistique Canada attribue 22% de la différence en mortalité entre les canadiens à des différences de revenu. Concrètement, comment expliquer que les gestantes les plus à risque de mettre au monde un nouveau-né de faible poids sont justement celles qui ne reçoivent pas ou peu de soins prénatals (Colin & Desrosiers, 1989)? Ces mêmes gestantes présentent la prévalence de grossesses non planifiées la plus élevée (Darroch, Rorrest & Frost, 1996). De plus, on constate aujourd'hui que de nombreux programmes prénatals ont été mis sur pied, sans, par contre, réussir à rejoindre facilement les gestantes vivant en situation de grande pauvreté (Bedics, 1994; Jeffers, 1993). Il est reconnu qu'au Québec (Robitaille, 1983; Marcos, Dallaire & Durocher, 1986) et dans de nombreux pays (Young, McMahon & Thompson, 1990; Cogan, 1980), les gestantes de milieu défavorisé sont quasi-absentes des rencontres prénatales offertes dans le cadre des programmes prénatals. Les écrits à ce jour s'accordent pour dire que le suivi prénatal s'avère un facteur important pour une issue favorable de la grossesse (Foster, Guzick & Pulliam, 1992; Hetherington, 1990), particulièrement en milieu défavorisé (Gortmaker, 1979).

Indépendamment du suivi prénatal et de l'utilisation des autres services prénatals comme facteurs déterminants, certains facteurs psychosociaux tels l'anxiété, le soutien social et l'estime de soi connaissent une influence de plus en plus remarquée dans le monde scientifique. Or, cette thèse vise principalement l'élément d'utilisation de l'ensemble des services prénatals comme stratégie de promotion de la santé et de prévention d'issues de grossesse défavorables. Cependant, il n'en reste pas moins que les facteurs psychosociaux ci-haut mentionnés constituent le fondement à partir duquel s'ancre le cadre conceptuel de l'étude. Un tel ancrage exige une brève exposition de l'importance de ces facteurs.

Plusieurs études ont en effet mis en évidence l'influence de l'anxiété (Lederman, Lederman, Work & McCann, 1979; Davids & Devault, 1962), du soutien social (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993; Edwards, Cole, Oyemade, Knight, Johnson, Westney, Laryea, West, Jones & Westney, 1994; Norbeck & Tilden, 1983) et de l'estime de soi (Edwards, Cole, Oyemade, Knight, Johnson, Westeny, Laryea, West, Jones & Westney, 1994; Wetsell, 1989) sur des déterminants de l'issue de la grossesse. Ces trois facteurs semblent jouer doublement sur l'issue de la grossesse en milieu défavorisé en raison de leur importance relative liée à la fois à la situation de pauvreté et à l'expérience de la grossesse en général. En effet, l'anxiété, en plus d'être communément associée à l'expérience de la grossesse (Campbell, 1989), s'avère, pour la gestante vivant en situation de grande pauvreté, une caractéristique intrinsèque de son vécu (Colin & Desrosiers, 1989). Des études ont démontré l'effet de l'anxiété de situation, laquelle réfère à un état émotionnel spécifique à une situation (Spielberger & Saranson, 1980), sur la longueur du travail de la parturiente (Lederman et al., 1979), sur le rythme cardiaque foetal (Lederman et al., 1979), sur l'indice d'Apgar des nouveau-nés (Crandon, 1979) et finalement sur l'attachement foeto-maternel qui se fait plus difficilement et sur les interactions mère-nouveau-né, lesquelles sont alors moins fréquentes (Cranley, 1981; Curry & Snell, 1985). Certaines contradictions persistent quant aux effets spécifiques de l'anxiété sur l'évolution et l'issue de la grossesse. Cependant, on peut prétendre que l'anxiété, étant liée étroitement à l'expérience de la grossesse ainsi qu'au vécu en situation de pauvreté, aura des effets néfastes chez les gestantes et leurs nouveau-nés.

Par ailleurs, il est reconnu que les femmes issues de milieu défavorisé bénéficient moins souvent d'un soutien social adéquat (Colin et Desrosiers, 1989; Oakley, MacFarlane & Chalmers, 1982). Elles sont moins souvent mariées mais mères célibataires, et, bien que ce désavantage ne constitue pas en soi un risque inévitable d'issues défavorables de la grossesse, il est un indicateur majeur de risque (Bennett, Braveman, Egerter & Kiely, 1994). Ces femmes participent peu à la vie communautaire et bénéficient rarement d'un réseau social élargi. Le soutien social, reconnu comme une ressource personnelle significative, est depuis longtemps associé à la santé (Callaghan &

Morrissey, 1993). En plus d'atténuer les effets des facteurs de stress (Laudenslager, 1987), le soutien social est fondamental pour effectuer la transition imposée par la grossesse (Kahn & Antonucci, 1982) ainsi que pour une issue favorable de la grossesse en milieu défavorisé (Norbeck & Tilden, 1983). Kahn (1979) définit ce construit multidimensionnel qu'est le soutien social par les transactions interpersonnelles telles que l'expression positive de l'affect d'une personne à une autre, la reconnaissance par autrui des comportements, des perceptions, des expressions des points de vue ainsi que par l'échange d'aide matérielle et symbolique entre les personnes. Le réseau social étant défini comme l'ensemble des personnes reliées par un ou plusieurs types de relations, fait partie intégrante du soutien social (House, 1981). Collins et al. (1993), dans leur étude prospective auprès de 129 gestantes provenant de milieu défavorisé ont démontré l'existence de liens significatifs entre un soutien social élargi et un accouchement qui se déroule bien ainsi qu'un nouveau-né dont l'indice d'Apgar est meilleur que celui des nouveau-nés du groupe ne bénéficiant pas d'un tel soutien. Par ailleurs, les gestantes dont le soutien reçu a été jugé de meilleure qualité ont démontré moins de dépression en période post-partum et leurs nouveau-nés avaient de meilleurs indices d'Apgar. De plus, un soutien social élargi était relié à un meilleur poids à la naissance pour les nouveau-nés.

Enfin, la personne provenant de milieu défavorisé est souvent renvoyée à sa position inférieure dans la structure sociale et souffre de discrimination, ce qui génère fréquemment une faible estime de soi (Brown, 1986; Brown & Harris, 1989; Lemyre, 1989; Lewin, 1946). Crouch et Straub (1983) définissent l'estime de soi comme étant un processus par lequel les individus développent un sens de leur propre valeur en tant qu'être humain et ce, à travers leurs interactions avec l'environnement. La grossesse est une période de transformation de l'identité de la gestante (Rubin, 1984; Zachariah, 1994), d'adoption de nouveaux rôles (Flagler & Nicoll, 1990; Brouse, 1985) et de vulnérabilité accrue, particulièrement pour la gestante vivant en situation de grande pauvreté (Rich, 1992). Les écrits, à ce jour, sont peu nombreux quant à l'influence directe de l'estime de soi sur l'issue de la grossesse. Selon Wetsell (1989), une estime de soi faible chez la gestante est un indicateur de conséquences défavorables chez le nouveau-né tel un indice d'Apgar faible. Dans l'étude longitudinale de Edwards et al (1994), effectuée auprès de

gestantes américaines d'origine africaine, des corrélations positives significatives ont été trouvées entre des items de l'instrument de Rosenberg de mesure de l'estime de soi (1965) et la circonférence de la tête du nouveau-né ainsi qu'un âge gestationnel de 37 semaines et plus.

Réitérons maintenant l'importance du suivi prénatal pour une issue favorable de la grossesse, plus particulièrement dans les milieux socio-économiquement défavorisés (Poland, Ager, Olson & Sokol, 1990) et pour les adolescentes (Hughes Lee & Grubbs, 1995). Très peu de gestantes de milieu défavorisé bénéficient d'un suivi prénatal adéquat (Poland et al., 1990; Scupholme, Robertson & Kamons, 1991), la plupart l'initiant trop tard (Pettiti, Coleman, Binsaca & Allen, 1990; Young, McMahon, Bowman & Thompson, 1989), ce qui amenuise les avantages des interventions de type éducatif ou de type supplément alimentaire.

Effectivement, il est étonnant de constater que celles qui, dans une certaine limite, pourraient davantage bénéficier de ces services de santé y recourent moins (Curry, 1990). Les résultats de Séguin, Potvin, St-Denis et Loïselle (1995) confirment ceux de Kalmuss et Fennelly (1990) à l'effet qu'au cours de la grossesse, l'occurrence de symptômes dépressifs est commune chez les gestantes à faibles revenus. Il semble que les conditions d'extrême pauvreté pourraient entraîner cette dépression chez les gestantes qui se sentiraient alors démotivées à utiliser les services de santé (Kalmuss & Fennelly, 1990). Plusieurs autres hypothèses ont été émises afin d'expliquer ce paradoxe d'utilisation moindre des services de santé par rapport à des besoins de santé élevés. En fait, la plus courante relève des attitudes négatives, tant des femmes de milieu défavorisé envers les professionnels de la santé, que de ces professionnels envers les femmes (Deschamps & Baumann, 1987). Selon Curry (1990), les gestantes se sentent jugées par les professionnels de la santé et vivent un sentiment d'infériorité ainsi que d'incompréhension. On constate un décalage entre les valeurs préconisées par le système de santé et celles auxquelles adhère la clientèle de milieu défavorisé, ce qui suscite de l'incompréhension réciproque (Curry, 1989; Poland & al., 1990). Plusieurs chercheurs ont documenté et dénoncé le non-respect, par les intervenants, des aspirations et des

attitudes des gestantes vivant en situation de pauvreté (Colin, Ouellet, Boyer, & Martin, 1992; Paquet, 1989). Selon Martin & Henry (1989) et McAtee (1969) les conflits de valeurs émanant de l'interface quasi "culturelle" entre professionnels de la santé et gestantes vivant en situation de grande pauvreté, viennent contrer l'efficacité de la relation d'aide en s'attaquant directement à ses fondements que sont la compréhension empathique, le respect, l'authenticité et l'acceptation inconditionnelle d'autrui (Carkhuff, 1988). L'amélioration de la confiance des gestantes en elles-mêmes et leur prise en charge dépendent en partie de ces prémisses, lesquelles constituent des qualités de relation interpersonnelle facilitant l'apprentissage (Rogers, 1972). De plus, il ne faut pas négliger le fait que les gestantes se méfient du pouvoir social des médecins (Freidson, 1970; Lupton, 1994) et des pouvoirs politiques et légaux qu'ont aussi les autres professionnels qui peuvent décider, à un moment ou un autre, d'enlever l'enfant à la mère pour protéger la santé ou la vie de l'enfant (Colin et al., 1992). Les analyses récentes tendent vers cette conclusion : les approches traditionnelles de nombreux programmes en santé publique, plutôt que d'identifier et d'améliorer les problèmes auraient même contribué à la détérioration de l'état de santé des individus par leur approche dévalorisante (El-Askari, Freestone, Irizarry, Kraut et al., 1998).

Pour pallier les difficultés rencontrées, plusieurs Centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec ont développé un programme nommé OLO. Ce programme comprend un suivi prénatal régulier ainsi que la distribution gratuite d'un supplément alimentaire d'oeufs, de lait et d'oranges aux gestantes vivant en situation de grande pauvreté. Depuis, on assiste à l'implantation graduelle d'un programme intégré de soins prénatals globaux. Ce programme inclut des services médicaux, infirmiers, nutritionnels et psychologiques, auxquels s'ajoute un supplément alimentaire gratuit. Les résultats des études américaines tendent à démontrer une diminution de la mortalité foetale, des temps de gestation plus longs, des poids à la naissance supérieurs (Buescher, Smith, Holliday et Levine, 1987; Lennie, Klun & Hausner, 1985), de meilleurs indices d'Apgar (Rush, Alvir, Kenny, Johnson & Horvitz, 1988) et même une diminution de la mortalité infantile (Moss, 1998). Sokol, Woolf, Rosen & Weingarden (1980) ont obtenu les mêmes résultats, à l'exception des indices d'Apgar, en plus d'une diminution de 25%

du nombre de prématurés pour les gestantes du groupe expérimental, participant à un programme intégré. Il n'y a pas cependant, à ce jour, d'étude où l'on privilégie la répartition aléatoire des participantes.

Malgré l'approche multidisciplinaire intégrée, certains CLSC ont constaté qu'ils ne pouvaient toujours pas atteindre les résultats anticipés, ni même rejoindre les gestantes particulièrement visées par un tel programme. Or, de plus en plus d'écrits rapportent que le soutien le plus efficace (changement d'habitudes de vie, transmission de connaissances, soins du nouveau-né) et recherché en cours de grossesse par la plupart des gestantes provient ou de membres de la famille ou de d'autres femmes ayant expérimenté une transition similaire (Harrison, Neufeld & Kushner, 1995; Peoples-Sheps, Efirid, Ardern & Miller, 1989). Il semble que l'établissement de liens où il y a absence d'une hiérarchie fondée sur une activité professionnelle se fait plus facilement. Les écrits portant sur la communauté thérapeutique témoignent d'une efficacité psychologique et sociale par des bénévoles et autres aidants naturels sur des malades hospitalisés. À un niveau plutôt académique et lié à la performance individuelle d'élèves de niveaux variables, les études sur le co-conseil démontrent aussi une efficacité parfois supérieure à celle obtenue par les professeurs. D'ailleurs, aux États-Unis, on documente de plus en plus, l'efficacité de programmes d'entraides périnatales (Culp, Culp, Blankemeyer & Passmark, 1998; Johnson, Howell & Molly, 1993). Plus près de nous au Québec, dans le domaine de l'enfance maltraitée, des résultats positifs en intervention postnatale par des mères visiteuses ont conduit à la création d'un organisme sans but lucratif du nom De La Visite (Ouellet, Durand & Massé, 1992). Les données recueillies à l'aide d'un devis qualitatif indiquent que les mères visiteuses ont eu un effet positif sur l'interaction parents-enfant ainsi que sur l'état émotif et physique de la mère. De même, des éléments reliés au réseau social, soit la relation de couple et la relation avec l'aîné de la famille ont été positivement influencés par les visites hebdomadaires des mères visiteuses (Durand, Massé & Ouellet, 1989). Une récente étude par Moreault, Gagnon & Labrecque (1996) a porté sur l'évaluation formative d'un programme similaire en postnatal auprès de familles à risque de négligence envers les enfants. Les résultats observés indiquent que le travail des mères a permis une meilleure connaissance des ressources communautaires mais n'a

pas eu d'effet probant sur l'utilisation du réseau naturel des familles. Dans l'étude de Beam & Tessaro (1994) impliquant aussi des mères visiteuses mais en période prénatale, les résultats indiquent clairement l'impact positif du soutien mutuel entre mère et gestante mais il semble, encore une fois, qu'il n'y a pas eu d'impact sur le réseau social de la gestante ni même sur la famille.

Un seul programme prénatal d'entraide communautaire, issu d'une institution publique, a déjà été implanté au Québec et se nommait "marrainage". Il favorisait l'implication et la contribution au suivi prénatal de mères vivant en situation de grande pauvreté. Ces mères, appelées marraines, intervenantes de première ligne auprès des gestantes, jouaient un rôle d'intermédiaires entre les gestantes et les professionnels. Elles pouvaient apporter le supplément alimentaire à la gestante, promouvoir le mieux-être de cette dernière, mettre sur pied des activités sociales récréatives et organiser des rencontres entre les gestantes (Leduc & Beauregard, 1989). Le suivi par la marraine se faisait en collaboration avec une professionnelle, qui est souvent une infirmière, et devenait alors complémentaire à un suivi prénatal déjà existant. Gagné, Gendron & Pelletier (1991) rapportent que ces marraines OLO (volet jadis du programme OLO pour cette institution) jouent un rôle indispensable pour la création de liens significatifs entre femmes de même milieu, pour briser l'isolement, pour susciter une forme de solidarité et pour favoriser l'entraide naturelle. Il semble que le développement d'une relation de confiance entre la gestante et sa marraine soit favorisé par les assises de cette relation qui reposent essentiellement sur les principes d'une relation authentique et non hiérarchique ainsi que sur l'expérience partagée d'un même vécu. Un autre programme similaire, issu cependant d'un centre Jeunesse du Québec, a connu des résultats positifs suite au développement d'un groupe d'entraide dans le cadre d'un programme plus vaste de dépistage précoce auprès des jeunes mères de milieu défavorisé (Tremblay, Lechasseur, Desmeules, Guilbert & Lepage, 1998).

La grossesse représente une transition importante pour les gestantes vivant en situation de grande pauvreté. Cette transition revêt, pour ces dernières, une signification particulièrement riche d'espoir, celui d'un avenir meilleur (Colin et al., 1992). En tant

qu'intervenants de première ligne en santé publique (Campagnola, 1989; Clarke, Beddome, Whyte, 1993), particulièrement en périnatalité, les infirmières doivent apprécier et respecter cette signification et faire en sorte que l'expérience de la grossesse soit valorisante et source de bien-être, à la fois pour la gestante et pour le nouveau-né. Pour ce, il faut reconnaître l'existence de problèmes qui ont entravé et entravent toujours l'efficacité de leurs interventions et considérer toutes les solutions pour atteindre ce but. Cela implique nécessairement que l'infirmière ne se pose plus en experte auprès des gestantes mais qu'elle leur facilite l'exercice de pouvoir dans l'expérience de la grossesse. Cette réforme de la relation professionnels-gestantes découle fortement de l'émergence d'une nouvelle idéologie de partenariat dans le discours des professionnels de la santé (Porter, 1994). L'accompagnement prénatal par une mère de la communauté s'avère un complément indispensable aux efforts que font les professionnels de la santé dans le domaine de la périnatalité en milieu défavorisé. Il s'inscrit dans le paradigme d'émancipation des populations ayant cours actuellement en promotion de la santé. L'émancipation réfère aux relations entretenues avec les populations desservies, lesquelles reflètent la collaboration ainsi que la promotion des forces, des droits et des habiletés dans l'apprentissage de la maîtrise de l'environnement et de l'autodétermination (Barker & Young, 1994). À cette définition, Rodwell (1996) ajoute l'importance du facteur valorisant des personnes impliquées dans le processus d'émancipation. La seule méthode de recherche qui permette une exploration de ce phénomène sous l'angle souhaité est la recherche participative évaluative, notamment l'Évaluation de 4^{ième} génération de Guba & Lincoln (1989). Nous avons élaboré à priori un modèle conceptuel fondé sur la communauté thérapeutique. Cependant, suite aux choix méthodologiques, nous anticipions l'évolution de la théorisation d'un nouveau modèle émergeant des données. L'intérêt alors de l'étude était de favoriser son émergence et de le comparer au modèle initial.

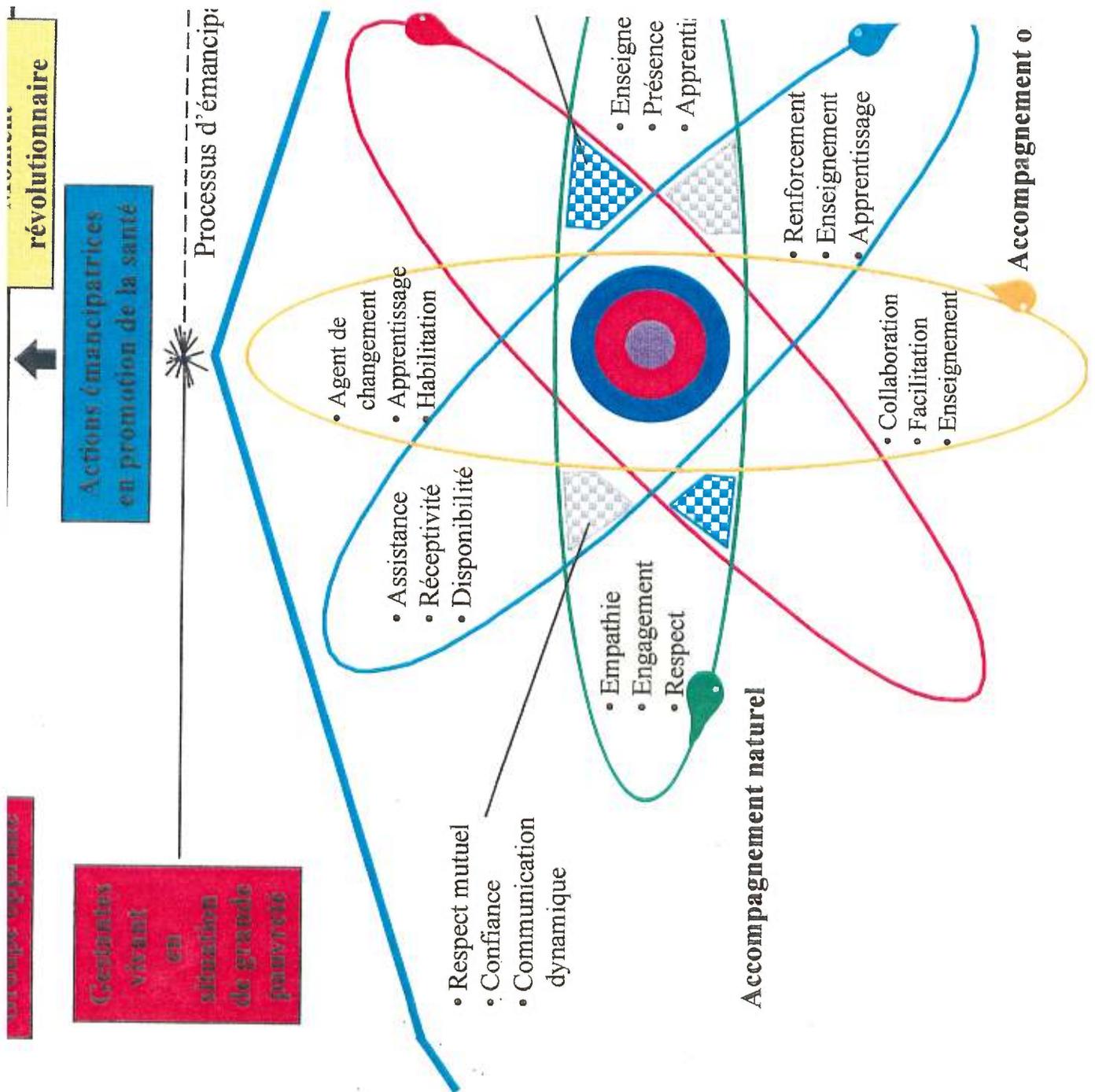
En somme, les gestantes vivant en situation de grande pauvreté présentent des risques importants tant pour leur santé et leur bien-être que ceux de leur enfant. Malgré la mise en place de programmes prénatals multidisciplinaires, des difficultés persistent dans la rencontre des besoins de ces gestantes et des objectifs des programmes. Or, une

approche valorisant l'engagement actif de membres de la communauté présenterait le potentiel de réussir à les rejoindre plus facilement, à favoriser une prise en charge collective et personnelle de même qu'à influencer l'issue de la grossesse, par son action sur des variables intermédiaires telles l'anxiété, le soutien social et l'estime de soi. Cette étude s'insère directement dans le deuxième domaine de recherche prioritaire en éducation sanitaire identifié par McLeroy, Clark, Simons-Morton, Forster et al. (1995) portant sur les interventions par les pairs, plus précisément sur l'étude des rôles des entraidants naturels et des facteurs organisationnels et contextuels favorisant le succès de tels programmes. De plus, après avoir consulté des experts en périnatalité, Peoples-Sheps, Efird, Ardern & Miller (1989) concluent à l'effet qu'en intervention périnatale, compte-tenu de l'efficacité perçue des stratégies, la priorité devrait être accordée aux interventions par les pairs. Ces dernières ont obtenu en effet le score le plus élevé d'efficacité perçue tout en demeurant la stratégie la moins utilisée ou étudiée dans les recherches, lacune à la fois pratique et théorique à laquelle veut répondre cette étude.

But et objectifs de la recherche

Le but de cette étude est de décrire et d'évaluer le processus d'émancipation individuel et collectif d'un groupe de gestantes vivant en situation de grande pauvreté, d'un groupe de mères de la même communauté et de professionnels de la santé, tous participant à un programme d'accompagnement prénatal. Il s'agit de contribuer au cumul de connaissances sur le phénomène d'émancipation et de vérifier l'adéquation entre le modèle conceptuel traitant de l'entraide entre pairs et du partenariat professionnel-naturel élaboré à priori (Figure 1, page suivante, détails en page 81) et un modèle en voie de théorisation issu de l'étude (Figure 3, présenté en page 183). La participation de tous les acteurs à l'élaboration et à l'implantation du programme a comme objectifs d'abord de faciliter l'acquisition des ressources individuelles et collectives permettant l'autodétermination des membres d'une communauté vivant en situation de grande pauvreté. Un second objectif est de promouvoir une transformation émancipatrice des relations entre professionnels et membres de la communauté et finalement de favoriser

Figure 1
Modèle conceptuel de
L'ACCOMPAGNEMENT PRÉNATAL



une expérience de grossesse positive pour les gestantes et la santé des mères et des nouveau-nés par l'action sur des variables intermédiaires reliées à l'issue de la grossesse.

Questions de recherche

- 1- Quelles sont les éléments facilitateurs et bloqueurs liés au développement et à l'implantation d'un programme d'accompagnement prénatal émancipatoire ?
- 2- Quelles sont les significations résultant des expériences vécues, les habiletés personnelles et collectives développées, et l'impact perçu par les gestantes, les compagnes-mères et les intervenantes professionnelles ayant participé au programme d'accompagnement prénatal émancipatoire?
- 3- Existe-t-il une congruence entre les concepts significatifs du modèle conceptuel de départ et ceux d'un modèle en voie de théorisation ?

CHAPITRE 2

État des connaissances

Dans ce chapitre, un bref exposé de la relation étroite entre la pauvreté et la santé précédera une présentation des conditions psychosociales de vie en milieu défavorisé. L'anxiété, le soutien social et l'estime de soi ont été choisies parce qu'elles caractérisent le vécu des gestantes de ces milieux, qu'elles influencent l'issue de la grossesse et finalement en raison du potentiel d'intervention des programmes de santé publique sur ces conditions. Les études sur le suivi prénatal auprès de gestantes issues de milieu défavorisé seront par la suite examinées pour extraire les difficultés de ce suivi et dégager les éléments stratégiques de succès, préparant la voie à un examen de nouvelles solutions aux difficultés rencontrées. Finalement, nous verrons s'imposer l'émancipation comme instrument inégalé de promotion de la santé. Seront aussi présentés certains des obstacles à sa mise-en-œuvre, notamment la professionnalisation de la santé...

Pauvreté et santé

On dit, à tort ou à raison, de la pauvreté qu'elle est une nécessité pour toute société qui évolue dans un monde géré par l'économie. L'ingrédient essentiel se trouve peut-être dans nos plus récentes tentatives d'expliquer la pauvreté comme un phénomène social caractérisé par des relations de pouvoir et des inéquités de ressources. Cette notion tend à discréditer la théorie plus ancienne et controversée qui attribue une grande part de la responsabilité du phénomène aux victimes de ce dernier. Pour deux chercheurs contemporains, Kaplan (1996) et Novak (1996) la pauvreté s'inscrit comme un phénomène de société qui affecte non seulement les gens qui se retrouvent sous un seuil prédéterminé mais aussi la communauté entière. Cependant, ce qui étonne toujours, c'est de constater à quel point la composition du tableau classique qui nous est renvoyé est incomplète. Principalement composé des caractéristiques individuelles, ce tableau fait alors omission du contexte socioenvironnemental, fondamental pour l'identification de facteurs de risque. La notion épidémiologique de risque fait référence au concept de vulnérabilité. Aday (1997) nous explique à cet égard qu'un risque différentiel varie en fonction du statut social (prestige et pouvoir), du capital social (soutien social) et finalement, du capital humain (potentiel de productivité). Intervenir aux niveaux des

risques implique nécessairement une considération de ces différents éléments. Le danger inhérent à la notion de risque est l'étiquetage qui en découle. L'argument dont se sert Handwerker (1994) est que le « risque » médical est un artefact culturel édifié par des valeurs personnelles et professionnelles et des connaissances liées à une formation et à des pratiques institutionnelles. Les différentes interprétations du risque présumées dans l'esprit ou formulées soit par les médecins soit par les bénéficiaires ont le potentiel de renforcer les relations de pouvoir déjà existantes. Prendre conscience de ce danger n'est pas sans importance ni conséquence pour l'adoption d'une définition de la notion de pauvreté.

On peut définir la pauvreté de plusieurs façons. Erickson (1996) et Simpson & Weiner (1991) proposent cette conception de la pauvreté : un état de manque de ressources financières ou matérielles, accompagné d'un sentiment de privation. À propos de la privation matérielle, Black (1980) précise qu'elle jouerait un rôle prépondérant sur l'état de santé. Plusieurs hypothèses ont été émises quant aux différents masques que peut prendre ce rôle. En santé périnatale, la plus plausible, dont l'origine se trouve dans ce rapport (Black) explique que les effets de la privation matérielle seraient médiatisés par des facteurs de risque psychosociaux et comportementaux. D'autres facteurs qui sont dépendants de l'avantage matériel tels que cognitifs (connaissances, habiletés et ressources) et motivationnels joueraient aussi un rôle non-négligeable (Rutter & Quine, 1990). La privation se ferait ressentir principalement par deux mécanismes : le premier, serait une augmentation des événements de vie négatifs (negative life events) sans soutien social adéquat (privation personnelle selon Thomas, 1994) et le deuxième, une faible scolarisation et un accès limité à l'information. Ce modèle identifié par Rutter & Quine (1990) permet d'expliquer comment se lient ces deux mécanismes; le premier mécanisme entraîne des problèmes émotifs liés au stress et à l'anxiété et le second mécanisme, lui, un manque de connaissances, certaines croyances et attitudes. Ces deux mécanismes cumulés produisent alors un ensemble de stratégies d'adaptation d'où découlent des comportements qui nuisent à la santé. Malgré son apparente simplicité, ce modèle s'avère fort utile pour la planification d'interventions et il constitue l'explication théorique de l'heure. La pauvreté semble donc se jouer impitoyablement à deux niveaux,

présent et futur; d'abord, elle ne peut ni offrir à ses membres les ressources pour satisfaire leurs besoins fondamentaux ni leur offrir les perspectives d'avenir des familles mieux nanties (Thibaudeau, 1985). Par dessus-tout, se dégage une constante, indépendante des définitions adoptées et des hypothèses explicatives : les individus les plus pauvres d'un pays, quel que soit ce pays, sont éprouvés le plus durement par la maladie (Gazmarian, Adams & Pamuk, 1996, Thibaudeau, 1985). En somme, une population vulnérable se trouve limitée en termes de ressources et présente un risque plus élevé de morbidités ainsi que de mortalités prématurées, et une qualité de vie moindre que la population générale (CDC, 1997; Flakerud & Winslow, 1998). Par ailleurs, ce sont les femmes qui sont les plus pauvres, en général plus pauvres que les hommes, elles comptent invariablement parmi les plus pauvres d'entre les pauvres (Christiani, 1996).

Dans une récente étude, West (1997) défie la validité du modèle des inégalités de santé durant la jeunesse présenté dans le rapport classique de Black (Towsend & Davidson, 1982). L'hypothèse que West émet est qu'au cours de la jeunesse (stade de développement associé à la période scolaire du secondaire jusqu'à la période où des rôles adultes sont assumés), une égalité relative de santé serait observée puis elle s'estomperait à l'âge adulte pour reprendre le gradient observé en enfance. L'influence des pairs, de l'environnement scolaire et de la culture sembleraient surpasser celle associée à la classe (famille, maison, quartier) et tendre vers une égalisation des différents indices de santé à l'exception des mortalités dues aux accidents et des maladies chroniques sévères (West, 1997). On note par ailleurs que les différences observées en mortalité infantile liées aux classes sociales sont justement à leur maximum en relation avec les accidents, cause la plus commune de mortalité chez les enfants de moins d'un an (Goodwin, 1991). En fait, ces données viennent limiter l'impact prétendu de l'égalité relative de santé, hypothèse de West. En somme, jusqu'à ce que des résultats plus concluants viennent contredire la présence de l'inégalité de santé en fonction des classes sociales, nous devons assumer qu'elle persiste au cours de la vie et que ses effets sont non-négligeables. Van de Mheen, Stronks, Looman & Mackenbach (1998) se sont intéressés aux liens entre le statut socioéconomique tel que mesuré par le niveau de scolarité et la santé telle que perçue à l'âge adulte ainsi que rapportée par l'occurrence de maladies sévères durant l'enfance.

Les résultats de cette étude rétrospective auprès de 2511 participants indiquent que la santé infantile apporte une contribution significative à l'explication des inégalités socioéconomiques de la santé à l'âge adulte. Ces résultats sont aussi confirmés par Power, Matthews & Manor (1998) qui ont utilisé les données d'un recensement des naissances de 1958 en Grande Bretagne et ont opéré un suivi de santé jusqu'à l'âge de 33 ans. Les déterminants de la santé tel que perçus à 33 ans sont principalement les circonstances sociales à la naissance et les caractéristiques psychosociales du travail. Au niveau des comportements de santé, une faible influence a été notée.

Les études épidémiologiques en santé maternelle sont concluantes à plusieurs niveaux: un lien statistique persiste entre certains indices de pauvreté, notamment le statut socioéconomique, l'éducation et ceux de santé maternelle/infantile dont le poids de naissance, l'âge gestationnel, etc. Par ailleurs, les femmes de milieux défavorisés sont plus souvent victimes de violence que les autres. Cette violence toucherait environ 20% de toutes les grossesses (Gazmarian, Lazorick, Spitz, Ballard, et al., 1996). Les complications de grossesse (faibles poids, détresse fœtale, etc.) sont plus élevées pour les gestantes victimes d'abus (Bullock & McFarlane, 1989; Dye, Tollivert, Lee & Kenney, 1995). L'abus et la violence sont précurseurs d'homicides conjugaux; deux récentes études confirment que l'homicide se trouve au premier rang des causes de mortalités par blessure chez les gestantes (Dannenbergh, Carter, Lawson, Ashton et al., 1995; Fildes, Reed, Jones, Martin et al., 1992). Ces données sont le reflet d'une bataille sans merci que livre la pauvreté envers ses victimes. Comme dotés d'une impuissance calculée, nous sommes témoins de l'histoire transgénérationnelle dans laquelle s'inscrit la pauvreté chronique (Bullough & Bullough, 1990) et par laquelle on attribue à ces familles le plus haut taux de fécondité. Une fécondité qui n'est pas toujours souhaitée et dont les intervalles sont rapprochés. Les répercussions défavorables pour le développement de l'enfant sont significatives. Dans l'étude de Myhrman, Olsen, Rantakaallio & Laara (1995), en général, les enfants nés d'une grossesse non-désirée avaient un niveau d'éducation moins élevé que les autres (grossesse planifiée ou simplement vécue à un moment moins opportun). Or, on reconnaît aujourd'hui que des liens significatifs existent entre une faible scolarisation (interruption au cours du secondaire) et une pauvre

santé mentale voire même sur deux décennies après la grossesse (Williams, McGee, Olan & Knight, 1997). Les grossesses précoces ne sont donc pas sans conséquences immédiates et ultérieures. Une adolescente américaine sur 10 fera l'expérience d'une grossesse (Sheaff & Talashek, 1995). Entre 1980 et 1993 au Québec, le taux de grossesse à l'adolescence a connu une augmentation fulgurante de 50% (Tremblay, Lechasseur, Desmeules, Guilbert & Lepage, 1998). Par ailleurs, on rapporte qu'environ 50% de toutes les adolescentes enceintes décident de mener à terme leur grossesse (Adams & Kocik, 1997). Cette adolescente enceinte serait issue d'un milieu familial instable, probablement minoritaire et dirigé par une mère célibataire (Polit, White & Morton, 1989). Déjà, les chances pour cette adolescente de donner elle-même à ses enfants un foyer stable sont réduites. Cette adolescente ayant mené à terme sa grossesse a plus de chance de se retrouver enceinte par la suite qu'une adolescente n'ayant jamais eu d'enfants (Miller, 1983). Selon Brown, Saunders & Dick (1999), une réduction de 50% du taux de grossesses subséquentes à l'adolescence permettrait au gouvernement américain d'économiser \$17 milliards de dollars américains! Par ailleurs, on admet généralement que les foyers de milieux défavorisés ou avec un seul parent ont un risque élevé d'exposer leurs enfants à un environnement abusif (Gelles, 1989; Kelly, Grace & Elliott, 1990). À cet effet, depuis 1981 aux États-Unis, on constate avec désarroi une augmentation de plus de 90% de la négligence et de l'abus envers les enfants (CDF, 1989) dont au moins 70% sont dirigés vers les enfants de moins de 3 ans (AHA, 1987). Il semble que des attentes démesurées envers les enfants, un manque d'empathie et le fait de privilégier une discipline avec sanctions corporelles seraient le lot de la majorité des familles défavorisées, du moins dans l'étude quantitative de Lutenbacher & Hall (1998) auprès de 206 mères célibataires de milieux défavorisés. Ces trois éléments feraient culminer la frustration parentale et entraîneraient plus de comportements abusifs. Par ailleurs, physiologiquement, une grossesse à l'adolescence comporte des risques pour le fœtus. Les résultats de l'étude de Geronimus & Korenman (1993), à partir de données (sondage américain sur la jeunesse de 1979-1988) disposées dans un devis à comparaison équivalente (sœurs d'une même famille) indiquent que connaître la maternité durant l'adolescence constitue un facteur de risque considérable pour la naissance d'un nouveau-né de poids insuffisant. Dans les études, lorsque le poids de naissance n'est pas contrôlé

pour l'âge gestationnel, il inclut nécessairement les accouchements prématurés ainsi que les cas de retard du développement intra-utérin (Nordentoft, Lou, Hansen, Nim, Pryds, et al., 1996). Basso, Olsen, Knudsen & Christensen (1998) ont étudié l'effet d'intervalle rapproché (8 mois ou moins) sur le poids à la naissance et la prématurité. Des tests de régression ont été faits sur les données d'un suivi aléatoire d'une cohorte de nouveau-nés d'une même famille (N=10 187 pairs de nouveau-nés). Les résultats indiquent que les mères dont les intervalles entre les grossesses étaient de moins de 8 mois, venaient d'un milieu social inférieur aux autres, étaient plus jeunes et avaient une parité plus grande. Lorsqu'on contrôlait pour la parité, l'âge de la mère, le statut social et l'âge gestationnel, seule la prématurité, et pas le poids à la naissance, était prédit par l'intervalle entre les grossesses. Un court intervalle ne permettrait pas un rétablissement des taux réguliers de vitamines essentielles, des acides gras, etc. Or, la prématurité demeure une des causes importantes de mort néonatale et de retard de développement dans les pays industrialisés (Basso et al., 1998).

D'autre part, un poids insuffisant est un facteur de risque majeur pour de nombreux problèmes de santé. Les progrès dans le domaine médical permettent aujourd'hui aux nouveau-nés de très faibles poids à la naissance (moins de 1500g) de survivre alors que dans le passé, ils n'avaient que peu de chance de survie (Hall, 1988). Dans l'étude prospective (1986-1994) de Svenningsen, Bjorklund & Lindroth (1997) auprès de 325 jeunes enfants, on a observé une augmentation du taux de survie de 23%, passant de 47% à 70% chez les nouveau-nés ayant un très faible poids à la naissance (moyenne de 815g) et un âge gestationnel de 26.7 semaines en moyenne. Cette survie a cependant parfois un prix élevé : forte incidence de syndromes neurologiques tels la paralysie cérébrale, des retards mentaux, des problèmes d'apprentissage et de comportements (Katz-Salamon, Allert, Bergstrom, Ericsson et al., 1997).

Que l'on parle de prématurité ou de faible poids à la naissance, des soins et une attention particulière doivent être apportés au nouveau-né. L'éducation aux nouveaux parents devient un élément clé du développement ultérieur de l'enfant où l'on rapporte que jusqu'à 50% de son développement dépend de l'environnement (Schraeder,

Rappaport & Courtwright, 1987). Or, les parents de tels enfants doivent développer des habiletés qu'ils n'anticipaient certainement pas (Gennaro, 1993). On peut penser alors qu'une jeune mère adolescente ne soit pas spécialement préparée à composer avec ces conséquences d'une grossesse à risque. Par ailleurs, les enfants pauvres détiennent la première place au sommet des groupes les plus atteints par la mortalité infantile et sont surreprésentés dans les statistiques d'échecs et d'abandon scolaire, de délinquance et en milieux de garde hors familiaux (Bouchard, 1989).

Même si plusieurs auteurs dont Bouchard (1989) et Stumpf (1983) critiquent la notion de culture de la pauvreté d'Oscar Lewis (1966) selon laquelle l'approche de vie des pauvres leur ferait rater les chances offertes par le système, il n'en reste pas moins que l'un des mécanismes les plus plausibles et investigués encore aujourd'hui pour expliquer en partie l'association entre le statut économique et une issue de grossesse négative reste le comportement maternel (Gazmarian, Adams & Pamuk, 1996). Les habitudes de vie, notamment l'usage du tabac, l'alcool, l'activité physique et l'alimentation, demeurent encore aujourd'hui la voie de recherche la plus prometteuse (Lynch, Kaplan, Salonen, 1997; McGinnis & Foege, 1993 et Power, Manor, Fox, 1991). La prévalence de l'usage du tabac en milieux défavorisés est en hausse, passant de 39% en 1974 à 44% en 1985 (Jones, Manfredi, Mermelstein, Raju & Thomas, 1994). Il semble que ce sont les gestantes qui ne sont pas mariées et avec une plus faible scolarité qui font le plus usage du tabac (Dunn, Pirie & Lando, 1998). À ce jour, deux importants prédicteurs de l'abandon de l'usage de tabac sont la motivation initiale et la confiance personnelle, deux éléments que peuvent réveiller la période de la grossesse et l'intervention professionnelle. En psychologie, on a aussi développé une théorie des personnalités pour expliquer l'issue de la grossesse et finalement, une théorie des événements de vie (Westlander, 1991). À ce propos, des données statistiques de la dernière décennie laissent croire que des facteurs externes seraient proactifs et précipitants dans cette guerre pauvreté-santé, notamment les conditions de vie (Lundberg, 1997) et la communauté ou la société (Flaskerud & Winslow, 1998). Ces conditions de vie ou circonstances socio-économiques renversent le libre choix accordé généralement à l'adulte en matière de santé et comprennent un ensemble de facteurs dont l'occupation,

l'éducation, l'intégration sociale, le statut social et l'environnement habitable-familial (Aday, 1993; Carroll, Bennett, Smith, 1993; Townsend, 1990; Wadsworth, 1997). Dans une récente recension des études sur les inégalités de santé, utilisant la méthodologie de l'histoire de vie, Wadsworth conclue à l'effet de l'influence de facteurs sociaux sur les processus de développement biologique et neurologique en bas âge. La thèse avancée est que différentes contraintes sociales viendraient spécifier des paramètres conditionnant le programme bio-neurologique, limitant ainsi son potentiel (Barker, 1991; Hales, Barker, Clark, Cox, Fall et al., 1991). Bien que controversés, ces résultats viennent alimenter le débat et surtout inciter à l'urgence d'agir. Une étude récente démontre comment les facteurs de niveau macro tels que le nombre de propriétaires dans un quartier, le nombre de groupes communautaires, le taux de chômage, le nombre de crimes, le revenu per capita, etc. peuvent être en liens directs avec ou en interactions avec le poids à la naissance (O'Campo, Xue, Wang & O'Brien Caughy, 1997). En fait, les risques individuels liés à un faible poids à la naissance (âge maternel, éducation maternelle, trimestre de grossesse où est amorcé le suivi prénatal, etc.) se comportaient différemment en présence de certains facteurs macro. Cette étude est la première à démontrer que les facteurs contextuels ou environnementaux conditionnent la vulnérabilité individuelle. Les certificats de naissance des années 1985 à 1989 de la ville de Baltimore aux États-Unis ont été étudiés et les données liées aux données des recensements. Des régressions à deux niveaux ont permis l'analyse de ce modèle. Le revenu per capita était lié directement au poids à la naissance mais aucun lien n'a pu être démontré entre le nombre de groupes communautaires (indice de l'émancipation communautaire) et le poids à la naissance. Des interactions importantes entre le taux de crimes, le taux de chômage, les conditions de logement, etc. et les risques individuels ont été trouvées, ce qui altérerait l'effet sur le poids à la naissance. Ces résultats confirment l'importance de situer les individus dans leurs contextes et de considérer les facteurs contextuels dans l'élaboration des modèles statistiques : des interventions plus appropriées pourront être développées.

La pauvreté n'attaque pas de façon aléatoire, 80% de ses victimes sont les enfants, les femmes, et les personnes âgées (Erickson, 1996). Au Québec, deux tiers des personnes sous le seuil de pauvreté une année ne le sont plus l'année suivante et sont

remplacées par de nouvelles personnes. Il semble qu'un tiers des personnes pauvres le sont pour une période de 7 ans et que conséquemment, deux tiers échapperaient à la chronicité (Bouchard, 1989). Dans un autre rapport des années 1980 (Stumpf, 1983), on conclue que seulement 20% des pauvres développeraient cette culture de pauvreté. Ceci dit, s'il est un service que la notion de culture de pauvreté aura contribué à la société, c'est de lancer le débat dans le monde académique et de lui attribuer une place de choix en recherche sociale et ce, depuis le milieu des années 1960. Les récentes études viennent démontrer l'importance de l'environnement social de l'enfant, par exemple dans le cas des nouveau-nés de faibles poids. Si l'environnement social est sain (éducation maternelle, revenu adéquat, famille peu nombreuse, interactions mère-enfant positives), on parvient à renverser l'effet néfaste du faible poids à la naissance. Entre autres, deux effets seraient la mort néonatale que l'on attribue à un faible poids à la naissance (responsable de deux tiers de ces morts dans les premiers 28 jours) et la mort postnéonatale (entre le jour 29 et 365^{ième} de vie extra-utérine). Le faible poids à la naissance serait responsable de 20% de ces mortalités (Orr, James, Miller, Barakat, Daikoku, et al., 1996). McGauhey, Starfield, Alexander & Ensminger (1991) dans leur étude à devis transversal sont parvenus à démontrer que les nouveau-nés qui avaient un faible poids à la naissance mais dont l'environnement social présentait un risque faible ou modéré, n'étaient pas à plus grand risque de présenter des issues négatives que ceux de poids normal. Dix ans plus tard, les enfants de faibles poids de milieux à faible risque avaient des indices de santé favorables (faible absentéisme scolaire, moins de journées alitées, moins de journées avec activités limitées) et un meilleur statut fonctionnel (meilleure performance scolaire, moins de problèmes de comportements et une meilleure perception maternelle de l'état de santé de l'enfant) comparativement à ceux des environnements à haut risque. Les résultats de cette étude semblent indiquer qu'un environnement social à faible risque constitue la meilleure protection contre les effets néfastes d'un faible poids à la naissance. On ne peut cependant, à partir de cette étude, identifier des mécanismes protecteurs pour les enfants issus d'environnements sociaux à haut risque.

Enfin, dépasser le débat de culpabilité systémique ou de victimisation personnelle devient l'enjeu majeur au cœur du débat de la nouvelle santé publique (Kickbush, 1986). La vraie lutte contre la pauvreté et ses effets doit non seulement cesser de perpétuer les mythes tenus par les classes moyennes mais surtout, cette lutte doit nécessairement être entreprise avec les pauvres. Dans ce type d'intervention, le postulat à respecter sine qua non est de se situer du côté de la population défavorisée, sinon la lutte est inutile. La vulnérabilité dont ils sont affligés est rampante et la privation cumulative, ce qui augmente quasi-exponentiellement le risque pour les enfants (Goodwin, 1991). La problématique des événements d'une vie démunie avec difficultés de logement, d'argent, d'emploi, d'inadéquation des soins nécessaires, l'absence de ressources, la présence de désordres mentaux plus fréquents se trouve amplifiée par cette vulnérabilité envahissante qui se joue à plusieurs niveaux chez l'individu : comportements, attitudes et valeurs (Lemyre, 1989; Lessick, Woodring, Naber & Halstead, 1992).

Cette vulnérabilité manifestement systémique rehausse le sentiment de menaces diverses et stimule l'anticipation angoissante d'afflictions et de pertes (Phillips, 1992; Rich, 1992). Par ailleurs, la plupart des auteurs adoptent la tendance contemporaine qui consiste à préconiser une approche de la pauvreté où les comportements de santé adultes et les caractéristiques psychosociales seraient expliqués par les racines socioéconomiques de l'enfance (Lynch, Kaplan & Salonen, 1997). Des études récentes démontrent cependant la capacité extraordinaire qu'ont certains enfants de transcender un passé familial à risque élevé (Rutter, 1994). Werner (1997), dans son étude longitudinale sur 4 décennies, a suivi 698 enfants nés dans des conditions de pauvreté sur une île Hawaïenne. Il identifia des facteurs de protection liés à la capacité de « résilience », cette qualité qui permet des issues favorables de développement malgré un haut risque, une compétence à composer avec le stress ou un rétablissement inexplicable après un traumatisme. Un tiers des enfants de Kauai (Werner, 1997) étaient, durant la période préscolaire, des enfants autonomes, capables de demander de l'aide, de solutionner des problèmes, démontrant une grande sensibilité et offrant facilement de l'affection aux autres enfants. Personnellement, chacun de ces enfants avait une croyance en l'efficacité de ses actions, un grand sens des responsabilités et une estime de soi élevée. La possibilité d'établir une

relation de confiance dans son environnement (par des substituts parentaux), un sens de cohérence basé sur une spiritualité, un réseau de soutien auprès de pairs ou de personnes âgées et finalement le fait de trouver une sorte de refuge en l'école, d'y mettre beaucoup d'efforts et exceller sont des facteurs de protection confirmés par Werner. Si l'enfance nous apparaît alors comme une période propice d'intervention pour transformer l'adversité, que dire alors de la période prénatale, période durant laquelle, trop peu d'interventions d'ordre psychosocial sont amorcées de façon précoce? On peut croire que l'une des raisons qui expliqueraient cette lacune serait la forte promotion du modèle biomédical de la grossesse par lequel elle serait devenue une condition médicale composée de risques physiologiques où peu de place serait laissé à la prévention psychosociale. Voyons maintenant pourquoi nous devons transformer cette situation et sur quels niveaux tabler nos interventions psychosociales...

Conditions psychosociales de vie en milieu défavorisé et issue de la grossesse

Depuis le début des années 1960, on documente l'aspect psychosomatique de la grossesse et donc, l'apport de l'environnement, tant pour le développement du fœtus que l'accouchement (Engstrom, Geijerstam, Holmberg & Uhrus, 1964; Ferreira, 1965). Durant cette période, trois variables se sont avérées cruciales, tant conceptuellement qu'empiriquement, pour l'évolution et l'issue de la grossesse particulièrement chez les gestantes de milieu défavorisé : l'anxiété, le soutien social et l'estime de soi. Plus récemment, les études sur les risques psychosociaux se sont principalement concentrées sur trois ensembles de conditions – sociales, émotionnelles et cognitives (connaissances, croyances, attitudes) chacune a été associée à des issues particulières soit pour l'enfant, la mère ou les deux (Rutter & Quine, 1990). Les événements de vie et le soutien social comme concepts sociaux intermédiaires, ont été largement étudiés. Le stress, l'anxiété, l'estime de soi et la dépression constituent les variables émotionnelles les plus importantes en périnatalité. On admet conséquemment qu'une étiologie sociale serait responsable, en partie, de certaines complications de grossesse fréquemment observées auprès des gestantes de milieux défavorisés. Nous présenterons ici brièvement les résultats cumulés depuis les dernières décennies sur les trois concepts suivants : anxiété,

soutien social et estime de soi. L'importance de ces concepts pour cette étude se situe au niveau certes du rôle primordial qu'ils tiennent durant la période prénatale et principalement du potentiel d'influence de l'intervention proposée, potentiel démontré ultérieurement.

Anxiété prénatale

Un nombre grandissant d'études démontre l'existence de liens entre l'anxiété prénatale et l'issue de la grossesse (Barnett, 1986) ainsi que l'anxiété et l'adaptation au rôle maternel (Pond & Kemp, 1992). Dans les années 1960, l'anxiété était généralement considérée comme une expérience subjective en réponse à un danger plus ou moins défini (McDonald, Gynther & Christakos, 1962). Depuis, les études font la différence entre une anxiété de personnalité résultant des expériences de vie premières et l'anxiété de situation ou de transition influencée par des changements temporaires dans l'état physiologique. En effet, pour Spielberger & Sarason (1980), l'anxiété doit être considérée de deux façons, toutes deux étant des réponses au stress: l'anxiété de personnalité, déterminée par une personnalité spécifique percevant les situations stressantes comme dangereuses ou menaçantes et l'anxiété de situation qui réfère à un état émotionnel spécifique à une situation.

De plus en plus aujourd'hui, on reconnaît l'importance de l'évaluation de l'anxiété prénatale de la gestante. Cette évaluation semble s'avérer fort prometteuse pour prédire le cours et l'issue de la grossesse (Lederman, 1990). La nature et la source d'anxiété ainsi que ses effets sur la santé foeto-maternelle furent étudiées en profondeur par Lederman, Lederman, Work & McCann (1979). La peur de donner naissance à un enfant handicapé, une baisse de revenu, l'anticipation de problèmes au cours de la grossesse, la mort d'un proche ou l'instabilité de la relation avec le partenaire constituent, en général, des indicateurs de stress élevé. D'autres événements tels un divorce chez les futurs parents, une maladie grave pour la gestante ou son partenaire, le rejet de l'enfant à naître par le partenaire ou une séparation temporaire du couple peuvent entraîner une anxiété modérée. Campbell (1989) identifia les préoccupations spécifiques à chaque trimestre de

la grossesse. Le conflit et l'ambivalence face à la grossesse, à l'enfant à naître et au rôle maternel caractérisent le premier trimestre. Généralement, cette anxiété diminue au second trimestre. Des mouvements de l'enfant sont alors perçus par la mère ce qui favorise une consolidation des liens dans le couple. Par contre, l'anxiété peut s'élever s'il y a absence de soutien conjugal, confusion dans les rôles et crainte des responsabilités futures. Au dernier trimestre, l'anxiété de la gestante est à son niveau le plus élevé car le bien-être du bébé, l'expérience du travail et de l'accouchement ainsi que la séparation prochaine d'avec le fœtus sont l'objet de préoccupations accrues.

L'étude prospective de Davids et Devault (1962) confirme que les gestantes qui expérimentent le plus de difficultés lors de l'accouchement ainsi que des complications chez le nouveau-né sont celles qui obtiennent les scores les plus élevés sur les échelles de mesure de l'anxiété durant la grossesse. A cette anxiété, on relie l'indice d'Apgar, ce calcul basé sur le rythme cardiaque, l'effort respiratoire, le tonus musculaire, le réflexe d'irritabilité et la couleur de la peau du nouveau-né (Crandon, 1979), la longueur du travail (Lederman, Lederman, Work & McCann, 1979), le développement du nouveau-né et de l'enfant (Crandon, 1979), les complications maternelles (Hetzl, Bruer & Poidevin, 1960), l'administration de médicaments lors de l'accouchement (Stanley, Soule & Copans, 1979) ainsi que l'adaptation au rôle maternel (Lederman, 1990). Certaines études ont même fait la distinction entre les différentes sortes d'anxiété en terme d'effet sur l'évolution et le cours de la grossesse, l'anxiété de situation pouvant avoir les effets les plus négatifs (Gorsuch et Key, 1974). En effet, Gaffney (1986) étudia les relations entre l'attachement foeto-maternel, le concept de soi et l'anxiété de personnalité et de situation. Une relation significative inverse fut trouvée entre l'anxiété de situation mesurée au troisième trimestre avec l'instrument de Spielberger et l'attachement foeto-maternel mesuré par l'échelle d'attachement foeto-maternel (Cranley, 1981). De plus, chez les gestantes issues de milieu défavorisé, les effets de l'anxiété semblent être accrus (Glazer, 1980; Thoits, 1957).

Crandon (1979) s'intéressa aux relations entre l'anxiété prénatale de 146 gestantes et certaines complications obstétricales. Les résultats de son étude indiquent des liens

significatifs entre l'anxiété prénatale, mesurée par un test auto-administré (IPAT), au troisième trimestre de la grossesse et l'occurrence de cas de pré-éclampsie, d'éclampsie ainsi que d'hémorragie post-partum excédant 500cc durant les premiers 24 heures. Par ailleurs, Stanley, Soule & Copans (1979) ont trouvé des relations significatives entre l'anxiété prénatale au neuvième mois de la grossesse et l'administration de médicaments anesthésiques aux parturientes ainsi qu'entre l'anxiété prénatale au même moment et la maturité motrice du nouveau-né trois jours après sa naissance. L'anxiété prénatale de la gestante était mesurée lors d'entrevues individuelles effectuées par un psychologue ou un psychiatre. Ces derniers avaient obtenu un accord de 90% quant à la codification des réponses aux questionnaires. Le questionnaire mesurait en fait 7 types d'anxiété: générale et physique ainsi qu'une anxiété reliée au fœtus, à l'accouchement, aux soins à apporter au nouveau-né, à l'alimentation de ce dernier et finalement des symptômes psychiatriques d'anxiété y étaient identifiés. Les données concernant le travail, l'accouchement et l'administration d'analgésiques étaient recueillies à partir du dossier médical. Quant à l'évaluation du nouveau-né, elle s'effectuait à l'aide de trois échelles mesurant la réponse physiologique à des stimuli, l'irritabilité et la maturité motrice. Aucune complication de grossesse ne fut relevée chez les 72 sujets. Les résultats de l'étude indiquent que plus les gestantes sont jeunes, qu'elles possèdent un niveau de scolarité faible et qu'elles sont moins préparées à une grossesse, plus elles expérimentent un haut niveau d'anxiété.

Par ailleurs, Gorsuch et Key (1974) ont identifié que c'est l'anxiété de situation au premier trimestre de grossesse par opposition à l'anxiété de personnalité, qui s'avère prédictive de complications subséquentes de la grossesse telles: pré-éclampsie, hémorragie, indice d'Apgar inférieur à 6, prématurité et faibles poids à la naissance. Des analyses de régression multiple à partir de l'étude de Pagel, Smilkstein, Regen et Montano (1990) ont permis d'établir que l'anxiété de situation telle que mesurée par l'échelle de Spielberger est reliée à l'indice d'Apgar à 1 et à 5 minutes ainsi qu'à l'âge gestationnel du nouveau-né. Les facteurs de risque démographiques, biomédicaux et de comportement furent contrôlés à priori. Les résultats indiquent aussi la présence de corrélations positives significatives constantes entre la variable socio-économique et le poids à la naissance ainsi qu'entre l'âge gestationnel et l'indice d'Apgar à 5 minutes.

D'autre part, Lederman, Lederman, Work & McCann (1979) ont mesuré le niveau d'anxiété de personnalité, au troisième trimestre, auprès de 32 primipares dont la grossesse se déroulait normalement. Les résultats ont démontré des corrélations positives significatives entre le niveau d'anxiété de personnalité au troisième trimestre et la longueur de la phase active du travail identifiée par une dilatation cervicale entre trois et dix centimètres. Les résultats de Newton & Hunt (1984) sont venus réorienter quelque peu l'intérêt des chercheurs envers l'anxiété prénatale vers un autre concept important : le stress. Dans leur étude prospective auprès de 224 gestantes, ils ont démontré qu'un faible poids à la naissance et la prématurité étaient reliés non pas à l'anxiété de situation mesurée en trois temps au cours de la grossesse et après l'accouchement mais à la mesure objective de stress par l'attribution de scores à des changements majeurs dans la vie de la gestante. L'anxiété, comme réponse au stress et le stress sont donc deux facteurs interdépendants, lesquels peuvent prédire individuellement des complications de la grossesse (Gorsuch & Key, 1974).

L'ensemble des écrits en périnatalité rapportent que les gestantes célibataires, moins scolarisées, à faible revenu et dont l'emploi n'est pas valorisant sont plus à risque d'éprouver un niveau d'anxiété élevée et de souffrir de problèmes de santé (Lederman, 1990; Glazer, 1980; Thoits, 1957). Dans l'étude de McDonald, Gynther & Christakos (1962) le niveau d'anxiété prénatale fut mesuré à l'aide de l'échelle de mesure de l'anxiété IPAT au troisième trimestre chez des gestantes de milieu défavorisé qui avaient le même âge, des niveaux comparables de quotient intellectuel et une parité semblable. La corrélation entre l'anxiété prénatale et la longueur du travail s'avéra positive et hautement significative ($r, +0.61. p < .01$). Une corrélation positive fut aussi trouvée entre le niveau d'anxiété prénatale et le poids à la naissance ($r, +0.62. p < .01$), ce dernier résultat allant à l'encontre des résultats des études publiées jusqu'à maintenant.

En somme, il semble que l'expérience d'anxiété est tout particulièrement élevée chez les gestantes de milieu défavorisé, tant en raison de leurs problèmes financiers que des caractéristiques personnelles des gestantes vivant une grossesse en milieu défavorisé.

Bien qu'il existe encore certaines contradictions quant aux effets spécifiques de l'anxiété sur l'évolution et l'issue de la grossesse, beaucoup d'études démontrent une association entre un niveau d'anxiété élevé et une issue défavorable de la grossesse. De plus, l'anxiété nuit au bien-être de la gestante ainsi qu'au développement d'attitudes maternelles adéquates. On peut donc présumer que l'anxiété, étant liée étroitement à l'expérience de la grossesse ainsi qu'au vécu en milieu défavorisé, aura des effets néfastes chez les gestantes de milieu défavorisé et leurs nouveau-nés.

Le soutien social

Le soutien social peut être défini de plusieurs façons et il existe, encore aujourd'hui, des divergences d'opinions quant à sa définition et à son rôle. Brown (1986) considère le soutien social comme un construit unidimensionnel alors que les résultats de l'étude de Wandersman, Wandersman & Kahn (1980) indiquent clairement que le soutien social est un concept multidimensionnel. De même, Kahn (1979) considère le soutien social comme un construit multidimensionnel défini par toutes les transactions interpersonnelles telles que l'expression positive de l'affect d'une personne à une autre, la reconnaissance ou l'affirmation par autrui des comportements, des perceptions, des expressions des points de vue ainsi que le don d'aide matérielle et symbolique. De plus, House (1981) et Kahn (1979) considèrent le réseau social, défini comme l'ensemble des personnes reliées par un ou plusieurs types de relations, comme faisant partie intégrante du soutien social. Les fonctions du soutien social sont de 4 types : émotif, instrumental, informatif et affirmatif (Stewart, Ellerton, Hart, Hirth et al., 1997).

Les membres du réseau social d'un individu jouent un rôle important dans le développement d'habitudes et de comportements de santé (Hubbard, Muhlenkamp & Brown, 1983; Roberts, 1988) et pour la promotion de la santé mentale (Lin, Ensel, Simeone & Kuo, 1979). Par contre, on admet de plus en plus que les relations interpersonnelles peuvent aussi être sources de tensions, lesquelles peuvent contribuer à l'augmentation de l'anxiété (Tolsdorf, 1976). A cet effet, Tilden & Galyen (1987) ont révisé les théories de l'échange social et de l'équité dans lesquelles on retrouve, associées

nécessairement au concept de soutien social, les dimensions de coût, du conflit, de la réciprocité et de l'équité.

Le soutien social est reconnu comme un facteur important durant la grossesse (Campbell, 1989). Le fameux Cochrane Pregnancy and Childbirth Database, première base de données servant à établir l'efficacité des soins prénatals a inscrit récemment le soutien social comme stratégie dont l'évidence de l'efficacité est fort probable (Enkin, Keirse, Renfrew & Neilson, 1995). Ce niveau se trouve seulement à un niveau donc des stratégies dont l'efficacité est irréfutable et supérieur donc de 5 niveaux à d'autres interventions, ce qui démontre clairement l'importance que prennent les approches plus psychosociales dans le monde de la médecine traditionnelle. En général, le soutien social est associé à plus de sentiments de joie et de sécurité, à moins de préoccupations, à moins de sentiments négatifs face à la naissance prochaine (Elbourne, Oakley & Chalmers, 1988), à la réduction du stress et de l'anxiété (Norbeck & Anderson, 1989) et encore, à une réduction du taux de nouveau-nés de faibles poids et de très faibles poids (Oakley, 1990; Rothberg & Lits, 1991). Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw (1993), dans leur étude prospective auprès de 129 gestantes à risque ont démontré que les femmes ayant bénéficié de plus de soutien avaient une meilleure progression de l'accouchement ainsi que des nouveau-nés avec de meilleurs indices d'Apgar comparativement aux autres gestantes de l'étude. Koniak-Griffin (1990) a relié la grandeur du réseau de soutien telle que mesurée par l'instrument de Norbeck (Norbeck, Lindsey & Carrieri, 1981) à l'attachement foeto-maternel mesuré par l'échelle de Cranley (1981).

De plus, Nuckolls, Cassel & Kaplan (1972) ont démontré que des gestantes ayant vécu plusieurs changements dans leur vie et ne bénéficiant que de peu de ressources psychosociales (soutien social, estime de soi, attitudes face à la grossesse et état émotionnel) avaient trois fois plus de complications au cours de la grossesse que d'autres gestantes ayant aussi vécu plusieurs changements mais bénéficiant davantage de soutien social ou d'autres ressources psychosociales. Dans l'étude de Richardson (1987), 30 des 45 gestantes de l'étude ont connu un travail prématuré actif. Ces mêmes gestantes ont

rapporté être insatisfaites du soutien provenant de leur partenaire et de leur famille alors que 85% de celles ayant mené une grossesse à terme ont rapporté être satisfaites du soutien reçu. Plusieurs commentaires recueillis par la chercheuse révèlent que les mères ayant accouché prématurément ont reconnu n'avoir personne sur qui compter pour obtenir de l'aide ou du soutien. La grossesse semblait, en fait, accentuer le manque de soutien en ce qu'elle est une période critique de la vie où la demande en soutien est plus élevée. Son absence est alors remarquée plus ouvertement qu'à l'habitude.

De plus, dans l'étude de Wandersman, Wandersman & Kahn (1980) les effets de différents types de soutien sur l'adaptation des conjoints à leurs nouveaux rôles de parents étaient mesurés. Les résultats indiquent que le soutien prodigué par un groupe de soutien ainsi que le soutien conjugal affectif sont reliés, chez le père, à son bien-être, à une bonne relation conjugale et à un sentiment de compétence parentale. Pour la mère, le soutien conjugal affectif ainsi que le soutien provenant des membres de son réseau sont reliés à son bien-être en post-partum et à une bonne relation conjugale. Ces résultats indiquent clairement que le soutien social est un concept multidimensionnel. De même, Cronenwett (1985) a étudié le lien entre le soutien social et l'adaptation au nouveau rôle de parent auprès de couples de niveau économique moyen vivant une première grossesse. Il a été démontré que certaines variables du réseau étaient associées à l'auto-évaluation des conjoints en post-partum. Entre autres, le nombre de personnes faisant partie du réseau, la fréquence des contacts avec elles, la composition du réseau en terme de catégories (familles, amis..) ainsi que la densité du réseau mesurée par le degré de correspondance entre les membres du réseau du sujet et de son conjoint se sont avérés individuellement associés chez le père et la mère à leur confiance dans leurs habiletés à s'adapter au nouveau rôle de parent ainsi qu'à la satisfaction du rôle de parent et de la qualité des soins apportés au nouveau-né. Par contre, le score global de soutien pour les mères ne présentait aucune corrélation avec les variables mesurées en postpartum.

Les résultats de Mercer & Ferketich (1988) indiquent qu'il n'y a pas de corrélation entre le soutien perçu et le soutien reçu et que le soutien perçu s'avère le plus important dans la réduction de l'anxiété pour les gestantes à haut risque. On rapporte aussi qu'il

existe une corrélation positive entre la qualité de la perception du soutien et la grandeur du réseau (Dunst, Vance & Cooper, 1986). Le soutien perçu correspond à l'évaluation cognitive du sentiment assuré d'être en liens avec les autres, avec une forte croyance de la disponibilité des autres et de leur aide (Barrera, 1986). Aaronson (1989) étudia l'effet du soutien social sur trois comportements de santé importants durant la grossesse chez des gestantes de niveau économique moyen. La spécificité des mesures de soutien permit d'identifier que ce sont les comportements des membres de la famille qui ont un effet prédominant et significatif sur les comportements de la gestante au niveau de la consommation de tabac, d'alcool et de caféine. La perception du soutien autant que le soutien reçu ont contribué de façon indépendante à l'adhésion à des comportements de santé pour la gestante.

L'effet du soutien psychosocial défini par du counselling visant la réduction des facteurs de stress des gestantes, la discussion des situations problématiques familiales ou professionnelles et l'encouragement au suivi prénatal sur le poids à la naissance fut étudié par Rothberg et Lits (1991). Les gestantes ayant des risques obstétricaux associés à la prématurité et à un faible poids à la naissance furent éliminées de l'échantillon. Les gestantes ont été assignées aux groupes expérimental et témoin de façon aléatoire. Dans le groupe expérimental, le soutien psychosocial était offert par un travailleur social avant chaque rendez-vous de la clinique prénatale alors que les gestantes du groupe témoin ne bénéficiaient pas d'un tel soutien. Les résultats indiquent que le soutien psychosocial, tel que reçu par les gestantes de l'étude et perçu positivement deux semaines après l'accouchement par 91% des mères en ayant bénéficié, a eu un effet significatif sur le poids à la naissance des nouveau-nés.

Des études sur le soutien social en milieu défavorisé rapportent que les individus de milieu défavorisé (Kohn & White, 1976 & McKinlay, 1975) ainsi que les adolescentes vivant en situation de pauvreté (Crockenberg, 1986) vont davantage se conformer aux valeurs, aux normes ainsi qu'aux comportements de santé valorisés par leurs pairs qu'à ceux véhiculés par les professionnels de la santé. Les gestantes semblent vivre davantage de relations conflictuelles dans leur réseau social. Sorenson (1990) précise que le conflit

survient lorsque la gestante ne reçoit pas, de la part des membres de son réseau, la reconnaissance ou la validation de l'interprétation qu'elle fait des événements. Hall, Gurley, Sachs & Kryscio (1991) rapportent que l'environnement de la femme enceinte issue de milieu défavorisé n'est que très rarement stable, à cause d'une insuffisance de revenu, du chômage, des logements inadéquats, des préoccupations parentales et des relations interpersonnelles trop souvent conflictuelles. La gestante doit, par conséquent, combattre des stress chroniques auxquels elle ne peut répondre adéquatement à défaut de ressources personnelles et sociales suffisantes. Les résultats d'une étude récente longitudinale et prospective (N=87 mères défavorisées, 44 mères favorisées) de Séguin, Bouchard, St-Denis, Loïselle & Potvin (1995) réitèrent que les mères de milieu défavorisé disposent d'un réseau social moins étendu que celui des mères plus favorisées. Elles bénéficieraient cependant d'une légère augmentation de celui-ci durant la période postnatale, alors que le réseau des autres mères demeurerait stable.

En plus de reconnaître une insuffisance aux niveaux des ressources, la densité du réseau des gestantes issues de milieux défavorisés semble accentuer les problèmes de soutien social. Belle (1979), par exemple, définit la densité des liens du réseau de la femme de milieu défavorisé par la proximité des membres du réseau, membres de la famille ou amies, leurs connaissances réciproques et la fréquence de leurs rencontres. Cette densité des liens dans le réseau ne semble pas garante du maintien de la santé mentale des femmes de son étude. Cependant, dans l'étude de Séguin et al. (1995), les mères défavorisées ne connaissaient pas un réseau plus dense mais un réseau où les épisodes de conflits étaient plus fréquents. Mais, pour Dunst, Vance & Cooper (1986), c'est la densité et non les épisodes de conflit qui sont déterminants. Ils ont identifié une corrélation négative entre la densité du réseau de mères adolescentes et des complications reliées à la grossesse. Il semble de plus que les femmes issues de milieu défavorisé n'ont recours aux services des gens du voisinage que lorsqu'il y a nécessité, dans des circonstances de vie stressantes alors que la famille ou les amies ne sont pas disponibles (Guay, 1984). Il semble, en fait, que des ressources économiques supérieures permettent à la femme une plus grande liberté de choix dans ses relations interpersonnelles (Stack, 1974) ainsi qu'une plus grande variété dans le type de soutien venant des membres du

réseau (Dunst, Vance & Cooper, 1986). En milieu défavorisé, il est presque impossible de recevoir du soutien sans risquer de vivre par la suite du rejet, de la trahison et de la dépendance parce que les membres du réseau sont aussi stressés et démunis, augmentant la possibilité de relations conflictuelles (Belle, 1979).

St. Clair, Smeriglio, Alexander and Celentano (1989) ont trouvé que les gestantes qui utilisent le moins les services de santé en milieu défavorisé, sont celles qui ont un réseau social dense, très rapproché et composé de membres de la famille immédiate et de proches parents. De plus, il semble que ces femmes ont moins de contacts personnels et téléphoniques avec leurs amies et que leurs réseaux sont moins élargis que celles qui utilisent les services de santé de façon adéquate.

De ces écrits, il ressort que la plupart des études réfèrent au soutien social comme à un construit multidimensionnel. Il est clairement démontré que le réseau social d'un individu influence ses comportements de santé et peut atténuer les effets de l'anxiété. Durant la grossesse, le soutien social s'avère très important, et, dans certains cas, des effets positifs sur le poids à la naissance peuvent même lui être attribués. Cependant, pour les gestantes issues de milieu défavorisé, le soutien social semble plus faible ou encore, peut avoir des effets non désirés à cause du contrôle social ou du niveau élevé de conflits qui le caractérisent.

Estime de soi

De tous temps, un grand nombre de chercheurs se sont intéressés au développement de la personnalité et de l'estime de soi. L'évaluation de soi se fait en regard des aspirations et des réalisations. Plus ces dernières convergent, plus l'individu aura une estime de soi élevée (James, 1892). Or, il existe une étroite relation entre l'estime de soi et le milieu social (Cooley, 1902). La réalisation de soi s'opère dans un but ultime de supériorité aux autres, ce qui laisse présumer l'existence d'un processus de comparaison sociale dans l'évaluation de soi (Mead, 1956). Les écrits plus récents tels que ceux de Crouch & Straub (1983) définissent l'estime de soi comme un processus par

lequel l'individu développe un sens de valeur à travers les interactions avec l'environnement en fonction de deux niveaux: l'estime de soi de base, établie durant l'enfance, et l'estime de soi fonctionnelle, susceptible de varier tout au long de la vie suite aux expériences nouvelles et aux interactions avec les autres. L'aspect évolutif de l'estime de soi est aussi exprimée dans la conception de Stanwyck (1983) où l'estime de soi est le sentiment résultant de l'évaluation de soi. Des approches thérapeutiques individualisées et à court terme peuvent augmenter considérablement l'estime de soi fonctionnelle. Battle (1981), un chercheur canadien, psychologue, s'est aussi intéressé à l'aspect fluctuant de l'estime de soi. En effet, la conceptualisation de l'estime de soi de Battle (1981) réfère à la perception qu'a l'individu de sa propre valeur, laquelle se développe graduellement et se différencie avec la maturité et les interactions avec les personnes significatives. L'aspect intéressant des études de Battle (1981) est qu'il parvint à démontrer l'efficacité de ses thérapies en terme d'augmentation de l'estime de soi et ce, à partir de ses échelles.

Par ailleurs, il est reconnu que certaines conditions favorisent le développement de l'estime de soi et nombreuses sont les études qui ont démontré l'importance des premières expériences familiales en regard de l'estime de soi de base des enfants. Les mêmes antécédents jouent également sur l'estime de soi fonctionnelle des individus à travers les expériences avec les autres. Ainsi, des valeurs, attitudes et comportements d'acceptation, de soutien, d'encouragement, de considération et de respect des opinions sont nécessaires pour l'acquisition d'une estime de soi élevée. Il s'ensuit, chez l'individu, respect de soi, affirmation, fierté, créativité, indépendance et autonomie.

Une étude d'envergure menée auprès de 2264 adultes et mesurant la santé et l'estime de soi a démontré que les individus ayant des problèmes de santé avaient aussi une faible estime de soi ($p < .01$) (Antonucci & Jackson, 1983). L'analyse pour l'échantillon constitué des sujets féminins révéla que les femmes ayant des problèmes de santé avaient davantage tendance à rapporter une faible estime de soi que les femmes qui n'avaient pas rapporté de problèmes de santé. Une analyse univariée de ces données permet de constater l'existence d'une relation linéaire inverse entre la sévérité des

problèmes de santé rapportés et le niveau d'estime de soi. Les données des dernières deux décennies semblent converger vers l'identification de liens statistiques forts entre une estime de soi faible et une grossesse à l'adolescence (Horn & Rudolph, 1987; Patten, 1981; Sheaff & Talashek, 1995) même si on trouve aussi des études ayant obtenu des résultats qui contredisent ces derniers (Donaldson Connelly, 1998; Matsuhashi & Felice, 1991). D'ailleurs, une étude plus récente (Smith, Gerrard & Gibbons, 1997) fait surgir de nouvelles hypothèses : alors qu'une faible estime de soi serait liée à une grossesse chez les adolescentes, une estime de soi élevée chez des femmes plus âgées leur ferait prendre plus de risques au niveau des comportements sexuels non-protégés. D'autres études devront confirmer ces résultats même si à prime abord, on ne peut nier cette possibilité d'un impact différent de l'estime de soi en fonction de l'âge de la femme.

Assurément cependant, la grossesse s'avère être une période de transformation de l'identité de la gestante (Rubin, 1984). Cette identité se développe en une identité maternelle accompagnée de l'adoption de nouveaux rôles (Flagler & Nicoll, 1990; Brouse, 1985). L'étude longitudinale de Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan (1981) a mis en évidence l'effet des contraintes économiques sur l'estime de soi. Plus les individus vivaient de l'anxiété face à leur situation économique, plus leur estime de soi diminuait. Ainsi, pour la gestante issue de milieu défavorisé ou quiconque de milieu défavorisé, il arrive souvent que des sentiments d'infériorité, d'isolement et de rejet face à la société persistent. De Gaulejac (1989) parle d'une certaine névrose de classe où la honte joue un rôle important et où deux phénomènes se conjuguent : un processus de projection par lequel une image sociale négative et invalidante est projetée sur le pauvre et un processus d'introjection par lequel le pauvre tend à intérioriser l'image qui lui est renvoyée et à retourner contre lui-même la révolte. Au Québec, Goger-Achim et Gauthier (1998) soutiennent qu'une société telle que la nôtre, où l'exclusion et la marginalisation prévalent en raison des différentes classes sociales, rehausse le sentiment de honte du pauvre. Par ailleurs, dans son modèle socioétiologique de la santé mentale, Brown (1986) précise que la pauvreté articule deux leviers étiologiques majeurs, facteurs précipitants (faible estime de soi) et facteurs de vulnérabilité (patron d'attachement inadéquat : confidences et demandes de soutien auprès de personnes inappropriées). Par

ailleurs, les gestantes semblent subir une certaine domination, une indifférence marquée, un manque de respect ainsi qu'un déni même de certains droits par les classes sociales mieux nanties.

Wise & Grossman (1980) ont effectué une étude auprès d'adolescentes enceintes et les résultats révélèrent des relations positives importantes entre le concept de soi de la gestante et son adaptation à la grossesse ainsi qu'entre son concept de soi et l'observation d'attachement entre elle et son nouveau-né. Par contre, dans l'étude de Cranley (1981) qui étudia la relation entre l'estime de soi et l'attachement foeto-maternel ainsi que celle de Gaffney (1986), les résultats n'ont pas démontré de liens significatifs entre l'estime de soi ou le concept de soi et l'attachement foeto-maternel. Pour la gestante, la grossesse peut s'avérer être une expérience de valorisation de l'estime de soi, ce qui, selon Deutsch (1884), pourrait entraîner une hausse temporaire de l'estime de soi et expliquer l'absence de relation significative (Gaffney, 1986). Dans l'étude de Kemp & Page (1987), des différences statistiques significatives furent trouvées entre les niveaux d'estime de soi, au troisième trimestre, des gestantes à risque comparativement aux niveaux des gestantes dont la grossesse se déroulait normalement. Les gestantes du groupe à risque ont obtenu un niveau d'estime de soi plus faible que celui des gestantes du groupe de comparaison. Ces chercheuses rappellent l'importance, pour les professionnels de la santé publique dont les infirmières, d'évaluer et de planifier des interventions susceptibles de favoriser l'estime de soi des gestantes à risque et d'augmenter leur soutien.

Les écrits, à ce jour, sont peu nombreux quant à l'influence directe de l'estime de soi sur l'issue de la grossesse, mais les résultats semblent conclure qu'une estime de soi faible chez la mère est reliée chez elle à un haut score de risques obstétricaux (Curry & Snell, 1985) et, chez l'enfant, à un indice d'Apgar à la naissance plus faible (Wetsell, 1989). L'importance du concept d'estime de soi chez la mère a été démontrée à plusieurs reprises pour l'adaptation au rôle maternel (Mercer, 1986), l'établissement d'une relation saine entre la mère et son nouveau-né et même pour le développement ultérieur de l'enfant en terme de quotient intellectuel et d'estime de soi (Muhlenkamp & Sayles, 1986). Certains des éléments de la boîte noire de ces relations pourraient se jouer, à la

base, au niveau de la motivation personnelle pour l'adoption ou le maintien de comportements de santé (recherche de soins de santé périnatale, habiletés à se créer un réseau de relations soutenantes, l'abus d'alcool ou usage du tabac, etc.)(Curry, Campbell & Christian, 1994). En résumé, l'estime de soi comporte un aspect évolutif, influencé par les perceptions d'autrui et leurs réactions face aux comportements et attitudes. Certaines études montrent un lien entre une faible estime de soi et une issue de grossesse moins favorable. Or, la grossesse pour la gestante issue de milieu défavorisé est une expérience personnelle valorisante à laquelle s'opposent le sentiment d'être jugée négativement par la société en général et par les professionnels de la santé qui peuvent soutenir une baisse de l'estime de soi chez ces gestantes.

Liens entre anxiété, soutien social et estime de soi

Plusieurs études démontrent l'existence de liens entre l'anxiété, le soutien social et l'estime de soi. Non seulement ces liens sont-ils complexes mais ils accentuent les effets néfastes que chacune de ces variables, peut avoir, individuellement, sur l'issue de la grossesse (Curry, Campbell & Christian, 1994). Nous souhaitons favoriser une meilleure compréhension de la complexité des interactions entre ces variables afin de pouvoir mieux cerner les enjeux du cadre conceptuel et de l'intervention psychosociale développée. Nombreuses sont les études avec des résultats positifs quand à l'effet des services de santé psychosociaux pour les gestantes de milieux défavorisés sur le risque d'un faible poids à la naissance : le soutien psychosocial agit indirectement et directement sur le poids de naissance (Orr, James, Miller, Barakat, Daikoku et al., 1996; Reeb, Graham, Zyzanski & Kitson, 1987). Dans l'étude rétrospective (N=3073 gestantes de milieu défavorisé) de Zimmer-Gembeck & Helfand (1996), 45 minutes de services psychosocial suffisaient à réduire les chances d'un faible poids à la naissance par un facteur de 0.5 et ce, même après avoir contrôlé pour le nombre de visites prénatales, pour l'âge gestationnel et pour le temps passé dans les autres services (nutritionnels et d'éducation à la santé). Le service psychosocial était défini par l'évaluation de l'état mental, de problèmes émotionnels, d'abus et de violence, des difficultés financières, etc. et l'étude des moyens pour alléger les problèmes identifiés. La motivation initiale des

gestantes, les risques différentiels des gestantes pour un faible poids à la naissance et les interventions correspondantes pourraient expliquer ces résultats.

Des relations statistiques significatives entre l'anxiété, le soutien social et certaines complications de la grossesse telles un retard de développement embryonique au premier trimestre et des problèmes non spécifiés dans la condition de l'enfant, furent rapportées par Norbeck et Tilden (1983). En 1989, deux études, dont l'une effectuée auprès de gestantes issues de milieu défavorisé, ont trouvé une relation statistique significative entre l'anxiété prénatale et le soutien social (Albrecht & Rankin, 1989; Norbeck & Anderson, 1989). Dans l'étude de Norbeck & Anderson (1989), plus les gestantes obtenaient un score faible au niveau du soutien social plus elles rapportaient un niveau d'anxiété de situation élevé sur l'échelle de Spielberger. Par ailleurs, dans l'étude de Tilden (1983), beaucoup de stress et peu de soutien social étaient reliés à un haut taux de déséquilibre émotionnel mesuré par l'anxiété de situation, l'anxiété de personnalité, la dépression et l'estime de soi.

Selon Sullivan (1953), l'anxiété et l'estime de soi sont intimement reliées, l'anxiété étant le reflet d'une menace à l'estime de soi. Les recherches de Coopersmith (1967) ont démontré des liens entre une estime de soi faible, une anxiété élevée et des symptômes névrotiques ou psychotiques. Les résultats de Muhlenkamp & Sayles (1986) indiquent que les comportements de santé sont reliés au soutien social ($r=.26$) et à l'estime de soi ($r=.25$) et qu'il existe une corrélation entre l'estime de soi et le soutien social ($r=.52$). Les individus caractérisés par une estime de soi élevée perçoivent leur soutien social comme étant plus adéquat et ont un score supérieur au niveau des comportements de santé. Il a aussi été démontré que le soutien social influence directement l'estime de soi (Koniak-Griffin, 1990). Donc, pour qu'il y ait changement dans les comportements de santé d'un individu, l'éducation doit non seulement toucher les facteurs intrapersonnels mais aussi les facteurs interpersonnels. Le soutien social semble exercer une influence indirecte sur des comportements de santé par son influence directe sur l'estime de soi, cette dernière étant directement reliée aux comportements de santé. L'influence directe et positive du soutien social sur l'estime de soi fut aussi rapportée par Dirksen (1990) et par Trimpey

(1989) dans une étude sur un groupe de soutien pour femmes battues qui observa de plus, une tendance du soutien social à réduire l'anxiété de situation. Ces derniers résultats viennent s'ajouter aux résultats antérieurs de Coopersmith (1967) et Epstein (1985) quant à l'effet direct et positif de l'estime de soi sur le bien-être. Plusieurs recherches démontrent de plus que le soutien social et l'estime de soi favorisent chez l'individu le développement d'habiletés à composer avec le stress (Mercer, May, Ferketich & De Joseph, 1986; Mercer et Ferketich, 1995). De plus en plus d'écrits récents documentent par ailleurs le rôle médiateur de l'estime de soi dans la relation entre le stress et les symptômes dépressifs, particulièrement durant la période périnatale (Lutenbacher & Hall, 1998; Hall, Kotch, Brown & Rayens, 1996).

Tel qu'on peut le constater, il existe des liens complexes entre l'anxiété, le soutien social et l'estime de soi : l'anxiété étant médiatisée par le soutien social, ce dernier par l'estime de soi, laquelle peut influencer le niveau d'anxiété. Des complications de grossesse furent relevées lorsqu'il y a beaucoup d'anxiété, peu de soutien social et une image de soi négative.

Suivi prénatal de gestantes vivant en situation de pauvreté

Il est reconnu que les adolescentes, les femmes moins scolarisées et à faible revenu ne bénéficient pas de soins prénatals adéquats (McDonald & Coburn, 1988) et elle sont les plus insatisfaites des services périnatals (Zadoroznyj, 1996). Les gestantes les plus à risque de mettre au monde un nouveau-né de faible poids sont justement celles qui ne reçoivent pas ou peu de soins prénatals (Colin & Desrosiers, 1989). La difficulté de rejoindre ces gestantes et de leur offrir une réponse adéquate à leurs besoins demeure une préoccupation majeure des intervenants. Depuis la fin des années 1800, on reconnaît l'existence et l'importance du suivi prénatal notamment, à cette époque, pour l'identification précoce de conditions liées à l'éclampsie (Alexander & Korenbrot, 1995). Aujourd'hui, l'objectif prioritaire des suivis prénatals est surtout la réduction du nombre de nouveau-nés de faibles poids ou l'identification de toutes autres conditions médicales pouvant affecter l'issue de la grossesse de même que l'éducation et le counselling. Le

suivi prénatal ou le soin prénatal réfère à tous les services de santé offert à une gestante après la conception et avant la naissance. Il commence généralement durant le premier trimestre de grossesse et peut inclure entre 10 à 14 visites prénatales (Stout, 1997). Il est impossible aujourd'hui de conclure qu'un certain nombre de visites soit garant d'une issue favorable de la grossesse faute d'études sur la comparabilité des indices utilisés et de la comparabilité des services (Alexander & Kotelchuck, 1996). Malgré tout, l'importance des soins prénatals vient aussi du fait qu'une relation existe entre la participation prénatale et l'utilisation ultérieure des services de santé pour la prévention et le traitement des maladies des enfants et des autres membres de la famille (Mor, Kieffer, Alexander, Hulsey & Kogan, 1995).

Divers obstacles à un suivi prénatal satisfaisant en milieu défavorisé

Les gestantes de milieux défavorisées sont plus à risque de donner naissance à des nouveau-nés de faibles poids ou prématurés : ces enfants sont également à risque de mortalité néonatale et de problèmes ou de retards de développement sans oublier les besoins de santé plus importants et coûteux (Henderson, 1994; Lia-Hoagberg, Rode, Skovholt, Oberg et al., 1990). Aux États-Unis, on rapporte qu'environ \$5.4 billions est dépensé annuellement sur des coûts de services de santé supplémentaires liés à la condition de faibles poids de naissance (Center for the Future of Children, 1995). Deux stratégies sont proposées pour réduire la mortalité infantile due à cette condition et la prématurité : utiliser les technologies néonatales pour assurer la survie ou prévenir ces deux conditions durant la grossesse (Stout, 1997). Cette dernière nous apparaît comme la solution la plus intelligente faisant valoir une qualité de vie prometteuse. Les nouveau-nés de femmes ayant bénéficié de suivi prénatal pèsent en moyenne entre 145 grammes à 197 grammes de plus que ceux des mères qui n'ont pas reçu ces services (Henderson, 1994; Showstack, Budetti & Minkler, 1984). La prévention par le suivi prénatal ne peut se faire cependant sans la participation des gestantes, participation toujours faible chez les gestantes de milieux défavorisés, particulièrement auprès de celles qui ne souffrent d'aucun malaise physique en début de grossesse (Enderlein, Stephenson, Holt & Hickok,

1994). Nous verrons quels sont les éléments qui semblent jouer à ce niveau et influencer sur l'impact potentiel du suivi prénatal auprès des gestantes de milieux défavorisés.

Keeping, Chang, Morrison & Esler (1980) ont identifié certaines caractéristiques des gestantes qui ne participaient pas aux rencontres et aux soins prénatals : elles étaient plus jeunes que les autres, célibataires, multipares et issues de milieux défavorisés. On a attribué à ce groupe de gestantes 14.6% de tous les bébés dont les indices d'Apgar étaient bas, 23% de tous les bébés de faibles poids, 23.1% des mort-nés et finalement 18.2% de toutes les morts néonatales. Par contre, l'étude de Thomas, Golding & Peters (1991) concernant les conséquences d'un suivi prénatal amorcé après la 28^{ième} semaine de gestation démontre qu'il n'y a pas de relation statistique significative entre un tel suivi et des cas de pré-éclampsie sévère, de mortalité périnatale, de prématurité et de faibles poids à la naissance.

Aux États-Unis, Poland, Ager & Olson (1987) ont effectué une étude exploratoire auprès de 111 mères durant la période postpartum et ont identifié certaines barrières à l'utilisation, par ces femmes, des services de santé. Les mêmes résultats ont été obtenus par Campbell, Mitchell, Stanford & Ewigman (1995) auprès de 287 gestantes et Higgins & Burton (1996) auprès de gestantes hispaniques. L'accessibilité à l'assurance médicale, l'attitude envers les professionnels de la santé, la perception de l'importance des soins prénatals, l'attitude envers la grossesse, l'ignorance de sa propre grossesse et le délai dans l'annonce de celle-ci aux membres de l'entourage sont fréquemment mentionnés. Outre ces facteurs économiques et socioculturels, la difficulté d'accès aux lieux de rencontre avec les professionnels, l'absence de moyens de transport, la difficulté de payer une gardienne et la crainte de certains examens, exercices et rencontres de groupe représentent aussi des obstacles en ce qui a trait à la participation aux rencontres prénatales ou au suivi médical (Young, McMahon, Bowman & Thompson, 1989, 1990; Sable, Stockbauer, Schramm & Land, 1990). Par ailleurs, les raisons qui ont motivé les gestantes adolescentes de l'étude de Hughes Lee & Grubbs (1995) à consulter étaient, pour 50% d'entre elles, le fait de se sentir malade, pour 32,4%, le désir de savoir si elles étaient enceintes ou non, parce que leurs mères leur avaient recommandé (16,2%) et

finalement, pour 10,8% d'entre elles, vouloir prendre soin de soi. Ces adolescentes en ressentaient le besoin et avaient le soutien familial, deux facteurs qui méritent une attention particulière dans nos interventions de recrutement.

L'une des barrières mentionnées ci-haut, celle concernant les rapports entre ces femmes et les professionnels, semble importante de par sa corrélation avec l'identité sociale de la grossesse (Campbell, Mitchell, Stanford & Ewigman, 1995). Selon Miller (1978), cette identité se développerait avec l'acceptation de la grossesse, la planification de son déroulement, la discussion avec son réseau des implications et finalement avec des changements de comportements sains. Dans l'étude de Deschamps & Baumann (1987), les mères ont rapporté se sentir incapables d'exprimer leurs besoins profonds aux professionnels, craignant leurs jugements négatifs et leurs reproches. En effet, 30% des femmes ont rapporté avoir subi, au cours de leur grossesse, des reproches de la part des sages-femmes alors que 63% des sages-femmes émettaient un jugement péjoratif à l'égard des gestantes issues de milieu défavorisé et doutaient même de leur intérêt quant à un suivi de grossesse. A ceci, s'ajoute une attitude d'attente, de demande et de doutes venant des autres professionnels, vis-à-vis les gestantes et leurs capacités à être bonnes mères. Selon ces mêmes auteurs, l'empathie, la réceptivité et l'accueil semblent absents chez les professionnels lorsqu'ils interviennent auprès de populations de milieu défavorisé. Ces résultats correspondent à ceux de Curry (1989) et Poland & al. (1990) qui soulignent l'attitude négative des femmes de milieu défavorisé envers les professionnels de la santé. Bedics (1994) précise qu'un décalage important existe entre les valeurs préconisées par le système de santé et celles auxquelles adhère la clientèle de milieu défavorisé, suscitant de l'incompréhension réciproque. Paquet (1989) prétend même que le dialogue entre les professionnels et la clientèle de milieu défavorisé est un "dialogue" à sens unique et ce, de la part des professionnels.

Certains auteurs (Deschamps, Deschamps & Baumann 1987) insistent sur l'importance du facteur relationnel entre professionnels de la santé et gestantes de milieu défavorisé et soulignent l'existence d'un fossé d'incommunicabilité. Kleigman, Rottman & Behrman (1990) relèvent ce même problème comme barrière à des soins prénatals

adéquats en plus d'un soutien social pauvre qui entraîne souvent un suivi inadéquat. Les femmes de milieu défavorisé ne font pas confiance aux professionnels de la santé, dont font partie les infirmières. Paquet (1989) est d'avis qu'une sorte de culture du professionnalisme s'est développée au sein des professionnels qui engendre un sentiment de dépendance chez les populations défavorisées. La non pertinence des programmes prénatals s'expliquerait par les différences de valeurs et de styles de vie entre l'intervenante et la gestante (McAtee, 1969). De toutes les solutions proposées par McAtee, la nécessité pour les gestantes issues de milieu défavorisé de contrôler elles-mêmes leur grossesse et l'importance pour les infirmières d'approfondir leur compréhension du phénomène de la culture de la pauvreté s'avèrent fondamentales. Mais, il semble qu'il n'y ait pas que des différences culturelles à la base de ces relations tendues entre les professionnels de la santé, dont font partie les infirmières, et les gestantes. En effet, ces dernières se méfient des pouvoirs politiques et légaux qu'ont les professionnels qui peuvent décider, à un moment ou un autre, d'enlever l'enfant à la mère pour protéger la santé ou la vie de l'enfant (Colin, Ouellet, Boyer & Martin, 1992). Cette méfiance joue dès la première grossesse et atteint son point culminant quand la gestante a déjà un autre enfant.

Dans l'étude de Lia-Hoagberg, Rode, Skovholt, Oberg, Berg, Mullett, & Choi, (1990) seulement 45% des femmes rencontrées ont rapporté avoir reçu des conseils au cours de leur grossesse, 56% les ayant reçus de leur mère et 21% de leur époux ou conjoint. Ce n'est que très rarement que les professionnels de la santé furent mentionnés pour leur qualité de conseillers par les femmes dont le suivi prénatal avait été insuffisant ou inadéquat. Par contre, chez celles dont le suivi prénatal avait été adéquat en terme de fréquence, les femmes ont rapporté avoir suivi les conseils des professionnels. Par ailleurs, les gestantes et jeunes mères de milieux défavorisé de l'étude de Dunn, Pirie et Lando (1998) ont aussi précisé accorder plus d'importance aux avis de leurs amies et membres de la famille qu'à ceux des professionnels. On peut penser qu'un suivi adéquat en terme de fréquence repose, en partie, sur le développement d'une relation de confiance, élément relationnel dont le rôle demeure fondamental dans l'intervention thérapeutique. Justement, les femmes accordent plus d'importance à leurs relations avec les

professionnels lorsqu'elles sont fondées sur l'amitié, le respect mutuel et des attentes partagées (Dunn, Pirie & Lando, 1998).

Les programmes prénatals : succès et éléments stratégiques

Au milieu des années 1970, les rencontres prénatales (classes prénatales) furent implantées sur une base provinciale au Québec. En général, les classes prénatales durent 2 heures et peuvent comporter 14 sessions portant entre autres sur les techniques de préparation à l'accouchement, la nutrition, la prise de poids, les effets de la cigarette, l'anatomie, la physiologie, les exercices, l'admission à l'hôpital, les phases de l'accouchement, la relaxation, la naissance, la période post-partum, etc. (Biasella, 1993). L'accessibilité aux rencontres prénatales pour toutes et donc gratuitement fut priorisée depuis presque trois décennies. Le but était d'offrir un programme d'information sur la grossesse et l'accouchement, un programme de conditionnement physique et psychologique et de favoriser des changements de comportement en regard d'habitudes de vie susceptibles de nuire au fœtus (Veilleux, 1986). Les objectifs principaux étaient de réduire la mortalité maternelle et périnatale ainsi que la morbidité périnatale (Québec, 1973). La contribution des rencontres prénatales, ici, au Québec, est documentée tant en terme d'utilisation moindre de médicaments et de forceps, que de meilleur soulagement de la douleur lors de l'accouchement qu'à une satisfaction supérieure face à la grossesse (Colin & Desrosiers, 1987; Cogan, 1980). On rapporte que ces classes permettent l'acquisition de connaissances, le développement du désir et de la confiance nécessaires au changement d'habitudes malsaines (Jeffers, 1993). Robitaille & Kramer (1980) ont obtenu des résultats indiquant que les mères ayant participé aux rencontres prénatales avaient des nouveau-nés pesant en moyenne 3320 grammes, soit 122 grammes de plus que ceux des mères n'ayant pas participé, résultat comparable à Henderson (1994). Une différence statistique significative fut trouvée pour la réduction de consommation de cigarettes et l'augmentation du nombre de mères allaitant. L'étude de Handfield & Bell (1995) examinant l'efficacité des classes prénatales sur les décisions d'allaitement, de médication et la durée de l'hospitalisation n'arrive pourtant à aucun résultat concluant.

En 1980, les nouveau-nés de gestantes n'ayant pas participé à des rencontres prénatales durant le premier trimestre de la grossesse, obtenaient un taux de mortalité infantile 5 fois supérieur à celui obtenu par le groupe de nouveau-nés de gestantes ayant participé à des rencontres prénatales (Kleigman, Rottman & Behrman, 1990). Aux États-Unis, Baldwin & Chen sont arrivés à des résultats contradictoires dans deux études (1989; 1996). Dans la première, dans une étude rétrospective réunissant l'ensemble des résultats sur l'efficacité des services prénatals en soins infirmiers, ils parvinrent à la conclusion que les interventions infirmières (visites à domicile) peuvent contribuer à l'augmentation du poids à la naissance (Greenberg, 1985; Poland, Ager, Olson & Sokol, 1990; Sable, Stockbauer, Schramm, 1990), à l'utilisation des services médicaux et nutritionnels ainsi qu'à l'accroissement de la participation à des classes préparatoires à l'accouchement. Dans la deuxième étude (1996), en séparant les effets du soutien alimentaire des services infirmiers ou médicaux, les résultats n'ont pas indiqué d'effets sur le poids à la naissance mais sur l'âge gestationnel. Ils ne peuvent cependant expliquer leurs résultats : une moyenne de seulement 3.8 contacts prénatals avec les infirmières a été obtenu mais ces contacts étaient reliés à un suivi médical adéquat, ce qui pourrait expliquer le résultats sur l'âge gestationnel. Par ailleurs, d'autres études ont mesuré l'effet d'enseignement, de counselling, de soutien et de services cliniques sur le poids à la naissance (Felice, Granados, Ances, Hebel, Roeder & Heald, 1981; Peoples & Siegel, 1983). Les résultats furent significatifs dans les groupes de femmes à risque élevé, le poids des nouveau-nés étant supérieur à celui obtenu par le groupe de femmes qui n'était pas à risque. Les deux études ont utilisé des devis quasi-expérimentaux avec groupe non-équivalent et des échantillons larges. Un biais de sélection personnelle et un autre entraîné par une histoire médicale antérieure non-contrôlée menacent par contre la validité interne des deux études. Liu (1998) s'est particulièrement intéressé à l'effet du biais de sélection dans la relation entre les soins prénatals et le poids de naissance. Déjà, le simple fait de ne pas interrompre la grossesse par exemple, et de rechercher des soins prénatals soit en raison d'une préoccupation sérieuse pour sa santé ou en raison de problèmes de santé peuvent biaiser l'impact perçu des soins prénatals. Cet auteur a contrôlé pour ces deux biais par des formules de probabilités et de régressions; la modélisation obtenue corrigeait alors pour ces deux biais de sélection personnelle.

Toutes les données statistiques de l'année 1984 sur les naissances et les avortements de femmes de plus de 20 ans ont été compilées : 84 747 naissances et 32 606 interruptions de grossesse. Trois résultats ont été obtenus en fonction des tests statistiques des moindres carrés. D'abord sans contrôler pour la sélection, une perte moyenne de 14 grammes seulement sur le poids de naissance pour chaque mois de la période prénatale sans soins prénatals, puis une perte moyenne de 160 grammes (test des moindres carrés à deux étapes) et finalement, une perte de 76 grammes lorsqu'il y a contrôle pour la sélection. Or, malgré des biais de sélection, on parvint à démontrer l'impact positif des soins prénatals sur le poids de naissance. L'impact positif des cours prénatals ou des classes prénatales semble plutôt surtout jouer non pas sur le poids à la naissance directement mais par l'entremise de son impact sur d'autres variables intermédiaires. Les résultats de l'étude de Bucher, Williams, Hayes, Morin et al. (1997) contredisent cette affirmation. Par l'analyse statistique de données (N = 141) collectées auprès de primipares portant sur la disponibilité, l'accès et l'utilisation des services prénatals, les classes prénatales se sont avérées les seuls facteurs de prédiction du poids à la naissance. Ces auteurs indiquent également que les gestantes ont en moyenne amorcé ces classes entre la 30^{ième} et 32^{ième} semaine de grossesse. Olds, Henderson et Kitzman (1994) ont évalué avec un devis prospectif les effets des visites prénatales infirmières et des visites postnatales jusqu'à la deuxième année de vie auprès de 400 familles. Les visites sont associées à une plus grande sécurité dans l'environnement de l'enfant et sur l'utilisation des services de santé mais aucun effet significatif sur la prévention de l'abus ou de la négligence. On ne peut malheureusement conclure avec confiance que les soins prénatals ont un effet sur le poids à la naissance (Mustard & Roos, 1994). Olds et son équipe (Olds, Henderson, Phelps, Kitzman & Hanks, 1993) se sont aussi intéressés à quantifier en dollars américains le coût des visites prénatales par des infirmières aux domiciles des gestantes. Compte-tenu des connaissances à ce jour sur l'impact des services prénatals et des classes prénatales et de l'importance d'un suivi précoce, le manque de résultats précis sur le poids à la naissance nous laissent toutefois perplexes : leurs actions principales se joueraient donc sur des variables intermédiaires. On évalue généralement l'efficacité des services prénatals par le nombre de visite effectuées par les gestantes au cabinet du médecin. Dans la communauté européenne, on recommande 10 à 12 visites prénatales.

Selon l'indice de Kessner par exemple, indice d'adéquacité du nombre de visites prénatales (Kessner, Singer, Kalk & Schlesinger, 1973), un suivi adéquat est initié avant la treizième semaine de gestation et comprend 9 visites ou plus. Le Luxembourg compte le moins de visites prénatales avec seulement 5 visites en moyenne, par contre, c'est au Pays-Bas, que l'on trouve la plus haute moyenne européenne: 14 visites prénatales. Dans les pays nordiques, la Suède remporte la palme avec 16 visites prénatales (Villar, Garcia & Walker, 1993). Au Québec, les Régies régionales et les directions de la santé publique contactées ainsi que les rapports de périnatalité consultés ne permettent pas actuellement de confirmer des données sur la surveillance médicale et infirmière. Cependant, au de-là du nombre, la qualité des services prénatals prévaut et détermine l'efficacité potentielle sur l'issue de la grossesse.

On rapporte que l'efficacité constatée des soins prénatals est plus marquée pour les gestantes de milieu défavorisé (Fuchs, 1974; Gortmaker, 1979). Un essai clinique randomisé avec 4 types de suivi a démontré qu'un suivi à domicile par une infirmière chez des gestantes issues de milieu défavorisé suscite une meilleure utilisation par ces gestantes des ressources communautaires, une meilleure alimentation et favorise l'accroissement du soutien social (Olds, Henderson, Tatelbaum & Chamberlin, 1986). Cette même équipe de chercheurs aidée par d'autres (Olds, Henderson, Phelps, Kitzman & Hanks, 1993) a revu une série de rapports sur les résultats d'un essai clinique randomisé auprès de 400 familles et concluent à l'amélioration des différentes issues maternelles et infantiles suite aux visites à domicile chez les gestantes primipares, pauvres, célibataires et adolescentes. Ils arrivent à la conclusion que le gouvernement américain épargne \$1,772 par famille vivant en situation de pauvreté et quand les enfants atteignent l'âge de 4 ans, les coûts du programme sont largement couverts, avec un dividende de \$180 par famille. Ils démontrent la rentabilité économique du suivi à domicile : 32% des épargnes sont dues à une réduction des grossesses subséquentes. Il semble qu'il soit plus difficile de justifier l'efficacité économique des visites prénatales comparativement à celles postnatale sauf qu'elles permettent l'établissement des liens, nécessaires au suivi postnatal. Starn (1992) dans son étude auprès de gestantes de milieu défavorisé, confirme l'efficacité des visites à domicile par les infirmières en terme de

diminution du risque de complications périnatales pour la gestante et d'obtention de scores supérieurs de mesure des interactions mère-enfant 6 mois après la naissance.

Pour améliorer l'efficacité des soins prénatals, compte tenu des difficultés déjà énoncées, de nouveaux programmes sont en voie d'expérimentation depuis une dizaine d'années. Les effets bénéfiques d'un programme de soutien alimentaire pour des gestantes issues de milieu défavorisé furent démontrés aux États-Unis par Kotelchuck, Schwartz, Anderka & Finison (1984) et au Québec par Higgins, Moxley, Pencharz, Mikolainis et Dubois (1989). En effet, on a pu constater moins de nouveau-nés de faibles poids, des taux inférieurs de retard de développement intra-utérin et de mortalité néonatale et, finalement, une augmentation du nombre de gestantes dont le suivi prénatal avait été adéquat. Rush (1984) et ses collaborateurs (Rush, Leighton, Sloan, Alvir & Garbowski, 1988; Rush, Alvir, Kenny, Johnson & Horvitz, 1988) ont examiné plusieurs études (46 dans la première et toutes celles publiées entre 1972-1980 dans la deuxième) dont le but était de vérifier l'efficacité des programmes américains de soutien alimentaire WIC (Women, Infants and Children). Compte-tenu de résultats non concluants en raison de problèmes soit avec le devis ou dans l'analyse des résultats de plusieurs des études d'effets, une seule conclusion semble admise : la participation au programme WIC est associée à une meilleure issue de la grossesse. Même s'ils concluent à un faible impact général de 22,7 grammes sur le poids à la naissance, la quantification et même l'identification de cette « meilleure issue de la grossesse » restent des points à clarifier, tout comme Stockbauer (1986) dont les résultats ne sont pas concluants mais indiquent une tendance de réduction de la moyenne du nombre de faibles poids à la naissance. En fait, les résultats de la plus récente étude sur les effets du programme américain WIC par Moss et Carver (1998) sur la mortalité infantile semblent indiquer que la participation à ce programme en périodes pré et post natales est liée à un risque réduit de mortalité infantile. Un échantillon composé de 9953 naissances et de 5332 morts infantiles de l'année 1988 fut étudié dans un devis rétrospectif transversal. Le manque de contrôle pour la durée de participation au programme, le biais de sélection et le fait que celles qui bénéficient de ce programme sont généralement plus à risque que les autres, font de

l'interprétation des résultats une entreprise périlleuse. Les différents processus impliqués et l'effet de variables maternelles restent en grande partie inexpliqués.

Dans l'Outaouais québécois, un rapport sur le projet Grossesse-santé (Gauthier, 1989) qui inclut un supplément alimentaire, conclut à l'effet positif d'un tel programme sur le poids des nouveau-nés, tant en termes de moyennes de poids que d'incidence de nouveau-nés de faibles poids. Cependant, ces résultats ne purent être généralisés, faute de puissance statistique adéquate. En somme, l'évidence cumulée à ce jour indique donc que la prévention du nombre de faibles poids à la naissance par des suppléments nutritifs n'entraîne pas toujours une réduction de la morbidité et de la mortalité périnatales, il semble que des variables confondantes telles l'attention reçue et les avis offerts contribuent aussi à cette réduction (Bakketeig, Hoffman & Oakley, 1984).

Selon des études américaines et canadiennes, l'approche systématique multidisciplinaire valorisée actuellement au Québec dans le programme intégré de soins prénatals globaux, semble obtenir, à ce jour, les meilleurs résultats auprès des populations de milieu défavorisé, auprès des primipares (McLaughlin, Altemeier, Christensen, Sherrod, et al., 1992) et auprès des adolescentes célibataires (Kotelchuk, Schwartz, Anderka & Finison, 1984). Ce programme mise sur une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'infirmières, de psychologues, de diététistes et de travailleurs sociaux et favorise, par un suivi régulier, intense et global l'établissement d'un lien de confiance avec l'un de ces intervenants qui devient l'intervenant privilégié de la famille. Des diminutions du taux de poids insuffisant variant de 3% à 43% ainsi qu'une augmentation du nombre de suivi prénatal adéquat furent rapportés (Buescher, Smith, Holliday et Levine, 1987; Ershoff, 1983; Lennie, Klun & Hausner, 1985 et Piechnik & Corbett, 1985; Pearce, Hawkins, Carver-Chase, Ebacher et al., 1996). Les résultats de l'étude rétrospective de Buescher, Larson, Nelson & Lenihan (1993) sur l'effet du programme WIC indiquent une réduction du taux de faibles poids à la naissance de 22% et de 44% pour les très faibles poids. Par ailleurs, Buescher, Meis, Ernest, Moore et al. (1988) ont évalué l'impact d'un programme de prévention médicale de la prématurité fondé sur l'évaluation précoce des risques, l'éducation prénatale et un suivi intense de

l'activité utérine. Une réduction de l'incidence du taux de nouveau-nés de faibles poids a été obtenue. Sokol, Woolf, Rosen & Weingarden (1980) ont obtenu les mêmes résultats en plus d'une diminution de 25% du nombre de prématurés pour les gestantes du groupe expérimental, participant à un programme intégré. Une initiative américaine appelée IPO pour « improved pregnancy outcome » a vu le jour en 1976 et Clarke, Miller, Vogel, Davis et Mahan (1993) ont évalué son efficacité. Les éléments du programme étaient variés : soins médicaux, counselling en nutrition, counselling en santé, éducation parentale, préparation à l'accouchement, programme de planning familial et soutien alimentaire. Un devis quasi-expérimental avec groupe contrôle comparable (âge, éducation, ethnicité, etc.) sans suivi provenant d'un programme prénatal intégré a permis de comparer le taux de mortalité néonatales entre les deux groupes. On a observé un taux de mortalité néonatale de 33% inférieur à celui du groupe contrôle, chez la population de couleur noire. Ces résultats contribuent au cumul de l'évidence des effets positifs des programmes intégrés sur la mortalité et la morbidité néonatales, particulièrement pour les populations les plus à risque.

Hardy, King & Repke (1987) ont étudié les effets d'un programme intégré élaboré spécifiquement pour adolescentes, en majorité noires, célibataires et issues de milieu défavorisé, comparativement aux effets des programmes prénatals réguliers pour adolescentes. Moins de complications au cours de la grossesse, des taux de mortalité périnatale inférieurs, des taux inférieurs de nouveau-nés de faibles poids et de très faibles poids furent rapportés dans le groupe expérimental. Scholl, Miller, Salmon, Cofsky & Shearer (1987) ont obtenu des résultats semblables en plus de trouver une réduction, par un facteur de deux, du nombre de bébés de faibles poids pour l'âge gestationnel. Une méta-analyse sur les complications de grossesse associées à la grossesse à l'adolescence a permis de conclure qu'un jeune âge maternel est le plus fréquemment associé à une naissance prématurée et que les programmes intégrés pouvaient (trop peu d'essais cliniques randomisés pour conclure plus fermement) réduire les risques d'hypertension de grossesse, le nombre de naissances prématurées et le nombre d'accouchements par césarienne (Scholl, Hediger & Belsky, 1994). Hofheimer, Poisson, Strauss, Eyster & Greenspan (1983) se sont intéressés aux effets à plus long terme des programmes

intégrés : ils ont démontré que les nourrissons de 1 mois de mères à risque ayant bénéficié du programme intégré obtenaient de meilleurs scores en performance motrice (tonus musculaire et coordination des mouvements) ainsi qu'en régulation autonome (couleur de la peau, tremblements, etc.). Par ailleurs, un essai clinique randomisé auprès de primipares de même milieu a permis même d'ajouter un autre élément susceptible d'améliorer les programmes intégrés : les visites prénatales pédiatriques. Trois visites prénatales auprès du pédiatre ont permis de réduire le nombre de visites à l'urgence après la naissance, de favoriser l'allaitement maternel et de créer des liens positifs avec les futurs parents (Serwint, Wilson, Vogelhut, Repke et Seidel, 1996).

En somme, on reconnaît, pour les milieux défavorisés, l'importance de la source et de la qualité des soins prénatals. Étant donné les besoins spécifiques ainsi que la complexité des problèmes de cette population, l'approche systématique multidisciplinaire semble donner les meilleurs résultats tant en regard de la santé du nouveau-né que de celle de la gestante. Le programme intégré se montre efficace pour l'augmentation du poids du bébé à la naissance. Selon le Comité provincial Famille-Enfance du Québec, cette augmentation de poids à la naissance est l'un des deux problèmes prioritaires que doivent solutionner les soins prénatals (Lepage, 1990). Cependant, l'efficacité est limitée étant donné une utilisation moindre et moins appropriée des programmes par les gestantes issues de milieu défavorisé. Il semble que des difficultés liées à la relation gestantes issues de milieu défavorisé et professionnels de la santé persistent et que celles-ci pourraient même expliquer, en grande partie, l'utilisation moindre et moins appropriée des programmes prénatals, même les plus novateurs.

Vers de nouvelles solutions...

Il apparaît évident que l'écart entre les besoins de santé des gestantes issues de milieu défavorisé et la satisfaction de ces besoins est assez grand actuellement pour justifier la recherche de nouvelles solutions. Dans le but de répondre plus adéquatement aux besoins des familles défavorisées, de nouveaux impératifs sont proposés s'appuyant sur une ligne directrice au caractère extérieur paradoxal : individualiser le soin mais

assurer sa globalité (Alexy, Nichols, Heverty & Garzon, 1997). Au Québec, Bouchard (1989) s'est penché sur l'étude de ces impératifs avec une équipe de travailleurs sociaux et des éléments de réussite en intervention précoce auprès de familles très défavorisées ont émergé. Il insiste tout d'abord sur l'intimité de l'intervention i.e. l'importance d'un échange profond avec une intervenante privilégiée, primordiale dans l'établissement de la relation de confiance. À cet égard, Erickson (1996) et l'équipe de Belville, Indyk, Shapiro, Dewart et al. (1991) ajoutent que précisément, c'est cette relation de confiance qui possède le potentiel d'émanciper les individus et les familles et l'on peut faciliter son développement par des visites à domicile et l'apport d'aidants naturels. Viennent ensuite la stabilité dans la disponibilité et l'attribution des tâches des professionnels, la régularité des interventions, les multiples facettes du programme (i.e. la valorisation d'une approche globale où la participation de non professionnelles est encouragée) ainsi que la collaboration et l'intégration des efforts des services professionnels et des services administratifs. L'intégration des ressources et des services formels et semi formels de la communauté est valorisée. De plus, il reconnaît, pour les intervenants, la nécessité de respecter les valeurs et les attitudes des gestantes.

D'autre part, Roberts (1988) précise qu'il est temps d'évaluer les stratégies visant l'augmentation du soutien social et de dépasser les études de liens déjà bien établis entre le soutien social et le stress ou le soutien social et les comportements de santé. Bien auparavant, Cassel (1974), dans son analyse critique du rôle des facteurs sociaux dans le développement ou la prévention de maladies, encourage les professionnels de la santé à évaluer et à renforcer le soutien social par l'entremise de non-professionnels. Pour cet auteur, une telle approche est non seulement avantageuse sur le plan économique mais semble plus efficace pour arriver à prévenir une variété de maladies et de problèmes que plusieurs efforts mis de l'avant par des professionnels. Une conclusion semblable est tirée de l'étude de Kaplan, Cassel & Gore (1973) portant sur la relation entre le soutien social et la santé. Stewart, Ellerton, Hart, Hirth, et al. (1997) ont développé un cadre conceptuel avec les résultats de huit études d'évaluation et de quatre études d'intervention portant sur les liens entre le soutien social, le stress, les habiletés d'adaptation et les effets sur la santé. Ils ont trouvé qualitativement que des interventions

d'individus souffrant de différentes maladies comportent plusieurs avantages pour les bénéficiaires, apportant certes un soutien social se rapprochant de l'amitié : de l'affirmation, de l'encouragement, une complicité née du partage d'une expérience similaire, une confiance supérieure, de la compétence et de l'empowerment. Un point fort intéressant relevé par St Clair, Smeriglio, Alexander & Celentano (1989) est qu'en rejoignant aussi les membres du réseau des gestantes, en favorisant aussi leur éducation prénatale, on parvient à renforcer le message éducatif parce que ces membres ont la possibilité de jouer un rôle majeur dans le comportement et les habitudes de vie des gestantes. On parvient de plus à augmenter l'accès et une meilleure utilisation des ressources communautaires (Bradley & Martin, 1994).

Par ailleurs, Gilberts (1983), psychologue au Centre de développement de l'estime de soi en Californie ainsi que Antonucci & Jackson (1983), rappellent aux professionnels de la santé que l'évaluation et l'augmentation de l'estime de soi sont des responsabilités qu'ils ne peuvent plus négliger à cause de leur importance pour la santé globale de l'individu. L'utilisation de non-professionnels pour favoriser l'augmentation de l'estime de soi, du soutien social et la diminution de l'anxiété des gestantes issues de milieu défavorisé apparaît comme une stratégie importante pour accroître la réponse aux besoins de santé de ces dernières. Cette stratégie semble en fait constituer un ajout important aux interventions des seuls professionnels de la santé, dont font partie les infirmières.

L'entraide comme instrument de la promotion de la santé

Dans une étude portant sur les relations entre femmes issues de milieu défavorisé, Marshall (1981) a démontré que l'établissement de liens ("bonding") entre ces femmes est relié à une estime de soi supérieure de part et d'autre et à un bien-être émotionnel. Les résultats de l'étude indiquent que les liens entre les femmes entraîneraient du soutien mutuel, de la coopération et de la solidarité. En 1974, Stack constate que, dans la responsabilité d'éducation des enfants, les mères et plus particulièrement celles issues de milieu défavorisé, développent facilement des comportements de coopération. Dans l'établissement de ces liens, on retrouve nécessairement de l'amitié et une intimité

émotionnelle qui favorisent l'estime de soi des femmes. Selon Pearlin (1975), les liens unissant les adultes de sexe féminin peuvent être source d'un soutien émotionnel supérieur à celui prodigué par le conjoint ou les enfants. Marshall (1981) souligne de plus que ces mêmes liens facilitent une réduction de l'anxiété. Belle (1979) rapporte moins de symptômes d'anxiété et de dépression chez les femmes qui peuvent compter sur l'aide de compagnes pour prodiguer des soins à l'enfant. Crnic, Greenberg & Slough (1986) ont trouvé un lien significatif positif entre le soutien provenant de membres de la communauté et les comportements interactifs entre la mère et son nouveau-né.

Heins, Nance & Ferguson (1987) ont étudié, à l'aide d'un groupe contrôle, l'effet du soutien social procuré par des mères de la communauté sur le recours aux services prénatals par des gestantes adolescentes, le poids à la naissance et l'âge gestationnel du nouveau-né. Au total, 6 mères furent sélectionnées pour le suivi de 565 gestantes adolescentes durant une période s'échelonnant sur 4 ans. Ces mères furent formées par des professionnels, assignées à des rôles spécifiques (éducatrices, modèles, soutien, renforcement, amies, facilitatrices) et supervisées. Une visite par mois durant la grossesse, une visite quotidienne lors de l'hospitalisation reliée à l'accouchement et des visites régulières durant la première année de vie du nouveau-né constituaient le suivi par les mères. Les résultats statistiques indiquent un suivi prénatal plus adéquat, des poids à la naissance supérieurs ainsi que moins de nouveau-nés de faibles poids, compte-tenu du temps de gestation, chez les adolescentes ayant été suivies par des mères de la communauté. L'étude de Rogers, Peoples-Sheps & Suchindran (1996) dont le but était aussi de mesurer l'effet d'un suivi auprès de gestantes adolescentes par des mères de la communauté, uniquement durant la grossesse cependant, démontre, par ses résultats, qu'un tel suivi influence positivement la participation au suivi prénatal mais aucun résultat statistiquement significatif n'a été obtenu sur le poids à la naissance. On a observé cependant une tendance indiquant moins de prématurité chez les adolescentes non-mariées suivies par une mère. Cette tendance mérite une investigation plus poussée.

D'autre part, les résultats de l'étude de Peoples-Sheps, Efrid, Ardern & Miller (1989) mettent en évidence la perception de professionnels de la santé experts dans le

domaine des programmes prénatals quant à l'efficacité de certaines interventions prénatales. Un questionnaire de 9 pages visant l'identification et l'évaluation de stratégies d'éducation prénatale fut envoyé à 151 experts avec un taux de réponse de 77.1%. La majorité des professionnels (49.2%) étaient des infirmières. Les résultats indiquent que les interventions prénatales perçues comme les plus efficaces sont, en fait, encore aujourd'hui, les moins utilisées. En effet, une des stratégies, le co-conseil ou counselling par pairs au domicile des gestantes avait obtenu un score de 4.15 sur l'échelle de perception d'efficacité allant de 1 à 5. Selon les infirmières, c'était la stratégie susceptible d'obtenir le plus d'efficacité pour le changement de certains comportements abusifs de la gestante et pour la transmission de connaissances sur la grossesse et les soins à apporter au nouveau-né comparativement à des interventions de groupes, à la distribution de brochures et même au suivi par des professionnels. Malheureusement, le counselling par pairs à domicile est aussi la stratégie la moins utilisée. Ces chercheuses n'ont pas connaissance d'études portant justement sur le counselling prénatal par pairs. Elles croient que cette stratégie est fort prometteuse, et qu'il serait important de vérifier son efficacité. Dans le même sens, 75% des mères adolescentes de l'étude de Crockenberg (1986), dont la plupart vivaient sous le seuil de pauvreté, ont indiqué qu'elles souhaiteraient recevoir davantage de conseils de puériculture dans une classe organisée par un groupe de quartier.

Or, l'utilisation de non-professionnels semble plus courante en santé mentale, au niveau de la prévention de la violence familiale, qu'en santé publique, du moins c'est la conclusion à laquelle nous arrivons en examinant les publications. McFarlane et Wiist (1997) ont évalué l'efficacité d'un programme de mentorat-défenseur (advocacy) pour les gestantes victimes de violence conjugale. Ce programme offrait, entre autres, du soutien social, de l'éducation et de l'aide dans la recherche de ressources communautaires afin de prévenir l'abus ultérieur et de promouvoir un déroulement sain de la grossesse. Avec un devis expérimental longitudinal sur une période de 24 mois, ils ont mesuré l'efficacité des mères à établir et à maintenir le contact avec les gestantes victimes d'abus et ce, tout au long de la grossesse. Les mères avaient suivi une formation de 23 heures portant, par exemple, sur l'histoire de la violence envers les femmes, sur les

mythes et les dynamiques de violence familiale, sur l'intervention en situation de crise, sur les différents types d'abus, sur la philosophie du mentorat-défenseur et sur les stratégies d'interaction avec les clients. Chaque mère suivait environ 15 gestantes et les visites hebdomadaires à domicile durait en moyenne 1 heure. Une centaine de gestantes ont été suivies, 922 contacts ont été faits avec une moyenne de 9.2 contacts par paires, 74% de ces contacts étaient téléphoniques, 12% étaient faits au domicile de la gestante et 14% étaient des rencontres ailleurs qu'au domicile. Au cours de ces 922 contacts, 870 références ont été faites dont la plupart en services médicaux pour la gestante ou les membres de sa famille et en services d'aide alimentaire et de services sociaux (logement, vêtements, santé mentale, éducation familiale, etc.). Les auteurs concluent à l'apport positif du programme sur le soutien social de la gestante, sur les connaissances (éducation) et sur une meilleure utilisation des ressources communautaires.

Au Québec, Moreault, Gagnon & Labrecque (1996) ont évalué une intervention non professionnelle auprès de familles à risque de négligence envers les enfants. Via une approche écologique, 6 marraines offrent un soutien psychosocial aux familles en entretenant des liens étroits, en apportant une aide matérielle et une assistance physique, de l'information et de la rétroaction. Sur une période d'un an, on a décrit la clientèle rejointe et mesuré l'écart entre le fonctionnement anticipé du programme et son fonctionnement réel. En moyenne, 16 contacts d'une durée de 3 heures ont été faits par les marraines sur environ 10 semaines. Au total, 37 familles ont été suivies et 8 familles ont interrompu les services pour des raisons telles la méfiance, les absences répétées de la mère et la méprise sur le type de service offert. L'impact positif du suivi par les marraines se trouve surtout au niveau du bien-être psychologique maternel, de la compétence parentale et d'une meilleure utilisation des ressources communautaires. Les principaux facteurs ayant nui aux suivis ont été identifiés : réseau naturel trop carencé ou conflictuel et problèmes psychologiques sévères. Ce projet soulève aussi un point important, celui de la rémunération des marraines. Le montant de la rétribution semble porter à controverse. Dans cette étude, un taux horaire de \$7,00 leur avait été versé et avait fait l'objet d'insatisfaction de la part des marraines. Auparavant, un autre programme, celui de La Visite (Durand, Massé & Ouellet, 1989), avait fait l'objet d'une

évaluation par triangulation par Ouellet, Durand & Massé (1992). Des intervenantes non-professionnelles rendaient visite à des familles venant d'avoir un enfant et habitant un quartier défavorisé. Salariées, elles avaient comme rôle d'agir sur la dynamisation du réseau de soutien de la famille, sur le rehaussement de la compétence parentale et d'intervenir sur des facteurs pouvant conduire à un épisode de violence ou de négligence envers l'enfant. Visites à domicile, contacts téléphoniques ou sorties d'accompagnement ont été bénéficié par 175 familles. Des grilles de suivi et des études de cas individuels ont servi de stratégie de collecte des données. Les résultats quantitatifs (devis de Solomon avec 4 groupes, pré- et post- test) n'indiquaient aucun effet significatif du point de vue des variables mesurées (interaction parent-enfant- instrument de Caldwell & Bradley, 1978, comportement maternel- instrument de Clarke-Stewart, 1973 et isolement social- instrument de Barrera, 1980). Par ailleurs, les résultats qualitatifs indiquent une plus grande sécurité des parents face aux soins à apporter, une amélioration de la relation affective mère-enfant et une meilleure utilisation du réseau de soutien. Aussi, des résultats inattendus : bien-être physique et émotif de la mère, relation de couple améliorée, etc. Ils estiment que 14% de l'ensemble des familles avait eu une amélioration au niveau de la prévention de mauvais traitements (diminution de l'agressivité, stabilisation de la situation de négligence, renoncement à un placement à court terme, etc.) infligés aux enfants. Ces résultats qualitatifs se rapprochent de ceux de Moreau, Gagnon et Labrecque (1996).

D'autre part, Gagné, Gendron & Pelletier (1991), dans leur étude sur le Programme Grossesse Nutrition de Sherbrooke rapportent que les marraines OLO (faisant partie intégrante du programme de soutien alimentaire d'œuf, lait et d'oranges) jouent un rôle indispensable pour la création de liens significatifs entre femmes de même milieu. On relève, entre autres, comme résultats positifs de l'apport des marraines, briser l'isolement, susciter une forme de solidarité et favoriser l'entraide naturelle. Autre point important, la marrainage permet à ces femmes de s'exprimer, de se responsabiliser et de renforcer leur estime de soi.

A la lumière des résultats de ces études portant sur différentes formes de jumelage et sur la perception concernant l'efficacité de cette nouvelle approche, l'entraide entre gestantes et mères de milieu défavorisé semble être une solution intéressante aux problèmes relationnels déjà bien identifiés.

Démystifier l'émancipation : concept désabusé ou déraciné de son essence?

Les nouvelles solutions présentées dans la section précédente ont toutes en commun un élément, celui de favoriser l'émancipation des individus. Nous croyons, tel que Labonté (1993) et Purdey, Adhikari, Robertson et Cox (1994) que l'émancipation et la promotion de la santé vont de pair. L'émancipation sans une vision de promotion de la santé ou même une intervention de promotion de la santé sans une approche émancipatrice ne peut se concevoir. En fait, le phénomène d'intérêt de la promotion de la santé, celui susceptible de rallier les différents praticiens et chercheurs d'origine disciplinaire variées, pourrait fort bien être l'émancipation (Yeo, 1993a). L'émancipation communautaire est associée largement au développement de la psychologie communautaire. Cette spécialisation de la psychologie a connu son émergence au cours des années 60 aux États-Unis et sa clarification conceptuelle, au cours des congrès de Swampscott (importance de l'intégration de facteurs environnementaux), d'Austin (adoption de la perspective écologique) et de Chicago (développement d'une épistémologie communautaire) (Le Bossé & Lavallée, 1993). L'émancipation constitue à la fois une vision, une approche, une pratique et même une stratégie d'évaluation. Dans l'étude d'une intervention de promotion de la santé, on devrait pouvoir détecter l'essence de l'émancipation non seulement dans l'ontologie, l'épistémologie et la méthodologie attribuées à l'objet de la recherche mais aussi dans le langage utilisé (Rappaport, 1985). La perspective ontologique dans laquelle s'inscrit la promotion de la santé se décrit comme relativiste multiple, la réalité se créant par des consensus. Or, l'objet de recherche est influencé par le chercheur et ne peut en être dissocié entièrement. La méthodologie qui s'ensuit favorise le dialogue herméneutique critique, la plupart du temps entre différents détenteurs d'enjeux aux valeurs et buts conflictuels, d'où la difficulté méthodologique (Boyce, 1993; Guba & Lincoln, 1989; Wilber, 1981). Une évaluation émancipatrice est fondée sur l'autodétermination, cette habileté à orienter le

cours de sa vie dans la direction choisie et elle permet aux différents détenteurs d'enjeux de conduire leur propre évaluation sans oublier de défier les inéquités inhérentes aux systèmes politiques et économiques (Fetterman, 1994; Whitmore, 1990).

Selon Rappaport (1987), l'empowerment ou l'émancipation réfère à une détermination individuelle d'un individu sur sa vie ainsi qu'à une participation démocratique dans la vie communautaire (politique, sociologique, économique, organisationnel et spirituel). Individualité et collectivité s'avèrent être deux éléments-clés (Prilleltensky, 1996). L'émancipation est un construit écologique multidimensionnel (individuel, organisationnel et communautaire) qui s'inscrit dans un environnement précis, se développe comme un processus longitudinal et peut s'exprimer également en terme de résultats : attitudes, habiletés, prises de conscience et réorganisation structurelle (Hawe, 1994; Israel, Checkoway, Shulz & Zimmerman, 1994; Wallerstein, 1992) et parfois, documente-t-on, via des analyses statistiques-réseau, une amélioration concrète de la qualité de la vie d'une communauté (Saegert & Winkel, 1996). On doit cependant être très vigilant à ne pas s'appuyer uniquement sur les prémisses idéologiques de l'empowerment (Le Bossé & Lavallée, 1993). Sa notion romantique selon laquelle les besoins d'une communauté sont toujours ceux que l'on doit accepter sans se questionner, son anti-professionnalisme, son extrémisme de décentralisation et finalement, son motto « s'aider soi-même » où le risque est de focaliser uniquement sur la solution de problèmes locaux sans envisager son importance plus globale sont des pièges à éviter (Labonté, 1989). Il sont liés, à notre avis, au déracinement de son essence induit par une incompréhension des ses principes fondamentaux. Nous tenterons de clarifier ici ces principes.

Au niveau individuel, on reconnaît l'action de l'émancipation à l'expression de concepts reflétant une auto-efficacité et une motivation dans l'exercice de contrôle par le développement d'habiletés ainsi qu'un comportement participatif dans les prises de décision et les actions collectives. L'émancipation organisationnelle s'opère à travers les individus qui assument des rôles décisionnels dans leur travail professionnel et qui s'efforcent d'effectuer des changements au niveau de la communauté. Au niveau

communautaire, elle s'identifie à l'équité des ressources, à la capacité d'une communauté de solutionner ses problèmes, d'identifier des solutions, de participer activement aux activités de la communauté afin d'améliorer la qualité de vie du quartier, de développer une action sociale fondée sur les réseaux naturels et de présenter des comportements proactifs pour le changement social. L'émancipation collective passe par le développement communautaire identifié comme le développement et le renforcement des communautés dans leur auto-efficacité et toutes implications communautaires dont le but est d'aider les communautés à développer des habiletés et à acquérir des connaissances pour leur renforcement (Petersen, 1994). La définition de l'Organisation mondiale pour la santé (1986) définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux individus et aux communautés les moyens d'augmenter le contrôle sur les déterminants de la santé et leur santé, en partie à travers l'action politique pour la création d'environnements sains. L'émancipation devient alors une stratégie de promotion de la santé fort importante, en ce qu'elle permet de répondre à cet appel tout en constituant une stratégie psychosociale dont les ressources sont presque illimitées. La difficulté de l'émancipation réside dans la valeur qu'elle accorde à la coopération, à la mise-en-commun des efforts et des expertises ainsi qu'à la reconnaissance des acquis-habiletés de chacun et, de ce fait même, lutte contre les inégalités de pouvoir (Kanpol, 1996). Cette difficulté se trouve rehaussée parce que dans l'équation de l'émancipation, la professionnalisation cultive encore son pouvoir.

Doser son pouvoir de professionnalisation par les verbes renoncer et saisir

L'émancipation passe nécessairement par la voix qui marque la nouvelle ère de l'opposition au silence et à l'oppression et cette voix ouvre la porte du langage des possibilités (ou des choix selon Rodwell, 1996). Le processus de conscientisation de Freire (1970) décrit par l'écoute, le dialogue (permettant d'aller au-delà de la perception individuelle par la réflexion pour la transformation des conditions sociales) et l'action par la praxis (l'union pour la transformation) est un outil émancipatif essentiel qui assure le passage de l'action individuelle à l'action collective. Le pouvoir est nécessairement un élément d'action sociale et de ce fait, devient un aspect des relations sociales. Le passage

de l'individualité à la collectivité dans l'émancipation prend forme par un nouvel équilibre dans la relation de pouvoir entre les individus où les verbes renoncer et saisir se courtisent inlassablement avant d'accorder l'expérience personnelle d'un sentiment de pouvoir. Renoncer, en partie, au pouvoir professionnel est essentiel à l'expérience d'empowerment (Chavis & Wandersman, 1990; Rodwell, 1996). Or, les professions de relation d'aide ont ce potentiel abusif des différentes formes de pouvoir qu'elles détiennent, bien souvent à l'insu des professionnels les pratiquant. Dans l'histoire de la professionnalisation des occupations de relation d'aide (sciences infirmières, travail social, etc...), plusieurs d'entre elles n'ont jamais atteint le plein statut de professionnels mais plutôt celui de semi-professions (Hugman, 1991). Ces semi-professions étaient définies par des habiletés plutôt que par un corpus de connaissances scientifiques propres et on ne pouvait leur reconnaître une structure interne unie et solide telle celle des avocats ou des médecins.

Plusieurs auteurs reconnaissent que l'aspect problématique des sciences infirmières est certainement lié à la question du genre féminin et à son émergence d'une structure corporative patriarcale, celle de la médecine (Hearn, 1982; Jolley, 1989). Contrairement à la médecine et au droit, par exemple, dont le pouvoir est bien établi, les professions d'aide telles les sciences infirmières et le travail social suivent un autre baromètre de crédibilité que le pouvoir professionnel, celui de leur image publique. Elles se trouvent davantage à la merci de la désirabilité sociale et d'une image positive promue par l'empathie, le sacrifice, la dévotion et une écoute chaleureuse, toutes des qualités liées à la féminité (Habermas, 1977). On est alors témoin d'un autre type de professionnalisation, celui du rôle domestique et le renforcement de l'expertise de ces professions est davantage lié à une masculinisation du «prendre soin». On reconnaît que les infirmières exercent peu de contrôle dans l'ensemble du système de prestation de service de santé (Hewison, 1995). Or, ce sentiment de contrôle, à une plus petite échelle, celle de ses propres conditions de travail, serait lié au sentiment d'efficacité des professionnels (Laschinger, Sabiston & Kutzcher 1997). Selon la théorie de Kanter (1993) sur le pouvoir structurel dans les organisations, l'accès à l'information et une

participation active aux prises de décision seraient des préalables au sentiment personnel d'émancipation qui faciliteraient, par la suite, l'émancipation d'autrui.

L'édification de cette tour d'ivoire par les professions existerait pour le bénéfice des membres de la société en général mais aussi dans une certaine limite, pour servir les intérêts de ceux qui défendent le privilège des connaissances scientifiques. Un des exercices suprêmes du pouvoir des professions est justement de créer chez l'individu le besoin ou les besoins que les dites professions se sont mandatées à répondre... Les professionnels connaîtraient les vrais besoins de leurs usagers (Godbout, 1987; Lukes, 1974). C'est dans les buts sous-entendus d'une communication, soit de convaincre autrui de son avis ou de rechercher le partage pour une nouvelle construction, que l'on comprend s'il est question de pouvoir dans l'interaction (Habermas, 1977). La méfiance est de mise quand les connaissances professionnelles, les habiletés techniques et même le langage tenu par les professionnels fusionnent pour alimenter un discours lucratif qui ne fait que protéger aveuglément la frontière professionnelle. Pour Hearn (1982), avant que la voix des usagers puisse être entendue comme il se doit, les structures organisationnelles de toutes les professions de santé ou sociales devront être modifiées par une démocratie incluant ceux qui utilisent leurs services. La démocratie, selon Popper (1945), est un régime où les minorités ont la possibilité de renverser leur situation et de constituer la majorité par un droit d'expression politique. Cette démocratie risque cependant d'affaiblir le conservatisme d'un système. Selon Gobout (1987), dont l'analyse fait le parallèle avec les révolutions scientifiques et les changements de paradigme de Kuhn (1962), puisque le changement vient nécessairement des marginaux du système dominant donc de l'extérieur, la démocratie souhaitée ne peut que stimuler la transformation. Force est de constater alors que cette perméabilité entre marginaux et élites pourrait menacer l'équilibre du système de la santé publique. La promotion de la santé, au cœur de ce débat, sera-t-elle le facteur protecteur des professionnels de la santé publique ou celui des usagers? Plus que dans toutes autres disciplines, nous sommes confrontés ici à deux registres de savoirs en compétition. Mieux vaudrait cependant envisager la promotion de la santé comme l'élément catalyseur d'une symbiose

fonctionnelle possible entre les marginaux, à la base du savoir profane et les élites scientifiques qui contrôlent le savoir scientifique...

Les écrits présentés dans cette section nous permettent de mieux apprécier l'obscurité du tableau auquel renvoie une grossesse en milieu de pauvreté. C'est surtout à l'expérience de vie des gestantes plus qu'à la compréhension objective des divers stress qu'elles vivent que nous voulions vous interpeller. Cette expérience de vie aliène, dépossède et menace la santé maternelle, infantile et familiale. Le fait que les programmes actuels réussissent difficilement à rencontrer leurs objectifs invite formellement les intervenants à poser un regard critique sur les modes de prestation des services ainsi que sur les philosophies de soins. Nous avons vu qu'il est non seulement possible mais souhaitable de renverser les actions défavorables de concepts psychosociaux en privilégiant une approche émancipatrice de promotion de la santé. L'explication conceptuelle du chapitre suivant présente les assises sur lesquelles reposent les questions de recherche et la construction de l'intervention d'accompagnement.

Nous avons pu aussi apprécier l'urgence d'une modification des services prénatals tel que nous les connaissons aujourd'hui. La section suivante tentera d'établir le parallèle entre l'utilisation du principe d'entraide périnatale par des compagnes et les écrits sur la communauté thérapeutique avec ses dérivés que sont l'enseignement mutuel et le co-conseil dont le succès n'est plus à démontrer. Le programme d'accompagnement avec ses éléments principaux liés au déroulement dans le milieu seront présentés. Le tout sera mis en valeur par l'adoption d'une perspective émancipatrice. Inclure la participation de mères de la communauté, particulièrement celles vivant en situation de grande pauvreté, semble maximiser la compréhension et le respect des aspirations et attitudes de ces gestantes.

Cadre conceptuel: L'entraide entre pairs comme fondement théorique à l'accompagnement prénatal

Une nouvelle philosophie de prestation du soin émerge depuis quelques années du paradigme de la transformation qui traverse la profession infirmière (Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette et Major, 1994). Une philosophie où les professionnels de la santé ne peuvent plus se poser en experts dans les réponses à être apportées aux besoins des collectivités et où la clientèle avec laquelle ils travaillent a le droit de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en oeuvre des services de santé (Kérouac et al., 1994). Cette même philosophie prévaut en promotion de la santé depuis l'avènement de la Charte d'Ottawa (WHO, 1986).

Le programme d'accompagnement présente des liens étroits avec le concept de la communauté thérapeutique (Carkhuff, 1966) et de ses dérivés: l'enseignement mutuel entre pairs (Anciaux, Collard & Finn, 1981) et le co-conseil (Carr, 1981). La formation et l'utilisation de non professionnels dans un but thérapeutique ont été mises de l'avant pour pallier le manque de professionnels en santé mentale. Les résultats obtenus révèlent que les aidants non professionnels peuvent avoir, sur le développement des ressources personnelles des personnes aidées, un effet comparable sinon supérieur à celui des professionnels (Carkhuff, 1988). L'enseignement mutuel en milieu scolaire constitue une expérience de jumelage entre pairs dans un but de coopération et d'aide académique. Le co-conseil, découlant aussi du milieu scolaire, s'est élaboré cependant dans un but différent, celui d'entraide psychologique. Au-delà des résultats académiques, le succès du co-conseil tout comme celui de l'enseignement mutuel, se fonde sur des préoccupations communes, des rapports réciproques et du soutien mutuel.

Dans le programme d'accompagnement, l'interaction compagne-mère/compagne-enceinte, basée sur une relation non-hiérarchique, semble promouvoir le potentiel de chacune par le développement du lien de confiance entre les deux. La création de la relation d'aide révélée par l'empathie, le respect, l'authenticité et l'acceptation inconditionnelle de l'autre (Carkhuff, 1988) met en lumière ce phénomène d'entraide

prénatal très peu documenté conceptuellement. Il semble que les principes qui sous-tendent le programme d'accompagnement prénatal, particulièrement la dyade des compagnes (mères et gestantes), convergent vers le savoir-être, donc sur des qualités naturelles et misent principalement sur la force du levier d'action que constitue, dans tout apprentissage, la confiance que l'on fait à l'autre.

Des gestantes ayant bénéficié d'un programme de jumelage semblable ont rapporté s'être senties comprises par la marraine (mère), avoir trouvé en elle une amie, une confidente ainsi que quelqu'un à qui parler de ses peurs et de ses inquiétudes face à la grossesse (Lapierre, 1994; Lapierre, Perreault et Goulet, 1995). Marshall (1981) a démontré que l'établissement de liens entre femmes de milieu défavorisé est relié à une estime de soi supérieure de part et d'autre de la relation et à un bien-être émotionnel chez la gestante. Les résultats indiquent de plus que les liens entraîneraient du soutien mutuel, de la collaboration et de la solidarité. Cependant, on a remarqué que la relation marraine/gestante peut devenir conflictuelle soit à cause de conflits de personnalité ou d'un contrôle exercé par la marraine (Lapierre, 1994). Il importe alors d'accorder une importance toute particulière à la sélection des marraines ou des compagnes-mères, au jumelage des dyades ainsi qu'au soutien offert tout au long du suivi prénatal.

L'apport de la communauté thérapeutique,
de l'enseignement mutuel et du co-conseil

Depuis 1968, en thérapie psychiatrique et en counselling, les effets bénéfiques de l'utilisation de non professionnels ont été démontrés (Albee, 1968). Dans les hôpitaux et cliniques psychiatriques, on a rapidement découvert comment multiplier par un facteur de trois et plus (Matarazzo, 1970) le nombre d'agents thérapeutiques; en fait, chaque employé est un agent thérapeutique potentiel (Albee, 1959). Ainsi, se développait graduellement une communauté thérapeutique composée de non professionnels recrutés dans la communauté, ayant suivi une formation et oeuvrant dans les domaines de la psychologie, de la psychiatrie, des services sociaux et des soins infirmiers (Matarazzo, 1970). Effectivement, une formation intense à l'entraide par des professionnels,

primordiale pour l'efficacité de l'intervention (Simard & Ouellette, 1989), de la supervision modeste ainsi que quelques heures supplémentaires de perfectionnement suffisent à rencontrer les besoins grandissants de la communauté. L'agent thérapeutique ainsi entraîné entre en relation d'aide avec le client, se sent responsable envers lui; il devient son avocat, travaille en collaboration avec les professionnels du milieu et les membres de la famille et tient compte, dans sa relation avec le patient, des réalités et des problèmes associés à la condition du client (Carkhuff, 1966; Egan, 1975).

Dans le milieu scolaire, l'insuffisance de méthodes d'enseignement répondant aux besoins des étudiants fit naître l'enseignement mutuel entre pairs, dérivé du concept de la communauté thérapeutique. On voulait remédier à la situation de rupture entre enseignants et élèves, changer le comportement réfractaire des élèves face à l'enseignement dispensé et contrer l'application de vieilles méthodes d'enseignement inefficaces lorsqu'il s'agit de jeunes en difficultés ou de jeunes issus de milieu défavorisé socialement et culturellement (Anciaux, Collard & Finn, 1981).

Des analyses qualitatives ont révélé l'authenticité et la sécurité de la relation aidant-aidé lorsqu'on met sur pied l'enseignement mutuel entre pairs (Anciaux, Collard & Finn, 1981; France, 1989). Les élèves aidés ont rapporté se sentir plus à l'aise avec le tuteur, ne pas craindre de se faire punir et être compris à partir d'un langage commun. Le fait d'être en dehors d'une relation hiérarchique, donc sur un même pied d'égalité, semble favoriser l'établissement de la relation de confiance (Anciaux et al., 1981; France, 1989). De plus, des progrès notables dans l'apprentissage des élèves aidés, l'évidence de gains de confiance et d'augmentation de l'estime de soi furent démontrés ainsi qu'une prise en charge supérieure par les tuteurs, lesquels développent un sentiment accru de valorisation (Grady, 1980). Cependant, on n'arrive pas à expliquer entièrement ces effets, faute d'information sur la nature, le développement et les gains découlant des relations affectives et sociales du processus d'entraide entre pairs (Altmann, Nysetvold & Downe, 1986; Kim, McLeod, Rader & Johnston, 1992).

Le but principal de l'enseignement mutuel offert à l'école est de deux ordres: l'aide académique et la création d'un réseau, tous deux permettant aux étudiants de s'impliquer en offrant une écoute active et de l'aide à leurs pairs (Ayal & Bekerman, 1978; Kim et al., 1992). Carty, infirmière en santé mentale, est une des pionnières dans l'évaluation empirique du counselling par pairs (1989). Elle a mesuré l'impact du programme de counselling par pairs sur le soutien social ainsi que sur le stress. Les résultats démontrent que, suite à un counselling par pairs, le soutien social peut être augmenté. L'auteure a évalué le soutien social à divers moments et elle a noté des différences statistiquement significatives en faisant un post-test 5 mois après le début du counselling. Les résultats sont aussi concluants quant à l'effet positif, à long terme, du counselling par pairs sur le stress des étudiants. Plus récemment, dans l'étude de Puchkoff & Font-Padron (1990), 96% des co-conseillers rapportèrent que l'expérience d'entraide leur avait grandement permis de développer des habiletés personnelles et professionnelles.

C'est dans une perspective davantage sociale que s'est élaboré le co-conseil, système de formation à l'entraide psychologique en milieu scolaire, au moyen de l'empathie et de la prise de décision (Carr, 1981). Il donne aux étudiants la compétence pour mettre en application leur sens aigu de l'autonomie et du contrôle, et contribue à la satisfaction du besoin le plus fortement ressenti par les étudiants: le respect. Le co-conseiller se met à l'écoute de l'autre sans porter de jugement, encourage l'expression et l'exploration de ce qui cause des ennuis, des inquiétudes et des frustrations et au besoin, réfère les étudiants aux ressources communautaires et scolaires pertinentes (Diver-Stammes, 1991). Guttman (1985) a présenté et évalué un modèle de counselling par pairs dont les objectifs étaient de favoriser l'échange social et les liens entre l'école et la communauté. Les pairs co-conseillers se sont avérés efficaces dans le rôle de soutien social tel que reconnu qualitativement par les élèves aidés. Un programme de co-conseil peut aider les étudiants à traverser des périodes de transition en favorisant le développement de stratégies d'adaptation (Hill, 1990). On utilise actuellement cette stratégie pour divers groupes d'âges et à l'égard de divers problèmes: notamment, dans le traitement de l'abus de drogues et de l'alcool (Samuels & Samuels, 1975), du stress

(Walley, 1980), dans le cadre d'expériences de grossesse à l'adolescence (Foster & Miller, 1980) et aussi auprès d'individus homosexuels (Schwartz, 1982). Naber et Locklin (1994) ont aussi démontré de façon qualitative l'apport significatif des co-conseillers dans la promotion de l'allaitement auprès de gestantes vivant en situation de pauvreté.

Une des raisons d'être du co-conseil prend sa source au coeur des problèmes engendrés par la solitude chez les adolescents. Les besoins d'estime de soi, d'autonomie et d'affirmation de soi associés au développement de l'adolescent constituent un autre fondement du co-conseil. McIntyre, Thomas & Borgen rapportent dans leur étude (1982) que les pairs, par le programme de co-conseil, ont pu rejoindre les élèves au niveau des problèmes d'ordre psycho-social, ce que les professeurs ne pouvaient faire. Trois questionnaires passés auprès des élèves aidés individuellement par un co-conseiller, des groupes dirigés par un co-conseiller et auprès des professeurs servirent à évaluer l'efficacité du programme de co-conseil. Une échelle de type Likert ainsi que des énoncés à compléter permirent d'établir le succès du co-conseil. Les co-conseillers résolurent des problèmes d'estime de soi faible chez les élèves aidés, brisèrent l'isolement et s'avèrent aidants pour résoudre également des problèmes d'ordre académique. Par ailleurs, des résultats significatifs quant à l'efficacité du co-conseil sur l'implication sociale des étudiants, telle que mesurée par deux index de participation à la vie communautaire et universitaire, ont été obtenus par Russel & Shinkle (1990).

De la communauté thérapeutique aux dyades de compagnes: L'accompagnement prénatal

L'obtention de résultats satisfaisants par l'utilisation de non professionnels dans ces différents domaines, dérivés du concept de la communauté thérapeutique, vient corroborer le choix d'un programme d'accompagnement pour gestantes vivant en situation de grande pauvreté. Les résultats de diverses études portant sur l'entraide entre pairs ont d'ailleurs démontré un impact important tant au niveau d'une diminution de l'anxiété, d'une augmentation de l'estime de soi et de la perception du soutien social de la personne aidée.

L'intégration d'un modèle émancipatoire tel que proposé par Kendall (1992) permet d'anticiper que, par le soin professionnel et naturel, tous les niveaux d'une communauté émancipée soient touchés, i.e. individuel, organisationnel et communautaire (Israel, Checkoway, Schulz & Zimmerman, 1994). La rencontre de cette condition distingue l'intervention émancipatoire collective de celle plutôt individuelle. D'abord la communauté est caractérisée par six éléments principaux: un sentiment d'appartenance, d'adhésion à cette communauté, un système symbolique commun représenté par la similarité du langage et des pratiques, des valeurs et des normes partagées, une influence mutuelle, les mêmes besoins et un engagement à les combler et finalement des liens émotionnels partagés découlant d'une histoire et d'expériences communes et du soutien mutuel (Israel et al., 1994). Au niveau individuel, l'émancipation s'observe par une compétence personnelle accrue et un sentiment d'efficacité personnelle, un sens de contrôle et d'estime de soi et par un processus de participation à la prise de décision. Une organisation émancipée favorise l'échange entre les divers palliers décisionnels et professionnels de même qu'à travers ses liens avec la communauté par les politiques et les décisions les touchant. Au niveau communautaire, l'émancipation réfère à ce processus par lequel les membres de cette communauté utilisent, d'un effort collectif, leurs ressources et leurs habiletés afin de rencontrer leurs besoins (Israel et al., 1994).

Dans cette perspective émancipatrice, le modèle de Kendall repose sur la théorie de l'action révolutionnaire de Freire (1970), la théorie critique de Habermas (1971) et le concept de la communauté synergique de Katz (1984). Par l'émancipation, le professionnel de la santé maximise l'indépendance de son client dans un partenariat explicite où ses habiletés et ses connaissances sont à la disposition du client en qui il croit et lui facilite l'exercice du pouvoir dans le choix des décisions à prendre (Malin & Teasdale, 1991). Selon Kendall (1992), le partenariat entre le professionnel et la compagne-mère, reflète d'un respect et d'une confiance mutuels, d'une égalité des valeurs en terme de ce par quoi on est digne d'estime sur la plan moral, intellectuel, physique, etc. facilite la transition vécue par la gestante au cours de sa grossesse et la soutiennent en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture.

Plusieurs auteurs sont d'avis que le facteur relationnel entre professionnels de la santé et gestantes vivant en situation de pauvreté est déterminant pour un suivi prénatal adéquat. L'existence d'un fossé d'incommunicabilité entre les deux est reconnue comme affectant négativement ce facteur relationnel (Deschamps, Deschamps & Baumann, 1987; Kleigman, Rottman & Behrman, 1990). Ce fossé contribue à la création d'une barrière ou d'un décalage entre les valeurs préconisées par le système de santé et celles auxquelles adhère la clientèle de milieu défavorisé. Or, des problèmes du même ordre ont été résolus par l'enseignement mutuel (Anciaux, Collard & Finn, 1981) et le co-conseil (McIntyre, Thomas & Borgen, 1982). Par ailleurs, parmi les éléments de réussite en intervention précoce auprès de familles très défavorisées, on relève l'importance de l'intégration des ressources de la communauté et de la collaboration professionnels/communauté (Thibaudeau & Reidy, 1982). Le marrainage, inséré dans un programme global d'accompagnement prénatal, comprend et valorise ces mêmes éléments.

Le programme d'accompagnement prénatal et son implantation

Le programme d'accompagnement prénatal est défini comme une stratégie d'actions émancipatrices destinée aux familles en attente d'un enfant et vivant en situation de grande pauvreté. Cette stratégie serait émancipatrice en ce sens qu'elle augmenterait le potentiel pour un groupe opprimé (les gestantes vivant en situation de pauvreté) de prendre du pouvoir d'une situation ou d'un système les opprimant (Kendall, 1992). Or, le jumelage par lequel des mères de la communauté deviennent des compagnes-mères vise à ce que des femmes de la communauté prennent du pouvoir dans l'expérience de la maternité et qu'elles renforcent le potentiel des gestantes et des mères de leur communauté.

Dans le programme d'accompagnement prénatal, l'intervenante en promotion de la santé, joue un rôle des plus importants dans la formation des compagnes ainsi que comme personne ressource, force motivatrice et soutien à ces dernières. Selon Lawson

(1989), la phase de recrutement des compagnes-mères peut s'avérer la plus cruciale pour l'efficacité générale de l'intervention. Puisque les professionnels jouent un rôle significatif à cette étape dans la sélection, il faut, dès le départ, établir quel sera le rôle de cette compagne en fonction des besoins de la communauté. Dans une étude antérieure décrivant un programme d'entraide auprès de familles vivant en situation de pauvreté, la couverture du programme ainsi que le recrutement se sont avérés stratégiquement significatifs pour l'atteinte des objectifs du programme (Lapierre, Perreault et Goulet, à paraître). Or, la recherche de qualités telles la disponibilité, la maturité, le sens des responsabilités et la capacité à recevoir des commentaires concernant le suivi devrait guider la sélection des mères. Il est prévu alors que les intervenants du CLSC procéderont à des entrevues d'une vingtaine de minutes mettant en évidence la motivation et les sentiments ayant entraîné la décision des mères à devenir marraine. La facilité à travailler en équipe et à assumer un rôle au sein du groupe des mairaines sera également évaluée. Par ailleurs, au moins 12 heures de formation seront offertes aux compagnes au cours desquelles, elles pourront expérimenter des stratégies de relation d'aide et d'écoute active de même qu'accumuler des connaissances concernant l'évolution et le cours de la grossesse. Des heures seront réservées à l'exploration des diverses fonctions que pourraient tenir les compagnes et à leur responsabilités hebdomadaires concernant leur journal de bord. De plus, des rencontres avec les intervenantes professionnelles en dehors des rencontres spécifiques pour la recherche, permettraient d'offrir du soutien et des conseils aux compagnes dont le suivi se déroule moins bien ainsi que du renforcement pour celles dont le suivi se déroule bien. Chaque compagne pourra de plus compter sur une personne-ressource du CLSC, de préférence l'intervenante professionnelle effectuant le suivi professionnel de la gestante (accompagnement professionnel).

Dans le modèle conceptuel proposé, l'accompagnement prénatal aurait le potentiel d'enclencher un moment révolutionnaire qui viendrait modifier le cours entre la situation vécue par la gestante, laquelle est empreinte de stress chroniques et d'anxiété (Colin et Desrosiers, 1989; Campbell, 1989), de très peu de soutien social (Norbeck & Anderson, 1989; Oakley, Macfarlane & Chalmers, 1985) et de dévalorisation constante (Brown &

Harris, 1989; Lemyre, 1989) et l'issue de sa grossesse. Le moment révolutionnaire tel que défini par Freire (1970) libérerait des énergies et transformerait la réalité sociale actuelle individuelle et collective. La contribution de l'accompagnement prénatal à cette transformation devrait s'opérationnaliser d'abord par la métamorphose anticipée des relations inégales de pouvoir en un partage du pouvoir entre les différents partenaires (gestante, compagne-mère et intervenante). L'accompagnement dont il est question consiste, d'une part, à se joindre volontairement à l'autre, par une présence physique et symbolique, dans son expérience de santé et, d'autre part, à la guider au besoin, de façon telle que la personne perçoit cet accompagnement, se sent soutenue, respectée, libre d'agir et encouragée à développer ses potentialités. Ce type d'accompagnement peut alors être émancipatoire. Le moment révolutionnaire serait alors induit par un soin relevant à la fois de deux types d'accompagnement émancipatoire: professionnel, provenant de l'intervenante, et naturel, provenant de la compagne-mère. En somme, une action révolutionnaire pourrait être définie comme toute action culturelle opérée en collaboration avec des individus du milieu et qui s'opposerait à une force dominante (Anyanwu, 1988).

L'accompagnement professionnel comprendrait toutes les actions des intervenantes qui favorisent l'harmonie corps-âme-esprit et le pouvoir (choix, contrôle, autodétermination: Watson, 1988). L'intervenante ferait l'expérience consciente de cet accompagnement, l'enseignerait, l'encouragerait et l'activerait dans ses interactions tant avec la compagne-mère qu'avec la gestante. L'accompagnement naturel se traduirait fondamentalement par la présence, l'empathie, le respect et l'engagement de la compagne-mère envers la gestante. Sans être moins actif, cet accompagnement se voudrait naturel, d'où ces caractéristiques reflétant davantage un savoir-être qu'un savoir-faire. Ces deux types d'accompagnement marqueraient le moment révolutionnaire et pourraient favoriser une synergie importante entre les partenaires à l'intérieur du phénomène et libérer des activités et des intentions (Katz, 1984) telles que l'entraide et la partenariat. Ces derniers, piliers de l'accompagnement prénatal, prendraient de l'expansion et alimenteraient une énergie sans cesse grandissante où le soin serait une

ressource renouvelable à la fois scientifique, humaniste, instrumentale et expressive, posséderait le potentiel de se répandre de façon exponentielle (Kendall, 1992).

Dans le cadre de cette étude, un autre type d'accompagnement était prévu, l'accompagnement orchestral prodigué par la chercheuse et tenant compte, à la fois, des processus liés à la recherche, à l'intervention découlant du projet et à l'éducation réciproque entre les participantes. Or, dans ce contexte, orchestrer, métaphore empruntée de Guba & Lincoln (1989) signifie organiser le projet de manière à donner le maximum d'ampleur et de retentissement aux constructions des différents acteurs.

But de l'accompagnement prénatal

Le but général du programme d'accompagnement prénatal s'inscrit parmi les orientations prioritaires de l'Organisation Mondiale de la Santé (1986) pour la Promotion de la santé: faciliter l'augmentation de la prise en charge des individus envers leur santé ainsi que l'amélioration de cette dernière. L'accompagnement prénatal a comme but principal l'émancipation des familles vivant en situation de grande pauvreté en regard de l'expérience de la maternité. L'émancipation réfère à l'habileté des individus à comprendre et à contrôler les forces environnementales telles que personnelles, sociales, économiques et politiques, afin d'entreprendre des actions pour améliorer la situation de vie (Israel, Checkoway Schulz, Zimmerman, 1994).

Le moyen privilégié pour parvenir à cette fin semble être la formation d'un lien de confiance entre gestantes vivant en situation de grande pauvreté et mères (compagnes-mères) provenant de la même communauté. Les écrits sur lesquels repose cette hypothèse permettent d'avancer que cette stratégie favoriserait une évolution saine de la grossesse par l'intermédiaire des effets sur l'anxiété prénatale, le soutien social et l'estime de soi. Ce lien de confiance entre la gestante et la mère réitère la position importante du facteur relationnel dans toute intervention thérapeutique (Carkhuff, 1988). Il redéfinit de plus l'intervention professionnelle dans un contexte où la population devient l'agent de sa propre santé et partenaire avec les professionnels (Kérouac et al,

1994). À l'encontre des objectifs traditionnels visant à aider le client à s'adapter à son oppression dans un système social et sanitaire (Moccia, 1988), ce modèle s'inscrirait effectivement dans une perspective d'émancipation et de libération par un soin humaniste redéfini (Kendall, 1992).

Impact anticipé

Il est proposé que, dans une communauté synergique, la participation communautaire se refléterait avec une intensité maximale et à plusieurs niveaux dont, à l'étape de l'évaluation des besoins, dans le leadership, l'organisation, la mobilisation des ressources et le management (Labonté, 1993). Le modèle conceptuel de l'accompagnement prénatal devrait favoriser précisément cette synergie à un niveau plus opérationnel. La participation des compagnes favoriserait une meilleure définition des besoins des gestantes ainsi qu'une réponse plus directe par les compagnes-mères qui en viendraient à jouer un rôle de plus en plus grand dans l'organisation communautaire de l'accompagnement prénatal. Les compagnes développeraient des habiletés personnelles suite au suivi prénatal et les gestantes vivraient une expérience émancipatrice. Une redéfinition des rôles des intervenants professionnels découlerait de cette innovation dans la façon d'offrir la prestation de services prénatals. Au fur et à mesure que cette stratégie serait reconnue et utilisée, on pourrait ressentir davantage la portée de cette communauté synergique.

Les concepts et sous-concepts sous-tendant l'accompagnement prénatal

La force motrice de la synergie au coeur de l'accompagnement prénatal relève du postulat d'égalité des valeurs des trois partenaires (compagne-enceinte, compagne-mère et intervenante), reconnaissant à prime abord l'expertise différente mais valorisée de chacune. Les attitudes et les comportements de chacune des partenaires doivent refléter cette égalité, par exemple, en acceptant l'autre tel qu'il est, en le respectant et en mettant de côté ses différences (Romeder, Balthazar, Farquharson & Lavoie, 1989). Hamilton et Bhatti (1996) dans leur élaboration du modèle canadien de promotion de la santé de la

population insistent justement sur le respect mutuel et le souci de l'autre plutôt que sur le pouvoir et le prestige. Or, à partir des écrits théoriques et des données empiriques découlant de la communauté thérapeutique et de ses dérivés, des sous-concepts viennent éclairer la nature de la relation d'entraide entre les compagnes.

Théoriquement, cette entraide est caractérisée essentiellement par trois éléments: un vécu similaire, de l'authenticité et une attitude de non-jugement. Un vécu similaire, caractérisé par le partage des mêmes valeurs, une expérience de vie se comparant et un langage commun, peut favoriser plus facilement l'établissement d'un lien de confiance entre les deux. De plus, de toutes les caractéristiques relevées dans les écrits, l'authenticité semble être fortement reliée au maintien de ce lien de confiance entre gestante et marraine. L'authenticité se révèle dans l'expression sincère de ses pensées et de sa façon d'être, laquelle reflète la nature même de la personne et non des sentiments, des opinions et des vertus que l'on n'a pas ou qui sont imposées par un code professionnel (Gazda, Childers & Walters, 1982). Parallèlement, un manque d'authenticité par les professionnels de la santé lorsqu'ils interviennent auprès de familles défavorisées peut nuire et empêcher l'évolution de la relation d'aide (Colin, Ouellet, Boyer et Martin, 1992). Finalement, une attitude de non-jugement est nécessaire et vient préciser l'intensité du lien de confiance entre les compagnes. Romeder et al. (1989), dans une monographie importante portant sur les groupes d'entraide et la santé, ajoutent aussi une autre caractéristique, celle de la gratuité et de la liberté de la démarche personnelle. En fait, l'entraide est une forme d'aide bénévole où l'aidant n'attend rien en retour de l'aide offerte. Évidemment, ces éléments constituent des fondements philosophiques à la base du succès du programme d'accompagnement prénatal. Cette recherche avait pour but, entre autres, de comparer ce discours théorique à celui émergeant des données empiriques afin de parvenir à une construction empirique de l'entraide telle que vécue par les compagnes-enceintes et mères et du partenariat des intervenantes professionnelles en interaction avec les compagnes.

Cependant, le partenariat professionnelle/compagne-mère réfère à l'interaction entre les deux personnes où il y a reconnaissance des expertises et ressources réciproques,

par le rapport d'égalité entre elles, par la prise de décision et le consensus découlant de cette interaction (Bouchard, 1994). Or, ce partenariat reposerait sur des prémisses différentes de celles caractérisant l'entraide entre compagnes. On anticiperait plutôt le respect mutuel, la confiance réciproque et la communication dynamique comme des éléments clés d'un partenariat efficace et apprécié. On reconnaît qu'une atmosphère de respect mutuel favoriserait le développement du potentiel de la personne (Kérouac et al, 1994) et la confiance placée en la compagne-mère lui permettrait d'exercer des choix, du contrôle et de l'autodétermination, ce qui amorcerait le processus d'émancipation. Une communication dynamique devrait aussi caractériser cette relation et se rapporterait à l'écoute mutuelle, aux réponses échangées, à la personnalisation de l'expérience de l'autre et à la prise d'initiative en ayant pour objectif de résoudre les problèmes de façon réciproque (Carkhuff, 1988). Les mêmes prémisses pourraient expliquer l'interaction intervenante/gestante caractérisée par l'assistance dans la satisfaction des besoins humains, la disponibilité, la réceptivité ainsi que la confiance. Ces dernières favoriseraient, entre l'intervenante professionnelle et la gestante, le développement d'une relation privilégiée. Cette relation thérapeutique aurait le potentiel de contribuer à la création du moment révolutionnaire nécessaire à la transformation de la réalité sociale et physique de la gestante, de la compagne-mère et des intervenantes professionnelles. Les constructions résultant de la présente étude permettront d'élaborer une meilleure compréhension de ce phénomène révélé par l'accompagnement prénatal.

Représentation schématique du modèle conceptuel

Une représentation schématique du modèle de l'accompagnement prénatal, modèle conceptuel de départ, a été présentée en page 15 (Figure 1). On remarquera que les quatre partenaires de l'accompagnement sont représentés dans une structure multidimensionnelle orbitale suggérant une égalité des valeurs de chacun. Les trajectoires graphiques reliant chacun des partenaires reflètent à la fois la réciprocité et la simultanéité des interactions ainsi que les sphères d'influence communes, constituant des zones de recherche en construction. L'accompagnement prénatal est considéré comme une intervention émancipatrice de promotion de la santé qui a le potentiel d'enclencher

un moment révolutionnaire transformant la réalité psychosociale de la gestante, de la compagne-mère et de l'intervenante professionnelle. Ainsi, le cours traditionnel d'une grossesse vécue en situation de grande pauvreté peut être modifié, par les effets de l'accompagnement sur des variables intermédiaires, affectant ultimement le bien-être, les attitudes maternelles et l'issue de la grossesse.

CHAPITRE 3

Choix méthodologiques

« Typically it is from the adventuresome minority not the main stock, that evolutionary advance flows.. »

(Finney, 1997)

Les deux premières sections de ce chapitre visent la présentation de la stratégie de recherche ainsi que la description de la planification opérationnelle de l'étude (sélection du milieu, sélection des participantes et déroulement de l'étude). Vient ensuite la section portant sur l'analyse des données où sont précisées les procédures d'analyse et présenté l'arbre de codification. Finalement, la dernière section lève le voile sur les moyens entrepris pour favoriser le respect le plus strict des critères de rigueur scientifique ainsi que sur les considérations éthiques jugées importantes.

La méthode de recherche devait permettre l'évaluation de l'implantation et de l'impact de l'intervention communautaire émancipatoire à trois niveaux: individuel, organisationnel et communautaire. Cette étape prioritaire d'évaluation du processus d'implantation et d'impact précède une étude approfondie des effets, laquelle sera déterminante pour la survie de ce programme novateur. Alors que les CLSC connaissent actuellement une transformation des services prénatals par l'implantation du programme intégré à une échelle de plus en plus importante, les divers terrains de recherche ne se prêtent pas à une étude des effets de l'accompagnement prénatal. La stratégie de recherche choisie devait permettre d'élaborer, par des constructions individuelles et collectives consensuelles, le processus d'émancipation et d'en dégager ses éléments organisationnels bloqueurs ou facilitateurs.

Stratégie de recherche: Une étude de cas par une évaluation de 4^{ième} génération

Compte-tenu du cadre conceptuel développé et des questions de recherche intimement liées à l'exploration et à la compréhension, le choix de méthodes qualitatives facilitant la compréhension en profondeur de phénomènes, s'avérait pertinent (Yin, 1989). Les méthodes qualitatives ont cet avantage de pouvoir révéler, dans la même

étude, des éléments de processus et d'impact propres à une intervention communautaire émancipatoire. D'ailleurs, l'identification des éléments de processus est une étape souvent négligée en promotion de la santé (McKinlay, 1992). De plus, l'étude de cas qualitative se prête bien au processus de découvertes d'éléments clés liés à l'efficacité des interventions (Guba & Lincoln, 1989; Merriam, 1988; Patton, 1981; Yin, 1989). Compte-tenu de ces éléments, nous adoptons de l'étude de cas la tradition idiographique à l'opposé de la tradition nomothétique dont les fondements relèvent du paradigme positiviste et visent la découverte de lois universelles prédictives (Oquist, 1978). Découlant du paradigme anthropologique, cette tradition idiographique a comme but le développement de théories par la compréhension du comportement humain situé dans un contexte socio-historique et ancré dans les perspectives exprimées des personnes concernées (Merriam, 1988, Schultz & Kerr, 1986, Strauss & Corbin, 1994).

La majorité des écrits portant sur l'étude de l'émancipation communautaire privilégient la méthode de recherche participative comme la seule qui permette l'atteinte des objectifs de l'émancipation (Henderson, 1995; Holter & Schwartz-Barcott, 1993; Israel, Cummings, Dignan, Heaney, Perales, Simons-Morton & Zimmerman, 1995; Park, 1993; Rappaport, 1990; Yeich & Levine, 1992). Le changement social par l'émancipation à la fois à l'intérieur du processus de recherche scientifique et de la société constitue le but de cette stratégie de recherche (Henderson, 1995) et les résultats d'études démontrent son application (Eng & Parker, 1994). Issue du développement communautaire, de l'éducation des adultes et particulièrement des situations de domination et d'oppression que certains voulaient éliminer en sciences sociales et dans les services sociaux, la recherche participative apporte une attention particulière à la collaboration chercheurs/membres de la communauté, au processus d'éducation réciproque ainsi qu'à l'intervention susceptible de répondre au problème identifié par la communauté (Green, George, Daniel, Frankish, Herbert, Bowie & O'Neill, 1995). Or, la particularité de ce processus pour la promotion de la santé est qu'il promouvoit l'intégration de ces trois éléments : la recherche, l'éducation et l'action. Du respect de l'intégrité de ces trois éléments dépendent le sentiment personnel d'être habilité et le sentiment d'exercer un pouvoir, capable de transformations sociales (Park, 1993). Ce

sentiment d'exercice du pouvoir se traduit par le discours, qui, dans cette méthode, est aussi le mode de connaissance selon Foucault (Hagey, 1997). La recherche doit non seulement obtenir l'appui de la communauté mais inclure et favoriser l'utilisation des connaissances de cette dernière au cours des phases de planification, de réalisation et d'évaluation de la recherche. Cette participation à diverses phases du processus permet aux participants de faire des apprentissages par rapport au processus de recherche même et au problème investigué. Par l'expression d'un apprentissage collectif où il y a prises de conscience et prises en charge d'une action collective, un certain contrôle du savoir est valorisé et réapproprié par les participants et situé dans un contexte et une démarche historique, politique, idéologique et conflictuelle (Zuniga, 1980). Comme exemple, dans notre cas, le potentiel d'action des mères de la communauté doit être reconnu; leurs habiletés renforcées et l'acquisition de nouvelles façons de faire accueillies par chacune des participantes, les mères, les gestantes et les intervenantes professionnelles. Le choix de cette méthode s'avérait d'autant plus pertinent que par les interactions humaines et le dialogue, elle seule a le potentiel de générer des connaissances et de nouveaux rapports et rôles entre les participants (Hagey, 1997).

La participation, la coopération, l'apprentissage réciproque de tous les détenteurs d'enjeux, le processus de réflexion et de conscientisation et l'émancipation, caractérisent cette stratégie de recherche (Purdy, Adhikari, Robertson & Cox, 1994) dont fait partie l'évaluation de la 4^{ième} génération de Guba & Lincoln (1989). La conscientisation est un terme emprunté de la pédagogie des opprimés de Paolo Freire (1970), elle réfère à l'analyse d'une situation problématique suivie d'actions pour transformer cette situation. Les travaux et les réflexions de Freire ont beaucoup inspiré les fondements de ce programme d'intervention. Même si on critique aujourd'hui son idéalisme, sa façon de décontextualiser les situations et son approche patriarcale (Weiler, 1996), Freire a réussi à inspirer plusieurs à mobiliser les efforts sur un chemin réaliste de la libération avec ses luttes, ses risques et ses incertitudes (Roberts, 1996). La méthode d'évaluation des programmes choisie repose sur les mêmes fondements que la recherche participative. Le chercheur occupe un rôle de collaborateur, d'apprenant, d'enseignant, de facilitateur et d'agent de changement, favorisant ainsi l'éducation des participants et leur émancipation

(Guba & Lincoln, 1989). On ne présuppose point l'existence d'une réalité objective mais plutôt la présence de constructions individuelles et collectives de notre monde vécu qui peuvent être partagées. La position épistémologique du paradigme constructiviste s'explique par l'influence de l'interaction entre tous les participants, laquelle crée l'émergence des significations reliées à l'enquête du phénomène. Loin de l'idée de contrôler le processus scientifique préalablement conçu, la méthodologie vise à mettre en valeur l'interaction entre les divers intérêts, enjeux et constructions. Le dialogue herméneutique/dialectique est la stratégie qui éclaire précisément ces diverses interactions tout en respectant le plus fidèlement possible l'information et la sophistication accordées par les participants aux constructions individuelles et collectives. Le chercheur facilite ce processus de réflexion personnelle et collective qui rend possible la sophistication par les acteurs en leur posant, entre autres, des questions. Ces questions visent non seulement l'approfondissement personnel de la réflexion sur un thème particulier mais aussi son enrichissement par des éléments nouveaux apportés par les différentes visions des autres acteurs auxquelles chacun est confronté (processus de sophistication). Une spirale d'action-réflexion est amorcée où la voix des participantes a plein pouvoir sur le processus et où le savoir développé est validé dans l'action qui elle-même reproduit ce nouveau savoir (Altafin, 1991; Brunner & Guzman, 1989 et Rahman, 1977).

Le paradigme constructiviste propre à l'évaluation de 4^{ième} génération s'impose ainsi comme un paradigme de choix dans l'étude de phénomènes en promotion de la santé (Labonté & Robertson, 1996). Il est d'ailleurs reconnu comme une avenue des plus prometteuses pour les chercheurs en santé (Lincoln, 1992). En fait, l'évaluation de 4^{ième} génération répond à une insatisfaction profonde envers le paradigme analytique scientifique traditionnel et ses caractéristiques: réductionnisme, amnésie conceptuelle liée à l'impossibilité de poser des questions pertinentes, coercition de la vérité et finalement neutralité de l'évaluateur (Lehoux, Lévy & Rodrigue, 1995). Un autre point fondamental attribué à ce paradigme et relevé par Tandon (1982) est l'aspect élitiste des connaissances générées de ce paradigme. Effectivement, ceux qui contrôlent l'émergence de ces connaissances proviennent, en général, d'une classe sociale privilégiée avec ses propres

idéologies, valeurs, croyances et habitudes de vie. Or, le danger découle de l'adoption du postulat de départ de l'existence d'une réalité objective et universelle dont on doit contrôler les conditions naturelles et humaines (Reason, 1994). Cette prétendue réalité objective et universelle ne peut, dès lors, qu'avantager l'élite dont le mandat est de développer ces connaissances par une épistémologie qui perpétue l'exclusion des connaissances de types expérientielles, pratiques et propositionnelles (Héron, 1981). Les connaissances expérientielles émergent des rencontres personnelles et du contact direct avec les individus, les milieux et les phénomènes. Les connaissances pratiques se révèlent uniquement suite à l'acquisition d'habiletés et du développement d'une compétence certaine à laquelle on s'intéresse. Finalement, les connaissances propositionnelles s'expriment par des énoncés, lesquels lient des conclusions obtenues à partir des deux autres types de connaissances.

Trois générations de modèles d'évaluation ont précédé le développement de l'évaluation de 4^{ème} génération (Thompson, 1992; Guba & Lincoln, 1989). La première génération était associée à la mesure proprement dite. La définition de l'évaluation pouvait se résumer dans la mesure de l'atteinte des objectifs des programmes. À ce moment, un phénomène se créa autour de la reconnaissance de la légitimité de la science sociale au sein des sciences dites pures telles la physique et la chimie (Guba & Lincoln, 1989). Trois facteurs contextuels ont marqué cette période : la création de laboratoires de psychométrie en psychologie par Galton dans le début des années 1900 (1973) et Wundt (1886), l'émergence de méthodes de suivi de production dans les entreprises et industries (1920) et finalement, une prolifération majeure de tests destinés à évaluer la performance des élèves et leurs positions par rapport à l'ensemble des élèves de mêmes niveaux. Avec la période d'évaluation de la deuxième génération, vint la considération des éléments des programmes et leurs descriptions détaillées. Au-delà de la mesure de l'atteinte des objectifs visés par les programmes éducatifs, on voulait ici parvenir à une réforme du système éducatif. Pour ce faire, l'évaluateur décrivait les forces et les faiblesses perçues dans les programmes. L'évaluateur tint alors principalement un rôle de description plutôt qu'un de mesures quantitatives strictes. Les travaux de Tyler durant cette période des années 1940 lui ont valu le titre de père de l'évaluation. La troisième génération

d'évaluateurs de programmes se pencha sur l'aspect qui distingue l'évaluation de programmes de tous les autres types d'évaluation : le jugement, nécessaire à la prise de décision et à la résolution de problèmes pratiques (Thomson, 1992). En plus de mesurer et de décrire, l'évaluateur de la fin des années 1960 devait poser un jugement. De nouveaux modèles d'évaluation ont émergé au cours de cette période et ont façonné le rôle de juge des évaluateurs de cette génération (Campbell, 1969; Scriven, 1973; Stake, 1967). Quelques années plus tard, Stake (1975) proposa un nouveau processus d'évaluation marqué par l'interaction et la négociation avec tous les détenteurs d'enjeux de l'évaluation. Ce processus vint contrer les lacunes rencontrées au cours des dernières générations de l'évaluation et répondit aux insatisfactions rapportées par les évaluateurs de la quatrième génération. La méthodologie constructiviste s'inscrit alors comme la méthodologie correspondante au processus d'évaluation dite "responsive" (Stake, 1975).

Cette approche offre aux chercheurs dans le domaine de la santé, et particulièrement à ceux qui travaillent en promotion de la santé, une alternative au paradigme traditionnel inspirant chacune des générations d'évaluation précédentes. Développée par Guba & Lincoln, l'évaluation de 4^{ième} génération mise sur l'identification des significations individuelles des différents détenteurs d'enjeux par rapport à l'évaluation (processus, objet, etc.) lesquelles sont exposées au processus collectif. Les significations peuvent être recherchées sous forme de revendications (toutes affirmations jugées favorables à l'objet de l'évaluation), de préoccupations (toutes affirmations jugées défavorables à l'objet de l'évaluation) ou de thèmes (toutes questions pouvant susciter des divergences d'opinions entre les individus touchés par l'évaluation) (Guba & Lincoln, 1989). Au cours de ce processus, le chercheur fait équipe avec les participants en redistribuant les informations et le pouvoir, le but étant de favoriser l'adhésion par tous au processus de changement concerté. Neuf étapes caractérisent cette méthode (Guba & Lincoln, 1989) et ont été présentées en français par Zuniga (1994). Afin d'alléger la présentation mais sans modifier le sens attribué aux neuf étapes, la version qui suit a été légèrement modifiée:

- 1) identification de tous les participants et de tous les acteurs concernés qui pourront être affectés par l'évaluation;

2) facilitation auprès de tous les groupes afin qu'ils explicitent leurs constructions et leurs interprétations sur la situation qui doit être évaluée, compte-tenu des revendications, des préoccupations et des thèmes les préoccupant;

3) création d'un milieu et d'une méthodologie permettant de comprendre, de critiquer et de prendre en considération les différentes constructions et leurs interprétations sur la situation;

4) réalisation de consensus sur autant de constructions des revendications, des préoccupations et des thèmes qui les préoccupent;

5) préparation d'un ordre du jour et d'un plan de travail permettant les négociations sur l'ensemble des thèmes et des visions conflictuelles;

6) cueillette et présentation des informations;

7) organisation d'un forum pour toutes les participantes, animation et médiation;

8) élaboration des rapports à être transmis par écrit et verbalement à chaque groupe, présentant explicitement tous consensus ou toutes nouvelles constructions sur les revendications, les préoccupations et les thèmes qui ont été identifiés;

9) recyclage de l'évaluation, en reprenant tous les points n'ayant pas encore été résolus au sein des groupes ou de l'ensemble des groupes.

En somme, la méthode de recherche s'inscrit dans un paradigme constructiviste qui, par définition, se veut émancipatoire et qui devait permettre de répondre aux trois questions de recherche préalablement posées. Par ailleurs, cette méthode privilégie l'émergence de nouvelles constructions ce qui laisse place à une compréhension approfondie du phénomène à l'étude, avantage plus ou moins accessible autrement.

Planification opérationnelle

Sélection du milieu

Un seul territoire de CLSC où se développerait et où serait simultanément implanté le programme novateur d'accompagnement prénatal a été sélectionné. La sélection s'est faite en fonction de l'importance des services offerts à la population urbaine québécoise vivant en situation de grande pauvreté. Cette stratégie maximise les

possibilités de compréhension globale du phénomène : le milieu possède l'expérience auprès des clientèles auxquelles est destiné le programme et ses statistiques annuelles démontrent qu'il rejoint cette clientèle de façon importante par rapport à l'ensemble des CLSC québécois. D'autres critères ont aussi servi au processus de sélection du cas. Ce CLSC faisait initialement partie d'une évaluation pan-québécoise des services prénatals et avait, conséquemment, l'expérience et l'ouverture nécessaires au bon déroulement des différentes étapes liées au processus de recherche. De plus, ce CLSC a manifesté un intérêt envers l'implantation d'un tel programme novateur après qu'il en ait été informé. Par ailleurs, ce CLSC se situe dans une ville voisine de celle où réside la chercheuse, ce qui garantissait une présence dans le milieu ainsi qu'une réponse prompte aux préoccupations des divers acteurs. Par ailleurs, dès les premiers instants de la démarche initiale de planification opérationnelle de cette étude, ont été considérés comme candidats potentiels à la sélection du milieu d'accueil, une institution publique (CLSC), soit un organisme communautaire ou les deux. Cependant, le choix final d'un CLSC a surtout été influencé par le fait que dans le modèle intégré des services prénatals offerts en CLSC au Québec, un volet communautaire est depuis longtemps prévu. L'accompagnement prénatal venait justement répondre à ce volet qu'aucun CLSC, participant à un programme intégré de périnatalité, n'avait développé à ce jour. En somme, toutes ces raisons justifiaient le choix de ce milieu pour sa valeur instrumentale, terme de Stake (1994) faisant appel à l'utilisation du milieu dans le but d'approfondir la compréhension d'un phénomène (entraide périnatale), extérieure en quelque sorte au milieu ou du moins, qui pourrait être observé dans un autre milieu similaire. En l'occurrence, ce cas devait renseigner sur ce phénomène unique dans le milieu des CLSC du Québec et révéler des unités imbriquées (différents détenteurs d'enjeux), lui concédant ainsi, un potentiel révélateur que l'on attribue particulièrement aux cas uniques (Yin, 1994).

Le modèle intégré que l'on retrouve dans certains CLSC du Québec est un modèle de prestation de soins multidisciplinaires (médicaux, infirmiers, nutritionnels, psychologiques, sociaux) fondé sur l'établissement d'une relation de confiance entre la clientèle vivant en situation de pauvreté et une professionnelle de la santé qui intervient au domicile à chaque deux semaines. Cette professionnelle, la plupart du temps

infirmière spécialisée en périnatalité, consulte l'équipe multidisciplinaire pour répondre aux besoins qu'elle évalue chez sa gestante. La gestante peut aussi obtenir les services personnalisés des membres de cette équipe et elle bénéficie automatiquement du supplément alimentaire d'œufs, de lait et d'orange (OLO). L'intervenante professionnelle privilégiée (qui visite aux deux semaines) procède à l'évaluation des besoins de santé biopsychosociaux de la gestante et intervient en conséquence. Elle assure un suivi de grossesse et procure à la gestante des coupons qui lui permettent de se prévaloir chez un épiciers les suppléments alimentaires auxquels elle a droit.

Participant

Trois catégories de détenteurs d'enjeux différents ont été identifiées au sein du cas à l'étude: les intervenantes professionnelles, en l'occurrence des infirmières pratiquant en périnatalité, les mères de la communauté qui sont la ressource principale du nouveau programme et les gestantes de la communauté à qui est destiné le programme d'Accompagnement. Dans la vision de Guba & Lincoln (1989), ces différents détenteurs appartiennent à trois catégories distinctes définies en quelque sorte par les différentes visions de l'importance du processus de recherche ou du programme novateur, accordées par les détenteurs. L'une des trois catégories d'acteurs ou de détenteurs d'enjeux selon Guba & Lincoln (1989) comprend les détenteurs qu'ils qualifient de « victimes » i.e. ceux qui pourraient non seulement percevoir négativement le projet mais être désavantagés dans leurs activités quotidiennes par son implantation. Même si initialement, nous n'anticipions pas de "victimes" de l'étude sur le phénomène d'Accompagnement, les infirmières ont été celles que nous pourrions qualifier de "victimes". Une certaine résistance chez ces dernières ainsi que la verbalisation d'inquiétudes diverses explicitées dans le prochain chapitre laissent paraître le risque de perte de pouvoir encouru par une adoption trop hâtive de l'innovation. Les mères seraient celles qui entreraient dans la catégorie des agents selon Guba et Lincoln : elles ont déployé des efforts considérables pour le développement, l'implantation et l'évaluation du programme. Ces efforts étaient alimentés principalement par une croyance profonde en la réponse que peut apporter le

programme aux besoins des jeunes femmes en attente d'un enfant. Finalement, les gestantes sont celles à qui le programme d'Accompagnement devrait profiter.

Initialement, le protocole visait le recrutement de 3 participantes dans chaque catégorie, infirmières, mères et gestantes. Il y aurait eu trois triades d'acteurs, chacune d'elle composée d'une infirmière, d'une compagne-mère (mère de la communauté) et d'une compagne-enceinte (gestante). Cependant, les difficultés de recrutement pour une troisième gestante par les infirmières ont mis fin à la recherche d'une troisième triade, après 4 mois. La collecte des données s'est alors échelonnée sur une période de 10 mois avec la participation de deux triades.

La participation de chacune à l'étude s'est faite sur une base volontaire suite à l'explication du projet, du but de l'étude et des procédures de collecte des données. La sélection des intervenantes professionnelles s'est faite en fonction de la prestation multidisciplinaire actuelle des services de santé périnatale du CLSC. Les intervenantes professionnelles auraient pu être des infirmières, des intervenantes sociales, des diététistes et des psychologues ou même deux intervenantes de disciplines différentes. Cependant, les membres de l'équipe de périnatalité du module Petite-enfance-famille du CLSC ont choisi deux de leurs infirmières, responsables du suivi prénatal pour cette période ainsi qu'une diététiste. Elles ont toutes accepté de participer à l'étude.

La sélection des compagnes-mères s'est faite par l'équipe de périnatalité du CLSC. Cette équipe a choisi trois mères (deux seulement ont participé à l'étude) dont la participation au programme OLO et aux ateliers du CLSC en faisait des candidates de choix. Les intervenantes se sont rencontrées, sans la chercheuse, pour discuter de leurs choix de candidates et finalement, les deux infirmières participant à l'étude les ont contactées pour les informer du projet. Par la suite, ces mères ont été rencontrées individuellement par la chercheuse. Cette courte entrevue avait pour but d'identifier la motivation des mères et de rechercher des qualités telles l'engagement, la maturité, l'écoute, etc. Un questionnaire (Annexe A) a permis d'accorder à ces trois mères les premiers rôles de compagnes-mères. La troisième compagne-mère sélectionnée est

demeurée en attente d'une compagne-enceinte durant 4 mois et s'est finalement retirée du projet au moment où la recherche d'une troisième gestante a pris fin. Cette compagne-mère aurait alors été jumelée à la diététiste.

Deux critères d'inclusion ont servi initialement à l'identification des gestantes et à assurer leur provenance d'un milieu précaire (de grande pauvreté), représentant un véritable vécu de misère et d'exclusion sociale, caractérisé par l'ampleur, le cumul et la durée des problèmes (Martin & Boyer, 1995). Les barèmes de seuils de pauvreté indiquent le revenu brut au-dessous duquel les familles doivent consacrer une part disproportionnée de leurs revenus à l'alimentation, au logement et à l'habillement. Ils sont aussi établis en fonction non seulement de la taille des familles mais aussi du type de collectivité (Raynault, 1998):

- revenu se situant à 59,6% du seuil de pauvreté établi par Statistique Canada (incateur de grande pauvreté);
- ne pas avoir complété un secondaire 5.

Les gestantes se trouvaient entre leur 16^{ième} et 20^{ième} semaines de grossesse, moment au cours duquel ces gestantes amorcent le plus fréquemment leur suivi de grossesse et bénéficient alors du supplément alimentaire OLO. Toutes les participantes à l'étude sont présentées en détail dans le chapitre suivant dans la section décrivant la première phase d'implantation.

Déroulement de l'étude

La collecte des données s'est échelonnée sur une période de 10 mois, de septembre 1996 à juin 1997. Préalablement à cette période, eurent lieu l'introduction du programme aux membres de l'équipe de périnatalité du CLSC ainsi que la diffusion de la philosophie d'émancipation aux professionnelles (cette philosophie a aussi été présentée aux autres participantes, au cours de leur formation). Pour les professionnelles, la diffusion de cette philosophie s'est faite par une présentation de cette dernière lors de deux réunions d'équipe, par des périodes de discussions sur ce thème et par la distribution de textes à cet égard. Une série d'écrits scientifiques sur l'implantation d'un programme similaire a été remise et des discussions proposées pour leur pertinence au

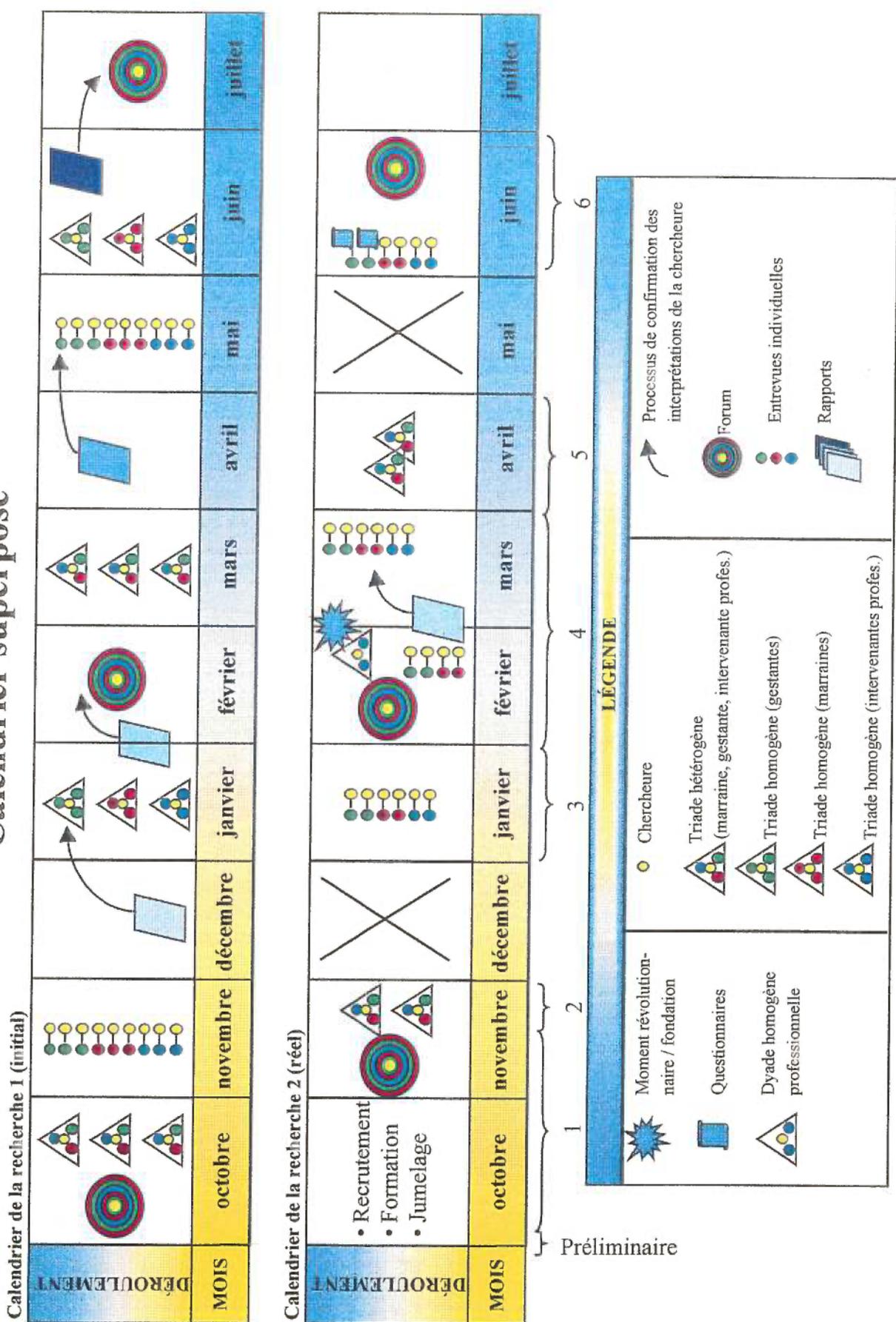
programme (McFarlane & Fehir, 1994; McFarlane, Kelly, Rodriguez & Fehir, 1994; Merideth, 1994; Lussier, David & Ouimet, 1996).

Les deux tableaux superposés en page suivante (Figure 2) présentent le calendrier initial (Annexe B) tel que proposé dans le protocole de recherche et deuxièmement, le calendrier réel du déroulement de l'étude (Annexe C) avec les modifications apportées au processus de recherche-action participative. Le calendrier original avait été proposé en guise d'outil de planification. Étant donné la flexibilité de la méthode de recherche et le programme à développer, nous avons cependant prévu l'occurrence de changements à apporter à ce calendrier. Les détails sont présentés dans les pages suivantes.

En début novembre 1996, eut lieu une première rencontre informelle et sociale (forum) qui a servi d'introduction à la recherche et aux participantes. Toutes avaient préalablement été rencontrées individuellement pour la sélection, l'explication de l'étude et la signature des consentements de participation (Annexe D). Ce forum, le premier d'une série de trois, avait pour but d'amorcer le développement des relations au sein des deux triades. Chacune avait donc été conviée à se présenter au centre communautaire, près du CLSC pour le dîner-partage des femmes enceintes, dîner organisé mensuellement par le CLSC. Ces dîners permettent aux gestantes de bénéficier d'un repas santé, de rencontrer d'autres femmes enceintes et finalement, d'assister à des conférences sur des sujets qui les intéressent (alimentation, allaitement, budget, etc.). En plus des participantes à l'étude, 2 femmes enceintes et 2 bénévoles étaient présentes. Les deux triades (6 participantes divisées en deux groupes de trois différents détenteurs d'enjeux – infirmière, compagne-mère et compagne-enceinte) se sont regroupées brièvement et ont abordé des questions de logistique pour le premier entretien de recherche. Comme l'indique la Figure 2, la rencontre avec les triades hétérogènes (qualité hétérogène parce qu'elles incluent les trois détenteurs d'enjeux différents, soit l'infirmière, la compagne-mère et la compagne-enceinte) a été remise à la mi-novembre, simplement pour laisser un peu de temps s'écouler entre le forum et cet entretien. Ces deux entretiens en triades hétérogènes (d'une durée moyenne d'une heure) ont eu lieu au domicile de chacune des

Figure 2

Calendrier superposé



Préliminaire

compagnes-enceintes et avaient pour but d'amorcer officiellement le suivi d'accompagnement et de renforcer le développement de relations de confiance au sein de chacune des triades. Ces entretiens ont aussi servi de déclencheurs des processus d'entraide (compagne-compagne) et de partenariat (infirmière-compagnes). Lors de ces deux entretiens, le rôle de la chercheuse était de faciliter l'atteinte de ce but tout en négociant avec les participantes les rôles de chacune. La chercheuse faisait valoir la parole de chacune, informait sur le déroulement de l'étude, présentait les activités à venir et, finalement, servait de soutien et d'agent motivateur pour les triades. La compagne-mère de la première triade est demeurée une heure supplémentaire chez sa compagne-enceinte après l'entretien; elle amorçait ainsi son suivi d'entraide. Durant cette même période, les infirmières tentaient toujours de recruter une troisième gestante mais n'y sont pas parvenues. Elles informaient les gestantes du projet d'accompagnement quand elles leur téléphonaient la première fois, suite à la référence médicale ou à l'avis de l'accueil du CLSC ayant reçu l'appel de nouvelles gestantes.

Le prochain entretien, tenu en individuel, a été remis au mois de janvier afin de s'assurer que des rencontres de suivi d'entraide et de suivi de partenariat aient été tenues avant l'entretien. Une lettre avait préalablement été envoyée à toutes les participantes dans laquelle étaient précisés l'échéancier, les activités à venir et les entretiens de recherche prévus au cours des deux à trois prochains mois. Des relances téléphoniques ont été faites par la suite auprès de chacune afin d'organiser ces entretiens individuels. Ils ont permis d'identifier graduellement les conditions qui facilitent l'implantation du programme et les concepts caractérisant l'entraide et le partenariat. Les difficultés du projet telles le recrutement, l'intensité du suivi entre les compagnes, etc., ont été relevées et des suggestions proposées. Les insatisfactions des infirmières face à un départ relativement lent du programme par les compagnes ont été formulées. Les compagnes-mères, elles, ont exprimé avoir de la difficulté à rejoindre les compagnes-enceintes et à fixer des rencontres de suivi. En février, des entretiens avec chacune des dyades homogènes (une dyade de deux infirmières; l'une de deux compagnes-mères et finalement, celle de deux compagnes-enceintes) ont servi à identifier l'opinion et l'action

collectives des trois groupes d'acteurs. Cette démarche a facilité l'expression des revendications, des préoccupations et des thèmes par chacune des collectivités d'acteurs en tant que groupe homogène. Le rôle de la chercheuse a été de susciter la verbalisation, d'encourager l'expression des différents points de vue et de finalement permettre la résolution des thèmes par la négociation. Un rôle important ici a été celui de l'assistance dans la recherche de solutions aux difficultés rencontrées (absence de fonds, difficultés de transport, soutien intermédiaire défaillant) et de provoquer la naissance progressive du concept de la Fondation, comme stratégie de soutien et de renforcement aux efforts des compagnes. Bien que l'idée de la fondation soit venue de la chercheuse suite aux discussions formelles et informelles avec les compagnes qui soulevaient le besoin d'une structure de soutien, l'appui de cette solution relève cependant de l'intérêt soutenu de ces dernières qui ont transformé cette idée en solution potentielle et souhaitable.

En février, organisation du deuxième forum social : un souper-pizza où toutes sont invitées à l'avance et où l'on prépare une petite fête aux gestantes qui accoucheront dans les mois qui suivent. Cependant, les infirmières ne sont présentes que pour une courte période, les raisons évoquées étant explicitées dans le prochain chapitre. Suite à ce deuxième forum, un premier rapport synthèse a été préparé et remis à chacune des participantes pour confirmation ou modification des données et des interprétations faites par la chercheuse lors d'une rencontre individuelle avec chacune.

Par la suite, en avril, une rencontre en double triade hétérogène a remplacé les deux entretiens prévus en triades hétérogènes. L'objet de la discussion portait sur les différents points du rapport synthèse (Annexe E) ainsi que sur le déroulement général du programme. Le but, à ce moment, était d'obtenir une deuxième confirmation de l'interprétation auprès des participantes, de faciliter une seconde interprétation plus juste et d'identifier les éléments facilitateurs du processus d'implantation. Entre cette rencontre et la précédente, une première réunion du conseil d'administration temporaire de la Fondation a eu lieu. Cette réunion a été documentée dans le journal de la chercheuse et des observations sur les dynamiques et les enjeux verbalisés de chacun des membres ont été notés.

Au 8^{ième} mois, il a été jugé pertinent d'éliminer les entretiens individuels auprès des infirmières. Une saturation des données ainsi que l'absence d'un partenariat avec les compagnes-mères ont entraîné ce changement. Cependant, un questionnaire leur a été remis et visait l'identification de l'impact du programme et du processus de la recherche sur leurs pratiques et leurs philosophies ainsi que leurs visions finales de la perception de la pertinence du programme. Donc, quatre entretiens individuels portant sur l'impact du programme ont été tenus auprès des compagnes qui, elles, poursuivaient leur suivi d'accompagnement. Les deuxièmes entretiens homogènes ont été abandonnés en raison de la dissolution de la dyade d'intervenantes, du manque de temps et parce qu'il a été jugé que d'autres données n'auraient pas contribué à une meilleure compréhension du phénomène. Un dernier forum social a été organisé à la fin du mois de juin pour souligner la fin du projet et remercier toutes les participantes à l'étude.

Analyse des données

Toutes les rencontres ont été enregistrées, retranscrites sur ordinateur et codifiées à l'aide d'un logiciel d'analyse des données qualitatives (Nonnumerical Unstructured Data Indexing Searching Theorizing –NUDIST, Richards & Richards, 1994). Chacune des participantes, particulièrement les gestantes et les compagnes-mères, avait l'opportunité d'écouter les cassettes mais elles ne l'ont pas fait; elles ont préféré, qu'à chaque nouvel entretien, un retour sur le dernier entretien soit tenu, que les points discutés soient révisés et/ou approfondis. Cela impliquait nécessairement que chacun des entretiens soit codé avant les entretiens suivants, ce qui a été fait dans la plupart des cas. Lorsqu'il s'est avéré impossible de procéder à la codification en raison d'un manque de temps entre deux entretiens, la transcription de la cassette a servi à identifier de façon provisoire les thèmes et sous-thèmes ainsi que les grandes lignes des discours pour le processus de confirmation.

Chacun des entretiens a fait l'objet d'une analyse de contenu (Bardin, 1977). D'abord, une analyse thématique transversale, découpant l'ensemble des entretiens, a servi à catégoriser les verbatims selon une grille développée a priori. Cette grille,

développée sous forme d'arbre, avait quatre grandes catégories : projet, grossesse, vécu et données sociodémographiques (Annexe F). Chacune de ces catégories était divisée en thèmes particuliers identifiés à l'aide des questions de recherche, du cadre conceptuel, des grands axes de référence (Annexe G) et du guide d'entretiens (Annexe H), eux-mêmes découlant des questions et du cadre de la recherche. Les quatre grandes catégories ont été développées à l'aide du logiciel d'analyse des données NUDIST où l'arbre et ses branches constituent la représentation graphique de la classification des données. Il est impossible de reproduire intégralement cette représentation sur papier. Or, plusieurs organigrammes ont servi à présenter avec clarté chacune de ces catégories et sous-catégories en Annexe F. Des données ont alors été collectées sur divers concepts relatant l'expérience vécue (l'accompagnement professionnel, le partenariat, l'accompagnement naturel, l'entraide communautaire, le processus d'émancipation aux niveaux individuel, organisationnel et communautaire), sur les habiletés développées par les compagnes-mères, les gestantes et les infirmières et finalement sur les modifications apportées aux rôles des infirmières. Des thèmes ont aussi émergé des discours et ont été ajoutés à la grille initiale.

Cette première étape, l'analyse thématique transversale, visait le repérage de la récurrence de sous-thèmes dans l'ensemble des discours considérés comme données segmentables et comparables. Les récurrences de sous-thèmes dans des contextes différents ont été notées et des hypothèses émises quant à leurs représentations potentielles d'importance, d'ambivalence ou de dénégation, typiques cependant d'une analyse d'énonciation. Deuxièmement, il s'agissait de repérer les noyaux à partir desquels un ensemble de sous-thèmes pouvait appartenir. De nouveau, les extraits de verbatims furent analysés à la lumière de ces nouveaux noyaux, des liens recherchés avec d'autres sous-thèmes et l'essence de la signification générale dévoilée (Lincoln & Guba, 1985). Cette étape visait entre autres la réduction des données par l'identification de patterns généraux ainsi que la comparaison entre ces mêmes patterns à travers les discours des divers détenteurs d'enjeux. Trois types d'unités d'analyse ont été privilégiés. Tout d'abord, l'analyse a porté sur l'unité hétérogène, composée de la triade infirmière, compagne-mère et compagne-enceinte et suivie d'une deuxième unité,

homogène, composée des triades collectives d'infirmières, de compagnes-mères et de compagnes-enceintes. Finalement, une dernière unité, individuelle, a été constituée par chacune des participantes. En somme, l'utilité de ces différentes unités découle de l'ampleur des données que cette stratégie stimule et de l'analyse imbriquée ainsi favorisée (Yin, 1989). Dans la présente étude, ces différentes unités ont servi à identifier des données susceptibles de contribuer spécifiquement à l'analyse et à la compréhension du phénomène global en réduisant le niveau d'abstraction et en permettant une opérationnalisation pionnière de certains concepts (Yin, 1994). Ampleur, profondeur et nuance ont ainsi été suscitées par les différents contextes de la méthode choisie, soit interactifs et personnels, avant de retourner à l'unité globale. Une première représentation graphique conceptuelle a été développée et confrontée à l'ensemble des données, des catégories, des thèmes et des sous-thèmes pour en vérifier la pertinence et l'appui empirique. Finalement, une chaîne d'évidence a pu être développée à l'aide du processus de correspondance entre le modèle conceptuel de départ et le modèle en voie de théorisation et a conduit à l'élaboration du modèle final, construction la plus sophistiquée et la plus juste, à ce moment et dans ce contexte particulier, de l'accompagnement prénatal (Guba & Lincoln, 1989; Huberman & Miles, 1994; Stake, 1994).

Les critères de rigueur de la recherche

La grille pour l'analyse de projets de recherche participative en promotion de la santé récemment publiée par Green, George, Daniel, Frankish, Herbert, Bowie & O'Neill (1995) a servi de guide (Annexe I), auquel la chercheuse est retournée fréquemment dans le but d'assurer que le projet de recherche soit conforme aux principes de la recherche-action participative. Les principes du groupe de travail de l'Organisation mondiale pour la santé pour l'évaluation des projets de recherche évaluative en promotion de la santé (participation, méthodes multiples, renforcement des habiletés, pertinence) a aussi servi (Promotion de la santé au Canada, 1998). Seule l'origine de la question de recherche qui n'est pas de la collectivité de l'étude constitue une faiblesse de cette étude participative. Les autres critères ont été respectés de façon modérée à élevée, se situant vers la droite de

la grille, i.e. représentant le plus fidèlement possible une recherche de type participatif. Les critères qui suivent ont servi à garantir le respect de la plus grande rigueur scientifique.

Crédibilité

La crédibilité se vérifie par l'adéquation entre les constructions des participants et les reconstructions formulées par le chercheur. L'engagement du chercheur dans le milieu où s'effectue l'étude sur une période prolongée permet l'établissement de liens et du développement de la confiance nécessaires à l'émergence des constructions et à l'intégration significative du chercheur dans la culture même du contexte (Guba & Lincoln, 1989). Un processus de description de la subjectivité progressive du chercheur dans ses constructions par la tenue d'un journal de bord a permis de contrer les menaces liées à l'utilisation de l'instrument humain et aux effets de la réactivité sur la recherche. La vérification continue des interprétations de la chercheuse auprès des participantes, lors de chaque entretien subséquent, a permis de garantir le plus fidèlement la crédibilité des résultats. Un rapport provisoire, faisant la synthèse de données recueillies, a aussi été remis à chacune durant la 4^{ième} phase d'implantation du programme. Ce rapport a fait l'objet d'une analyse individuelle tenue avec chacune des participantes et aussi d'une analyse en double triade hétérogène.

Transférabilité

Dans le cas d'une étude comme celle-ci et du devis choisi, le critère de transférabilité demeure le plus difficile à respecter compte-tenu du processus même lié fortement au contexte et aux participantes (leurs caractéristiques, leurs choix, leurs intérêts, leurs décisions, leurs sentiments,). Le processus a cependant été documenté de façon la plus détaillée possible. Cette stratégie peut éclairer les décisions qui ont été prises et permettre à un autre groupe qui désirerait répéter l'étude d'opérer la comparaison nécessaire entre ses participants et son contexte et ceux de cette étude. Cette comparaison peut faciliter une certaine transférabilité du processus et de la compréhension du phénomène et finalement justifier un rapprochement entre les résultats

obtenus de part et d'autre. Le chapitre des résultats décrit en détail le milieu, les participantes à l'étude et le déroulement de l'étude. Les résultats démontrent que les deux dyades de compagnes ont connu un développement fondamentalement différent, ce qui permet au modèle empirique proposé au chapitre des résultats de se distinguer du modèle théorique et d'en raffiner l'explication théorique. L'étude de cas, en révélant différentes façons par lesquelles les événements se lient entre eux pour créer des effets particuliers dans un contexte réel permet d'éclairer les phénomènes recherchés. Or, les inscrire dans un courant de développement de connaissances et d'une généralisation à la théorie précède l'importance d'une généralisation à d'autres populations.

Fiabilité

La documentation du processus permet de retracer les changements et de procéder à une vérification de la logique du processus de décisions du chercheur. La description détaillée, l'intégration d'études pertinentes effectuées sur d'autres sites, la reconnaissance de l'influence du processus de recherche et du contexte de l'étude sur les données recueillies et finalement la révision par les deux directeurs de recherche de l'ensemble des stratégies de collecte et d'analyse ont permis d'augmenter la fiabilité des résultats. Par ailleurs, la comparaison entre les données obtenues des entretiens et celles des journaux de bord des compagnes et de la chercheuse a permis d'opérer une triangulation des sources de données sur certains thèmes. De plus, toutes les données ont été transcrites et codées par la chercheuse de façon parallèle au processus de recherche et durant toutes les étapes de raffinement de la théorie. Un retour aux premières catégorisations a été effectué pour confirmation. De même, l'utilisation d'un guide d'entretiens semi-structuré a facilité la comparaison et standardisé la catégorisation des données découlant des différents types d'entretiens (individuels, hétérogènes et homogènes).

Confirmation

Le lecteur a la possibilité de retracer les différentes étapes entreprises dans l'analyse et l'interprétation des données. Il suffit de retourner au premier niveau de codification des verbatims (sources originales de données) (extraits de verbatims des entretiens et d'un passage du journal d'une compagne-mère en Annexe J), de suivre la stratégie d'analyse des données et de comparer ce processus aux résultats de l'étude et au modèle empirique présenté. La narration explicite des sources de données, provenant des différentes unités d'analyse, associées au calendrier de la recherche (Annexe C) permettent de porter un jugement favorable sur la confirmation des données. Le processus herméneutique dialectique a aussi permis de garantir l'enracinement des constructions dans le contexte et dans le vécu des participantes.

Authenticité

Parmi les différents critères d'authenticité élaborés par Guba & Lincoln (1989), certains d'entre eux s'avèrent plus pertinents pour cette étude. D'abord, des stratégies ont été mises de l'avant afin de respecter le critère d'authenticité lié à la justice. Les diverses constructions des détenteurs d'enjeux et les valeurs les sous-tendant, ont été recherchées, sollicitées et honorées. Les différentes demandes, les différents soucis et les thèmes ont été mis en lumière et confrontés à ceux des deux autres groupes de détenteurs d'enjeux (au total trois groupes avec des enjeux bien différents : infirmières, compagnes-mères et compagnes-enceintes). Une authenticité de négociation a été favorisée par la tenue de différents entretiens en triades hétérogènes et homogènes au cours desquels une place à l'échange et à la recherche de consensus était privilégiée. Cependant, s'il n'y avait pas consensus sur un thème, donc aucune résolution sur ce dernier, cette conclusion a été documentée et des enjeux proposés dans la section discussion de la thèse. L'authenticité éducative a été promue par la confrontation des différentes perceptions des différents détenteurs d'enjeux, la promotion de l'action collective pour résoudre les difficultés identifiées et son évaluation par les détenteurs d'enjeux. Finalement, l'authenticité tactique par laquelle les détenteurs d'enjeux sont amenés à prendre du

pouvoir et s'émanciper par l'action et le changement concret a été soutenue par la flexibilité du devis de l'étude. Les différents détenteurs d'enjeux ont eu toute la liberté de développer le programme selon leurs attentes, leurs besoins et leurs visions. Leur témoignage à cet effet permet de vérifier ce type d'authenticité, de même que l'observation des différents acteurs et les réponses accordées à l'expérience ou non du processus d'émancipation proposé.

Considérations éthiques

Le CLSC ainsi que les participantes à l'étude ont été assurés du respect de l'anonymat des données recueillies dans le rapport final de l'étude. Un consentement a été obtenu après lectures des lettres informatives (Annexe D) pour chacune des participantes à l'étude. Ce consentement les informait du droit de retrait à tout moment au cours de l'étude et garantissait qu'aucun préjudice (particulièrement pour les gestantes bénéficiant d'un suivi prénatal) ne serait possible dans ce cas. Les participantes ont eu l'occasion à maintes reprises de réviser les retranscriptions finales découlant de l'analyse des données, soit par la présentation d'un rapport ou la présentation verbale offerte par la chercheuse lors de chaque rencontre de recherche. De plus, les entretiens enregistrés sur cassettes ont été proposés aux participantes afin que chacune puisse accorder son assentiment aux propos qu'elle a tenu au cours de ces derniers et les amender au besoin. Les principes de bienfaisance (éviter le tort et l'exploitation), de respect de la dignité humaine (le droit à l'autodétermination et la divulgation de tous les faits reliés à l'étude pour un consentement éclairé) et de la justice (traitement équitable et respect de l'intimité) ont été respectés tout au long de l'étude (Polit & Hungler, 1991).

CHAPITRE 4

**Processus de co-création du phénomène :
Développement et évolution de l'accompagnement prénatal**

« et les jeunes couples ou les jeunes filles seules - c'est pas en leur donnant un chèque de BS, en leur permettant de vivre dans un HLM que tu vas les aider à s'en sortir, au contraire ».

« Les aider à s'épanouir c'est autre chose que de l'aide matérielle..c'est avec des projets communautaires, tu sais en allant les voir, en restant à côté d'eux, en les épaulant, c'est l'appui, l'encouragement »

Compagne-mère de la deuxième triade

Le but de l'étude est de décrire et d'évaluer le processus d'émancipation communautaire. Or, le processus d'émancipation communautaire s'est opéré par le développement d'un programme d'accompagnement prénatal par trois acteurs principaux dont les compagnes-mères, les compagnes-enceintes et les intervenantes professionnelles, composées d'infirmières.

Cette section présente d'abord une description de la structure de soutien du programme, en l'occurrence le milieu institutionnel, et, par la suite, le processus d'implantation, étape par étape, est révélé. Se trouvent ainsi expliquées l'étape préliminaire à l'étude ainsi que les six phases d'implantation du programme, marquées par différentes périodes du calendrier de la recherche et associées à des unités spécifiques d'analyse. La pertinence du programme, la motivation derrière la participation au processus collectif de prise-en-charge ainsi qu'une description du dernier forum social précèdent la conclusion de cette section. Cette conclusion est composée de la présentation du modèle en voie de théorisation qui émerge de tout le processus ainsi que des réponses aux questions initiales de l'étude (identification des éléments organisationnels bloqueurs ou facilitateurs, impact sous forme de significations et d'habiletés et finalement, la comparaison entre le modèle de départ et ce dernier modèle).

Description du milieu d'accueil

Le CLSC où s'est déroulée l'étude dessert une population d'environ 40 000 habitants répartis sur un territoire de 540 kilomètres carrés. Le CLSC dispose d'un effectif de 62 employés dont 53 personnes à temps plein et neuf personnes à temps

partiel. Il compte quatre cadres, dont un directeur général, un adjoint administratif, une cheffe de l'administration des programmes (santé) et une cheffe de l'administration des programmes (social). La mission du CLSC est d'assurer des services de santé et des services sociaux de première ligne, particulièrement en ce qui a trait à la prévention des maladies et au bien-être affectif et social des individus (Rapport annuel du CLSC, 1996-1997). Ce CLSC favorise une approche communautaire où la personne est considérée dans son intégralité plutôt qu'en fonction d'un problème social ou de santé particulier. Il favorise la prise en charge par les usagers de leurs problèmes avec le soutien des intervenants du milieu. Les usagers sont majoritairement de langue française (68,8 %).

Octobre 1996 a marqué la fusion du Centre d'hébergement et de soins de longue durée et du CLSC de cette ville. Le centre d'hébergement accueille de façon générale les personnes âgées en perte d'autonomie du territoire et sert aussi d'accueil temporaire pour personnes en perte d'autonomie, accordant ainsi un répit aux aidants naturels et aux proches qui les aident à domicile. Les compressions budgétaires ainsi que les réformes de la nouvelle politique de soins instaurée par le Gouvernement ont surtout affecté, au cours du dernier exercice du CLSC, deux secteurs : l'accueil et les soins à domicile. Des séjours de plus en plus courts en milieu hospitalier et le retour précoce à domicile des personnes ayant subi une intervention chirurgicale sont les deux raisons principales reconnues. Un alourdissement de la clientèle du centre d'hébergement a aussi été noté.

Les services offerts par le CLSC sont répartis dans 5 modules : accueil, maintien à domicile, enfance-famille-jeunesse, petite-enfance-famille et finalement, le module adulte santé mentale. Le programme d'accompagnement a bénéficié du soutien du module petite-enfance-famille. Ce module offre aux parents et futurs parents une gamme étendue de services prénatals et postnatals, jusqu'à l'âge de 5 ans. Ce module est composé de trois infirmières, d'une diététiste, de trois intervenantes sociales, d'une orthophoniste, d'une psychoéducatrice et d'un médecin. Le programme le plus important de ce module est le programme OLO (œufs/lait/orange) destiné aux femmes enceintes qui vivent en situation de pauvreté. Le programme OLO vise à diminuer l'incidence de prématurité et à faire en sorte que les nouveau-nés atteignent un poids de 2500 grammes à la naissance.

Au cours de l'exercice 1996-1997, 51 femmes ont bénéficié de ce programme OLO. Outre ce programme, le module offre aussi aux jeunes familles des ateliers de stimulation pour les enfants de 0 à 18 mois, des dîners communautaires, des cafés-rencontres et finalement des ateliers éducatifs parent/enfant.

Description du processus d'implantation

Étape préliminaire

Depuis déjà 5 ans, des liens avaient été développés avec la cheffe de l'administration, secteur santé de ce CLSC. À ce moment, dans le cadre de l'étude de maîtrise de la chercheure, ces premières démarches avaient pour but l'identification d'un milieu offrant déjà le programme de marrainage prénatal. Or, ce même CLSC n'offrait pas le programme. Cependant, la direction du CLSC avait manifesté un intérêt certain envers un tel projet, ce qui comptait alors parmi les priorités futures de l'équipe de périnatalité.

À l'automne 1994 s'élaborait progressivement le protocole de l'étude doctorale et ce milieu est devenu l'un des sites de choix pour l'étude. Une rencontre avec la cheffe de l'administration (secteur santé) a eu lieu et une collaboration pour le développement et l'implantation d'un programme d'accompagnement prénatal amorcée. C'est en janvier 1995 que la collaboration s'est consolidée par des démarches concrètes : le protocole de l'étude fut envoyé à chacune des intervenantes de l'équipe de périnatalité (trois infirmières, deux organisatrices communautaires, une diététiste). En mai 1996, une première rencontre avec l'équipe avait pour but de présenter le programme et de répondre à toutes les questions concernant le protocole. Le mois suivant, une seconde rencontre a été tenue au CLSC afin de clarifier le déroulement de l'étude et discuter des étapes importantes du programme (choix des compagnes, formation, suivi, échéancier, etc.). La chercheure a proposé des éléments de formation pour les compagnes ainsi que recherché des personnes-ressources pour participer à cette formation, prévue et donnée au cours de l'automne suivant. Les intervenantes ont accepté la proposition de formation aux compagnes et ont recommandé une des intervenantes sociales de leur CLSC pour le volet portant sur la relation d'aide. Aucune infirmière n'étant disposée à ce moment à

dispenser la formation sur la grossesse et la maternité, une spécialiste a été recherchée par la chercheure.

Suite à cette rencontre, des documents ont été envoyés aux participantes professionnelles de l'étude, entre autres, une évaluation d'un projet similaire dans un autre CLSC, un livre sur la pédagogie de Freire (1970) et une série d'articles sur un programme périnatal américain intitulé « De Madres a Madres ». De plus, une personne-ressource de cet autre CLSC a été contactée et a accepté de discuter avec les participantes professionnelles de l'étude, concernant l'implantation et les difficultés dans l'implantation d'un tel projet.

En septembre 1996, deux rencontres ont été tenues avec l'équipe de périnatalité pour revoir les grandes lignes du programme et procéder à l'organisation officielle de la formation. La formation sur laquelle les participantes professionnelles se sont entendues comportait les volets suivants :

- 1) une partie expliquant le programme d'accompagnement prénatal (fondements, philosophie, rôle des marraines, responsabilités, etc.);
- 2) une partie théorique sur la relation d'aide;
- 3) une partie expérientielle (mise en situation);
- 4) une partie portant sur la grossesse (prévention des faibles poids à la naissance i.e. importance des soins prénatals, alimentation, tabac, stress.) et les ressources de la communauté.

Un autre volet portait sur le partage d'expériences des marraines de l'autre CLSC avec lequel des liens étaient entretenus pour le démarrage du programme. Cependant, le programme étant temporairement suspendu dans ce CLSC, il fut impossible de contacter des marraines afin qu'elles puissent partager leur vécu. Il a donc été décidé que la formation porterait sur les éléments précités.

Première phase d'implantation

Recrutement de compagnes-mères

Le recrutement des compagnes-mères s'est fait à même le bassin de mères déjà suivies en période prénatale par les intervenantes. Les infirmières sont retournées à leurs dossiers antérieurs, aussi loin que 2-3 ans en arrière, afin d'identifier des compagnes-mères potentielles. Par la suite, chacune des infirmières a présenté une liste de candidates potentielles aux autres membres de l'équipe de périnatalité. Une décision conjointe a été prise sur le choix final de trois compagnes-mères possédant les qualités recherchées soit compétence maternelle, disponibilité, engagement, maturité, etc. Chacune de ces compagnes-mères a par la suite été rencontrée par la chercheure (Annexe A). Cette rencontre visait à connaître la motivation des mères à devenir compagnes, quelle contribution elles pensaient pouvoir apporter au programme et finalement à expliciter le processus de l'étude dont le développement du programme et son implantation.

Compagne-mère de la première triade

La compagne-mère de la première triade (la triade est une unité composée de trois détenteurs d'enjeux différents dont une compagne-mère, une compagne-enceinte et une infirmière) a 19 ans et est mère d'une fille de 14 mois. Elle poursuit des études en travail social au collège et habite avec son conjoint qui n'est pas le père de son enfant. Ce dernier occupe un emploi en plus de prendre des cours. Elle s'intéresse au projet en ce qu'il lui permet d'approfondir certains aspects de son programme d'étude et de combler des heures d'expériences requises. Surtout, affirme-t-elle, ayant vécu une grossesse seule et avec complications majeures, elle peut comprendre le vécu des autres jeunes filles dans la même situation. Elle désire apporter du soutien et des informations à sa compagne-enceinte. Elle a connu l'infirmière de sa triade durant la grossesse de sa fille ainsi qu'en suivi postnatal.

Elle a élevé sa fille seule, le père ayant rompu la relation durant la grossesse, «J'ai dit que le père était inconnu- je sais c'est qui là mais...je lui ai téléphoné après que j'ai accouché pour le lui dire et il a dit qu'il ne voulait jamais avoir de contacts physiques avec elle. Il dit je veux jamais la voir - jamais il m'a donné un coup de pouce». Sa mère a été très présente durant sa grossesse malgré qu'elle lui ait demandé de quitter le foyer familial à l'annonce de la grossesse. Sa mère l'accompagnait entre autres à toutes les rencontres prénatales et lui a accordé beaucoup de soutien tant matériel que moral après l'accouchement. Elle entretient une relation d'amitié avec une voisine qui a aussi une fille d'âge préscolaire. Elles se voient fréquemment mais leur relation est marquée par de fréquentes périodes de conflits qui toujours se résolvent. Elle est très près aussi de la sœur de son conjoint actuel qui habite dans l'appartement voisin. Elles s'échangent beaucoup de services dont des gardiennages et partagent un nombre important d'activités en famille.

Elle fréquente son conjoint actuel depuis plus de 6 ans mais cette relation a été marquée par de nombreuses périodes de ruptures. Elle a emménagé avec lui durant le cours de la présente étude. Il trouve apparemment très difficile d'entrer en relation avec sa fille. «Quand moi je suis là, elle veut rien savoir de lui, elle veut toute mon attention. Lui il fait juste lui parler et elle crie - elle veut rien savoir». La relation de couple semble du même coup se détériorer de plus en plus. Aux fêtes, des fiançailles ont eu lieu. Depuis, ils ont connu une suite de disputes et de conflits reliés explicitement à ces tensions et au fait qu'elle désire, malgré son refus à lui, avoir un autre enfant. Elle suppose qu'il a pris panique au moment d'officialiser leur relation en prenant soudainement conscience des responsabilités dans l'éducation d'un enfant. «Depuis qu'on s'est fiancé, ça va super mal- chicane après chicane, puis les deux on veut plus les mêmes affaires. Ma relation prend ben de l'énergie». Elle ajoute plus tard au cours de l'entretien «il veut pas se forcer pour mettre beaucoup d'efforts pour tomber en amour avec ma fille et puis là qu'on parte». ...». Or, la responsabilité de l'enfant incombe à la mère entièrement, son conjoint ne gardant l'enfant que très rarement et ne se préoccupant que rarement de savoir qui va passer la prendre à la garderie ou qui sera présent pour la

garder en cas d'absence de la mère. Cette compagne-mère prend de plus en plus conscience qu'elle recherche une relation intime allant bien au-delà d'une relation amoureuse, elle veut aussi un père pour son enfant. Malgré tout, son conjoint la soutient beaucoup dans ses études en travail social. Ce qu'elle apprécie cependant de sa vie actuelle ce sont «Les affaires simples qui me font plaisir - moi c'est les déjeuners au restaurant le dimanche avec les trois- ça j'adore cela.»

Perception de la chercheuse

Cette compagne a connu des moments très difficiles dans le passé. Aujourd'hui, elle désire s'offrir une indépendance confortable et assurer à sa fille un avenir où elle connaîtra les mêmes chances que les autres enfants. Elle est très énergique, positive et enthousiaste envers l'avenir.

Compagne-mère de la deuxième triade

Dans la deuxième triade, la compagne-mère a 25 ans et est mère de deux enfants de 2 ans et 5 ans. Elle a vécu ses deux grossesses alors qu'elle était aux études, terminait son secondaire dans une école privée de la région et entrait au Cégep. Elle fréquentait son conjoint depuis peu à ce moment et ils se sont éventuellement mariés. Elle a arrêté d'étudier durant une période d'environ 2 ans pour élever ses enfants et a décidé de retourner aux études afin de combler un vide dans sa vie personnelle. Elle prend un cours spécialisé à l'université d'une durée d'une année en communication sociale. Elle a accepté de participer au projet parce qu'à son avis, la grossesse est l'expérience la plus importante dans la vie d'une femme. Elle désire contribuer de son temps et de sa passion pour la famille et pour le miracle de la grossesse. Elle aurait elle-même fort apprécié avoir une compagne durant ses grossesses. Ses parents ont été très présents au cours de ses grossesses et ont tous les deux assisté aux accouchements. Elle se dit fort bien appuyée et entourée. Ses meilleures amis sont les enfants des meilleurs amis de ses parents. Elle les fréquente depuis toujours, ils constituent son réseau le plus important

après sa famille dont ses parents, son frère et sa sœur. Elle a fait connaissance de l'infirmière de sa triade au cours de ses grossesses antérieures.

Elle vit depuis 6 ans avec le même conjoint, père des deux enfants. Une courte période a été marquée par l'absence du père durant la première grossesse. La crainte qu'il quitte un jour de nouveau ne peut s'effacer malgré les années. Elle affirme à son égard: «C'est un papa extraordinaire, il est doux, patient, attentionné et très impliqué». Dans un couple, ajoute-t-elle, «des enfants, c'est pas cela qui unit au contraire mais ça aide à se découvrir, on se découvre à travers nos enfants». À son avis, ce ne sont pas les années qui solidifient les assises d'une relation mais les différentes étapes, épreuves, joies, traversées et partagées ensemble. Elles permettent de saisir, de connaître et parfois d'anticiper les différentes réactions de l'autre. «On peut même se surprendre face à la réaction qu'on va avoir face à telle ou telle chose, ça fait que je pense que tsé, on n'a jamais fini d'apprendre par rapport à nous-mêmes et par rapport à nos relations avec d'autres mondes». Faisant allusion à un contrat d'assurance renouvelé chaque année, la relation de couple doit aussi être renégociée, on doit reprendre l'engagement. Il faut, à son avis, choisir consciemment de passer une autre année ensemble. À un certain moment, il s'agit de prendre pour acquis qu'on est en couple - qu'on va rester un couple. «On voudrait jamais se retrouver avec quelqu'un d'autre et recommencer à zéro, réapprendre à connaître quelqu'un». Jamais, confesse-t-elle, l'un des deux ne veut devoir se passer des enfants une fin de semaine sur deux. Sa philosophie quand la relation va moins bien qu'à l'habitude et qu'elle aurait le goût de tout abandonner est de ne pas se donner le choix et de se dire: «On s'est déjà beaucoup aimé, y'a pas beaucoup de raison...» Pourquoi rester? La motivation la plus influente est sans contredit les enfants. Pour eux, les deux conjoints travaillent à la relation.

À son avis, la grossesse et la maternité amplifient inévitablement l'intensité du lien dans le couple: «Tu te sens plus liée à cet homme là, même si je décide de plus être sa femme, il va toujours rester le père de mon enfant, je pourrai plus jamais faire une coupure avec lui». La créativité semble être un atout pour le succès des relations intimes : «Faut trouver des façons de garder l'intérêt puis de garder le goût». Malgré la lourdeur

et les revers du bagage d'expériences dans le couple, c'est dans le partage et l'intensité du vécu que se forge l'union. Ce qu'elle apprécie grandement c'est, «Sortir juste nous, en petite famille... des choses toutes simples, aller au parc me fait sentir très riche et heureuse» ou «Sortir en amoureux comme des touristes me fait extrêmement plaisir».

Elle affirme avec conviction, «Nous jamais comme aujourd'hui on a été aussi pauvres mais jamais aussi on s'est senti aussi riche. Le matin quand on se réveille et qu'on est 4 dans notre lit, on se sent tellement riches...» Les enfants exercent une transformation symbolique de cette pauvreté matérielle en une prospérité transcendante leur permettant d'oublier un vécu parfois difficile. Ils transposent une motivation naguère inhérente à soi (trop souvent déficiente pour la réalisation de buts personnels) en une motivation prépondérante dont les assises reposent sur l'enfant, sur son regard attendrissant et plein d'attentes posé sur sa mère. Être quelqu'un pour l'enfant, réaliser ses buts pour lui sont l'essence qui ravitaille littéralement les efforts de réussite de cette mère dans ses multiples rôles d'étudiante, de mère, de conjointe. «Avant, j'étais miss complexe- je sortais pas si j'tais pas maquillée ou coiffée..aujourd'hui, je me coiffe pu puis je m'en fous... je me sens belle comme cela, je me sens bien». Le nouveau rôle tend à dissiper les complexes. De nouvelles préoccupations supplantent les anciennes. Dans le même ordre d'idée, la compagne-mère précise l'opération du sentiment de valorisation par le fait d'être indispensable :

«Mon chum pourrait me changer pour une meilleure blonde, mes amies peuvent se trouver des meilleures amies. mais mon enfant a une confiance absolue en moi - pour lui je suis la meilleure maman qu'il peut avoir.. ses petits yeux qui me regardent avec admiration puis avec plein d'attentes- Y'ont besoin de toi, sont complètement dépendants de toi...ça ça épanouit quelqu'un».

Elle note cependant avec une mélancolie tangible que la venue et l'éducation des enfants transforment la relation de couple. «On est davantage la complice de son chum que son amante passionnée... c'est assez quotidien puis quand tu regardes toutes tes amies de ton âge, eux autres c'est les grandes passions encore, c'est la flamme puis ça c'est difficile de se dire ok j'ai juste 25 ans et des papillons dans l'estomac, j'en aurai pu».

Par ailleurs, dans le discours de cette compagne-mère traverse une autre valeur personnelle importante dans l'éducation de ses enfants, la simplicité. «Quand je mets mes enfants au monde, je peux me permettre de rester à la maison puis de les voir grandir.» Elle se trouve privilégiée par le fait de ne pas devoir travailler afin de payer toutes les dettes encourues par une maison neuve, un ameublement récent, etc. Or, bien qu'elle regarde ces biens comme superflus et nécessitant un éloignement précoce des enfants, elle souhaite vigoureusement dans un proche avenir pouvoir se les procurer pour le bien-être des enfants. Trois règles de vie sont importantes pour elle. Elle les lègue à ses enfants : aimer la vie simplement parce qu'elle est la vie : «Je veux que mon enfant ait le goût de voir tout ce qui est beau, sentir tout ce qui sent bon, entendre tout ce qui est doux et toucher à tout ce qui est agréable à toucher», aimer qui ils sont et finalement avoir besoin des gens autour d'eux en plus de leur être présent et disponible. «L'école va leur apprendre à se servir de machines, d'outils de travail et de nouvelles technologies. Moi je veux leur apprendre à avoir besoin des gens qui sont autour d'eux et qui les aiment et surtout être présents et disponibles à ceux qui ont besoin d'eux».

Perception de la chercheuse

Cette compagne s'exprime avec beaucoup d'aisance. Elle adore parler du cheminement personnel que ses enfants ont entraîné chez elle, de sa vision du monde et surtout de la richesse que ses enfants lui procurent. Elle est dotée d'une grande ouverture et manifeste beaucoup de compassion envers son prochain. Les relations humaines sont, pour elles, très importantes.

Formation des compagnes-mères

Les trois compagnes-mères ont participé à une formation de 9 heures échelonnée sur trois jours. Un premier volet de trois heures donné par une intervenante sociale du milieu a porté sur la relation d'aide, l'écoute active, la confidentialité, etc. Ce premier volet a surtout été théorique. Une deuxième journée avec l'intervenante sociale avait été prévue au milieu de la recherche mais n'a pas été offerte. La demande d'un tel rappel n'a

pas été justifiée en raison d'un départ tardif des deux suivis et du déroulement du premier suivi ayant consisté en une série d'appels téléphoniques. Un autre volet portant cette fois sur la grossesse, ses périodes cruciales, des stratégies favorisant le bien-être, des facteurs de risque, etc. a été offert par une infirmière, spécialiste en périnatalité et responsable de cours prénatals dans un autre grand centre urbain. Un atelier d'orientation à la recherche et au projet des compagnes de grossesse (trois heures) a été donné en dernier lieu. Ont alors été discutés en profondeur le rôle et les responsabilités des compagnes, la résolution de problèmes et la prise de décision, l'identification d'une mission par les compagnes et de stratégies pour le recrutement de femmes enceintes, choix d'un logo, élaboration d'un feuillet informatif pour le recrutement des compagnes-enceintes etc. Lors de ce dernier atelier un guide fait par la chercheuse et faisant la synthèse des différents volets a été remis à chacune des compagnes (Annexe K).

Recrutement des compagnes-enceintes

Le recrutement des compagnes-enceintes s'est fait uniquement par les infirmières. Les feuillets informatifs ne se sont pas rendus dans la communauté ni même dans les présentoirs du CLSC. En fait, le projet des compagnes n'a pas fait l'objet d'une publicité à l'intérieur du CLSC sauf au sein de l'équipe de périnatalité où, à deux reprises, lors des réunions d'équipe, on a fait allusion au projet. Deux gestantes ont accepté de participer au programme après que les infirmières le leur ont expliqué, lors du premier entretien téléphonique. Une troisième gestante a été recherchée sans succès jusqu'en février 1997. En janvier, les infirmières avaient demandé de retirer les deux critères de sélection des compagnes-enceintes (langue francophone et avoir un revenu sous le seuil de pauvreté national). Selon elles, éliminer ces critères aurait davantage reflété la réalité de la clientèle desservie par ce CLSC et aurait facilité le recrutement de gestantes dont la langue maternelle n'est pas le français et permis l'inclusion de familles à faibles revenus, récemment immigrées, etc. Cependant, même cette stratégie n'a pas permis de recruter la troisième gestante pour l'étude.

Compagne-enceinte de la première triade

La compagne-enceinte est âgée de 19 ans. Elle a déjà connu une grossesse antérieurement dont elle a interrompu volontairement le déroulement. Elle vit avec son conjoint qui est le père de l'enfant à venir. Ses parents, ensemble depuis plus de 25 ans, occupent une place importante dans sa vie. Elle a une très bonne amie, elle aussi enceinte, avec qui elle partage tout. De plus, elle fréquente sa famille élargie et elle entretient des liens, particulièrement étroits avec ses cousines, bien qu'elle désapprouve leurs manières d'appliquer la discipline et d'éduquer leurs enfants. Cette compagne-enceinte habite la région depuis toujours et n'a pas terminé son secondaire 2. Elle poursuit des études à l'école des adultes mais elle a décidé d'abandonner ses propres études durant la grossesse pour les reprendre possiblement à l'automne. Elle s'intéresse au projet parce qu'elle veut mener à terme cette grossesse et désire apprendre du vécu des autres. Elle participe de façon sporadique aux cours prénatals donnés par le CLSC. Elle vit actuellement des conflits inter-familiaux importants, «Les deux familles s'entendent pas pan toute...ça fait longtemps que ça dure et ça va continuer longtemps». Son conjoint se réjouit de la naissance prochaine: «Il en parle tout le temps qu'il va être père...il a très hâte. Ce qui lui procure beaucoup de plaisir ce sont les moments passés en couple : «Ça me fait plaisir quand on sort - c'est rare qu'on le fait, c'est rare qu'on est seul tous les deux».

Perception de la chercheure

Sa détermination personnelle, sa méfiance envers l'extérieur et sa nature réservée font d'elle, une personne très autonome qui ne recherche pas l'aide extérieure. Très active, elle ne passe pas beaucoup de temps chez elle.

Compagne-enceinte de la deuxième triade

La compagne-enceinte de cette triade a 19 ans. Elle est déjà mère d'une fille de 3 ans et a perdu un bébé à 7 semaines de grossesse l'an dernier. Elle n'a pas terminé son

secondaire 3 mais poursuit des études à l'école des adultes. Elle habite la ville depuis 3 ans seulement mais connaît bien la région, sa famille y réside aussi. Issue d'une famille dysfonctionnelle, elle a connu une enfance difficile et un vécu en familles d'accueil. Aujourd'hui, sa mère ainsi que la grand-mère de son conjoint sont les deux personnes qui les aident le plus. Elle a accepté de participer au projet parce qu'elle trouvait l'idée du jumelage avec une mère comme elle des plus intéressantes. Elle ne va pas aux cours prénatals puisqu'elle vit sa deuxième grossesse et ne sent pas le besoin d'y aller. Ce qu'elle apprécie de sa vie ce sont ces moments passés en couple «Avec mon chum, de passer un week-end ensemble quand ma mère garde». Elle parle de son conjoint avec beaucoup d'admiration : «Mon chum est vraiment bon avec la petite, il s'en occupe beaucoup même quand j'arrive d'école». Depuis un an en arrêt de travail sans compensation en raison d'une blessure sportive, il participe activement aux soins de l'aînée. «Pour ma petite, c'est lui qui va mettre le pied à terre - elle l'écoute davantage», précise-t-elle. Son conjoint désire avoir plusieurs enfants mais, à son avis, l'éducation de deux enfants exige suffisamment d'efforts pour limiter leur nombre à deux. Elle désire se proposer éventuellement comme famille d'accueil pour des enfants qui auraient des difficultés familiales ou autres.

Perception de la chercheuse

Très réservée de nature et toujours souriante, cette compagne préfère écouter que parler, elle n'émet pas son opinion facilement. Elle semble avoir de la difficulté à s'affirmer. Ne refusant jamais rien, peut-être par peur de déplaire, elle accepte toutes les propositions de rencontres sans toutefois manifester un intérêt certain envers le suivi périnatal.

Jumelage

Le jumelage des paires de compagnes s'est fait par les infirmières qui connaissaient bien, à la fois, les compagnes-mères et les gestantes qu'elles avaient inscrites au programme OLO. Une discussion avec la chercheuse a conduit au jumelage

officiel de ces deux paires de compagnes. Chacune de ces paires a été jumelée par la suite à l'une des deux infirmières.

Infirmière de la première triade

L'infirmière de cette triade présente 12 années d'expérience professionnelle comme infirmière bachelière, dont 7 dans le domaine de la périnatalité. Cette infirmière a été assignée à l'équipe de périnatalité du CLSC et donc intégrée au programme OLO depuis 2 mois et ce, pour un remplacement de 7 mois. Elle est dans la trentaine, mariée et mère de deux enfants. Elle a connu deux grossesses difficiles dont une incluant la perte d'un jumeau. Elle ne vient pas de la région et sa famille se trouve éloignée. Son intérêt envers l'accompagnement prénatal découle de sa croyance en l'apport que les compagnes-mères par leur propre vécu de grossesse peuvent transmettre aux compagnes-enceintes.

Perception de la chercheuse

Elle parle très peu d'elle-même ou de son expérience personnelle comme mère. Préservant toujours une certaine distance par rapport au projet et aux rencontres qu'il provoque, il s'avère difficile de percevoir sa motivation réelle envers le projet.

Infirmière de la deuxième triade

L'infirmière de cette triade pratique sa profession depuis 24 ans. Elle œuvre dans le domaine de la périnatalité depuis 16 ans et, au cours des 8 dernières années, au CLSC dans le cadre du programme OLO. Elle s'intéresse au projet d'accompagnement en ce qu'il permet de créer d'autres liens avec la clientèle et peut favoriser une certaine continuité dans les soins. Mère de trois adolescents et jeunes adultes, elle a aussi partagé, en entretien hétérogène avec les compagnes, son expérience de 20 ans de vie commune : «Cela n'a pas été 20 ans de grand amour, de grand bonheur...ce qui est important je pense

c'est d'écouter, de comprendre, d'essayer de trouver des solutions ensemble, la communication, puis de s'expliquer quand il arrive des choses».

Perception de la chercheuse

Cette infirmière parle avec aisance et ouverture de sa vie personnelle aux autres acteurs. Aux problèmes qui surgissent, elle recherche des solutions concrètes. Cependant, ces recommandations sont seulement proposées et ne sont pas suivies par des actions concrètes. Elle se présente à la fois comme un évaluateur critique du programme et comme un acteur externe à son bon fonctionnement.

Forum social

Le premier forum social a eu lieu au début du mois de novembre. De concert avec la diététiste du CLSC, il a été convenu d'organiser ce premier forum au même moment que le dîner-partage de ce mois. Les diners-partage sont des repas préparés par la diététiste du CLSC à l'aide de bénévoles et offerts une fois par mois aux femmes enceintes recrutées principalement dans l'école aux adultes (5-6 gestantes/mois). Chacune des participantes était présente à l'exception de la compagne-mère de la deuxième triade en raison d'un conflit d'horaire avec son programme d'étude. Trois gestantes étaient présentes dont les deux gestantes de l'étude. En plus des infirmières participant à l'étude, il y avait une organisatrice communautaire, une bénévole ainsi que la troisième compagne-mère que nous n'avons pu jumeler à une gestante. La chercheuse a présenté aux infirmières le feuillet informatif du programme élaboré en collaboration avec les compagnes-mères. Ces dernières, après avoir été invitées à développer ce feuillet sur le programme, avaient participé à son élaboration dans le cadre d'un des volets de formation, donné par la chercheuse. À ce moment, les trois compagnes-mères avaient contribué au vocabulaire utilisé et au choix du logo et des différents choix de graphiques insérés dans le feuillet (Annexe L). Dans ce feuillet, les compagnes présentent la compagne de grossesse comme une maman avec qui partager son

expérience, une amie qui accompagne tout au long de la grossesse. Le texte choisi se lit comme suit :

«La grossesse, c'est une des expériences les plus belles et les plus importantes de nos vies. Elle nous prépare à jouer notre plus grand rôle, celui d'être maman. Au cours de la grossesse, on se sent parfois seule, abandonnée, incomprise par nos proches, aux prises avec d'importantes décisions... c'est pourquoi une présence toute simple, comme celle d'une Compagne de grossesse peut nous aider à traverser cette situation parfois compliquée ou simplement être l'occasion de partager nos expériences communes.»

Les compagnes-mères poursuivent en précisant qu'avoir une compagne de grossesse, c'est s'offrir du «temps pour soi» à partager avec quelqu'un qui me comprend, c'est s'offrir le plus précieux cadeau qui soit, celui de l'amitié, c'est l'occasion de rencontrer d'autres femmes enceintes lors des dîners-partage. Les infirmières n'ont exprimé aucun commentaire à l'égard du feuillet, de son utilité et des idées des compagnes.

Les participantes à l'étude se sont par la suite identifiées et elles ont entamé des relations avec les autres membres de leurs triades. Après le repas, un film sur le développement du fœtus a été présenté. Il y a eu échange de recettes santé et des dates ont été fixées pour le premier entretien de recherche en triade hétérogène.

Deuxième phase d'implantation

Première triade hétérogène

Le but de ce premier entretien était de favoriser le développement de la dynamique thérapeutique par l'acquisition d'informations sur chacune des membres de la triade, le renforcement des rôles de chacune et la connaissances des besoins et des attentes de chacune. D'abord, elles se sont présentées une à une en parlant de la place qu'occupent la grossesse et la maternité dans la vie de chacune. Les infirmières n'ont pas partagé avec les compagnes leurs visions personnelles ni leurs vécus en relation avec ces thèmes. Cependant, elles ont participé aux échanges sur les valeurs sociales qui ont suivi ceux sur la grossesse et la maternité.

La grossesse et la maternité

La grossesse et la maternité constituent le noyau autour duquel gravitent tous les acteurs : elles réunissent les compagnes et orientent la pratique des infirmières. Les significations accordées à l'expérience de la grossesse et de la maternité ont permis d'identifier des points communs et d'amorcer une complicité entre les acteurs concernés. L'infirmière de la première triade a fait part à la chercheuse de sa résistance à parler de sa propre situation personnelle concernant ses grossesses. Elle désire surtout éviter de créer des peurs chez la compagne-enceinte et ne croit pas qu'en tant qu'intervenante, elle doive partager son vécu. L'infirmière de la deuxième triade a partagé plus spontanément son vécu en tant que femme enceinte et mère. Ces révélations communes ont suscité, chez la plupart, un approfondissement des convictions personnelles. Certains sujets abordés, tels la relation avec le conjoint à l'annonce de la grossesse, ont fait resurgir des émotions chez les compagnes qui ont pris cette occasion pour verbaliser leurs inquiétudes actuelles. Cette atmosphère a subtilement servi à créer un sentiment de confiance dans les triades.

Thèmes communs liés à la grossesse

Cinq thèmes ont émergé du discours portant sur l'expérience de la grossesse : consolidation des liens dans le couple, réalisation d'un désir profond, être témoin d'un miracle, surplus d'attention familiale et voir l'enfant à l'échographie.

L'annonce de la grossesse, pour chacune, à l'exception de la compagne-mère de la première triade, a entraîné la consolidation des liens dans le couple : «On est supposé de se fiancer... ca va faire deux ans que j'attends pour cela». Bien que les compagnes affirment que l'expérience de la maternité, elle, ne rapproche pas les conjoints, la grossesse, elle, marque un pont incontournable entre les conjoints. Elle vient de plus concrétiser un désir personnel presque inné chez les compagnes. L'une d'entre elles

affirme «Je suis une femme parce que je peux mettre des enfants au monde». Nul doute ne traverse le discours quant à l'importance accordée à la grossesse malgré qu'elle n'ait pas été planifiée. Quand on parle de la naissance d'un enfant, le terme miracle surgit fréquemment dans le discours et l'expression faciale témoigne de l'émerveillement indiscutable. Que pouvons-nous créer de plus extraordinaire que la vie! s'exclame la compagne-mère de la deuxième triade. Elle poursuit «J'aurais le goût d'avoir un enfant chaque année juste pour savoir c'est qui tsé». «Ça m'a toujours émue de savoir qu'il y avait une vie à l'intérieur de moi et que c'est moi qui l'a créée puis elle grandissait à l'intérieur- pour moi c'est un miracle».

Un autre thème récurrent est soulevé par la compagne-mère de la première triade: «Je pense que le fait que le père était pas là, ça attirait plus ma famille- c'était ben ben des cadeaux, beaucoup d'attention...». Effectivement, avec la grossesse, la future mère est soudainement l'objet d'une considération inhabituelle de la part de ses proches, ce qu'elle apprécie fortement. Un dernier thème commun est l'appréciation de la visite médicale où, via l'échographie, on voit, pour la première fois, l'enfant. L'échographie est l'un des moments mémorables de la grossesse avec la perception des mouvements du bébé.

Finalement, l'expérience de la grossesse a aussi été marquée par des périodes difficiles où trois thèmes communs sont ressortis : surprise, départ du père et jugements. La compagne-mère de la première triade évoque la surprise de l'annonce de la grossesse comme un moment sombre de cette période. Cette annonce a précipité le départ du père: «Le père était pas content...fait que papa est parti puis j'ai vécu ma grossesse seule mais celle-là y'a eu des complications- ça fait que c'était pas drôle non plus». La solitude a été ressentie encore plus profondément parce qu'à l'annonce de la grossesse, elle a dû quitter le foyer familial et, sans conjoint, vivre une série d'incertitudes et d'inquiétudes: «J'avais juste peur qu'ils se soient trompés dans les tests là puis qu'elle naisse avec des bobos là...mais ils m'avaient garanti». Par ailleurs, toutes parlent du regard inquisiteur des étrangers rencontrés dans la rue ou au centre commercial. Elles n'apprécient guère ressentir ou avoir senti ce jugement sévère de la part des étrangers qui questionnent presque leur droit à la maternité. En effet, la compagne-enceinte de la deuxième triade

déplore que le regard des gens soit posé fréquemment sur elle, simplement parce qu'elle est jeune et enceinte. Cette attention lui semble fort réprobatrice. Cette jeune mère se rend tous les jours à l'école des adultes en prenant l'autobus de l'école secondaire qu'elle a dû abandonner. Sa compagne-mère parle d'elle, surtout de son courage et de sa sérénité face à toutes ces confrontations quotidiennes, avec beaucoup d'admiration.

Thèmes communs liés à la maternité

La maternité transforme la vie des familles. Quatre (4) thèmes fondamentaux sont apparus comme éléments caractéristiques de l'expérience de la maternité : réorganisation des priorités, valorisation, fierté et motivation supérieure. Effectivement, une nouvelle perspective des événements en découle, une vision des priorités personnelles est réinventée. «Ca a changé ma vie- ça me fait regarder les choses ben différemment- tu penses pu à toi, pas beaucoup en tout cas»de s'exclamer la compagne-mère de la première triade. L'infirmière de la première triade appuie l'affirmation de la compagne-mère de cette même triade: «Moi je prends cela très positif, évidemment, t'as pas le même rythme de vie... parce que tsé quand tu as un enfant faut toujours que tu penses que t'as une responsabilité. vis-à-vis de lui». Aucune ne nie l'ampleur de la responsabilité parentale mais toutes confirment le sentiment de valorisation qui en résulte. Chaque nouvelle étape du développement de l'enfant apporte avec elle la surprise et l'émerveillement: «Les petits sourires, les nouvelles affaires qu'elle va faire- n'importe quoi t'as le goût d'appeler tout le monde puis de leur dire» s'exclame la compagne-mère de la première triade. Aux dires des mères, cette récente fierté acquise agit avec force pour compenser ce qu'elles pensent manquer en raison d'une maternité hâtive.

Finalement, la maternité véhicule inconsciemment une motivation supérieure dans la poursuite et la réalisation de buts personnels. Pour la compagne-mère de la première triade, «Avant, j'étais pas pressée tsé, fait que là bon, je veux finir l'école. Asteur, c'est comme j'ai assez hâte de m'installer, de pouvoir sortir, d'avoir mon appartement, de faire mes affaires, que ma vie commence tu sais..» Les enfants sont une raison de plus pour réussir, ils sont, pour elles, la motivation ultime qui fait qu'elles se dépassent.

Malgré un enthousiasme certain envers la maternité, six (6) thèmes faisant consensus ont marqué l'évaluation plus critique de la maternité : solitude, responsabilité continue, critiques, adaptation postnatale, dévalorisation/vide et préoccupation constante. D'abord, les deux compagnes-mères attestent d'un vécu frappé brusquement de solitude, «J'aurais aimé cela moi avoir quelqu'un dans le temps, parce qu'en arrivant à la maison...je me sentais pas mal toute seule», «Je suis allée à l'école parce que je me sentais tellement toute seule». Les liens d'amitié se désèrent, les sorties entre amies ne peuvent plus être les mêmes, on réorganise sa vie complètement. La compagne-mère de la première triade affirme: «Tu sors mais ça t'écœure parce que tout le monde se couche à 4h00 du matin mais toi tu peux pas...». À cet effet, avoir un enfant fait incontestablement vieillir. «T'es pas dans la même affaire que tes amis... eux autres ils vivent quelque chose et toi tu vis autre chose». On réalise vite que l'on s'acquitte d'une responsabilité continue: «parce que même enceinte, t'es encore libre pis du jour au lendemain tu vas t'apercevoir BANG... tu veux sortir là, ben c'est pas juste je pars là». La compagne-mère de la deuxième triade témoigne aussi de cette lourde responsabilité, «C'est tout le temps là, tsé à 5 heures - t'es pas en vacances- c'est tout le temps, tout le temps. Elle poursuit en suggérant que la période de l'adolescence n'est pas la période au cours de laquelle on devrait élever des enfants.

Toutes, elles se rappellent les multiples conseils, les nombreuses critiques et les commentaires dont elles ont été ou sont encore victimes. Elles se sentent jugées et incomprises parce qu'elles sont jeunes et pauvres. La compagne-mère de la première triade affirme: «Y'a de mes amies qui disaient Ah fais pas cela... - ils me disaient - Ah tu vas le regretter - Ben je l'ai pas encore regretté». La compagne-mère de la deuxième triade, elle, offre ce conseil à sa compagne-enceinte: «Y'a une chose qui faut que tu apprennes pour survivre en tant que maman, c'est de te détacher justement des autres.» Chacune dénonce sans détour par un discours enflammé les critiques et les jugements dont elles ont été victimes alors qu'elles étaient enceintes. Se faire dire constamment qu'être jeune, enceinte, pauvre c'est perdre sa liberté, se compliquer la vie, que c'est regrettable, cela est intolérable. «Les amis me disent tu vas perdre ta liberté, tu vas le

regretter, tu pourras pas travailler, t'as pas fini l'école,...» . On a longuement abordé le sentiment de dépréciation vécu lors d'une maternité à l'adolescence ou à l'âge de jeune adulte. On qualifie les nombreuses critiques et innombrables conseils de bombardements palpables. La compagne-mère de la deuxième triade affirme, comme stratégie de défense à ces attaques, que celle qui connaît le mieux son enfant, c'est la mère. À leur avis, de cette connaissance de l'enfant, découle un sentiment de compétence progressive conduisant à un épanouissement maternel

Par ailleurs, une deuxième ou troisième grossesse pour la compagne-mère de la deuxième triade, n'a pas la même portée: «T'es consciente de tous les changements que cela implique, tu sais à la maison, on va être 5 - un enfant de plus, t'es moins naïve, t'es moins Cendrillon». L'infirmière de cette triade, elle, précise qu'elle avait pris conscience dès le premier enfant des changements apportés à leur vie par les enfants. Ce dont elle avait surtout conscience et qu'elle appréhendait lors des grossesses subséquentes, c'était l'accouchement. À ce propos, la compagne-mère de la deuxième triade affirme au contraire : «La nature fait qu'on devient comme des championnes olympiques - on devient plus rapide, plus efficace...». Après l'accouchement, les exigences de l'adaptation postnatale se font vite sentir. Toutes conviennent que les premières semaines sont marquées par une fatigue aiguë, un manque d'énergie et parfois d'enthousiasme envers le nouveau-né.

Après quelque temps, se crée un vide considérable dans la vie des jeunes mères. La compagne-mère de la deuxième triade l'exprime clairement «Quand cela fait un an que tout le monde te demande Ah tu retravailles pas, t'es à la maison..là tu te sens toute seule et pas de réseau», «Je trouvais que c'était la chose la plus moche, la plus nulle d'être maman». Un sentiment de dévalorisation est éprouvé et vient motiver la recherche de nouvelles satisfactions dans d'autres domaines de la vie comme les études, le travail. Survient alors le moment où prédomine la nécessité de se voir autrement que comme une mère. Cependant, peu importe où se trouve une mère, une préoccupation sans trêve pour le bien-être de son enfant prévaut. «Tu fixes juste là-dessus presque - je pense à elle tout le temps, tout le temps» précise la compagne-mère de la première triade. La deuxième

compagne-mère réplique à cet égard «Tu t'inquiètes mais t'apprends à leur faire confiance, à faire confiance à la vie».

Valeurs sociales

Une réflexion critique sur les valeurs sociales non dirigée par la chercheuse mais ayant émergé des discussions entre les autres acteurs a été initiée par la compagne-mère de la deuxième triade. Au cours de la discussion, les autres compagnes ont confirmé sa vision.

La première résolution à laquelle le groupe est parvenu concerne la mésestime accordée au rôle de mère de la femme moderne. Unanimes, elles affirment devoir revaloriser le rôle de maman. La compagne-mère de la deuxième triade l'exprime ainsi: «Les gens autour de toi- c'est cela qui manque le plus, juste la valorisation, surtout aujourd'hui quand ce qui est visé c'est performer, avoir un diplôme plus haut que les autres, une job plus payante, plus calée en informatique,...». Lorsqu'on est jeune et démunie ajoute-t-elle, c'est d'autant plus important de nous valoriser et de respecter nos choix. Au cours de la discussion, les participantes déplorent et dénoncent la surconsommation, l'insatiabilité dans la quantité et la diversité (toujours plus et toujours mieux) et finalement la vigilance outre mesure octroyée à la performance: «Toutes les filles te demandent si tu as retrouvé ta taille, si tu es retournée travailler... tout de suite, on te demande d'être performante et tu viens d'avoir un petit bébé» (compagne-mère de la deuxième triade).

D'autre part, un thème qui soulève beaucoup d'intérêt est la croyance unanime de la société qu'avoir des enfants et de les éduquer coûtent cher aux parents. On établit néanmoins un consensus sur le fait qu'un lien certain existe entre l'établissement des priorités et les dépenses: «Nous, on est vraiment pauvres mais ça nous coûte moins cher de vivre que nos amis qui ont pas d'enfants; ils vont au restaurant, à l'hôtel.. nous on va en pic nic, en camping» (compagne-mère de la deuxième triade).

D'autres valeurs sociales ont aussi été émises sans toutefois entraîner un débat général ou une vive discussion. Par exemple, la compagne-mère de la deuxième triade se positionne quant à la place privilégiée du changement dans notre société et trouve consolation auprès de son enfant, qui demeurera à jamais son enfant et elle, sa mère. Son expérience personnelle laisse croire que la société pénalise aujourd'hui les jeunes mères qui ne sont pas monoparentales. Elle a constaté qu'une foule de services spécifiques sont offerts aujourd'hui aux jeunes mères sans conjoint. Celles qui, comme elle, ont la chance d'être en relation de couple se voient refuser certains services. Selon elle, un service demandé ne devrait jamais être refusé. Elle regrette que les professionnels jugent de la qualité d'un besoin à combler. Un profond désarroi se manifeste dans son expression faciale alors qu'elle raconte cette période de sa vie: «c'est pas parce que ton chum est resté là, à côté de toi que c'est plus facile». Cette compagne-mère fait aussi la remarque que la société d'aujourd'hui est très individualiste, ne valorise pas le contact humain et fait en sorte que les gens s'isolent de plus en plus.

Les rôles de chacun des acteurs.

Compagne-mère

Le rôle de la compagne-mère tel que proposé par la chercheure et approuvé par les acteurs, a été identifié comme celui d'une amie qui écoute, répond aux besoins de soutien émotif et ne juge pas. Les compagnes-mères ont ajouté l'importance de la disponibilité en précisant que la compagne est l'amie «disponible» qui accompagne dans l'expérience de la grossesse et de la maternité sans porter de jugement sur le passé ou le présent. Le rôle de la compagne-mère pourrait prendre diverses formes allant d'offrir des services, des conseils, référer aux ressources communautaires pertinentes et même à proposer, un gardiennage réciproque des enfants.

Avant le début du programme, les compagnes-mères ont pris l'initiative de changer de nom: elles sont passées d'un vocable de «marraines» proposé par la chercheure à «compagnes de grossesse» qu'elles ont renforcé auprès de leurs compagnes respectives. Les raisons évoquées pour le rejet du terme marraine sont la connotation

religieuse de ce terme de même que la référence à l'âge plus avancé d'une marraine, donc à un rapport d'inégalité entre les deux. À cet égard, la compagne-mère de la première triade précise, «Je ne me vois pas là comme... tiens moi je vais te donner tout ce que je sais puis ça va te rendre meilleure». Celle de la deuxième triade affirme «Moi là, c'est pas parce que j'ai des enfants... je suis ni experte, ni espionne, j'ai rien à t'apprendre ou à te donner..je suis juste pareille à toi».

Compagne-enceinte

Le rôle qu'on attribue à la compagne-enceinte est le mieux décrit par la compagne-mère de la deuxième triade: «Elle peut m'apprendre la vie - elle en a une dans le ventre - je suis plus ou moins plongée dans le monde de la performance puis de l'individualisme - puis elle elle peut me ramener vraiment à la vie là..une grossesse c'est tellement concret là». La compagne-enceinte pourrait aussi apporter à sa compagne-mère son expérience personnelle, sa propre perspective sur divers éléments dont la grossesse et la maternité, confirmer ou confronter certaines valeurs personnelles, familiales ou sociales, devenir un modèle, une source de motivation pour sa compagne-mère et même une nouvelle amitié.

Infirmière

Les infirmières ont choisi d'occuper un rôle de personnes ressources et elles étaient disponibles pour toutes questions ou préoccupations des compagnes-mères. Elles ont affirmé désirer tenir un rôle distant au sein des triades dont elles faisaient partie, ne voulant pas nuire au développement des relations entre les compagnes ni agir comme des «polices».

Troisième phase d'implantation

Entretiens individuels

L'entraide : développement et vécu.

Trois thèmes consensuels importants ont émergé des entretiens tenus en individuels auprès des compagnes-mères. Ces thèmes ont permis de comprendre la place que peut prendre l'entraide dans le contexte prénatal de gestantes vivant en situation de pauvreté. Un premier thème est que les «experts» qui travaillent auprès de jeunes qui sont enceintes et démunies veulent éduquer, informer et outiller. Le deuxième fait appel à une reconnaissance de ce qui importe le plus pour une femme enceinte, i.e. la valorisation. Finalement, l'accompagnement, comme complément aux interventions des experts, est un engagement que l'on prend envers quelqu'un de comparable à soi, pour faire un bout de chemin dans la vie de l'autre sans vouloir tout y changer, lui enseigner la bonne voie surtout sans vouloir tout contrôler.

Bien que différentes, les deux relations d'entraide (entraide faisant référence aux relations entre les compagnes-mères et leurs compagnes-enceintes) ont deux éléments en commun: d'abord, un développement lent et progressif et le concours d'un acharnement de la part des compagnes-mères, sans lequel les relations n'auraient pas connu une telle évolution. Les deux compagnes-mères ont démontré une persévérance exceptionnelle dans le développement d'une relation d'entraide avec leurs compagnes respectives. La compagne-mère de la première triade affirme: «C'est beaucoup de patience, je la téléphone là...» Et la compagne-mère de la deuxième triade: «Ce que je fais surtout je crois c'est je l'achalle, je lui donne des rendez-vous, je l'achalle».

Dans les deux cas, la relation de confiance s'est développée peu à peu: «Nos échanges s'enrichissent tranquillement», «Je n'ai pas encore l'impression qu'elle me tendrait la main, me contacterait d'elle-même si elle en avait besoin». Les sujets de conversation sont généraux et touchent surtout le milieu scolaire et la grossesse actuelle. Les deux compagnes-mères ne veulent pas bousculer leurs relations et n'osent pas à ce moment de la relation apporter leurs points de vue de façon excessive auprès de leurs

compagnes-enceintes. Dans les deux cas, il n'est jamais arrivé que les compagnes-enceintes téléphonent d'elles-mêmes à leurs compagnes-mères.

Les compagnes-mères ont constaté que l'entraide, en plus d'être enracinée dans le partage d'expériences similaires de la maternité et d'éléments communs (âge et occupation), peut aussi se développer dans la différence comme ce fut le cas dans les deux triades. Dans la première, la compagne-enceinte affirme: «En commun?...ben honnêtement en fait de grossesse on est tout à fait différentes». Dans l'autre triade, la compagne-mère atteste que malgré un passé complètement différent et deux univers distincts dans lesquels elles évoluent respectivement, une affinité prend tout son sens dans la découverte de valeurs et de priorités identiques. Or, se crée progressivement un pivot à double axe fixé dans le présent. Identifiées par la compagne-mère de la deuxième triade, l'un des deux axes se compose des motivations personnelles et le deuxième, des objectifs familiaux. Cet accompagnement est donc caractérisé par l'association de deux jeunes mères qui déploient des efforts pour terminer leurs études, et ce, pour les mêmes raisons, dont la fierté qu'éprouveront les enfants à leur égard.

Première dyade de compagnes

Dans le cas de la première dyade de compagnes, une relation fondée sur une communication régulière s'est développée au grand désappointement de la compagne-mère qui aurait désiré une relation plus intime. Elles se sont vues à deux reprises et ces rencontres se sont très bien déroulées et elles ont abordé, comme sujets de conversation, leurs relations avec leurs conjoints, la grossesse et certains problèmes de santé. «Je me dis qu'il faut que tu aies une certaine confiance pour en parler...elle a commencé à me dire des choses tu sais à l'hôpital...». Elles ont connu deux grossesses tout à fait différentes, la compagne-mère ayant connu de multiples complications en plus d'un isolement important alors que la compagne-enceinte connaît une grossesse sans difficulté majeure et se sent entourée de sa famille et de son conjoint. Or, l'unique besoin de la compagne-enceinte perçu par la compagne-mère en est un de réassurance: «C'est peut-être juste d'être rassurée qu'elle a besoin alors je lui donnais mon expérience». Même s'il n'y a

pas eu un suivi individuel au-delà de conversations téléphoniques, «Je pense que je suis toujours accompagnatrice, je suis peut-être pas là à la suivre mais...je l'ai rassurée, je suis présente à certains niveaux». Elle affirme: «je sais qu'avec elle, c'est peut-être juste de rester silencieuse puis qu'elle prenne l'initiative de parler..puis si elle en a pas envie, elle en a pas envie». La compagne-enceinte de cette dyade affirme facilement ses convictions, par exemple par rapport à l'allaitement et aux études. Elle avait déjà décidé de ne pas allaiter et d'arrêter l'école: «Elle m'a juste dit cela, elle était décidée». L'expression de ce verbatim laisse paraître un sentiment de regret de ne pas avoir eu la chance d'en discuter avec elle. Elle a respecté la fermeté de sa compagne par rapport aux décisions qu'elle avait prises. Dans son journal, on peut trouver, au début du deuxième mois, «Je ne sais pas encore dans quelle mesure elle est intéressée à ce que nos rencontres se poursuivent, ce n'est pas évident de percevoir ce qu'elle pense vraiment» plus tard, «Je ne sais pas si elle me suis juste parce qu'elle n'ose pas dire non ou si elle le désire».

Du côté de la compagne-enceinte, aucun problème n'a été perçu dans la relation. Elle affirme manquer de temps pour des visites «parce que je reste jamais à la maison». «c'est pas que c'est pas une bonne idée mais j'ai pas le temps de la voir». Elle anticipait qu'après la naissance de son enfant, elle aurait davantage le temps et le besoin de rencontrer sa compagne.

Deuxième dyade de compagnes

Dans l'autre dyade de compagnes, après quelques rencontres et contacts personnels, la compagne-mère a reconnu l'opération d'une transformation dans la relation: «Quand on est ensemble, je ne sens pas qu'il y a beaucoup de réserve dans ses propos, elle parle en confiance et moi aussi». La compagne-enceinte termine l'école à une heure où sa compagne-mère peut aller la chercher. Elles sortent prendre une collation et jaser avant d'aller chercher les enfants de la compagne-mère à la garderie et juste à temps pour que la compagne-enceinte rentre chez elle avant le souper. «J'aimerais qu'on établisse une petite routine de cafés-jasettes». Cette dyade a donc poursuivi ces rencontres continues et bimensuelles. Pourquoi à toutes les deux semaines

selon la compagne-mère: «ça faisait tellement de bien - tu peux pas l'expliquer. C'est juste que quand tu sais quand tu conduis dans ton auto et que tu souris là tu sais, je me sentais juste comme cela».

Or, cette compagne-mère ne considérait pas ses visites avec sa compagne comme une tâche, bien au contraire. Ces petites escapades en dehors de son quotidien lui procuraient beaucoup de plaisir. Elle concevait ce temps comme un temps qu'elle s'accorde à elle-même et non comme du temps qu'elle donne à sa compagne. La compagne-mère prenait plaisir à rendre service à sa compagne; il leur est arrivé de faire des courses ensemble ou de se rendre ensemble à un rendez-vous médical prénatal. Pour la compagne-mère, il s'avère fondamental que sa compagne se sente super à l'aise dans la relation. Il y a eu partage d'expériences: «On parlait souvent de tout et de rien - oui de n'importe quoi mais sans parler de choses inutiles, on parlait pas de la température ni de tupperware». Même s'il ne lui est pas arrivé de faire de l'enseignement ou de donner un conseil particulier à sa compagne, la compagne-enceinte appréciait grandement les petites sorties: «Ça m'a changé les idées et ce que j'aime le plus c'est d'avoir quelqu'un à qui parler». Elle affirme de plus «Avec elle, je me sens assez en confiance». Sa compagne-mère affirme recevoir beaucoup de cette relation et même croire qu'elle n'arrive pas à offrir autant que ce qu'elle en retire. Sa compagne-enceinte rapporte qu'elle parle plus qu'elle: «Elle parle plus que moi... moi je parle pas beaucoup». «Avec elle- elle est une mère comme moi, on parle de choses différentes qu'avec l'intervenante comme l'école». Les besoins de confiance en soi, d'assurance et d'encouragements sont ceux que la compagne-mère a tenté de combler auprès de sa compagne-enceinte. «Elle a des projets que les filles de son âge ne partagent pas et, en se rencontrant pour jaser, ça nous permet de les partager».

Assises fondamentales de la relation : préoccupations, contrariétés et ambitions communes

Les entretiens individuels ont permis de mieux élucider les fondements de la relation d'entraide. Bien qu'ancrées à un vécu bien particulier, les préoccupations, les

ambitions et les contrariétés verbalisées ont permis d'esquisser graduellement une toile de fond commune aux acteurs.

Durant la grossesse, les femmes enceintes ont toutes pensé à un moment donné à la peur de donner naissance à un enfant handicapé. La santé demeure effectivement une préoccupation majeure. «On a pensé que mon enfant était handicapé sur deux mois - c'est du stress». Une autre inquiétude relevée plus d'une fois est directement liée à l'accouchement. «Tu sais la première fois - tu t'embarques - accoucher ça ne te fait pas peur pan toute - tu t'en vas accoucher et c'est pas épeurant...mais là maintenant que tu as accouché une fois...plus ça s'en vient l'accouchement...tu t'en rappelles - et merde, je m'en souviens là...» de dire la compagne-mère de la deuxième triade.

D'autre part, performer en tant que maman tourmente fréquemment les jeunes mères. Elles sont très critiques face à elles-mêmes. La compagne-mère de la deuxième triade nous informe que «De toutes les choses que t'as fait dans ta vie- c'est la chose que tu doutes vraiment - on est tellement critique là, tout le temps en train de se dire Ah je suis pas une assez bonne maman- tu doutes à cause que t'as pas une paye ou une évaluation d'un patron..qui peut t'évaluer». Finalement, être parents c'est aussi accepter d'être en formation continue tant les problèmes rencontrés diffèrent avec l'évolution de l'enfant.

La première contrariété semble affliger le plus profondément le vécu des compagnes. Réitéré à plusieurs reprises collectivement et individuellement, le sentiment de dévalorisation perdure et influe sur plusieurs facettes de la vie: la perception de soi, le désir de réussite scolaire, le rôle de mère, la relation de couple. De l'extérieur, les commentaires, critiques ou simples attitudes par les proches et les étrangers, dont le personnel de santé, alimentent ce sentiment de dévalorisation. En milieu hospitalier, lors du premier accouchement, elles ont constaté une différence d'attitudes du personnel entre elles et les mères plus âgées. Elles ne se sont pas senties considérées à leur juste valeur, on les tutoyait, on les commandait, on ne manifestait pas de la compréhension face aux craintes et

aux difficultés dans les soins à apporter au nouveau-né de la même façon qu'on le faisait auprès des «madames», ces autres mères, plus âgées, plus éduquées, de milieux économiques plus élevés. Par ailleurs, lors de l'utilisation de d'autres services pour les jeunes familles de milieu moins bien nanties, la compagne-mère de la deuxième triade affirme :

“Je me sentais toujours un petit minus, c'est beaucoup humiliant- je me sentais jeune, pauvre et démunie- t'es vraiment une p'tite fille dans le besoin..les banques alimentaires- j'ai pas pu y aller plus que deux fois - je me sentais tu sais misérable et minable - je suis arrivée en ligne avec tout le monde..c'est presque méprisant..”

Revenant plus loin sur l'utilisation des services courants du CLSC, :

“tu te sens pauvre et tu sens que tout ce que tu es capable de faire dans la vie c'est de rester pauvre. Tu es complètement humiliée, à terre, écrasée”.

Une deuxième contrariété dont les ramifications sont étendues est celle imposée par la pauvreté. Sans être discutée largement comme d'un sentiment profond de privation, les contraintes qu'elle confère traversent le quotidien: «Juste les draps pour mettre sur la basinette sont \$6.99 j'ai fait wow...c'est cher» nous révèle la compagne-enceinte de la première triade. «Je voulais avoir l'été et retourner en septembre mais c'est parce que le bien-être... faut être à l'école à l'été»(compagne-enceinte de la deuxième triade). «On va y penser de temps en temps si on va avoir assez d'argent». Selon les compagnes-mères, les problèmes financiers que l'on peut connaître lors d'une première grossesse s'estompent à la venue d'une deuxième grossesse: «Y'a tellement de gens qui croient que ton 2^{ième} va te mettre dans la rue, mais tsé ils vont porter les mêmes vêtements, pas besoin d'acheter une nouvelle chaise haute, un nouveau siège d'auto, un nouveau lit, tout ça ça coute... puis la première année, nourrir un enfant, ça coute vraiment pas grand chose...c'est quand ils viennent plus vieux..mais on s'adapte tsé..ton

style de vie...», «Avec les prêts et bourses, comme on fait moins d'argent que si on recevait de l'aide sociale...j'ai lu le reportage sur la pauvreté, on fait même pas assez d'argent pour être sous le seuil de pauvreté» (compagne-mère de la deuxième triade).

D'autre part, les deux compagne-mères dénoncent l'instabilité dans laquelle elles se trouvent. Pour la compagne-mère de la première triade, le stress est omniprésent: «Ma vie est stressante», «Fait que c'est tout le temps de chercher quelqu'un qui va aller chercher ma fille» . Pour celle de la deuxième, «Ma vie est instable, entre la fin d'un projet d'étude et le début d'un projet de carrière sauf que les enfants sont déjà là», «Ma vie est compliquée et a l'allure d'une course olympique», «Je suis inquiète face à l'avenir, je n'ai pas d'argent, pas de maison,..»

Par ailleurs, l'éducation des enfants exige énormément de planification de la part des mères. La gestion d'un temps où chaque heure est minutieusement calculée en fonction d'actions précises cause de nombreux ennuis. «C'est une heure et demi me rendre à l'école- faut que je me lève à 5h30 le matin, partir à 6h25 parce qu'on commence à 8h00 et je finis à 5h00 - faut habiller la petite , la faire manger, alors cela je trouve très stressant». Une autre difficulté non négligeable qui s'intensifie avec la croissance des enfants relève de la discipline dans l'éducation des enfants. «En ce moment, c'est quand même stressant.. le plus dur c'est la discipline avec la petite..j'ai eu des problèmes récemment et cela m'a stressée». La discipline dans le cas d'un premier enfant exige davantage d'énergie en raison d'une pratique fondée sur l'essai et l'erreur. Avec le deuxième s'acquiert une assurance. Cette maîtrise supérieure de la situation est précisément la raison qu'elles évoquent pour expliquer leur désir de voir grandir un deuxième enfant. Pouvoir profiter davantage de la présence d'un nouveau-né, être plus certaine de ses actions comme mère et être une meilleure mère sont proposés pour mieux comprendre comment cette qualité de maîtrise supérieure agit pour agrémenter l'expérience de la maternité.

D'autre part, les déplacements constituent une limite majeure à une organisation efficiente du temps. Le transport en commun absorbe une quantité imposante du temps.

«Bien, une chose dans l'immédiat que j'aurais le goût de changer à ma vie- ce serait d'avoir des permis de conduire- cela m'aiderait donc». Outre ces conditions contrariant l'immédiat, l'empreinte esquissée par un passé familial dysfonctionnel façonne les valeurs parentales adoptées par la majorité des compagnes, dont le désir commun d'offrir la stabilité à leurs enfants. «On était d'une famille dysfonctionnelle». «Ça été difficile en famille d'accueil- après la première famille que j'ai faite, je suis allée dans une autre...»(compagne-enceinte de la deuxième triade).

Finalement, une ambition fort comparable anime les compagnes: terminer les études, avoir en enfant en santé, être à la maison tout le temps pour élever et voir grandir ses enfants, avoir une maison et avant tout, voir la famille s'agrandir par la venue d'autres enfants.

Valeurs communes

Valeurs personnelles

Plusieurs valeurs sont communes aux participantes. On trouve peu de divergences à ce niveau. L'amour des enfants est une valeur qui fait l'unanimité auprès de toutes les participantes. Croire en la famille telle que définie par un père, une mère et des enfants fait aussi partie du système de valeurs de toutes les participantes. Même si elles sont conscientes du contexte social de redéfinition de la famille, les compagnes-mères, particulièrement, réitèrent fréquemment, dans leurs discours, l'importance de la famille traditionnelle dans leur projet de vie. Toutes ne vivent pas nécessairement une relation amoureuse stable avec laquelle elles peuvent envisager ce projet de vie. Cependant, cette valeur prédomine à un point tel qu'elle alimente une réflexion profonde pour la compagne-mère de la première triade quant à l'avenir de sa relation de couple.

Toutes les participantes, à l'exception des deux infirmières, étudient à temps plein. La raison principale évoquée est celle d'une fierté. D'abord pour soi mais étroitement liée et motivée par le désir de mériter la fierté de ses enfants. Les études viennent cependant limiter la capacité des jeunes mères à être présentes en tout temps

auprès de leurs enfants ou de ceux à venir. Elles anticipent avec beaucoup d'intérêt la fin des études secondaires (gestantes) ou du certificat universitaire ou collégial (compagnes-mères) afin de rester à la maison pour élever les enfants.

L'école constitue, pour la plupart, un moyen de s'approprier quelque chose par ses propres moyens. Elle permet, entre autres, de s'accorder du temps pour soi, autre valeur fondamentale commune. Ces jeunes mères aux prises avec de lourdes responsabilités s'accordent sur l'importance de se trouver des moments où elles se sentent importantes, où elles font ce qu'elles aiment et se retrouvent seules, sans conjoint et sans enfant. La compagne-mère de la deuxième triade l'évoque clairement: «Moi, je vais me lever, une demi-heure avant tout le monde, mettre mon café dans un bol et le boire comme cela».

Même s'il ne fait aucun doute que le rôle de mère est primordial dans la vie des participantes, il importe de se réaliser ailleurs aussi. Si les compagnes-mères l'expriment verbalement, les gestantes, elles, n'en font pas mention à ce moment. Pour les premières, ce sentiment est fort, surtout après avoir passé plus d'une année à la maison auprès d'un jeune enfant. «T'as besoin de te voir comme une femme un peu» s'exclame la compagne-mère de la deuxième triade. En fait, relever des défis en dehors du rôle premier de mère demeure une valeur importante pour chacune des compagnes-mères.

Valeurs familiales parentales

La signification commune attribuée à l'expérience de la conception de la vie fait appel à l'émerveillement, à l'extraordinaire et au miracle. Toutes ont toujours désiré connaître la maternité, les professionnelles à un âge plus avancé puisqu'elles l'ont retardée pour des raisons professionnelles et personnelles, et les autres à un âge précoce et non planifié. Les compagnes s'entendent sur la primauté du rôle de maman dans leur propre système de valeur. «Si j'avais pu aller au Cégep pour être maman, je l'aurais fait».

Être le plus souvent avec ses enfants est une valeur commune aux deux groupes des compagnes (enceintes et mères). On veut terminer les études pour pouvoir enfin sortir les enfants de la garderie et s'en occuper à la maison. Sans hésitation, elles affirment ne rien regretter en ce qui concerne leur choix de mener à terme leurs grossesses. Elles s'entendent pour dire que, bien qu'elles puissent manquer de certaines choses en raison d'une grossesse à l'adolescence, l'enfant compense beaucoup par le bonheur et la joie de vivre qu'il peut apporter. D'autre part, ce que les jeunes mères désirent ardemment pour ne pas l'avoir vécu personnellement (à l'exception de l'une d'entre elles – la compagne-mère de la deuxième triade- provenant d'un milieu plus stable), c'est d'atteindre une certaine stabilité au niveau du revenu, de la famille élargie et du conjoint afin de l'offrir à leurs enfants. «Je veux lui donner une famille stable, moi j'ai vécu en famille d'accueil et je veux pas cela pour mes enfants» affirme la compagne-enceinte de la deuxième triade.

Avec la stabilité semble s'établir un réseau de personnes sur qui compter et le développement d'une routine de vie où l'imprévu et les crises ne sont plus choses communes. Croire en la possibilité de créer un milieu stable et fonctionnel constitue un levier d'action pour la compagne-mère de la première triade qui argumente qu'avec beaucoup d'efforts un tel milieu est possible. Encore une fois partagée, une autre valeur vient chapeauter l'ensemble des règles dans l'éducation des enfants: éviter de gâter son enfant. «Je veux pas la laisser m'avoir comme ma mère nous on l'a eue nous autres. Tsé la minute qu'on pleurait nous autres, on avait tout ce qu'on voulait», nous raconte la compagne-mère de la première triade.

Étroitement liée à cette dernière est la place accordée à la discipline. Les compagnes qui sont déjà mères insistent sur une discipline plutôt stricte avec les enfants et condamnent la violence envers les enfants. La compagne-mère de la première triade l'exprime avec assurance: «Y'a du monde qui disent ben moi j'y donnerais une claque et t'en vois faire à la plage. Moi je fais pas cela- ils manquent de persévérance je pense.» Cette même compagne-mère précise lors de cette discussion individuelle qu'elle recherche des informations sur les meilleures stratégies disciplinaires. Elle a pris conseil

auprès de la psychoéducatrice du CLSC à quelques reprises et s'informe fréquemment auprès de sa belle-soeur qui a consulté un thérapeute familial à cet effet.

Toutes sans exception témoignent de leur volonté indubitable à offrir à leurs enfants le plus possible ainsi que le meilleur de soi. Échapper à tout prix aux inégalités dont peuvent souffrir les enfants est un motif proclamé par la compagne-mère de la première triade: «Ma fille, je veux pas qu'elle soit défavorisée face aux autres». Par ailleurs, la stabilité dans les relations amoureuses est la valeur convoitée et défendue par toutes. À cet effet, la compagne-mère de la première triade l'exprime clairement: «ça me tente plus de vivre et de pas savoir qui va être dans ma vie et qui le sera pas.»

Le pouvoir : vision et conceptions

Compagnes

La question du pouvoir dérange les compagnes. La compagne-mère de la deuxième triade a été la première à manifester son inconfort. Elle propose de remplacer empowerment ou émancipation par épanouissement, ce à quoi acquiescent par la suite les autres compagnes. L'épanouissement semble les rejoindre davantage dans leurs propres quêtes personnelles. Or, elles définissent ce terme par la satisfaction personnelle. Le pouvoir transformé par l'épanouissement devient alors, pour l'ensemble des compagnes, liberté, volonté, capacité d'être heureux, «mordre» dans la vie, libre expression et sentiment que l'avenir nous appartient. Avoir la force de changer les choses pour le meilleur et sentir qu'on a le contrôle de sa vie et de son corps viennent aussi préciser la définition de la compagne-mère de la deuxième triade. Des exemples de leur vécu ont été amenés pour démontrer comment elles se sont senties épanouies. Par exemple, la compagne-mère de la première triade cite la réussite d'un examen scolaire et explique comment donner de la confiance aux autres dans leurs choix (par exemple, dans le cas des dyades, celui d'allaiter ou pas) peut être une expérience épanouissante. La compagne-enceinte de la deuxième triade se sent épanouie quand elle est témoin de nouveaux apprentissages chez son enfant (faire la lettre A par exemple). Sa compagne-mère suggère qu'encourager à se tenir debout pour ses choix, proposer des choix et

finalement laisser à l'autre le choix final soient toutes des façons de favoriser l'épanouissement. Le sentiment d'épanouissement s'inscrit aussi dans un cadre de connaissances, se sentir «équipée» ou «savoir de quoi je parle» et même simplement «comprendre ce que l'autre peut vivre pour l'avoir vécu soi-même» procure un sentiment d'épanouissement personnel et de valorisation.

Par ailleurs, la compagne-mère de la deuxième triade a poussé sa réflexion sur l'épanouissement jusqu'à la façon de promouvoir un épanouissement qui soit social. À son avis, l'épanouissement social capable de briser le chaînon de la pauvreté est celui qui fait la promotion d'apprentissages divers. Inconsciemment, elle fait référence au débat qui existe, dans le domaine de la santé, entre ceux qui font la promotion d'interventions qui visent uniquement l'adaptation des individus à leur environnement et ceux qui font la promotion d'interventions émancipatrices. Un programme d'accompagnement tel que celui qui est développé favorise justement les apprentissages et peut, à son avis, aider à interrompre le cercle de la pauvreté.

Avoir le goût de se dépasser et d'aller plus loin comme le démontre l'expérience de la dyade de compagnes (deuxième triade) est une sorte d'épanouissement. Finalement, pour la compagne-enceinte de la première triade, la grossesse est l'expérience privilégiée de pouvoir, parce qu'elle s'y sent bien, ne ressent aucun malaise et est heureuse.

Infirmières

La question concernant l'émancipation, énoncée comme suit : qu'est-ce que le pouvoir pour vous? a été reçue avec inconfort par les deux intervenantes. Bien que de nombreux textes sur l'empowerment et l'émancipation aient été remis à chacune au début du projet, son examen en entretien a été bref et donné avec réserves. Le pouvoir, pour elles, est presque exclusivement accompagné d'une connotation négative. L'abus de pouvoir, la prise de pouvoir, la monopolisation et le contrôle font partie du «mauvais» pouvoir tel que conçu par les infirmières. Un «bon» pouvoir, selon ces mêmes

intervenantes, c'est le pouvoir personnel i.e. sur soi: «Juste comme personne que t'aies un pouvoir sur toi-même c'est déjà beaucoup». Être capable de s'affirmer, capable de contrôler ses craintes peuvent être des formes de pouvoir pour une personne. L'intérêt envers la possession du pouvoir peut varier: «Y'a des gens que le pouvoir ça les intéresse pas du tout». D'autre part, un autre pouvoir est discuté: le pouvoir subtil, celui qui se développe sans utiliser la coercition, est celui dont on peut anticiper les meilleurs résultats à leur avis.

Le partenariat : développement et vécu

Le partenariat fait référence aux relations entre les infirmières et les compagnes. Deux types de partenariat existent : le premier se développant avec les compagnes-mères et le deuxième, avec les compagnes-enceintes. Le premier type s'est amorcé par de l'écoute et de la disponibilité dans le but d'offrir un soutien tant physique que moral. Celui développé avec les compagnes-enceintes, s'est fait de façon plus intense marquée par la régularité imposée par le suivi prénatal régulier aux deux semaines. Ce suivi prénatal inclut pour les gestantes vivant en situation de pauvreté une évaluation des besoins ainsi que des soutiens psychologique et alimentaire.

L'enthousiasme par rapport au projet semblait bon au départ. L'anticipation de nouvelles rencontres, d'apprentissages utiles auprès des compagnes et de nouvelles perspectives alimentaient l'intérêt des infirmières envers le projet. Pour l'intervenante de la première triade: «Tu peux découvrir plein de choses avec les gens que tu suis. Première des choses, on vit pas la même affaire chacun puis l'autre affaire c'est que ce que me dit l'une ou l'autre, ça va peut-être pouvoir m'aider à comprendre d'autres femmes». L'intervenante de la deuxième triade affirme: «ça fait que les gens...des fois quand tu prends le temps d'écouter ce qu'ils ont à dire ça va t'apporter une vision que toi tu voyais peut-être pas avec tes yeux». Reconnaisant auprès des compagnes que des réalités différentes les séparent, elles affirment tout haut leur conviction commune que «dans toutes relations humaines on découvre plein de choses, veut veut pas». De plus, l'intervenante de la deuxième triade précise que les visites prénatales aux deux semaines

peuvent parfois être difficiles à combler: «parce qu'à un moment donné, les visites aux deux semaines, tu te dis Bon de quoi on va parler..tout cela.. fait que cela n'augmente pas ma charge comme tel». Or, le projet d'accompagnement n'augmente pas la charge de travail habituel.

Double vécu du premier type de partenariat (infirmières/compagnes-mères)

Le premier type de partenariat fait appel aux interactions observées ou rapportées entre les infirmières et les compagnes-mères. En se référant aux données empiriques, on constate d'emblée qu'il n'y a pas eu de communication dynamique marquée par l'écoute mutuelle, aucune personnalisation de l'expérience de chacune et aucune prise d'initiative par les infirmières ayant pour objectif de résoudre les problèmes de façon conjointe avec les compagnes-mères. Les commentaires et actions entreprises par les infirmières viennent mettre en doute la reconnaissance qu'elles font de l'expertise des compagnes-mères. Entre autres, dans le cadre de la formation donnée aux compagnes-mères, la chercheuse a cru bon d'inclure le guide alimentaire canadien dans le document remis aux compagnes-mères. L'infirmière de la première triade a émis d'importantes réserves et clairement manifesté de la résistance à cet effet. L'argument principal étant que le suivi de l'alimentation prénatale s'inscrit dans les tâches des infirmières et que les gestantes en sont informées dans le cadre des cours prénatals. La chercheuse étant convaincue de l'importance du renforcement que les compagnes-mères peuvent contribuer à l'enseignement professionnel et après avoir vérifié le confort des compagnes mêmes dans l'utilisation du guide, ce dernier leur a été remis. De plus, d'autres commentaires contradictoires émis par l'infirmière de la première triade laissent douter de la confiance en l'expertise des compagnes-mères: «Des conseils ça pleut quand t'as eu un bébé- si vous autres vous jugez que c'est pas votre rôle - que votre rôle est celui d'écoute seulement...». Lors de la première rencontre en double triade hétérogène, elle affirmait «J'avais de bons trucs avec les bébés et c'est les mères qui me les avaient donnés». Mais l'expérience démontre qu'elle est préoccupée par l'idée que les compagnes-mères puissent jouer un rôle plus actif en enseignant ou confirmant l'enseignement que les compagnes-enceintes reçoivent des infirmières.

La peur d'une participation trop active des compagnes-mères traverse cependant le discours des intervenantes tout au long de la recherche. Un certain écart se creuse entre le discours et l'action des intervenantes. Peu de communication entre elles et les compagnes-mères a été observée ou rapportée. Même si, en entretiens individuels, on entend ce discours des intervenantes: «Je me demande si on leur donne assez de support aux marraines tu sais..c'est bien beau avoir des relances mais pas seulement des relances téléphoniques..» ou «faudrait qu'il y ait plus de rencontres en hétérogènes pour les motiver», aucune action n'est entreprise pour témoigner d'une congruence avec le discours tenu. Par exemple, la raison principale évoquée par l'infirmière de la deuxième triade pour expliquer le peu de communication avec sa compagne-mère était: « J'ai plus travaillé avec la femme enceinte, la compagne-mère, comme elle est pas là le jour, - moi, pour moi, c'est pas évident d'emmener le numéro de téléphone à la maison le soir puis appeler». L'autre infirmière a privilégié des relations distantes : «Alors s'il n'y a pas de problèmes, je suggère qu'il n'y ait pas de communication inutile».

Double vécu du deuxième type de partenariat (infirmières/compagnes-enceintes)

Étant donné que le suivi prénatal professionnel se fait aux deux semaines, des relations plus étroites se sont développées entre les compagnes-enceintes et les intervenantes professionnelles. Dans le cas des deux dyades, les intervenantes ont tenté à une reprise de motiver la compagne-enceinte à contacter sa compagne-mère. Les deux compagnes-enceintes, concernant la relation avec les professionnelles, affirment: «Avec elle, c'est l'infirmière qui me visite, c'est à peu près tout, on n'a rien en commun» et «Elle, c'est ma grossesse, c'est tout». Elles conçoivent le rôle de l'intervenante comme de s'informer sur la grossesse, apporter les coupons pour les suppléments alimentaires et les peser régulièrement. «Au fond, l'intervenante qui vient fait... pas grand chose parce que moi ça va bien» La compagne-enceinte de la première triade laisse supposer que sa confiance est plus grande envers son médecin que son infirmière: «La dernière fois qu'elle est venue, elle m'a juste demandé ce que le docteur a dit - et elle a pas aimé ce

que le docteur a dit - il m'a dit qu'à 38 semaines il pourrait m'induire pour pas que je l'aïlle en retard...elle elle m'a dit si j'étais toi, j'attendrais, rends toi donc jusqu'à 40 semaines..Je lui ai dit que le docteur c'est lui qui va m'accoucher- s'il me le demande, oui that's it..c'est lui qui va m'accoucher».

Quatrième phase d'implantation

Deuxième forum social

En réponse aux suggestions des infirmières de renforcer les rencontres physiques entre chacune des participantes, un deuxième forum (première soirée sociale) a été organisé pour la mi-février avec préavis d'au moins deux semaines. La date à laquelle la rencontre était fixée convenait à toutes. Concernant l'organisation des activités sociales, les intervenantes ont affirmé: «si on veut faire des choses, ça va prendre des sous. c'est à considérer..quand même nous autres on peut s'impliquer mais cela doit venir d'elles aussi». Or la première soirée proposée au CLSC dans le but de remercier les compagnes pour leur participation bénévole au programme a été l'organisation d'un souper où 4 repas (ceux des compagnes) auraient été payés, le reste des participantes (les infirmières et la chercheure) devaient assumer les coûts liés à leurs repas. Cette proposition a été refusée et jugée impossible à réaliser par la directrice de l'équipe de périnatalité. Un souper pizza aux frais de la chercheure avec film récréatif apporté par l'intervenante de la première triade, a été organisé par la chercheure. Finalement, le CLSC a remboursé les frais pour la pizza. Les deux infirmières ont été présentes pour la première heure et ont quitté précipitamment, la première pour une raison familiale et l'autre pour préparer un cours prénatal qu'elle avait choisi de re-localiser le soir même du souper afin de la libérer pour la période de ses vacances. Avant leur départ, la chercheure a remis le plan présentant l'échéancier pour les mois d'avril-mai et invitant les participantes à clôturer le projet par une fête extérieure chez la chercheure en juin.

L'une des compagnes-mères avait emmené sa fille et a dû quitter avant la fin du film. Vers 20h00, l'infirmière de la première triade s'est présentée de nouveau dans la salle, sans manteau, pour reprendre certaines choses qu'elle y avait laissées et pour

préparer la salle pour le lendemain. Un malaise certain était perceptible compte-tenu que les compagnes, ainsi que la chercheure, croyaient qu'elle avait quitté précédemment en direction de sa maison, à 25-30 kilomètres du CLSC, dans une des villes avoisinantes. Elle affirme être revenue au CLSC pour nettoyer la salle.

Cette soirée s'est terminée agréablement avec les compagnes présentes qui ont apprécié de se revoir en groupe et de s'amuser. Un premier rapport a été préparé par la chercheure (Annexe E) et remis en personne à chacune des participantes. Pour les compagnes, le tableau de cette annexe a été expliqué en détail et confirmé par chacune. Les intervenantes, elles, ont eu le tableau en leur possession durant deux semaines avant la triade homogène.

Triades homogènes transformées

L'émergence d'une fondation : la Fondation l'Arc-en-ciel

L'intérêt accru et soutenu des compagnes-mères et ce, malgré des conditions pour le moins non idéales, constitue la semence à partir de laquelle a germé l'idée d'une fondation. La représentation conceptuelle initiale de cette fondation avait pour objet de soutenir les efforts des compagnes et de leur apporter un soutien financier tout en leur offrant un milieu unique de prise en charge collective. La recherche et l'obtention de fonds serviraient à assurer le remboursement de frais de base tels que transport, gardiennage, activités formatives et sociales et assureraient le démarrage éventuel de programmes similaires dans la région de l'Outaouais. Une consultation par la chercheure auprès de chacune des participantes au projet eut lieu. C'est avec un enthousiasme indéniable que les compagnes-mères ont accepté immédiatement de participer au démarrage et à la création de cette fondation. Les deux infirmières impliquées dans le projet ont refusé catégoriquement d'y participer en questionnant le droit de la chercheure à entreprendre une telle initiative et en priant la chercheure d'en aviser la direction du CLSC. Une rencontre auprès de la cheffe du module Santé s'ensuivit afin de clarifier les buts et objets de la dite fondation. Cependant, une intervenante sociale ainsi qu'une psychoéducatrice du CLSC ont accepté avec intérêt de s'impliquer. Toutefois, la direction du CLSC leur a demandé de s'impliquer uniquement à titre personnel et non

comme représentantes du CLSC. La directrice a assigné son adjointe, la nutritionniste (cheffe, secteur social) de l'équipe et l'a libérée de ses tâches pour siéger aux réunions du conseil d'administration de la Fondation. La participation et une présence sporadique de celle-ci aux premières réunions du conseil indiquent qu'elle semble remettre constamment en question la pertinence de la Fondation. Cette remise en question a même fait l'objet d'une rencontre spéciale entre elle et la chercheuse. Ses inquiétudes quant à la pertinence de la fondation et au rôle du CLSC dans le démarrage et le fonctionnement de l'organisme ont été verbalisées. Ce qu'elle entrevoyait comme rôle possible du CLSC serait celui de constituer un milieu-ressource. La question posée par cette intervenante a été la suivante : quelle rémunération la Fondation pourrait offrir aux intervenantes impliquées pour de la supervision ou de la formation?!

Les compagnes-mères ont recruté rapidement trois autres mères intéressées à la fois à la création de la Fondation et au programme d'Accompagnement. Une représentante d'un organisme communautaire régional a aussi participé activement au démarrage de l'organisme. Des efforts soutenus et communs (démontrés par les rencontres collectives mensuelles), ont été apportés à la création de la fondation, la préparation de textes légaux et à l'identification des objets de la corporation. Les procès-verbaux en annexe (Annexe M) témoignent d'une participation de plus en plus active par chacune, particulièrement les compagnes-mères. En annexe, se trouvent aussi les premiers résultats du développement d'un site Internet fait par consultation auprès des compagnes avec leurs recommandations et approbations ainsi que des textes découlant des entretiens de la recherche (Annexe N).

Perception de la crédibilité du premier rapport par les infirmières

Le 13 mars, une rencontre avec la dyade homogène des infirmières avait pour but la confirmation des données présentées dans le premier rapport. L'infirmière de la première triade a fait part à la chercheuse de sa surprise à la lecture du rapport (Annexe E). Elle n'était pas satisfaite de l'évaluation de la chercheuse en regard de trois choses : le temps moyen mensuel que requiert le projet pour des actions infirmières,

l'identification des difficultés et des stratégies liées au recrutement et finalement le choix du lieu pour la réussite d'activités sociales. La chercheuse a invité l'infirmière à documenter ses activités pour le programme et la recherche et à modifier par la suite l'allocation de temps. Passant alors de 30 minutes à 1h par mois pour le programme, elle a, entre autres, identifié ces activités : coups de téléphone au début, réservation des salles, préparation de fruits pour le deuxième forum social et finalement 1-2 interventions auprès des compagnes-mères. Une heure par mois en moyenne, selon cette infirmière, a aussi été allouée pour la recherche : deux entretiens, lecture du protocole, textes remis en septembre, discussions entre infirmières. L'infirmière de la deuxième triade voyait difficilement comment l'on pouvait justifier davantage de temps. À son avis, le projet et la recherche n'ont demandé qu'un faible investissement : elle appuyait l'évaluation de la chercheuse mais elle s'est ralliée finalement à l'autre infirmière. La première lui a fait comprendre l'impact d'un tel rapport sur le démarrage de programmes similaires ou sur le suivi de plusieurs autres dyades de compagnes dans l'avenir. L'infirmière de la première triade a voulu préciser aussi les efforts déployés dans la recherche d'une troisième compagne-enceinte. Elle affirme avoir présenté le feuillet informatif lors des premières visites prénatales, ce qui contredit cependant son discours antérieur au cours duquel, elle précisait faire la promotion du programme lors du premier appel téléphonique. Elle a refusé de fournir une liste de clientes qu'elle aurait contactées. Elle évoque la confidentialité des numéros de téléphones des gestantes : elle a proposé plutôt de citer elles-mêmes les raisons évoquées (manque d'intérêt, n'en ressentent pas le besoin, etc.). Cependant, il est clair qu'avoir eu l'occasion de communiquer avec les gestantes ayant refusé de participer au programme aurait permis d'élucider les fondements de certaines raisons pour la non-participation et de proposer de nouvelles façons d'approcher les gestantes pour une participation au programme.

Enfin, cette infirmière questionne aussi la pertinence de tenir les activités sociales en dehors du CLSC. Il était noté dans le rapport que cette stratégie faciliterait la création d'un sentiment d'appartenance au groupe en évitant les dérangements susceptibles d'intervenir au CLSC. L'infirmière de la deuxième triade appuyait cette recommandation mais celle de la première n'en voyait pas la pertinence. L'infirmière de

la deuxième triade explique alors que si les activités ont lieu au CLSC, les infirmières auront tendance à répondre aux appels, à poursuivre certaines tâches liées à leurs rôles, etc. et, de ce fait, seront moins présentes à l'activité.

Une seconde version de ce rapport a été remise aux infirmières la semaine suivante et approuvée par les deux infirmières.

Confirmation auprès des compagnes (mères et enceintes)

Les tableaux présentés dans le rapport ont été révisés avec chacune des compagnes, mères et enceintes, et aucune modification n'a été apportée.

Rencontre informelle pour la création de la fondation

Le 27 mars, chez une compagne-mère, celle de la première triade, eut lieu une rencontre informelle pour discuter de l'orientation de l'organisme, (la fondation l'Arc-en-ciel dont le nom a été modifié en cours de route pour devenir Les Demi-Lunes, nom choisi par la nouvelle coalition de mères) et pour préparer une rencontre où la compagne-mère devait présenter à un groupe de femmes d'affaires de la région, les objectifs de la fondation et son expérience comme compagne. Deux autres mères habitant dans le même édifice se sont présentées chez cette compagne-mère au cours de la soirée. Cette dernière les avait invitées parce que ces mères avaient manifesté un intérêt à participer non seulement à la création de l'organisme mais aussi à l'expansion du bassin de compagnes-mères. Elles ont parlé de leurs propres expériences de la grossesse et de la maternité et ont confirmé les éléments suivants :

- les conseils et critiques de toutes parts;
- le manque de respect des intervenants professionnels dans les hôpitaux envers les jeunes mères;
- les problèmes d'allaitement et l'absence de marraines d'allaitement dans cette ville;

- les difficultés apparentes des intervenantes professionnelles en périnatalité à référer aux ressources communautaires ou leur manque de connaissances concernant ces ressources pour jeunes mères;
- l'importance d'avoir quelqu'un du même âge avec qui partager la période périnatale.

Par la suite, la compagne-mère de la première triade a remis un guide des ressources communautaires de la région et s'ensuivit une discussion sur ce qui manque pour les jeunes mères. L'une des amies présente a précisé que le rôle d'une compagne-mère devrait aussi être celui d'informer sur les ressources. La compagne-mère a ensuite pratiqué, devant ses amies, la présentation qu'elle allait donner au regroupement de femmes d'affaires. Après cette soirée, ces deux autres mères sont devenues aspirantes compagnes-mères, nouveau groupe auquel s'est éventuellement rajoutée une troisième aspirante compagne-mère, recrutée par la compagne-mère de la deuxième triade.

Deuxième conseil d'administration de la Fondation

À ce conseil se sont présentées les deux compagnes-mères du programme actuel, deux aspirantes compagnes-mères, une psychoéducatrice, une intervenante sociale, ainsi que l'adjointe à la direction du module santé du CLSC, la chercheure, et finalement, une représentante d'un organisme communautaire. Un texte sur l'entraide maternelle d'un groupe de Montréal (Lussier, David & Ouimet, 1996) fut remis et discuté et les problèmes dans le suivi réitérés (importance d'un mécanisme intermédiaire de soutien, d'une personne neutre pour l'encadrement des compagnes-mères, délimiter la durée de la participation au programme). De même les états financiers proposés par la chercheure ont été analysés. Il y a eu entente sur la mission de la Fondation et de ses activités, tels que présentés dans les pages qui suivent..

Mission de la Fondation

La mission développée et acceptée à l'unanimité par les membres du conseil d'administration, dont les compagnes constituent le groupe majoritaire, est de travailler

de concert avec des institutions publiques ou communautaires à l'émancipation ou l'épanouissement des familles socialement ou économiquement défavorisées et en attente d'un enfant ou avec de jeunes enfants.

La Fondation de bienfaisance publique l'Arc-en-ciel est née d'un désir de combattre la pauvreté grandissante des familles de l'Outaouais ainsi que des résultats de 6 années de recherche (maîtrise et Ph.D.) sur l'efficacité des programmes prénatals offerts en milieu défavorisé. L'émancipation (l'épanouissement) réfère ici à la collaboration ainsi qu'à la promotion des forces, des droits et des habiletés des individus dans l'apprentissage de:

- 1) la maîtrise de l'environnement à travers ses enjeux personnels, sociaux, économiques et politiques;
- 2) l'autodétermination, permettant d'améliorer la situation de vie.

Objectifs de la Fondation

À des fins purement charitables et sans intention de gain pécuniaire pour ses membres, la fondation a comme objectifs de:

- défendre et promouvoir les intérêts des familles vivant en situation de pauvreté ou de précarité;
- sensibiliser la population aux besoins des familles et de leurs enfants;
- offrir du soutien financier et de l'assistance organisationnelle à des mères de la communauté pour la création de programmes de pairs entraïdants et toutes formes d'accompagnement prénatal ou postnatal naturel;
- promouvoir l'autonomie et l'épanouissement des familles;
- se procurer, aux fins mentionnées ci-dessus, des fonds par voie de souscriptions publiques;
- recevoir des dons, legs et autres contributions de même nature en argent, en valeurs mobilières ou immobilières, administrer de tels dons, legs et contributions: organiser des campagnes de souscriptions dans le but de recueillir des fonds pour des fins charitables;

Activités de la Fondation

Les activités de la Fondation sont de trois ordres: 1) Recueillir des fonds et financer d'autres organismes, 2) Disséminer des connaissances et 3) Diriger certaines activités de son propre chef.

1) L'activité principale de la Fondation est de recueillir des fonds de divers organismes (Centraide Outaouais, Fondation de la Visite, Organisation nationale d'anti-pauvreté, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Clubs Optimistes, Ministère des finances - Loto-Québec) et auprès de citoyens désireux de contribuer financièrement à la Fondation. La sollicitation sera effectuée par des communiqués laissés dans des endroits communautaires, caisses populaires, ou présentés sur la chaîne communautaire. Les fonds recueillis seront partagés entre les institutions désireuses de procéder à la mise-en-oeuvre ou offrant déjà des programmes d'entraide pré- et post- natales. Ces institutions pourront être des organismes publics ou communautaires. Un groupe de femmes de la communauté pourrait alors, d'un effort collectif et pour répondre à un besoin du milieu, s'affilier à l'une ou l'autre des institutions ci-mentionnées et créer un programme d'entraide appuyé par la Fondation.

Les projets subventionnés par la Fondation l'Arc-en-ciel doivent satisfaire à l'objectif d'émancipation de la Fondation. Ils doivent démontrer comment ils favorisent le potentiel pour le groupe de femmes enceintes et de mères de prendre du pouvoir d'une situation ou d'un système les opprimant et répondre aux critères suivants:

- ⇒ Promouvoir l'implication active de membres de la communauté dans la prestation de services destinés aux familles, en période prénatale ou postnatale;
- ⇒ Favoriser une prise en charge collective et personnelle par les compagnes (mères bénévoles) qui travaillent dans les projets d'entraide;
- ⇒ Promouvoir l'autonomie et l'exercice de l'autodétermination des familles par la transmission d'information, la promotion des choix, et la liberté des décisions;
- ⇒ Encourager le transfert des habiletés développées à d'autres sphères de leur vie telles que gestion familiale et carrière professionnelle;

⇒ Prévoir une façon d'évaluer les forces et les difficultés du projet et soumettre un rapport à cet effet;

⇒ Faire appel au bénévolat.

2) La Fondation l'Arc-en-ciel prévoit des mécanismes de dissémination des connaissances (conférences, rapports, colloques, tables rondes) sur les activités de la Fondation et sur le succès ou les difficultés des projets subventionnés et mis-en-oeuvre. Les membres du conseil d'administration agiront à titre de personnes ressources à l'élaboration de programmes visant les mêmes objectifs. Ils pourront, au besoin, fournir des rapports de recherche aux intéressés, présenter les fondements de tels programmes d'entraide et assister à leur démarrage.

3) La Fondation compte tenir aussi ses propres activités de bienfaisance. Deux types d'activités sont prévus: ponctuel et continu. Comme activités ponctuelles, nous envisageons des rencontres informatives (éducatives et/ou sociales) auprès de femmes enceintes ou de jeunes mères, des activités de formation pour les compagnes-mères (mères bénévoles des programmes), la cueillette de biens matériels à redistribuer, l'organisation de cuisines collectives, etc. Comme activité continue, la Fondation pourra diriger la mise-en-oeuvre et l'opération de son propre programme d'accompagnement pré/post natal où des mères de la communauté sont jumelées à des gestantes ou à des mères pour offrir soutien émotif, aide matérielle et symbolique et échanger des connaissances. La Fondation s'engage à soutenir les mères bénévoles des projets d'entraide, à favoriser un climat d'échange d'expériences ainsi qu'à leur offrir un lieu privilégié de partage et de soutien mutuel.

Cinquième phase d'implantation

Double triade hétérogène

Lors du dernier entretien proposé en double triade hétérogène, i.e. où la présence de chacun des acteurs était sollicitée, chacun des éléments reliés au programme des compagnes ont été revus. Deux entretiens en triade hétérogène ont donc été remplacés par cette rencontre en double triade hétérogène afin d'obtenir une vision de l'ensemble

des acteurs. La liste suivante présente les différents thèmes de négociation envoyés à chacune avant la dite rencontre de négociation. Cette stratégie visait à faire connaître l'agenda de la rencontre et à favoriser une réflexion.

- Formation
- Recrutement
- Jumelage
- Rôles
- Déroulement
- Structures de soutien
- Entraide
- Impact d'un accompagnement prénatal
- Émergence d'une fondation
- Poursuite ou non du projet

Encadré 1 – Liste des thèmes de négociation envoyés aux participantes

L'infirmière de la première triade présente à cette rencontre a servi de modérateur et de facilitateur. La proposition de l'infirmière en remplacement de la chercheure pour diriger cet entretien avait pour but de faciliter la participation des compagnes tant sur les difficultés ou problèmes que sur les aspects positifs du programme. Le programme étant intimement lié à la chercheure dans la vision des compagnes, cette stratégie visait donc à favoriser une expression plus libre des opinions. De plus, le choix de l'infirmière avait pour but d'entraîner une certaine appropriation du programme par l'infirmière. Une orchestration sur certains points à l'agenda a tout de même été opérée par la chercheure.

Avant la rencontre, l'infirmière a informé la chercheure qu'elle désirait supprimer de l'ordre du jour le point portant sur la fondation ainsi que celui sur la structure de soutien i.e. sur le rôle du CLSC, croyant non pertinent d'aborder ces points avec les compagnes. L'infirmière possédait une grille différente (Annexe O) avec laquelle elle s'était familiarisée auparavant. Cette grille visait à ce que tous les points pertinents

soient abordés et qu'une négociation soit engagée. Avant que ne débute la rencontre, l'infirmière a précisé vouloir s'asseoir du même côté que la chercheuse, i.e. en face des deux compagnes présentes. La réunion a été dirigée par l'infirmière tel que prévu. Peu de verbalisation a été recherchée par l'infirmière auprès des compagnes, son discours recherchant surtout l'approbation de l'opinion qu'elle émettait quant au déroulement du programme. Cependant, l'opinion personnelle de l'infirmière n'a pas été précisée de façon claire et précise et la chercheuse a agi à ce niveau en demandant son avis fréquemment. Beaucoup de respect est observé entre les compagnes-mères. Elles sont solidaires des actions de l'une et de l'autre. La compagne-mère de la deuxième triade précise: «Moi je veux bien si elle participe aussi». Les négociations se font dans le respect des points de vue de chacune mais avec une affirmation spontanée des points divergents par exemple sur les objectifs des rencontres sociales récréatives et des suivis en individuel. Finalement, un processus de persuasion s'engage sur ces thèmes qui ne font pas consensus unanimement et peu de thèmes demeurent non résolus, à l'exception du bien-fondé du programme dont les questionnements de la part des infirmières ont surtout émergé des discussions subséquentes en entretiens individuels.

Or, le but de cet entretien était, selon la méthodologie de Guba & Lincoln (1989), de parvenir à autant de consensus possibles sur chacun des thèmes identifiés comme pertinents par le processus de la recherche. Les sections qui suivent détaillent les différentes résolutions auxquelles les compagnes-mères et l'intervenante sont parvenues. L'autre infirmière (de la deuxième triade) ne pouvait être présente à cette rencontre en raison d'une visite prénatale d'urgence. Il était aussi impossible pour les deux compagnes-enceintes (nouvelles mères) d'être présentes: un rendez-vous médical pour l'une et un malaise physique pour l'autre. Les points ont cependant été revus avec chacune des absentes. Les résultats représentent alors la vision de l'ensemble des participantes au projet.

Formation

En rétrospective, les compagnes affirment que la formation reçue s'avérait suffisante pour démarrer le projet mais elles émettent de judicieuses recommandations. Elles suggèrent qu'il y ait davantage de mises-en-situation, de jeux de rôles et de rétroactions de la part d'une professionnelle en relation d'aide. Sans l'avoir vécu durant la période de la recherche, elles réalisent pertinemment que dans certaines situations, la frontière entre l'empathie et la sympathie peut s'avérer ténue. Les dangers relevés par les compagnes sont d'abord de s'impliquer émotivement dans les problèmes des femmes, d'en être bouleversée à un point tel où on ne peut plus dormir et où notre vie familiale en est affectée. «Je pense que la chose la plus importante si tu veux survivre dans une relation d'aide c'est l'empathie, tu veux que cela reste sain comme relation. Un beau concept l'empathie mais c'est très difficile de ne pas devenir sympathique ou une béquille- l'empathie c'est la seule chose qui fait que personne n'étouffe». Une autre compagne fait état de la difficulté à donner des conseils sans avoir l'air d'ajouter aux nombreuses critiques et aux conseils dont la jeune mère est victime. «Bon tu sais, de pas devenir grand-mère poule avec nos conseils - tu sais une bonne façon de donner les conseils». Une priorité spéciale devrait être accordée à ces difficultés dans la prochaine formation prévue pour l'automne 1997 par la spécialiste en co-conseil, diplômée de l'organisme responsable canadien en ressources par les pairs (Peer Resources, 1052 Davie Street, Victoria-British Columbia).

Une compagne suggère que l'on s'inspire ou que l'on se procure le guide utilisé dans le cadre de son cours collégial portant sur la relation d'aide. L'utilisateur de ce guide devait choisir la meilleure réponse à apporter dans chacune des situations. L'autre compagne suggère que toutes les marraines soient conscientisées aux réalités des femmes enceintes qui vivent des difficultés financières. Une personne responsable d'un organisme régional d'aide aux personnes démunies viendra conscientiser les nouvelles compagnes aux difficultés financières, lors de la prochaine formation. Les compagnes refusent de nier la possibilité de devenir compagne à une mère d'un milieu plus aisé mais exigent que toutes soient conscientisées aux réalités de celles auprès desquelles elles

interviendront. «Parce que des fois quand t'as pas besoin de faire un budget puis que tu vas visiter quelqu'un qui vit très pauvre, y'a des choix que tu peux trouver aberrants - comment ça se fait que tu fumes quand t'as pas d'argent pour manger mais des fois, c'est des questions de survie».

Par ailleurs, une recommandation des compagnes ayant participé au projet a été de poursuivre le programme en période postnatale immédiate, i.e. jusqu'à huit semaines après l'accouchement et la chercheuse a suggéré qu'un volet postnatal soit intégré à la formation. Les compagnes considèrent que le volet postnatal est important: «Ce serait fou vraiment qu'une fois qu'elle ait accouché, qu'on la laisse tomber..c'est là peut-être que le besoin est le plus grand». Une récente publication portant sur un programme similaire dans la région de Montréal (Lussier, David et Ouimet, 1996) en fait aussi la recommandation. Ce texte alimente alors la discussion sur la formation des compagnes. Le tableau qui suit présente les différents volets de la formation identifiés par les compagnes et constituant la formation future des prochaines compagnes, prévue pour l'automne 1997. Des témoignages de marraines, exerçant un rôle similaire dans d'autres programmes tels que le GEM (Groupe d'entraide maternelle) et celui de la Fondation de la Visite à Montréal sont proposés afin d'enrichir le bagage des nouvelles compagnes. Les deux compagnes-mères ayant participé à la recherche vont aussi offrir un témoignage. Un volet sur les méthodes de relaxation a aussi été proposé par les compagnes à la fois pour elles et pour celles qu'elles suivront. Finalement, un exposé détaillé des différentes ressources communautaires régionales a été ajouté afin d'outiller les compagnes et pour qu'elles puissent diriger les femmes vers les ressources adéquates répondant à leurs besoins.

ÉLÉMENTS DE FORMATION	NOMBRE D'HEURES (identifiés par la chercheure)
Atelier d'orientation au programme	2
Relation d'aide	3
Co-conseil	2.5
La grossesse	2
La maternité (allaitement et soins)	1.5
Témoignages de marraines - Fondation de la visite & GEM - Compagnes-mères de la Fondation l'Arc-en-ciel	2
Économie familiale (ACEF)	1.5
Méthodes de relaxation	2
Ressources communautaires	1

Encadré 2 – Formation recommandée

Recrutement

Compagnes-mères

On recommande ici de poursuivre le moyen utilisé pour le recrutement de compagnes-mères et de procéder en plus par du bouche-à-oreille, par les compagnes. On encourage les compagnes-mères actuelles à regarder dans leur entourage et à procéder à un recrutement en fonction de leur jugement. En moins de deux semaines, les compagnes-mères ont effectivement recruté, à elles seules, trois nouvelles compagnes (aspirantes compagnes-mères auxquelles nous avons fait allusion précédemment). Ces dernières se sont activement impliquées depuis le mois de mars dans le démarrage de la Fondation l'Arc-en-ciel et elles participeront à la nouvelle formation qui sera donnée en septembre et dont la chercheure coordonne l'organisation.

La sélection des compagnes se fera en fonction de deux critères importants jugés fondamentaux par les compagnes: les attitudes et la motivation. Bien plus que les connaissances ou les habiletés, ce sont les attitudes et la motivation qui méritent la considération des compagnes. On veut éliminer autant que possible les mères avec des préjugés importants. Les compagnes-mères relatent des expériences négatives vécues alors qu'elles étaient enceintes et veulent éviter de telles situations aux nouvelles femmes enceintes. «Tu pourrais avoir une bonne femme qui s'imaginerait entrer là-dedans pour aller organiser une petite fille qui fait pitié - tu sais en pensant rendre services, la madame qui connaît tout. Je peux juste m'imaginer la pauvre fille qui va recevoir cela et qui va se faire bombarder...». Par un questionnaire qu'elles élaboreraient, appuyées par la chercheure, elles tenteraient d'évaluer les attitudes et les motivations à vouloir être compagne. Une courte entrevue servirait à clarifier certains points relevés dans le questionnaire et à faire la sélection finale. Seraient alors présentes les deux compagnes-mères ayant participé au projet cette année et d'autres personnes compétentes du CLSC, par exemple, ou de la Fondation. Les compagnes proposent de poser des questions dans le style: Quel genre de clientèle l'aspirante compagne-mère veut-elle visiter? Des réponses où serait précisé un refus de visiter des femmes appartenant à telles religions ou même des commentaires portant atteinte à une communauté culturelle quelconque viendraient assurément éliminer cette candidate.

Compagnes-enceintes

Les stratégies proposées et appuyées par les compagnes pour le recrutement des compagnes-enceintes sont la publicité par les feuillets informatifs qu'elles ont fait et qui circuleraient dans les centres communautaires, dans les bureaux de médecins, les CLSC, les caisses populaires, les églises, les bingos, une brève présentation du programme dans les classes prénatales, etc. Le projet des compagnes n'a pas fait l'objet d'une publicité à l'intérieur du CLSC sauf au sein de l'équipe de périnatalité où, à deux reprises, lors des réunions d'équipe, on a fait allusion au projet (Annexe P).

Pour une diffusion importante du projet et un recrutement adéquat, une plus grande visibilité du projet dans la communauté et dans les CLSC est prioritaire selon les compagnes. «Faut donner un maximum de visibilité au programme afin que les femmes enceintes y prennent part volontairement- un choix plus personnel et plus motivé». À cet égard, l'infirmière de la deuxième triade, rencontrée après cette rencontre en double triade hétérogène, indique que le recrutement des compagnes-enceintes s'est fait en imposant presque l'accompagnement prénatal. «C'est pas comme quelqu'un qui, de lui-même, qui vient s'inscrire dans un programme - là y'a la motivation, y'a comme une étape de plus de franchise». Le recrutement se ferait donc de la façon la plus large possible et on ne limiterait pas la participation des femmes en raison de critères préétablis. Toutes appuient l'idée d'élargir les critères. Pour la recherche, les trois critères initiaux (être francophone, vivre en situation de pauvreté et avoir déjà bénéficié du projet OLO) ont, selon l'avis des infirmières, limité grandement le recrutement. Au cours de cet entretien en double triade hétérogène, une compagne affirme: «Faut pas être punie parce que tu réponds pas à des critères- y'a tellement de type de familles aujourd'hui». Une vive discussion porte précisément sur le rejet de l'établissement de critères pour le recrutement des compagnes-enceintes. Le verbatim suivant fait la synthèse de cette discussion et constitue l'argument-clé ayant mérité le consensus. «En fait, on n'a pas à juger pourquoi une femme en a besoin de ce service là - juste parce qu'elle le veut devrait être suffisant. Écoute- elle l'aurait pas demandé si elle en avait pas besoin - fait que on n'a pas à juger pourquoi elle en a besoin. Faut juger ce qui motive les gens à aider d'autres gens. Faudrait pas répondre à des critères pour devenir compagnes-enceintes».

Elles réfléchissent en groupe au problème qui peut se poser s'il y a un nombre supérieur de demandes de la part de femmes enceintes que de compagnes-mères pour répondre au besoin. La priorité devrait aller à celles qui sont vraiment isolées. «Tu sais, elle est seule, pas de conjoint, puis elle a pas de contacts avec sa famille et en plus elle est très démunie - ben moi je donnerais priorité à elle plutôt qu'à une femme mariée, qui a déjà un enfant - qui a une voiture et que ce serait comme juste pour le plaisir».

L'infirmière présente rappelle alors que la perception de chacun à l'égard des besoins

d'autrui peut ne pas être fondée ni même également ressentie par l'individu en question. Un second consensus émerge alors lorsque la compagne-mère de la deuxième triade propose de miser sur la précision dans la publicité en regard de la description du service afin d'éviter les femmes qui sont trop dans le besoin puis les femmes qui sont pas dans le besoin. «Une façon subtile de ne pas imposer de critères à toutes les femmes qui veulent s'inscrire mais à limiter les femmes qui auraient le goût de s'inscrire c'est en posant des critères sur le service qui est offert- c'est que si tu définis clairement- tu reçois cela- ben les femmes qui vont là juste pour passer le temps s'inscriront pas». En somme, procéder à une auto-élimination par les femmes en écartant les attentes démesurées de même qu'en délimitant clairement le service d'accompagnement prénatal.

Jumelage

L'anticipation du développement d'une relation d'entraide requiert une certaine préparation. Pour jumeler les compagnes entre elles, on doit d'abord connaître quels sont les critères pertinents sur lesquels fonder le jumelage. À cet effet, une compagne-mère résume bien la situation: «L'âge est super important parce que si la fille enceinte - elle a 16 ans puis tu lui amènes une madame qui a eu ses enfants à 28 ans après s'être mariée puis déjà avoir acheté sa maison.. je pense que c'est important qu'elle se sente pas jugée, par critiquée, puis faut qu'elle se sente comprise. C'est comme le même principe que les grands frères et les grandes soeurs - tu vas aller d'après les goûts, les intérêts. Des questions générales telles c'est quoi ton plus grand rêve, tes objectifs..c'est super important . Je suis pas l'infirmière, je suis pas la travailleuse sociale. je viens pas rien lui apprendre - je viens juste partager avec elle.... Si on partage rien d'avance....»

D'ailleurs, la liste qui suit présente les critères sur lesquels sera fondé à l'avenir le jumelage entre les compagnes. Les infirmières avaient une vision différente du premier critère. Selon elles, il semblait préférable de jumeler avec une mère plus âgée. La raison principale traitait d'une disponibilité probablement plus grande de ces mères comparativement aux jeunes mères aux études. Les intervenantes attribuaient les difficultés dans le suivi entre les compagnes aux compagnes-mères: «C'est alléchant pour

elles quand tu leur en parles, mais dans la vraie vie en réalité, elles ont une famille, vont aux études, ont des enfants aussi... elles en ont peut-être trop pris»(intervenante de la deuxième triade). L'autre intervenante affirme aussi: «Elles sont souvent monoparentales les marraines, en charge d'enfants, y'en a qui essaient de se replacer sur le marché du travail, y'en a qui finissent leurs études- on se rend compte que leur disponibilité est peut-être pas aussi grande qu'on pensait». Cependant, toutes les compagnes confirment qu'une compagne doit avoir le même âge ou presque que le femme enceinte. Les deux compagnes mères sont d'avis que malgré un alourdissement de leur horaire en période scolaire, cela n'affecte pas leur disponibilité bimensuelle pour leurs compagnes. Ce moment est un temps privilégié qu'elles s'accordent et dont elles anticipent allègrement l'occasion.

- Âge
- Enfants à la maison
- Occupation principale
- Déroulement de la grossesse
- Passe-temps/rêves
- Milieu

Encadré 3- Liste des critères facilitant le jumelage

Un second critère de jumelage qui rallie toutes les compagnes est le nombre et l'âge des enfants à la maison. Si les compagnes partagent une expérience maternelle similaire, une complicité plus grande pourra vite se développer entre les deux. Par ailleurs, une occupation commune comme les études ou le marché du travail doit aussi servir de critère de ralliement. Le déroulement de la grossesse a aussi été relevé comme significatif par une compagne-enceinte (première triade). En entretien individuel, elle a souvent relevé le fait que sa compagne avait vécu une grossesse totalement différente de la sienne, avec beaucoup de complications et de difficultés liées au fait qu'elle était monoparentale, etc... Or, en autant que possible, il serait préférable de jumeler des femmes monoparentales ou deux femmes avec conjoints et tenter de jumeler aussi les grossesses. Il s'avère cependant impossible de prédire le cours d'une grossesse, mais d'y

porter une attention particulière pourrait éviter que de fausses peurs soient transmises à une compagne-enceinte dont la grossesse se passe sans aucune complication.

D'autre part, la partage de passe-temps ou d'activités préférées est un atout majeur dans le succès du jumelage. On propose de poser une question sur le plus grand rêve de la femme enceinte et ainsi parvenir à jumeler en fonction de rêves similaires ou d'une compréhension mutuelle de rêves personnels. Finalement, et non le moindre, jumeler en fonction du milieu socio-économique des compagnes.

On a obtenu consensus sur la façon de parvenir à un jumelage plus naturel que celui dont les compagnes ont bénéficié. Étant donné que les 4 compagnes étaient connues du CLSC, les intervenantes professionnelles les ont jumelées. Elles se sont rencontrées lors d'un dîner communautaire pour femmes enceintes auxquelles nous les avons toutes invitées. Ce qui est proposé est que des publicités informent d'une rencontre pour toutes celles qui seraient intéressées à participer. Lors de cette rencontre, les femmes enceintes seraient accueillies à l'entrée par une compagne-mère qui leur demanderait, à ce moment, de remplir un questionnaire. Chacune des compagnes-mères se présenterait alors officiellement et le programme d'accompagnement serait clairement expliqué par l'une d'entre elles. Par la suite, la soirée se déroulerait de façon beaucoup moins formelle et les compagnes-mères se promèneraient dans la salle afin de rencontrer les femmes présentes. Par la suite, les compagnes-mères se rencontreraient pour discuter de la soirée et examiner les questionnaires. En fonction des contacts déjà amorcés avec les femmes enceintes et des questionnaires remplis, elles décideraient entre elles du jumelage. Une compagne-mère propose que des mères soient quand même poussées vers des femmes enceintes en raison de leur expérience particulière ou simplement de la différence que peut faire un «je comprends» au lieu d'un «j'imagine». Les compagnes insistent profondément sur les similitudes que l'on peut reconnaître dans le vécu afin d'assurer un jumelage plus pertinent.

Une intervenante professionnelle du CLSC ou de la Fondation pourrait aider à ce moment. Par la suite, la compagne-mère contacterait sa compagne-enceinte pour

l'informer qu'elle pourra participer au projet et du même coup se présenterait alors comme étant sa compagne-mère.

Rôles de chacune

Compagne-mère

On réitère le rôle d'amie qui écoute, répond aux besoins de soutien émotif et ne juge pas. La disponibilité, l'absence de jugements et une ouverture aux besoins des compagnes-enceintes et des réponses à apporter s'avèrent primordial.

Compagne-enceinte

La compagne-enceinte, suite à l'expérience empirique, peut apporter à sa compagne-mère son expérience personnelle, sa propre perspective sur divers éléments dont la grossesse et la maternité, confirmer ou confronter certaines valeurs personnelles, familiales ou sociales, devenir un modèle, une source de motivation pour sa compagne-mère et même une nouvelle amitié. Le processus d'accompagnement a démontré que les deux compagnes-mères, par l'entremise de cette relation développée avec les compagnes-enceintes, se voient confirmées dans leur désir profond de vivre une autre grossesse. «Moi en ce moment, je vis une très grosse bosse d'avoir un autre enfant - ça fait que...être alentour de quelqu'un tsé qui est enceinte bon bien plutôt que moi tomber enceinte, tsé ça compenserait». En plus de mentionner cette ouverture à d'autres perspectives et l'avantage de faire connaissance avec une autre femme ayant connu une expérience similaire difficile, elles ont trouvé que leurs compagnes les ramenaient à la simplicité...»parce qu'il faut être très simple quand on attend un bébé...ça devient tout ton monde- tu te donnes complètement...donc revenir à tout ce qui est simple». Les compagnes-mères doivent être prêtes à accueillir tout ce que les compagnes voudront bien leur offrir par cette relation d'entraide.

Infirmière

Les compagnes-mères ont affirmé désirer un rôle plus actif de la part des infirmières dans le sens où elles seraient de vraies intermédiaires entre les compagnes. De cette façon, il serait plus facile de juger du déroulement du suivi entre les compagnes. Les compagnes-mères ont toutes les deux eu beaucoup de difficultés à percevoir le désir, l'intérêt des compagnes-enceintes à bénéficier d'un accompagnement. Or, elles jugent que les infirmières, ou celle qui serait responsable de l'encadrement plus formel des compagnes-mères, pourraient les aider à juger du besoin ou non des rencontres d'accompagnement. La compagne-mère de la première triade aurait souhaité un lien plus étroit entre elle et son infirmière afin de juger conjointement du besoin d'accompagnement de la compagne-enceinte. Elle aurait aimé que l'intervenante agisse davantage comme une intermédiaire dans le but de mieux cerner les besoins réels de la compagne-enceinte. La compagne de la deuxième triade fait cette nuance: « Je me laisserais entièrement libre de mes actions et de contacter l'intervenante au besoin ». Toutes deux savaient qu'elles pouvaient s'entretenir avec les intervenantes au besoin et avaient de plus, des contacts réguliers avec la chercheuse.

Les intervenantes du CLSC se sont positionnées par rapport au projet. Elles en arrivent à la conclusion qu'elles ne peuvent assumer la direction d'un tel projet communautaire à moins qu'il ne s'insère dans le projet actuel des dîners-partage. Un accompagnement naturel, excluant des visites en dyades, pourrait se créer à ce moment et les rencontres mensuelles servir de point de rencontre. Cependant, les compagnes (mères et enceintes) affirment que les suivis individuels sont nécessaires au développement d'une relation intime, d'amitié et de confiance. Les dîners-partage sont intéressants par les liens qui peuvent se développer entre les femmes, les conférences offertes et les recettes simples qu'elles peuvent retenir mais ne permettent pas le développement anticipé d'une relation née d'un accompagnement prénatal.

Les intervenantes désirent tenir un rôle de personnes-ressources au besoin. Elles affirment pouvoir offrir leur contribution dans la formation des compagnes mais ne peuvent, en raison d'un alourdissement de leurs tâches respectives occasionné par le virage ambulatoire, poursuivre le projet des compagnes de grossesse.

L'accompagnement périnatal

Les compagnes-mères réitèrent leur conviction quant à la contribution qu'elles peuvent offrir, en tant que compagnes, à d'autres femmes de leur communauté qui vivent une expérience de grossesse et de maternité. Les compagnes-enceintes ont aussi apprécié le service et conviennent que l'accompagnement répond à un besoin réel des jeunes gestantes vivant en situation de précarité financière ou autre. Dans le cas où elles auraient sollicité volontairement le service, le déroulement de l'accompagnement aurait peut-être été différent. En effet, toutes deux affirment, qu'au départ, elles n'en ressentaient pas nécessairement le besoin mais étant donné qu'il fut présenté par les infirmières et comme élément complémentaire à OLO, elles n'étaient pas entièrement à l'aise pour refuser le service.

Finalement, toutes les compagnes s'entendent sur ceci: le programme devrait s'échelonner jusqu'à 8 semaines après l'accouchement. Ces deux premiers mois postnatals étant considérés, à leur avis, comme les plus difficiles: «Après l'accouchement, je trouve que c'est les premières 5-6 semaines qui sont les plus dures, le bébé dort pas la nuit, t'es debout chaque deux heures...». L'inscription au programme pourrait avoir lieu à tout moment en cours de grossesse. Des contacts réguliers à raison de deux par mois feraient partie du programme. Ces contacts, qu'ils soient des visites personnelles à domicile ou des rencontres tenues ailleurs ou même des appels téléphoniques, demeurerait à la discrétion des dyades. Or, en moyenne, on peut anticiper que l'accompagnement périnatal durerait entre 20 à 28 semaines dans le cas où l'accompagnement serait amorcé dès la 16^{ième} semaine de grossesse. Six visites personnelles au minimum devront être accordées aux compagnes-enceintes. Si plus de deux mois ne s'écourent sans aucun contact, la compagne-enceinte serait avisée de la fin

de sa participation au programme. De cette façon, on évite que d'autres compagnes-enceintes qui pourraient bénéficier d'une compagne soient rejetées, faute de ressources disponibles.

Les compagnes proposent également que, tout comme dans le cadre de la recherche, deux activités sociales récréatives soient organisées pour l'ensemble des compagnes-enceintes. Une première rencontre sociale pourrait présenter aux gestantes un film ou une comédie, afin de briser la glace et de ne pas intimider les femmes au début. La seconde activité pourrait très bien être l'organisation d'un repas commun et d'une soirée sans enfant. Une compagne-mère s'oppose vivement à la tenue de rencontres éducatives formelles. La compagne-mère de la deuxième triade refuse de compter parmi les éléments formels de l'accompagnement des activités exclusivement éducatives. «Quand on est jeune, démunie et enceinte, on se retrouve entourée d'experts qui veulent nous éduquer, nous informer, nous outiller et c'est bien sauf que notre vie devient si lourde de responsabilités, qu'on manque d'occasion d'avoir une activité sociale avec des gens qui partagent notre expérience». Elle demeure cependant ouverte à une quelconque activité où le volet éducatif serait voilé par une activité divertissante, par exemple lors d'une cuisine collective.

Le consensus final entre les compagnes-mères présentes à cet entretien en double triade hétérogène, et approuvé par les compagnes-enceintes lors du dernier entretien individuel, est que l'accompagnement doit inclure un suivi individuel ainsi que deux rencontres sociales récréatives. Les infirmières ainsi que l'adjointe du module santé, impliquée dans le projet d'accompagnement surtout lors de l'organisation initiale, doutent de l'importance d'un suivi individuel et auraient privilégié des liens informels lors des dîners-partage déjà mis en place par le CLSC. Les gestantes ont cependant confirmé une appréciation plus grande du jumelage individuel qui répond davantage aux besoins d'écoute, de partage et d'intimité des gestantes.

Déceptions

Avant de préciser la vision des acteurs sur le processus d'émancipation, il apparaît judicieux de présenter les déceptions des acteurs par rapport au déroulement du programme. Nous croyons que la réponse accordée à l'expérience de ce processus est modérée entre autres par les déceptions vécues et ressenties. Or, sur une période de plus de 9 mois, des déceptions ont été inévitablement verbalisées. Seront ici présentées en premier lieu les trois déceptions exprimées par les compagnes-mères, dont l'une est aussi verbalisée par l'infirmière de la deuxième triade. Par la suite sera révélé l'impact du projet pour chacun des acteurs en termes de significations des expériences et d'habiletés personnelles et collectives développées.

Une déception commune aux deux compagnes-mères est le sentiment d'avoir en quelque part échoué dans leur rôle de compagne: «Je suis déçue de moi» affirme la compagne-mère de la deuxième triade, «parce que je trouve que j'aurais dû être plus, j'aurais vraiment voulu que l'on puisse se voir à toutes les deux semaines». Elles expriment la peur de ne pas avoir rempli leurs rôles de façon adéquate. Lors d'une rencontre informelle au CLSC après le dernier entretien, l'infirmière de la deuxième triade exprime des regrets quant à son implication qu'elle juge faible. Cette infirmière relève comme facteurs contraignants l'instabilité de l'équipe de périnatalité et les changements imminents entraînés par le virage ambulatoire.

Une seconde déception commune aux compagnes-mères est que la relation n'ait pas atteint la profondeur désirée et anticipée. Il y a eu amitié plus profonde dans la deuxième dyade mais pas dans la première. Par moment, les efforts déployés en vain ont eu un effet démoralisant. La compagne-mère de la première triade exprime un reproche à sa compagne-enceinte qui l'a laissée dans le doute de leur relation. «Quand tu deviens mère, t'as besoin de t'affirmer de toute façon - avec tout le monde qui se garoche sur toi, c'est un petit quelque chose qui compte. Si elle avait dit- cette personne là je m'entends pas super bien avec elle - j'en préférerais une autre, c'est une petite affaire mais ça moi là, l'affirmation de soi, je trouve que...». Il est regrettable de constater effectivement

qu'elle a intégré personnellement les raisons de non-motivation de sa compagne envers le programme. Elle semble croire qu'elle en serait la cause. Bien qu'elle ait été informée à maintes reprises par la chercheuse lors des entretiens ou des contacts réguliers que telle n'était pas la raison des refus de sa compagne-enceinte, il n'en demeure pas moins qu'elle est demeurée malgré tout avec cette perception.

Finalement, l'unique déception de l'infirmière de la première triade est qu'un volet de la formation initiale, soit celui de la grossesse et de l'accouchement, ait été donné aux compagnes-mères par une infirmière qui n'est pas du milieu mais de l'extérieur de la région. Le lundi suivant la prestation de ce volet, elle avait téléphoné à la chercheuse pour fixer une rencontre au CLSC. À ce moment, elle avait fait part de ses inquiétudes face à la formation donnée: trop approfondie affirme-t-elle. Elle s'inquiétait pour les marraines qui avaient reçu cette formation. Elle affirmait de plus, avoir décelé un sentiment de peur chez ces dernières lors de la formation. Les éléments abordés étaient: les inconforts durant la fin de la grossesse et comment y remédier, à quel moment venir à l'hôpital et l'importance d'une saine alimentation durant la grossesse (dont la remise du guide alimentaire). Lors de l'atelier suivant de formation, la chercheuse avait proposé un retour précis sur les deux autres formations afin de clarifier les peurs et incertitudes des acteurs. Les deux compagnes-mères ont affirmé n'avoir appris rien de nouveau par cette formation mais elles ont eu l'occasion de confirmer ce qu'elles savaient déjà en plus d'apprendre quelques trucs pour éliminer certains malaises. Elles nient s'être senties inconfortables face aux informations mais affirment plutôt avoir désiré en apprendre davantage. Cette formation leur a plu parce qu'elles ont aussi eu l'occasion de partager leurs propres expériences personnelles.

Sixième phase d'implantation : Impact personnel

Entretiens individuels auprès des compagnes

Compagne-mère de la première triade.

Significations

La compagne-mère de la première triade, malgré une déception importante vécue dans sa relation d'entraide, rapporte avoir retiré beaucoup de cette expérience. Avoir le sentiment que quelqu'un peut avoir besoin de toi, se fie sur toi, cela confère un sentiment d'importance et de valorisation. En plus de trouver enrichissant de pouvoir comparer le vécu d'autrui au sien, elle a pris conscience d'autres avenues possibles qu'elle n'envisageait pas auparavant : «Elle, elle parlait de déménager loin avec son chum puis tu sais...toi tu le sais pas, tu vis ce que tu vis..tu sais pas ce que tu peux faire aussi».

Par ailleurs, une prise de conscience fondamentale a été réalisée au niveau des attentes. En somme, elle a appris que les événements de la vie ne se déroulent pas toujours comme on le veut, ce qu'elle savait déjà mais avait oublié. Malgré des attentes trahies, elle réitère son désir de poursuivre son rôle de compagne-mère auprès de jeunes femmes enceintes plus en besoin et qui rechercheraient volontairement le service d'Accompagnement.

Habilités

De cette expérience, elle retire qu'il peut être difficile de rester empathique et de ne pas sombrer dans un désespoir quant à ce que l'autre peut vivre. «Je reste ouverte à ce que l'autre vit mais je ne me décentralise pas, t'es pas jetée à terre quand t'arrives le soir et t'as pas le goût de brailler tu sais...». En fait, le programme d'accompagnement lui a permis d'expérimenter en pratique ce qu'elle apprend dans son cours en travail social. Cette expérience lui a fait voir l'importance de l'écoute et le respect du silence dans une relation: «Tu sais si quelqu'un parle peu, t'as tendance à vouloir dire tout de suite quelque chose pour arrêter le silence». Malgré peu de contacts personnels, elle précise avoir dû mettre en pratique ces deux habiletés de la relation d'aide.

Dans le cadre de son implication comme stagiaire au CLSC, exigence de son cours collégial, elle participait de plus à l'organisation des dîners-partage pour les femmes enceintes à raison d'une journée par mois. Au niveau parental, cette participation communautaire lui a fait prendre conscience que «c'est pas tout le monde qui est pareil» et que l'on doit composer avec cela, surtout dans le cadre des relations d'entraide d'un programme d'accompagnement. Sa vision de la discipline ou des soins à apporter au nouveau-né a été confrontée à celles des autres. Cela oblige à revoir ses propres convictions et les renforce parfois ou incite à questionner ses fondements. Elle prend plaisir à écouter les autres et à apprendre des expériences d'autrui: «les femmes parlent et disent ce qu'elles pensent- ce qu'elles vivent et comment elles dealent avec ces affaires là..c'est un apprentissage pour tout le monde». Au cours de l'un de ces dîners, elle a fait connaissance avec une autre femme enceinte qui lui a dit qu'elle aurait aimé cela l'avoir comme compagne-mère et cela lui a fait prendre conscience de ce besoin qu'elle avait de se sentir voulue: «J'avais besoin de me le faire dire- tu sais Ah toi, j'aurais aimé cela avec toi». Un regain d'enthousiasme l'a alors envahie.

Par ailleurs, son introduction à la recherche et au développement d'un programme l'ont enrichie professionnellement: « Fait que là je sais quand tu fais des affaires, quand t'essaies de faire des activités avec une clientèle, je vais peut-être savoir plus comment vérifier ce que j'ai fait.. tu fais des grilles là puis tu les mets en dossier pour savoir comment cela a été...». Elle a aussi réalisé, non sans déception, une certaine réalité du monde du travail: «J'ai appris que les intervenantes sont pas tout le temps... elle se donnent pas tu sais..t'es là pour la paye..ça j'ai remarqué, pour tout le projet et les dîners aussi, c'était pas ce qui leur tentait le plus». À son avis, un travail de relation d'aide quel qu'il soit exige de se donner entièrement et sinon, ne pas le faire ou du moins se forcer car «c'est pas l'fun pour la personne qui est là, tu te sens pas bien».

Son implication active lui a aussi fait prendre conscience qu'elle veut plus qu'une simple technique collégiale. Des intérêts accrus envers les gens, comment ils pensent et

envers les techniques d'animation se sont développés chez elle suite à sa participation aux dîners-partage et au programme d'accompagnement.

Compagne-mère de la deuxième triade

Significations

Une signification importante attribuée à la participation au programme a été sans contredit d'avoir eu l'occasion de renforcer son propre désir de devenir mère à nouveau: «ça m'a épanouie dans mon désir de jouer à la maman à temps plein» affirme la compagne-mère de la deuxième triade. Dans cette dyade de compagnes, le partage de vécu a rappelé l'importance d'être mère et la valeur que cela apporte à une communauté, pas juste dans une famille. En voulant lui transmettre cette importance, elle s'est elle-même valorisée dans ses valeurs.

Pour cette même compagne-mère dont le suivi s'est déroulé de façon intensive, les visites à sa compagne l'énergisaient visiblement: «Quand je revenais chez nous, je me sentais pas vidée du tout, au contraire, au contraire; j'avais envie de ..je sais pas..de lever les enfants et d'aller jouer au parc! J'étais pleine d'énergie- j'avais envie de faire tellement de choses...». Avoir une heure juste pour soi, où on a le droit de parler, d'avoir du fun et d'aller faire n'importe quoi c'était une activité fort appréciée. Ses démarches auprès de sa compagne l'ont amenée à réfléchir sur la valeur du temps, l'utilisation que l'on en fait et donc des priorités accordées en fonction du temps: «Le temps, c'est comme si on s'écoutait parler, on aurait toujours plein de choses à faire, toujours pressées mais finalement on n'arrête pas de se plaindre et on fait rien. Tu sais..Là je prends cela plus cool..avec ma compagne, on s'arrête». Elle situe sa prise de conscience au niveau de sa capacité à gérer l'utilisation de son temps: «Finalement, c'est que c'est à moi de décider de mon temps, on en a toujours du temps».

Une autre réalisation personnelle découlant de sa rencontre a été d'apprécier plus intensément sa propre vie et de tempérer en quelque sorte ses insatisfactions personnelles. Comment s'est opérée cette prise de conscience? Elle a seulement observé la vie difficile

de sa compagne: «Quand tu vois cette fille, plus jeune que moi, elle partait tous les matins en espadrilles en plein hiver, allait prendre l'autobus de la polyvalente, à 20 ans là...tout cela pour finir son secondaire puis tu lui demandes pourquoi elle fait tout cela parce..pour que sa fille soit fière d'elle». «Elle m'a appris à aimer ma vie». Elle parle d'une tolérance supérieure face aux événements de la vie, face à ses limites et à ses faiblesses par une réduction de la borne qu'elle s'impose constamment. À regarder sa compagne se battre tous les jours pour des choses bien importantes, elle s'est renforcée elle-même dans sa capacité à rester positive et à ne pas être défaitiste. Elle affirme que lorsqu'elle avait le goût d'abandonner le cours qu'elle prend à l'université, elle pensait aux efforts de sa compagne, ce qui lui transmettait l'énergie et le courage nécessaires à la poursuite de son cours.

Elle précise que d'avoir constaté de ses propres yeux et perçu chez sa compagne des conditions de vie difficiles, telles qu'habiter dans un immeuble dont les conditions sanitaires sont douteuses, l'a bouleversé. Elle s'est alors imposée une remise en perspective de ce que constitue la richesse et la pauvreté. Être pauvre, être riche tout cela dépasse une simple question mathématique. Elle regarde sa vie différemment et apprécie tout ce qu'elle a. «Tout ce que j'avais ici là c'est tout ce que j'ai besoin».

Finalement, cette compagne témoigne de sa prise de conscience d'une chose fondamentale: «16-17-18 ans c'est trop jeune pour avoir des enfants». Ayant elle-même passé par-là, elle constate avec regret qu'à cet âge, d'autres préoccupations devraient occuper l'esprit des jeunes. Ce n'est pas pour rien affirme-t-elle que les familles les plus pauvres sont les familles les plus jeunes. «C'est pas juste la société qui met le doigt sur elles- c'est une vision réaliste».

Habiletés

À son grand étonnement, elle constate qu'en fait, après avoir voulu devenir un modèle pour sa compagne, c'est sa compagne-enceinte qui est devenue un modèle pour elle-même: «Elle est comme devenue mon idole là...- je me sens comme si c'est moi qui

a reçu des leçons de vie de cette expérience plus que elle je pense». Ce point confirme alors la réciprocité de la relation d'entraide. Des habiletés ont été développées et pratiquées surtout au niveau du soutien du processus d'épanouissement chez sa compagne par la proposition de diverses options auxquelles était confrontée la compagne-enceinte. Le but ici de la compagne-mère était de favoriser l'exercice de la volonté chez sa compagne et de lui démontrer un grand respect.

Une prise de conscience au niveau socio-économique a précipité des échanges profonds entre elle et son conjoint. D'une part, elle a constaté que ce que la société d'aujourd'hui valorise toujours c'est l'acquisition matérielle de biens non essentiels: «Maintenant l'argent si t'en as- plus il t'en faut... l'argent c'est pour partager. Je n'ai pas besoin de plus qu'il m'en faut; j'en veux même pas plus». Elle attribue le renforcement de cette conviction et la réorganisation de ses priorités au côtoiement de sa compagne. Avec son conjoint, un nouvel engagement est articulé : «On va pas vivre le reste de notre vie pour avoir plus d'argent». L'importance accordée aux moments passés avec ceux que l'on chérit est aussi l'objet d'une discussion et d'une affirmation conjointe de sa primauté absolue.

Compagnes-enceintes des deux triades

Les deux compagnes-enceintes ont apprécié le programme d'accompagnement. Initialement, les deux n'ont pas fortement ressenti le besoin de bénéficier d'un accompagnement prénatal ni même verbalisé un vif intérêt envers le programme. Il s'avère difficile pour elles d'en évaluer l'impact. La compagne-enceinte de la première triade, devenue mère, confirme la réponse du programme à un besoin de partage et d'échange chez les compagnes qui le demandent, qui sont seules et vivent une grossesse dans des conditions difficiles. Cependant, «même après l'accouchement, je sentais pas que j'avais besoin d'une compagne de grossesse». Enfin, elle affirme avoir apprécié grandement les coups de téléphones de sa compagne. Pour celle de la deuxième triade, une appréciation certaine du temps passé avec sa compagne est formulée. Ces moments

lui ont permis de parler, d'échanger sur son vécu et d'être rassurée quant à ses inquiétudes.

Questionnaire auprès des infirmières

Infirmière de la première triade

Pour l'infirmière de cette première triade, «le projet a permis de rencontrer deux femmes qui veulent s'impliquer dans un projet futur en collaboration avec le CLSC». À la question portant sur l'impact pour la pratique professionnelle, elle indique que ni le programme, ni la recherche n'ont affecté sa pratique professionnelle; «je suis toujours très contente de voir des infirmières qui veulent faire de la recherche et je suis en faveur de les aider dans leurs démarches. En tant que professionnelle de la santé, j'ai été sollicitée à de nombreuses reprises à participer à des programmes, études, recherches diverses... et le CLSC est un endroit privilégié pour ce qui concerne la circulation d'informations récentes (textes, revues, résumé de colloque, etc.)». En fait, elle précise que même les récents écrits (périnatalité, promotion de la santé, éducation communautaire) soumis par la chercheuse ne lui ont rien appris. Bien que le programme voulait être différent tant par sa philosophie que par son approche, de ce qui se fait habituellement, elle dit n'avoir rien appris de neuf : «Cela a confirmé ce que je savais déjà». Elle ne rapporte aucune prise de conscience dans sa pratique ou sa vie personnelle.

Infirmière de la deuxième triade

Parallèlement, pour cette infirmière, le fait de participer à ce programme d'accompagnement n'a apporté aucun changement personnel ni professionnel. Aucun effet n'a été rapporté ni aucune signification particulière attribuée à la participation à cette étude de type participatif. L'infirmière explique que les approches proposées par la démarche scientifique et par le programme d'accompagnement sont des approches que les infirmières connaissent bien : «c'est une approche communautaire et nous en faisons déjà». «Nous avons depuis quelques années le programme OLO qui consiste à suivre des femmes enceintes et ce programme est offert simultanément avec suivi individuel

chaque deux semaines- la seule différence c'est d'avoir mis en relation des clientes». L'expérience de la recherche n'était pas nouvelle non plus, elle précise avoir participé à plusieurs recherches par le passé: «c'est très bien, c'est motivant, c'est stimulant mais parfois difficile à cause des contraintes de travail, nos autres tâches qui s'alourdissent».

Réflexion de la chercheuse

Significations

L'étude incarne pour la chercheuse un point culminant d'une succession d'efforts de concrétisation d'une perspective théorique d'émancipation. Elle est l'aboutissement tangible d'une démarche collective marquée par l'imprévisibilité de son itinéraire et de sa destination, au terme du processus méthodologique. Cette imprévisibilité recèle justement une richesse pour la praxis dont le rayonnement s'est étendu au-delà des frontières de sa pratique professionnelle.

D'abord, le processus dialogique a été l'outil de confirmation du vécu et de l'oppression des gestantes vivant en milieu de pauvreté. Même si, à priori, une conscience profonde de cette situation avait suscité l'intérêt pour la recherche, l'immersion transitoire volontaire dans le vécu particulier de ces femmes, l'ouverture et l'accueil de la voix de chacune, ajoutent un savoir vivant jusque-là inégalé dans la carrière de la chercheuse. Dans cette mesure, le regard posé sur la pratique professionnelle et l'approche interventionniste personnelle s'en trouvent modifiés.

La démarche a aussi entraîné un examen critique de l'exercice de la promotion de la santé dans une démarche émancipatrice par les professionnels de la santé, en l'occurrence, par les infirmières (la chercheuse étant elle-même infirmière). La position éclipsée et distante de ces dernières au sein des triades et du processus d'émancipation appelle à une transformation de la formation initiale et supérieure ou à une redéfinition des rôles et de la place qu'elles occupent en promotion de la santé. De plus, certaines des valeurs personnelles (vision de la maternité, satisfaction personnelle retirée de l'apprentissage scientifique, consommation, ...) ont été confrontées par celles des

femmes de la communauté. Leurs discours sur la vie, le bonheur, la signification de la maternité, le temps qui s'écoule, etc. ont réveillé des éléments que la vie, que la course folle quotidienne, avaient enterrés. En fait, bien que différentes, les expériences de la chercheuse et des femmes se sont reliées par un fil conducteur commun : une alliance née d'un désir de lutter pour une équité et contre une injustice légitimée en raison de l'âge et de facteurs économiques ou sociaux.

Habiletés

De nombreuses habiletés propres à la pratique des choix méthodologiques de cette étude ont été favorisées. Des prédispositions personnelles ont certainement guidé ce choix d'une méthodologie constructiviste par une étude de cas : inclination naturelle à l'écoute, flexibilité, ouverture d'esprit, capacité de s'adapter aux nouvelles situations, sensibilité et empathie. Sans contredit, les limites de ces différentes qualités ont été repoussées.

Plus contraignante à gérer cependant a été la navette entre l'exigence d'une patience et d'une tolérance à l'ambiguïté. Cette patience est celle d'un observateur, limité dans l'action possible en raison des principes du constructivisme, et par dessus-tout, respectueux du rythme de chacune et de la vitesse de navigation du processus d'émancipation. La tolérance à laquelle il est fait allusion ici est celle notamment d'une tolérance paradoxale à une certaine absence de pouvoir (ne pas pouvoir anticiper le déroulement, ne pouvoir contrôler les conditions et le contexte,...). Cette absence illusoire confère, tout compte fait, un sentiment d'épanouissement, issu semble-t-il d'un engagement pour une transition libératrice de la voix minoritaire à des paliers dominants de la société.

Finalement, une vigilance particulière a dû être apportée pour la réception d'évidences contradictoires et ainsi contourner le biais introduit par l'expérience personnelle ou par des « à-priori » théoriques. L'exploration de multiples raisons à la base des observations et interprétations effectuées, la discussion avec les personnes concernées et avec des scientifiques externes ainsi que la promotion d'occasions

ultérieures où pouvaient être reconsidérées les hypothèses ont été entreprises pour contrer ces effets. L'évaluation de 4^{ième} génération a entraîné une certaine habileté à promouvoir la négociation entre différents détenteurs d'enjeux, fonction parfois nébuleuse.

L'accompagnement: Pertinence du programme

Selon les compagnes

Les entretiens auprès des compagnes confirment la pertinence d'un tel programme; les compagnes-mères réitèrent leur conviction et leur intérêt à la contribution des compagnes à l'expérience de la grossesse et de la maternité. Les compagnes-enceintes ont aussi apprécié le service et conviennent que l'accompagnement répond à un besoin réel des jeunes gestantes vivant en situation de précarité financière ou autre. Toutes deux affirment, qu'au départ, elles n'en ressentaient pas nécessairement le besoin mais étant donné qu'il fut présenté par les infirmières et comme élément complémentaire à OLO, elles n'étaient pas entièrement à l'aise pour refuser le service.

Selon les infirmières

Le questionnement des infirmières quant à la nécessité d'un tel programme d'accompagnement est réapparu: «Peut-être aurions-nous intérêt à évaluer les besoins de cette clientèle. Je me suis posée la question à savoir si notre programme d'entraide répondait vraiment à un besoin de notre clientèle de femmes enceintes». Cependant, elle n'a pas vérifié auprès des compagnes-enceintes en ayant bénéficié ou auprès des compagnes-mères. Pour la deuxième infirmière, l'évaluation de cette pertinence est mitigée : il y a «probablement un besoin de soutien entre ces femmes qui est nécessaire et très valable». Précisons que ces professionnels se sont vus imposer le programme d'accompagnement au départ. Même si elles auraient décidé qu'il n'en valait pas l'effort, elles n'auraient pas eu le choix que de participer à l'étude, ce qu'elles ont admis en entretien.

Processus collectif : la Fondation, pourquoi?

Pourquoi un intérêt aussi vif manifesté par les compagnes-mères? La question leur ayant été posée lors du dernier entretien individuel, les réponses apportées sont semblables pour les deux compagnes: parce qu'on se valorise ainsi, parce qu'on y croit et parce qu'on peut apprendre beaucoup. En fait, la fondation constitue une occasion unique pour les compagnes de participer à la création, comme fondatrices, d'un organisme communautaire à but non-lucratif. Exprimant elles-mêmes l'importance de la motivation dans l'action bénévole, elles voient en la Fondation une équipe de soutien, formée juste pour elles. « Il vient un moment donné où c'est facile de perdre ta motivation puis de te voir moins souvent. Puis là, à un moment donné quand t'as une rencontre d'équipe - tu vois qu'il y en a d'autres équipes comme moi..là le lendemain matin t'as plein de projets».

De plus, participant à toutes les démarches de démarrage, elles réalisent ceci: «Ça nous démontre qu'il n'y a pas de limites presque dans ce qu'on veut- c'est cela... on essaie et si ça marche pas, on essaie ailleurs». «Tout est possible justement, et la Fondation, par les démarches qu'on doit faire, nous laisse voir que oui, tout est possible, on repousse les limites». La compagne-mère de la première triade a même présenté la Fondation et ses objectifs, et parlé de son expérience comme compagne de grossesse auprès d'un regroupement de femmes d'affaires de la région. Des démarches comme celles-là donnent confiance.

Pour la compagne-mère de la deuxième triade, la fondation répond à un rêve de longue date. «Quand j'étais petite avec ma mère à la maison, ma mère puis la mère de Véronique, elles avaient créé le centre de la petite enfance..puis j'ai passé mon enfance dans des centres comme ceux-là...Depuis que mon premier est né, je rêve de trouver cette place là..et de faire quelque chose où moi je suis une femme qui peut s'épanouir comme femme mais ça m'empêche pas d'être une maman tout en restant une maman». En fait, une place où sa profession est celle d'être maman.

En abordant la contribution de chacune à la Fondation, la compagne-mère de la deuxième triade affirme d'abord: «Tout ce que je peux dire c'est que dans 5 ans d'ici je voudrais être encore là.» L'autre compagne désire apporter son expérience aux nouvelles compagnes: «parler de ce que j'ai vécu pour que ce soit encore meilleur pour les prochaines». Apporter son aide, son temps, son vécu, ses idées, ses opinions et ses impressions, voilà qui résume bien la contribution désirée des compagnes. La Fondation, elle, devrait servir à épauler, parrainer des projets de compagnes, servir à être un espèce de centre de ressources pour les compagnes...et toujours restée ouverte à tout ce qui se présente. «Quand tu veux répondre aux besoins faut que tu attendes que les besoins se présentent». La Fondation ne doit surtout pas oublier les pères, propose-t-elle, et rester ouverte à toutes les sortes de famille. «La fondation c'est gros, gros... avec de l'action et la pensée positive on va y arriver!» s'exclame la compagne-mère de la première triade.

Dernier forum social

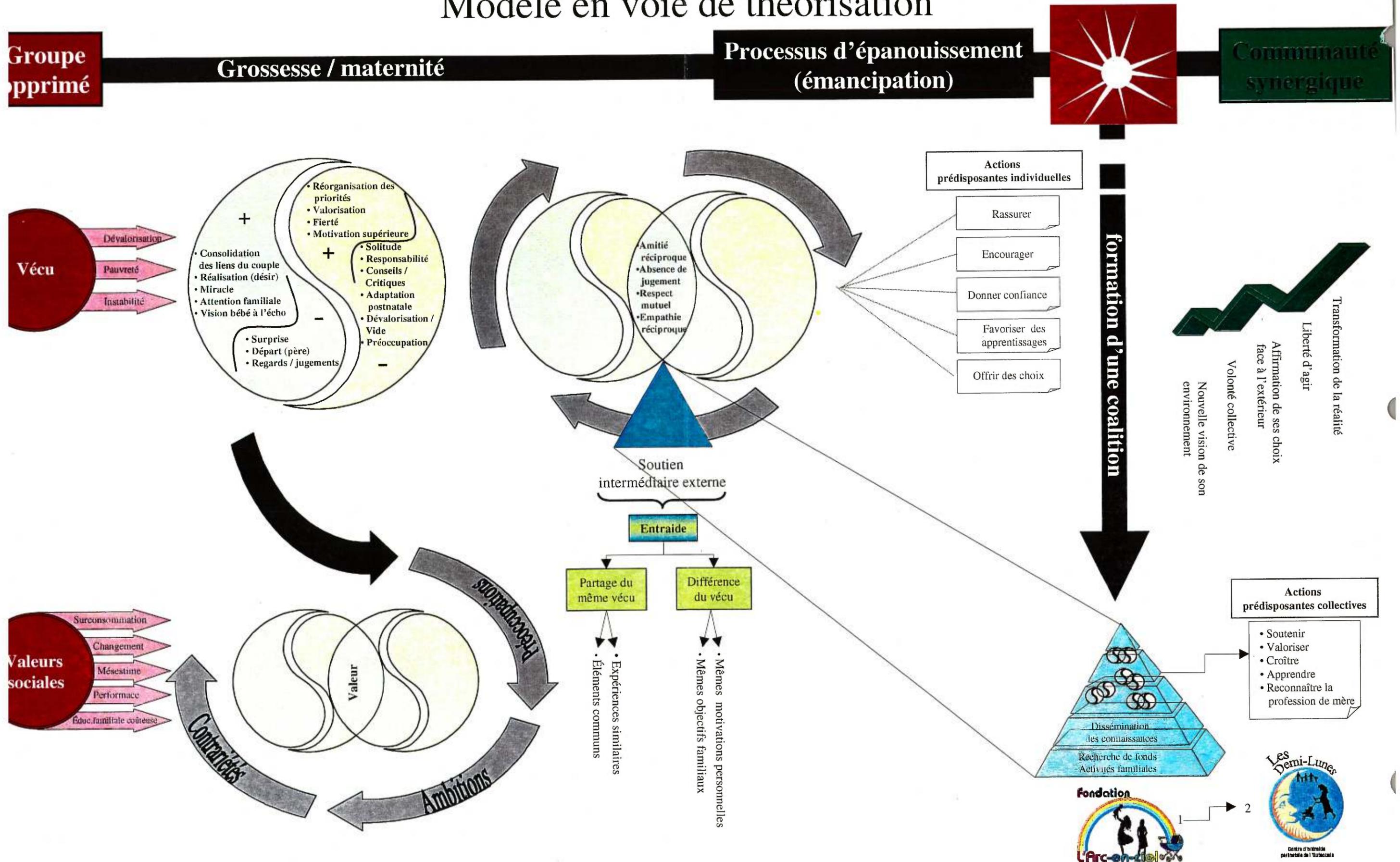
La troisième et dernière activité sociale s'est tenue un après-midi au cours duquel un pic-nic était offert pour tous les acteurs du programme dont les familles des participantes et aussi les nouvelles familles, celles des aspirantes compagnes-mères. L'avis auprès des participantes avait été fait en février et l'invitation réitérée formellement en personne et par écrit à chacune, un mois avant la journée. Aucune infirmière n'a démontré de l'intérêt à participer, soit en contribuant à l'organisation, soit en s'y présentant. Aucune réponse (positive ou négative) à cet avis d'activité sociale n'a été donnée. Les compagnes ont manifesté leur déception car elles auraient apprécié la présence de l'une d'entre elles ou d'une de leur représentante. Cette occasion visait principalement à remercier les participantes compagnes pour leur contribution «bénévole» au projet et surtout à valoriser les compagnes-mères. L'activité a aussi servi à consolider les liens dans l'équipe de nouvelles compagnes, soutenue par la Fondation, qui devrait assurer leur formation et encadrement dès l'automne.

Modèle en voie de théorisation

Le modèle en voie de théorisation qui émerge de l'étude et en résume les résultats principaux est présenté à la page suivante (Figure 3). Deux éléments empiriques particuliers caractérisent le groupe opprimé des compagnes de l'étude : un vécu empreint de dévalorisation, de pauvreté et d'instabilité et des valeurs sociales dominantes auxquelles elles s'opposent (surconsommation, valorisation du changement, mésestime du rôle de mère, performance et éducation familiale coûteuse). Zieba (1996) définit l'oppression par une exclusion sociale que l'on détecte à l'absence de pouvoir, de privilèges et d'accessibilité. Cette exclusion est caractérisée de plus, dans cette étude, par des valeurs auxquelles semble adhérer la majorité mais auxquelles s'oppose le groupe opprimé. Ces différents facteurs, pris ensemble, marquent l'expérience de la grossesse puis celle de la maternité des femmes et des familles. Ils semblent esquisser également le signet paradoxal de ces deux expériences. Représentée par un tout indissociable, chacune de ces expériences, est constituée de thèmes significatifs communs. La première, la grossesse, comporte 5 thèmes positifs liés à sa signification : consolidation des liens dans le couple, réalisation d'un désir presque inné d'enfanter, être témoin d'un miracle, attention familiale inhabituelle et renforcement des liens avec son fœtus par le contact visuel lors de l'échographie. Pour la plupart, effectivement, l'annonce de la grossesse a constitué une étape de formalisation de la relation amoureuse et a, en quelque sorte, consenti le droit d'entrée au monde adulte. Pour toutes sans contredit, enfanter coïncide avec la matérialisation d'un rêve, d'un projet de vie sans égal. Ce discours est animé par le caractère mystérieux de la naissance devant lequel chacune s'émerveille. L'annonce de la grossesse semble du coup rassasier une soif d'attention jusqu'alors inassouvie : les membres de la famille, particulièrement les parents, se sentent soudainement très concernés et préoccupés par le sort de leur fille. Cette réaction fortement ressentie n'est pas sans ravir les futures mères. Finalement, la conscientisation d'une transition de rôle imminente semble atteindre son point culminant quand, pour la première fois, les femmes saisissent du regard leur progéniture en développement.

Figure 3

Modèle en voie de théorisation



Parallèlement, l'évaluation positive de la grossesse est modérée par la surprise d'une grossesse non-planifiée, le départ précipité du père et finalement les regards et préjugés de l'extérieur, thèmes négatifs relevés par les compagnes. La maternité, elle, bien qu'elle impose une réorganisation des priorités, le sentiment de valorisation éclipse complètement les désagréments qui pourraient y être associés à un point tel que cette réorganisation est accueillie favorablement. Dès lors, à la lumière des transformations provoquées par la maternité, un examen sévère est fait de sa vie antérieure, notamment de ses habitudes de vie et de l'absence d'une direction délibérée accordée à un futur qui soit à la hauteur de ses aspirations. D'emblée, on peut ressentir tangiblement, la fierté inégalée des mères à l'égard de leurs enfants. De même, une motivation supérieure pour la réalisation de buts personnels semble naître de la responsabilité maternelle. Tous ces thèmes reflètent l'expérience positive de la maternité. Cependant, ils sont surpassés en nombre par les thèmes négatifs (6) d'une maternité manifestement trop hâtive, solitude, responsabilité continue (aucun répit absolu, ou du moins, incomparable au sentiment de liberté attribué au rôle pré-maternel), critiques et nombreux conseils de l'entourage immédiat et externe, exigences physiques et morales de l'adaptation postnatale, la progression d'un sentiment de dévalorisation et d'un vide de plus en plus important ainsi que la préoccupation constante du bien-être de ses enfants viennent tempérer la représentation globale de la maternité.

Ces différents thèmes découlant des premiers entretiens permettent de mieux définir la dyade compagne-mère et compagne-enceinte. Les assises de cette relation, les préoccupations communes, les contrariétés identiques et des ambitions similaires sont des éléments solidifiant la nouvelle unité dont les valeurs personnelles et familiales constituent l'élément de base. Le processus dialectique a permis cette reconnaissance et a favorisé l'intimité de la rencontre des deux sphères personnelles. Les éléments qui semblent insuffler l'élan vital à l'évolution de la relation d'entraide de l'accompagnement périnatal sont l'amitié réciproque, l'absence de jugement, le respect mutuel et l'expression d'empathie réciproque. Sans l'une ou l'autre de ces qualités relationnelles, la trajectoire de la nouvelle unité-dyadique se trouve menacée sinon paralysée. Cette

nouvelle unité, considérée dans un contexte de soutien intermédiaire externe et où disponibilité et encadrement formel sont privilégiés, contribue au processus d'émancipation et d'épanouissement. Ce soutien intermédiaire externe est un élément fondamental, facilitateur au processus d'émancipation et influant sur l'équilibre de l'unité-dyadique. L'équilibre réfère au développement harmonieux qui la caractérise et à la coexistence de deux acteurs reliés par une équation symétrique où de chaque côté, la symétrie est rehaussée par une ristourne plus importante que le capital (en don de soi) investi. Ce processus est activé et alimenté par les compagnes-mères dans l'action de rassurer, d'encourager, de donner confiance, de favoriser des apprentissages et finalement d'offrir des choix. Un autre point fondamental révélé par l'étude empirique est que l'entraide peut se développer, avant tout, dans le partage d'un même vécu par l'entremise d'expériences similaires et d'éléments communs ou voire, dans la différence du vécu. Il semble que des motivations personnelles comparables et des objectifs familiaux semblables stimulent la progression de la relation d'entraide dans la différence.

Deux prises de conscience ont éveillé et déclenché la reconnaissance d'un moment révolutionnaire opportun : la réalisation de la nécessité d'un soutien intermédiaire externe et la recherche de cette ressource spécifique pour les compagnes. Levain de la formation d'une coalition, cette conscientisation servit aussi à enrichir la réflexion précédant l'action. À prime abord, cette ressource devait être en mesure de faciliter la solidarité entre les compagnes tout en leur accordant un soutien personnalisé. L'expérience témoigne de la position éclipsée des intervenantes du CLSC et de leur refus apparent d'appropriation ou d'institutionnalisation du programme. La fondation, par sa création et les directions déterminées collectivement, est apparue comme la structure communautaire pouvant assurer le maintien du programme d'accompagnement périnatal tant souhaité par les compagnes. L'émergence de cette ressource issue d'un effort collectif, en plus de soutenir, de valoriser, de croître, de favoriser des apprentissages, s'est donnée comme mandat officieux de défendre la profession de maman chez les compagnes, tous des éléments saillants de l'évolution d'un épanouissement. Ces éléments semblent aussi avoir été précurseurs de facteurs émancipatoires. Ces facteurs synergiques se présenteraient sous l'aspect d'un palier développemental hiérarchique où

d'abord découvre-t-on une nouvelle vision de son environnement, puis se crée une volonté collective, progresse l'affirmation de ses choix face au monde extérieur, s'observe une liberté d'agir insoupçonnée et en dernier lieu, s'opère une transformation de la réalité.

L'étude a permis d'amorcer un processus de théorisation du savoir populaire quant à un développement périnatal émancipatoire. Les données empiriques viennent confirmer certains éléments théoriques anticipés mais ouvrent surtout sur de nouvelles pistes significatives inattendues. La prochaine section éclaire cette perception.

Réponses aux questions de recherche

La présentation des résultats en relation avec les phases d'implantation permet maintenant d'apporter des réponses aux trois questions de recherche ayant guidé l'étude et ayant justifié les choix méthodologiques. Rappelons-ici ces trois questions :

- 1- Quelles sont les éléments facilitateurs et bloqueurs liés au développement et à l'implantation d'un programme d'accompagnement périnatal émancipatoire ?
- 2- Quelles sont les significations résultant des expériences vécues, les habiletés personnelles et collectives développées, et l'impact perçu par les gestantes, les marraines et les intervenantes professionnelles ayant participé au programme d'accompagnement périnatal émancipatoire?
- 3- Existe-t-il une congruence entre les concepts significatifs du modèle conceptuel de départ et ceux d'un modèle en voie de théorisation ?

Éléments facilitateurs et éléments bloqueurs

Certains processus organisationnels tels que la prise de décision, la gestion et l'exécution jouent un rôle prépondérant dans la mise-en-œuvre d'un programme novateur. Au niveau de la prise de décision, se trouve le motif ou la perception du besoin de changement dans l'organisation. On reconnaît, au sein de l'organisation où l'étude s'est déroulée, la difficulté persistante à rejoindre les gestantes vivant en situation de

pauvreté. Cependant, le programme d'accompagnement prénatal, comme réponse à ce problème, ne fait pas l'unanimité. La collectivité concernée, i.e. les acteurs du milieu institutionnel ainsi que les membres de la communauté n'a pas provoqué la recherche ni même été à l'origine du problème de recherche. L'étude a été proposée dans le milieu, acceptée par la direction de l'équipe du module Petite-enfance-famille et finalement, une recommandation favorable à son égard, adressée aux intervenantes de l'équipe. Par ailleurs, les résultats de l'étude démontrent une faible motivation initiale à participer au programme d'Accompagnement chez les compagnes-enceintes. Par conséquent, cet élément peut aussi s'avérer un influent facteur modérateur de l'impact perçu par ces dernières. Ces deux conditions d'accueil mitigées du programme pour deux des trois groupes d'acteurs (excluant la chercheure) de l'étude étaient méconnues initialement. Ce n'est qu'après les premières phases d'implantation et qu'une certaine relation de confiance se soit développée entre les acteurs et la chercheure que les acteurs ont ouvertement fait part de cette situation. Néanmoins, l'appui du programme a été recherché auprès de différentes sources de soutien, à la fois organisationnelles et communautaires. La diversité des voix et leur mise-en-commun étaient une stratégie qui visait le développement collectif et l'adoption du programme. La haute direction du CLSC n'a pas accordé un soutien actif à l'implantation du programme. Comment aurait-elle pu? Le directeur général n'était pas informé de l'étude et le rapport annuel incluant la description des activités de 1996-1997 ne fait pas mention de l'étude ni de ses implications. À cet égard, la cheffe de l'administration (secteur santé) affirme qu'une réunion avait cependant été planifiée au cours de laquelle elle devait présenter la dite étude. Cette cheffe n'a pas pu se présenter à la réunion ce jour là et, vraisemblablement, le sujet du programme d'accompagnement n'a pas été ajourné. De plus, le projet d'accompagnement, son déroulement et même l'évaluation du programme ont été marqués par un manque d'intérêt et une absence de suivi des événements par la supérieure immédiate, cheffe de l'administration (secteur santé), des infirmières impliquées. Dans les faits, aucune rétroaction n'a été apportée au rapport provisoire soumis au milieu de l'étude et aucun intérêt manifesté à l'égard d'une proposition de présentation des résultats par la chercheure, proposition réitérée dans la lettre de remerciements, soulignant la fin du projet d'étude.

Bien que le développement et la mise-en-œuvre aient été décidés unilatéralement par la supérieure immédiate des infirmières impliquées, le personnel principal d'exécution du programme (les infirmières, les mères de la communauté de même que les usagers, les compagnes-enceintes) a fait partie intégrante de tout le processus subséquent. Des stratégies dont la plus importante, la méthodologie de recherche, avaient été mises en place pour favoriser leur participation à toutes les autres décisions : genre de programme, création de leurs rôles, recommandations, modifications, etc. Même ces démarches ne se sont pas avérées fructueuses pour l'adoption du programme et son institutionnalisation. Concernant la gestion du programme novateur d'Accompagnement, un élément clé a été négligé, celui de la formation du personnel. Les résultats de cette étude sont éloquentes : plus qu'une philosophie à véhiculer, l'empowerment réclame en toute légitimité une transformation concrète (presqu'une révolution...) des façons d'appréhender et de négocier avec l'environnement. Non seulement faut-il s'ouvrir à de nouvelles perspectives de la réalité dont celles des populations auprès desquelles nous intervenons, mais aussi dialoguer autrement et intervenir d'une manière renouvelée afin que ceux et celles qui ont vécu et vivent toujours une certaine oppression puissent transcender cette expérience et tendre vers une actualisation personnelle.

Bien que le discours d'empowerment traverse véritablement la santé publique et les institutions publiques comme les CLSC dans l'énoncé de leur mandat et de leur mission sociale, les intervenants dans la pratique de leur profession, ne semblent pas outillés pour opérer ces transformations de mentalités et de culture professionnelle. Dans le cadre de cette étude, il aurait fallu s'engager plus activement dans la préparation des intervenantes à la mise-en-œuvre d'un tel projet. Quelques réunions au cours desquelles ont été encouragées la réflexion et la discussion sur l'étude et sur le concept d'empowerment et distribués des textes scientifiques n'ont pas été suffisantes. Un élément facilitateur à développer serait, par conséquent, une formation officielle à l'empowerment pour les infirmières, co-responsables de l'opération du programme avec les mères de la communauté.

L'étude était considérée par les infirmières comme une étude préliminaire à l'adoption officielle du programme. Cette vision aurait dû, selon Pineault et Daveluy (1990), agir comme moyen stratégique pour contrer la menace inhérente au changement. Le fait de voir l'étude comme préliminaire devait réduire le sentiment de menace qu'une imposition directe du nouveau programme aurait pu entraîner. Ainsi, à la fin de cette période d'essai, on pouvait prétendre à un jugement favorable à l'adoption du programme, ce qui n'a cependant pas été observé.

Nous ajoutons aux éléments ci-haut mentionnés, d'autres éléments jugés facilitateurs à l'exécution de la mise-en-œuvre. Chaque mois ou mois et demi, des communications écrites étaient envoyées à chacune des participantes à l'étude. Ces communications précisaient le déroulement du programme et de la recherche et indiquaient les responsabilités de chacune pour cette période (exemple, entretiens de recherche, activités, suivi, journal personnel, etc). Une semaine après l'envoi des communications, un appel téléphonique à chacune était fait pour assurer le suivi et écouter les préoccupations de chacune. Cette stratégie visait à alimenter la motivation et à assurer le confort de chacune avec le processus : qu'elle soit informée, à jour dans les étapes de la méthodologie de recherche et se sente soutenue.

Ce soutien n'a pu compenser cependant au manque d'encadrement des compagnes. Bien que ces compagnes-mères déclarent ne pas nécessiter un suivi strict de la part d'une intervenante, un encadrement formel et notamment soutenant s'avère essentiel. Le maintien de la motivation et de l'intérêt ainsi que l'acceptation des directions que prennent les suivis, directions parfois incompréhensibles pour les compagnes en dépendent. Finalement, autre élément majeur, le soutien financier aux bénévoles dans un tel programme. Il est important de considérer des façons de compenser les bénévoles pour le déplacement (par exemple, prévoir l'achat de billets d'autobus), pour les dépenses liées à leur participation (ex. gardiennage) et pour les remercier des efforts soutenus (repas, activités sociales, etc.). Dans le cadre de cette étude, le CLSC n'était pas en mesure d'assister financièrement; aucun remboursement ou achat de billets d'autobus pour les deux compagnes pour défrayer les coûts associés au

transport lors des visites prénatales n'a été accepté suite à une telle proposition. De plus, un refus explicite a été prononcé suite au désir de tenir une activité de reconnaissance pour les bénévoles en dehors du CLSC et aucune aide pécuniaire ou autres (présence d'un délégué par exemple) lors de la dernière activité sociale soulignant la participation des bénévoles au programme n'a été accordée.

En somme, motivation initiale, source de soutien, participation à la prise de décision, formation, période d'essai, communications, encadrement formel, soutien financier et moral aux bénévoles sont tous des éléments qui, négligés, imposent des contraintes au processus d'adoption du programme et qui, quand on leur accorde une attention particulière, pourraient probablement faciliter l'institutionnalisation d'un programme.

Significations et habiletés

De toutes les participantes à l'étude, un groupe d'acteurs précis semble avoir bénéficié grandement de sa participation au programme d'accompagnement prénatal, celui de compagnes-mères. Elles expriment éloquemment la réflexion ainsi que la démarche encourues par la participation. Elles relèvent toutes deux la valorisation que l'expérience a apportée chez elles et l'ouverture à de nouvelles perspectives que leurs compagnes ont entraînée. Le développement d'une relation dyadique d'entraide fondée sur des valeurs similaires peut être issu du partage d'un même vécu ou issu d'une différence de ces vécus estompée par la reconnaissance de motivations personnelles et d'objectifs familiaux identiques. Ces éléments semblent servir d'incitateurs à une réflexion des valeurs, à une appréciation supérieure de sa propre vie ainsi qu'à une nouvelle perception de ses insatisfactions personnelles et de ses attentes. L'expérience a été source de motivation et d'énergie supérieures dans la réalisation de projets personnels.

Au niveau des habiletés développées, l'expérience semble avoir entraîné le développement d'attitudes empathiques, d'écoute et de relation d'aide. Le processus a favorisé l'apprentissage d'habiletés dans l'organisation d'activités auprès d'un groupe

communautaire. Par ailleurs, en rébellion au vécu et à l'observation des comportements des infirmières, l'une des compagnes affirme avoir développé une philosophie de travail qui dépasse les limites d'une tâche professionnelle, elle veut mettre son cœur et sa motivation dans l'action. Des habiletés dans le soutien au processus d'épanouissement ont été notées : promouvoir le choix, l'exercice de la volonté et le respect de l'autre. Et qui plus est, une répercussion sur le couple de l'une des compagnes a été rapportée : le projet a suscité des discussions dans le couple et des échanges sur les valeurs fondamentales qu'ils désirent véhiculer à leurs enfants.

Peu d'effets sont rapportés par les compagnes-enceintes outre le fait d'avoir apprécié la compagnie, l'amitié, le soutien et la disponibilité de leurs compagnes. Aucun effet n'a été verbalisé par les infirmières.

Modèle en voie de théorisation vs modèle conceptuel de départ

Divergence et analogie avec le modèle conceptuel de départ

Une révision majeure de la structure conceptuelle multidimensionnelle orbitale a dû être entreprise : ni la réciprocité ni la simultanéité des interactions entre tous les acteurs n'ont pu être démontrées ni même observées. L'accompagnement professionnel (enseignement, renforcement, apprentissage, assistance, réceptivité et disponibilité) prodigué par l'intervenante a été observé auprès de la compagne-enceinte. On peut toutefois mettre en doute l'établissement de la relation privilégiée si on l'analyse en d'autres termes que quantitatifs, i.e. au-delà du nombre de visites prénatales requis et des interventions habituelles. Le partenariat, autre pilier présumé dans le modèle de départ ne s'est pas développé entre les intervenantes directes du programme d'Accompagnement mais avec des intervenantes périphériques, dont les énergies ont été canalisées vers les buts de la coalition. Il n'y a pas eu de communication dynamique spontanée ni d'expressions ou de témoignages d'une confiance en l'expertise des compagnes par les intervenantes du programme. Une disponibilité au besoin et un respect apparent ont cependant subsisté durant l'étude.

Par ailleurs, l'accompagnement naturel s'est révélé comparable à l'explication théorique avancée avec l'entraide comme pilier fondamental. Même si dans les deux triades, la profondeur de la relation d'entraide n'a pas été celle anticipée par les compagnes-mères, il n'en demeure pas moins que l'expérience a permis d'éclairer le processus d'entraide. D'autres hypothèses ont été émises telles que la motivation initiale à participer au programme, l'apport d'un soutien intermédiaire externe, et différentes formes d'accompagnement différenciées par le type de contacts entre les compagnes, à partir desquelles de nouvelles données expliqueraient le processus d'accompagnement périnatal.

Il s'agit donc de contextualiser l'accompagnement en termes de dyades où réciprocité et simultanéité des interactions prévalent entre les compagnes, de garantir une structure de soutien, agissant comme un intermédiaire dont la présence, la disponibilité et l'encadrement formel deviennent prépondérants et assurent la création d'une solidarité entre les compagnes. On a pu déceler les caractéristiques d'une communauté synergique se dessiner dans l'ombre des efforts des compagnes-mères pour le succès du programme: dans l'évaluation des besoins des jeunes femmes enceintes, dans le leadership, l'organisation et la mobilisation des ressources dans les différentes dyades et dans les démarches de démarrage de la Fondation. De plus, les compagnes-mères assuraient, à la fin de l'étude, la direction de la Fondation et de son conseil d'administration avec l'aide d'autres bénévoles. Même si l'on n'a pu observer une réelle synergie s'opérer entre les trois acteurs (intervenantes professionnelles, compagnes-mères et compagnes-enceintes) et que l'on doive questionner non la nécessité mais la viabilité « actuelle » du postulat d'égalité des valeurs entre les acteurs d'une opération émancipatrice incluant des professionnels de la santé, il s'est passé quelque chose d'important dans les vies des compagnes, surtout chez les compagnes-mères. Ces dernières ont fait part de multiples prises de conscience, ont développé des habiletés et ont pris la décision de poursuivre leur engagement pour transformer l'avenir; le leur et celui d'autres femmes qui comme elles, ont comme profession principale, être maman.

CHAPITRE 5

Discussion

« We cannot wait for great visions from great people for they are in short supply at the end of history. It is up to us to light our own small fires in the darkness »

Charles Handy, 1994

La discussion s'élabore autour de trois points majeurs. Le développement et le maintien d'un programme quel qu'il soit requière une somme considérable d'efforts d'où l'importance d'approfondir la question de la pertinence. Nous revenons donc sur la pertinence du programme d'Accompagnement en tentant d'expliquer les positions de chacun des acteurs. Nous verrons quels éléments peuvent motiver les différences observées. Deuxièmement, nous tenterons d'élucider les enjeux liés au renouvellement de la santé publique par une promotion de la santé qui se fait militante pour la justice sociale. Finalement, les avantages et les implications découlant des choix méthodologiques d'une recherche évaluative participative seront introduits. Une brève synthèse faisant ressortir les points qui s'imposent à l'issue de l'ensemble de l'expérience d'accompagnement périnatal sera offerte par la suite.

Le programme d'accompagnement : Une pertinence mise-en-doute

Certains disent de la nouvelle santé publique qu'elle n'est que le retour à son engagement historique envers la justice sociale (Krieger & Birn, 1998; Minkler, 1989). De tradition philosophique et politique, l'éthique de la justice sociale correspond à l'action collective pour la distribution équitable des ressources dans le but de protéger et de recouvrer la santé (Wallerstein & Freudenberg, 1998). Plus clairement explicité par Yeo (1993b) cité dans Hagey (1997), la justice sociale réfère à l'équité, la restitution et la justice en matière de procédure. L'équité toute seule favoriserait la notion d'égalité sans reconnaître le désavantage systémique qui prévaut. Il s'agit d'inclure aussi les principes de restitution, i.e. la responsabilité des institutions pour la création de conditions devant être corrigées et la justice procédurale référant à l'expression d'une explication des exclusions qui naissent des interactions (élite – domination, racisme, etc.).

Or, au cœur des préoccupations d'une santé publique engagée dans une lutte pour cette justice sociale globale, se trouve la notion fondamentale de besoin. Sans présenter ici le débat conceptuel de cette notion dans le monde de la philosophie à travers les siècles, retenons seulement que l'objectivité d'un besoin est utopique. Un besoin est ce qui caractérise la nature humaine sans lequel nous ne serions pas humains, i.e. l'amour, le respect, la dignité, la solidarité, etc. (Ignatieff, 1984). Par ailleurs, le besoin se trouve ancré à un contexte historique, culturel et symbolique et fait référence à des normes, des standards et des coutumes d'où sa nature relative. Springborg (1981) convient que le problème lié à la contestabilité d'un besoin réside dans la recherche de mécanismes sociaux qui serviraient de médiateur, en quelque sorte, entre les besoins conflictuels, nécessairement inévitables. Le processus constructiviste de la méthode de recherche choisie pour cette étude pourrait, à notre avis, s'avérer l'un de ces mécanismes sociaux. De plus, ce processus permet de répondre à l'inquiétude de Nutbeam (1998) quant à l'absence, dans les rapports d'évaluation en promotion de la santé, de l'opinion et du jugement de la communauté impliquée.

La principale recommandation émise par Levy (1998) et Robertson (1998) quant à l'avenir de la santé publique va aussi dans ce sens : écouter les individus des communautés. Ainsi, la santé publique ne doit plus favoriser l'unilinguisme thérapeutique dont la souche est issue du monde professionnel quasi-dictatorial. Elle doit se doter d'un langage enraciné dans une « économie morale » de réciprocité. L'économie morale de la société serait, selon Stone (1988), l'ensemble des croyances d'une société sur ce que constitue un échange équitable. On admet alors que l'équation implicite comporte deux côtés, peut-être inégaux, mais réciproques et interdépendants (Robertson, 1988). Exprimé autrement, les professionnels doivent considérer les résidents de la communauté comme des partenaires égaux avec chacun ses ressources (El-Askari, Freestone, Irizarry, Kraut et al., 1998). Ne retrouvons-nous pas ici, l'expression légitime du postulat du modèle de départ, postulat sur l'égalité des valeurs entre les partenaires?

D'une part, l'analyse critique de Robertson (1998) sur la notion de besoins en santé publique nous aide à comprendre la vision des compagnes en regard de la nécessité

du programme d'Accompagnement, vision contradictoire à celle des professionnelles ayant participé directement au programme et à l'étude, i.e. infirmières et diététistes. Sans exception, mais de façon moins prononcée, pour les compagnes-enceintes nonobstant l'absence d'une initiative personnelle à la participation au projet, les 4 compagnes attestent de la nécessité du programme de l'Accompagnement périnatal (périnatal puisqu'elles ont décidé que le programme devait se poursuivre après la naissance). Entre autres, les compagnes-enceintes affirment que les compagnes de grossesse sont nécessaires aux femmes qui le demandent, qui en ont besoin et qui sont vraiment seules. Les deux compagnes-mères confirment aussi la présence de besoins auxquels le programme peut répondre dont contrer la solitude et l'isolement, atténuer les inquiétudes et diriger vers des ressources appropriées. Ces mêmes objectifs ont été atteints par un programme similaire dans la ville de Québec dont les résultats viennent d'être publiés en décembre dernier (Tremblay, Lechasseur, Desmeules, Guilbert & Lepage, 1998). Les compagnes-mères du programme d'accompagnement se proposent automatiquement pour accompagner de nouveau et tenir un rôle de responsables du groupe de nouvelles compagnes. Or, il semblerait que cette perception de la nécessité serait étroitement liée à l'un des besoins humains les plus fondamentaux, le besoin communal, qui, au-delà de la survie individuelle physique, renvoie à notre inclination pour la communauté, la réciprocité, la mutualité et l'interdépendance (Robertson, 1998). Selon Tison (1999), les individus de la communauté devraient justement inspirer et orienter l'action plutôt qu'accepter et recevoir ce que certains jugent pertinents. Cet auteur reproche aux parents leur statut de consommateurs de services au détriment d'un rôle d'acteurs engagés et réitère le modèle de partenariat avec les professionnels. Notre étude semble cependant indiquer que des parents désirent s'engager mais que des carences dans le modèle actuel de partenariat les en empêchent.

La réflexion de l'une des compagnes-mères sur la pertinence du programme porte, en grande partie, sur les lacunes de la société contemporaine qui mise démesurément sur l'omniprésence de l'informatisation et de la globalisation, sur l'accès à l'internet et sur tous les moyens hyper-techniques de communication. À son avis, ces facteurs ont été développés afin, non pas d'ouvrir sur le monde, mais de rendre les individus auto-

suffisants et, de ce fait, les isoler du reste de la communauté en limitant les contacts humains. Elle affirme que la majorité des gens, n'a pas et n'aura jamais accès à tous ces services. Or, "nous autres, on continue à avoir des enfants"...

Cette même réflexion est soulevée par plusieurs scientifiques (Bellah, Madsen, Sullivan, Swindler & Tipton, 1985; McKnight, 1995, Putnam, 1993; Schor, 1995) qui témoignent de l'isolement grandissant des familles, de l'absence d'un sentiment d'appartenance à la communauté et donc, de la perte d'un mécanisme de soutien majeur pour les familles vivant en situation de pauvreté. Alors qu'elles étaient enceintes, les deux compagnes-mères auraient bien apprécié un tel service, à ce moment inexistant. Parfois, lors d'une grossesse, le besoin d'être suivie par une travailleuse sociale, par une infirmière et par une diététiste, peut ne pas être le plus profondément ressenti par la jeune femme, comme dans le cas de la compagne-mère de la deuxième triade; avoir quelqu'un de pareil à elle, ayant vécu la même expérience, aurait davantage comblé ses besoins. Pour la compagne-mère de la première triade ayant connu des complications de grossesse et sans conjoint, elle aurait aussi fortement apprécié un tel service. Dans ces deux cas, un élément commun, la solitude, les incite à rechercher ce lien d'entraide. Une solitude différente certes, car dans un cas ressentie malgré une famille dont les liens entre les membres sont étroits mais bien parce que les amies, elles, vivent autre chose et, dans l'autre, une solitude plus grande où il y a absence de la famille et des amis. Berthiaume (1998) avait aussi relevé la solitude et la difficulté de réussir socialement et professionnellement chez les adolescentes enceintes.

D'autre part, les intervenantes, quant à elles, concluent au terme du projet en questionnant incessamment la pertinence du projet. On veut qu'il y ait évaluation de besoins, réajustement des objectifs par un suivi non pas en individuel mais en collectif uniquement, intégré aux diners-partage offert aux femmes enceintes du CLSC. Le CLSC refusant toute participation active décide de s'impliquer, s'il est sollicité, à titre de milieu-ressource où rappelons-nous, une rémunération serait souhaitée pour les intervenantes qui travailleraient en partenariat!

Les compagnes croient en la réponse que peut apporter ce programme aux femmes enceintes vivant en situation de pauvreté. Elles sont convaincues de son importance et veulent avoir l'occasion de la démontrer en poursuivant le développement du programme. Or, il était clair, à ce moment, que la poursuite de cette entreprise ne se ferait pas avec l'appui du CLSC mais par la Fondation qui est apparue comme solution à la défaillance d'une structure de soutien pour les compagnes.

Dans le rapport de la politique de périnatalité (1993), on fait état du manque de collaboration et de concertation entre les milieux hospitaliers, CLSC et communautaires. On déplore qu'aucune action ne soit entreprise dans ce sens, ce qui permettrait d'agir de façon plus efficace sur la réduction du cumul de risques des clientèles de milieux défavorisés. L'importance d'une telle collaboration au plan local et régional est limitée par l'exigence de grande souplesse dans l'organisation du travail et d'une participation active à l'organisation de réunions entre les différents acteurs, dont les professionnelles.

La Fondation s'inscrit précisément dans cet ordre d'idée. Différents acteurs, des compagnes, des représentants d'organismes communautaires et publics et des bénévoles siègent au conseil et tentent à chaque mois de trouver des solutions, des réponses, des stratégies pour mieux répondre et rejoindre les jeunes familles qui vivent des situations précaires, financières ou autres. Certains membres dont les compagnes et deux intervenantes (psychoéducatrice et travailleuse sociale) constituent le noyau central de la fondation et les autres, des membres périphériques de la Fondation, sont caractérisés par une participation moins active. Selon Bibeau, Howell, Rife et Taylor (1996) ce genre de participation périphérique est néanmoins important en raison de la vision des divers secteurs qu'elle procure. En fait, nous sommes témoins du développement d'une action concrète de coalition régionale inscrite dans une perspective écologique de promotion de la santé. Selon Wandersman, Valois, Ochs, De La Cruz et al (1996) et Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic et al. (1996), cette perspective exige que l'intervention touche plusieurs domaines de vie des femmes et des familles ou vise différents déterminants (dans notre cas: santé, prise-en-charge, soutien psychosocial, habiletés, etc) et que le bien-être de la communauté soit valorisé par la modification de composantes de l'environnement (dans

notre cas : création de réseaux entre trois villes avoisinantes, renforcement du sentiment d'appartenance des mères à une communauté, transformation des valeurs vers la responsabilisation sociale, etc.). Or, nous croyons que la coalition, définie par une organisation d'individus représentant divers paliers institutionnels ou diverses organisations où les individus ont accepté de travailler ensemble dans le but de réaliser un but commun (Wandersman, Valois, Ochs, De la Cruz, Adkins & Goodman, 1996) déclenche l'énergie du capital social sur lequel nous reviendrons plus loin.

Par ailleurs, le programme d'accompagnement répond, plus ou moins directement, aux quatre (4) grandes orientations de la politique de périnatalité : valoriser le fait de devenir et être parents, réduire les problèmes et les écarts de santé et de bien-être, s'attaquer aux conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être et finalement diminuer les conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être des femmes enceintes et des familles avec un nourrisson. En plus de créer un certain enthousiasme local et régional, la Fondation vient appuyer la recherche de solutions certainement moins coûteuses et peut-être plus efficaces à certains niveaux. L'orientation qu'elle devra privilégier une fois légalement reconnue sera d'insister sur la concertation avec les trois (3) CLSC urbains de la région.

La voix professionnelle, reflet d'éléments plus éloquents

L'évaluation dont l'étude fait l'objet, concerne non seulement la description du programme, mais aussi la détermination de sa valeur et de son mérite. Force est de reconnaître la pertinence du programme pour la population visée. Seulement, la position des professionnels diffère. N'oublions pas cependant que le projet d'accompagnement demeure une initiative extérieure au CLSC, acceptée par la cheffe de l'administration du programme santé qui l'a proposée à son équipe sans, semble-t-il, laisser place à l'opposition. Par contre, la liberté de l'équipe se trouvait dans son mandat de construire, avec les compagnes, les éléments de ce programme. Les données collectées sur la position des professionnels indiquent une certaine résistance à l'innovation, ce que Skovholt, Lia-Hoagberg, Mullett, Siiteri, Vanman et al, (1994) dans une étude similaire

avaient aussi retrouvé. L'important n'est cependant pas de dénoncer cette résistance, ce serait trop facile mais plutôt de tenter, à la lumière des données et des écrits récents, de l'expliquer.

La position observée et confirmée par les professionnels semblerait découler d'une inquiétude masquée et fort probablement inconsciente, à une vision de la communauté s'accaparant une part importante du rôle des intervenants en périnatalité et de la menace qu'elle inspire à cet égard. Deux points relevés des entretiens laissent croire en cette hypothèse: premièrement, le pouvoir sur les connaissances et deuxièmement, un rôle infirmier dont on questionne parfois l'utilité des rencontres régulières aux deux semaines. Les entretiens et l'observation des dynamiques ont effectivement mis en évidence la préoccupation d'une intervenante concernant l'outillage des compagnes en formation. En fait, contrôler l'acquisition de connaissances des compagnes en donnant le moins d'information et en limitant le rôle à de l'écoute, a été observé. Ce contrôle des connaissances transmis aux compagnes est une forme d'exercice de pouvoir. Selon Freidson (1986), cette forme de pouvoir interpersonnel est l'unique forme de pouvoir possible pour elles puisqu'en tant qu'individus, elles n'ont que très peu de pouvoir sur l'allocation des ressources et sur les modalités de prestation de leurs services. Les effets d'une formation plus globale sur la possibilité d'opérer des changements de comportements de santé chez les compagnes-enceintes par le renforcement de l'enseignement professionnel n'ont pas été perçus par ces professionnels.

Par ailleurs, l'une des infirmières semble questionner l'intensité du suivi prénatal dans le cadre du programme intégré prénatal en affirmant avoir parfois de la difficulté à combler son temps de visite. Justifier ses visites régulières s'avère difficile. Cette intervenante fort satisfaite d'avoir entrepris des démarches auprès du milieu scolaire de sa femme enceinte afin d'assurer le maintien de l'étudiante enceinte dans le réseau, se voit apparemment ainsi justifier sa présence auprès de la femme enceinte. Les résultats de Twohy Reif (1997) sur les activités prénatales des infirmières révèlent justement que peu d'infirmières interviennent au niveau psychosocial là où les risques psychosociaux sont

les plus importants. Les entretiens auprès des gestantes ont aussi témoigné de l'aspect superficiel de certaines des visites prénatales et de la présence douteuse d'une authentique relation d'aide. Des visites de courte durée, en moyenne, moins de 15 minutes ainsi que la méconnaissance d'événements majeurs dans la vie de gestantes (éloignement du conjoint, déménagement, etc.) permettent de questionner le développement de la relation d'aide.

Pour mieux saisir les fondements liés à l'hypothèse de l'inquiétude, il faut reconnaître qu'avec l'innovation, s'impose généralement le changement avec tout ce qu'il comporte de nombreux déséquilibres dans la vision, dans la pratique et dans l'évaluation habituelle de la pratique. Or, impliqués directement dans ce processus de changement, sont les acteurs qui en détermineront le succès ou non. Plusieurs conditions ont été émises selon lesquelles le choix d'amorcer un changement sera dépendant: d'abord, une incitation ou une motivation au changement, par la suite, une compréhension nouvelle de son environnement par l'accueil d'informations, une transformation des techniques, des lois et des règlements en changement et finalement des croyances et des valeurs en évolution dans le système dominant (Contandriopoulos, 1996).

Certaines de ces conditions peuvent expliquer, en partie, un désintérêt manifeste envers le programme: la faible motivation au changement dans sa façon d'intervenir et la fermeture à une nouvelle compréhension des enjeux liés à un partenariat réel, de ceux liés à une redistribution du pouvoir ainsi qu'à la reconnaissance du savoir-être des femmes, manière personnelle d'appréhender le monde (Beauport, 1997). D'abord, un statu quo est ré-affirmé dans la pratique professionnelle; on ne remet en aucun cas sa pratique en question ni même laisse place à l'amélioration et deuxièmement, on demeure plutôt spectateurs réactifs, qu'acteurs proactifs aux nouveaux enjeux de partenariat, de pouvoir et de savoir-être. L'analyse d'un projet d'organisation communautaire postule que l'expérience du besoin de changement est la pierre angulaire de changements concrets (El-Askari, Freestone, Irizarry, Kraut et al., 1998).

Or, un refus catégorique de s'engager dans une remise en question semble selon Argyris (1997) être assujéti à un raisonnement défensif. Selon cet auteur, un tel raisonnement, égocentrique, fermé à l'apprentissage et conservateur outre mesure est mis-en-lumière par un écart net entre le discours théorique et la pratique. Cet écart, dont peu sont conscients, entre en jeu surtout lorsqu'il est question de protéger son pouvoir ou son champ d'expertise. Yeo (1993b) est aussi de cet avis en expliquant comment la résistance au changement se manifeste lorsque les institutions défendent des politiques vertueuses en accord avec l'opinion, sans pour cela, les appliquer dans leurs pratiques quotidiennes. Par ailleurs, la question de protection de son champs d'expertise devient d'autant plus évidente dans un contexte de collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997). Or, le cadre de cette intervention est justement non seulement interprofessionnel mais tente de situer le client dans un partenariat avec divers professionnels, double enjeu! Bien que cette participation fasse partie intégrante des mandats des CLSC depuis bientôt 30 ans, les clients ou usagers demeurent marginalisés et relégués dans des structures consultatives sans pouvoir réel, ce que notre étude a aussi démontré (Godbout, 1987).

Donc, même si la philosophie de la promotion de la santé est toute autre, elle-même demeure une pratique gouvernementale exerçant un pouvoir subtil dans la direction de comportements de santé à adopter. Certains disent de la promotion de la santé qu'elle conserve une culture dominante médicale, moraliste, sexiste et biaisée envers les différentes classes sociales (Coveney, 1998). Si notre étude reflète l'expérience de plusieurs intervenants en promotion de la santé, on comprend mieux pourquoi encore aujourd'hui, on en arrive à cette conclusion.

Selon Fontaine (1997) un programme de santé publique doit être envisagé de façon systémique et l'acteur de santé publique doit s'attendre à cette résistance. Son irruption dans le milieu active nécessairement les forces de conservation du système et pas seulement celles de changement, ce qui, dès le départ, limite l'évolution vers laquelle l'acteur de santé publique désire tendre. Si Contandriopoulos (1996) fait allusion aux verrous à supprimer dans les modalités organisationnelles afin d'assurer une transformation, Fontaine parle d'espace à créer chez les acteurs où vont pouvoir se jouer

les préalables suivants: définition du cadre du travail (clarification des demandes, des représentations, etc), étude de la situation problématique et l'occurrence de changements par la négociation, la mobilisation et la coopération entre tous les acteurs. La méthode de recherche choisie visait justement à mettre en place tous ces préalables. La cohérence du changement avec la logique sociale des acteurs semble être un élément important de facilitation du processus de changement (Fontaine, 1997).

Or, depuis plusieurs années, ancrée au cœur de la réforme du système de santé québécois, la rhétorique contemporaine en santé publique et en promotion de la santé vise le développement communautaire et la redéfinition des rôles des intervenants en ce sens. Cependant, une faible perception du bénéfice apporté par le changement peut être responsable de la résistance connue. Fontaine (1997) explique qu'une tension réelle existe entre la situation de coopération demandée et la situation de conflit vécue par chacun des acteurs. Puisque les ressources de chacun sont différentes, et particulièrement dans le cadre de ce programme, l'échange de ressources ne peut être envisagé comme égal par les infirmières, qui sont situées dans une situation initiale de pouvoir par rapport à ceux auprès desquels elles interviennent, ce que Lupton (1994) soutient également.

À notre avis, ces dernières doivent, dans leur pratique quotidienne, faire valoir leurs rôles et leurs positions professionnelles, ce qui limite leur potentialité d'ouverture à l'expertise d'autrui, ce que la recension des écrits avait d'ailleurs laissé présager. Plus loin encore, deux facteurs illuminent l'explication recherchée, le savoir scientifique des infirmières encore aujourd'hui questionné par certains membres de la communauté scientifique (O'Neill, 1997; Turner, 1995) de même que l'évolution de la pratique infirmière initialement reconnue comme une pratique de service au médecin (Lupton, 1994; Lego, 1993). Ces deux facteurs peuvent rendre difficile l'émancipation dont on veut que les infirmières soient les instigatrices premières auprès des communautés qu'elles desservent. Elles mêmes font partie d'une profession encore très hiérarchisée où, comme elles l'ont précisé lors d'un entretien, peu de place est laissée à la créativité dans la pratique.

Turner (1995) et Clifford (1992) estiment que l'absence de contrôle des infirmières dans la bureaucratie médicale leur confère le rôle de groupe opprimé. Comment alors envisager les bénéfices d'une participation active à un processus qui non seulement semble leur enlever le peu de pouvoir qu'elles détiennent mais aussi en conférer autant aux femmes auprès desquelles, jadis, elles pouvaient « enfin » combler, sans en être consciente, cette reconnaissance et ce pouvoir professionnel? En fait, réitérons l'affirmation de plusieurs auteurs : les infirmières doivent se sentir elles-mêmes émancipées avant de pouvoir contribuer à l'émancipation d'autrui (Barrow, 1988; Chavasse, 1992). Sans cette condition, l'expérience de l'espoir, de l'enthousiasme et de la direction dans un projet ne peut avoir lieu (Rodwell, 1996). Alter (1997) soutient que toute organisation est le résultat d'une construction sociale, d'une rencontre entre des volontés d'acteurs, au moins partiellement contradictoires et donc conflictuelles. Or, cette même volonté constitue l'une des clés du fonctionnement et de la pérennité d'une organisation. Elle s'exprime selon Bellier-Michel (1998) par un sentiment d'appartenance, une implication au travail dans la production et l'action et finalement dans une soumission librement consentie i.e. dans un investissement en soi-même. Ces éléments peuvent, d'une part, expliquer la différence entre un travail que l'on fait par obligation uniquement et un travail dans lequel on s'investit personnellement. Les infirmières incriminant la lourdeur des tâches ainsi que les manques de liberté dans la prestation de leurs services (D'Amour, 1997) viennent peut-être d'identifier ces éléments modérateurs à leur volonté d'acteur..

D'autre part, à la base du dilemme auquel seraient confrontées les infirmières dans cette situation de coopération / conflit se situe fort probablement ce que Godin (1996) appelle les deux ordres de connaissances, spécialiste et populaire. Jadis, tous deux se développaient de façon parallèle et même concurrentielle. Aujourd'hui, on mandate les membres de l'un des deux ordres, membres dont la propre profession milite pour sa reconnaissance scientifique, de faire valoir l'autre savoir. Un tel mandat requière des apprentissages réciproques, une sorte de mutualisme (Godin) qui malheureusement n'a pas été confirmé par les infirmières, qui ne reconnaissent aucun impact, aucune

transformation, aucun apprentissage issu du processus de l'intervention et de la recherche.

Bien que tous ces facteurs puissent agir à un niveau presque instinctif chez les infirmières en raison de leur histoire commune, de leur éducation, etc. le débat engendré porte néanmoins à réflexion. Elles font peut-être partie de ces éducateurs en santé dont parlent Wallerstein & Freudenberg (1998) qui vivent de plus des conflits de rôle et sont paralysés par un refus formel de prendre des risques. Une attitude tout à fait différente a été observée chez d'autres intervenants professionnels du CLSC en regard du programme et de la mise-sur-pied de l'organisme communautaire. Une grande ouverture d'esprit, un enthousiasme certain, des efforts déployés, une reconnaissance dans l'action du discours de « prise en charge par la communauté » ont été constatés chez des psychoéducatrices et travailleuses sociales du milieu. Or, on peut penser que la formation des infirmières, en santé et développement communautaire, pourrait être non seulement améliorée mais réorientée compte-tenu des besoins grandissants de la communauté, conformément au virage ambulatoire. Les résultats de la thèse de D'amour (1997) et les résultats de Drevdahl (1995) confirment cette hypothèse que les infirmières n'ont pas suffisamment de perspective communautaire.

À cet effet, les programmes canadiens d'éducation en sciences infirmières incluent, graduellement, dans la formation des bachelières, des stratégies de promotion de la santé telles l'action politique et le développement communautaire (Duncan, 1996). Il faut dorénavant, plus que jamais, dépasser le travail individuel avec chaque famille pour converger vers la responsabilisation collective par des stratégies de développement communautaire (Kozlowski & Zotti, 1993; Reutter, 1995). Les infirmières demeurent des acteurs de première ligne en santé publique (Baldwin, 1995), surtout en périnatalité. L'évolution de notre système de santé avec ce qu'elle comporte de conjonctures, de restructuration et efforts de rationalisation, invite formellement à l'évolution de chacune des disciplines dans la pratique de la promotion de la santé. Si certaines professions refusent de transformer leur pratique, d'autres le feront et les premières seront une fois de plus, à la remorque des décisions des autres professionnels. Hutchison & Quartaro

(1995) croient profondément que le statu quo des infirmières ne résistera pas aux défis de santé envisagés pour le 21^{ème} siècle.

L'institutionnalisation du programme d'accompagnement dans le CLSC n'a pas eu lieu. Elle réfère selon Rogers (1983) à cette étape finale d'un processus de diffusion d'une innovation, i.e. l'intégration d'un programme de promotion de la santé dans la structure de l'organisation. Renaud, Chevalier & O'Loughlin (1997) ont examiné 28 articles portant sur l'institutionnalisation d'un programme communautaire en promotion de la santé et ont proposé un modèle conceptuel d'institutionnalisation. Ce modèle fait une synthèse des fondements théoriques et conceptuels retrouvés dans les écrits et nous permet d'identifier quels éléments de l'implantation ont empêché de dépasser ce stade (sensibilisation, adoption, implantation, appropriation, incorporation et institutionnalisation). Or, les éléments qui semblent avoir freiné une évolution du processus seraient un engagement et un investissement limités de la part de ceux qui sont impliqués, une déficience dans le soutien venant des cadres intermédiaires, l'absence d'un champion de programme venant de l'institution publique (individu qui assume un rôle clé dans l'organisation) et finalement, des ressources humaines et financières limitées.

Bien qu'un changement dans une organisation exige normalement un minimum de cinq (5) ans (Mintzberg, 1998; Guldan, 1996), d'autres étapes, telle que l'appropriation du programme par les professionnels du milieu, précèdent l'opération de ce changement. Ici, même ce réflexe par les professionnels, dont les principales actrices étaient des infirmières de périnatalité, a fait défaut. La promotion de la santé est plus que la mise-en-œuvre d'une certaine pratique professionnelle mais l'expérience d'une idéologie (O'Neill, 1997). Même si l'on comprend un peu mieux pourquoi notre intervention de promotion de la santé n'a pas quitté le stade d'implantation dans le milieu (des démarches pour la transférer au milieu communautaire ayant été entreprises), réussir l'adhésion et maintenir une coopération entre tous les acteurs faisaient partie du rôle de la chercheuse dans son orchestration. Les enjeux principaux propres à ce rôle seront discutés en dernière partie de ce chapitre.

Plaidoyer pour l'émancipation comme stratégie de promotion de la santé périnatale

La pauvreté, avec ses répercussions complexes et multiples, s'affiche comme le plus redoutable fléau des familles d'aujourd'hui. Ses effets nuisibles à la santé des enfants s'opèrent par une réduction des ressources parentales et l'isolement de sources de soutien social (Schor, 1995). L'effet cumulatif des stress altère la capacité de fonctionnement de l'unité familiale et entraîne généralement une diminution de l'estime de soi ainsi qu'une augmentation du taux de dépression chez ces parents vivant en situation de pauvreté. Les écrits féministes associent généralement la dépression chez les femmes aux formes d'oppression qu'elles subissent : la dépression serait l'expression d'une oppression sous-jacente (Steen, 1991).

Les résultats de notre étude indiquent cependant que malgré l'adversité dans laquelle les familles évoluent, certaines d'entre elles réagissent non seulement en s'adaptant aux conditions difficiles mais en désirant plus fortement dépasser ces conditions. Or, les stratégies de ceux qui démontrent du ressort personnel relèvent apparemment de prédispositions génétiques et d'habiletés développées mais aussi d'un environnement favorisant leur bien-être (Hall, Stevens & Meleis, 1994). Pour Werner (1997), ces individus qui démontrent un tel ressort ont choisi des environnements où ils excellent, que ce soit à l'école ou même dans la maternité (Donaldson Connelly, 1998), ils entretiennent des liens d'amitié depuis longtemps et pratiquent une spiritualité quelconque. Nos résultats corroborent ces derniers.

Ce pouvoir dans l'exercice du choix de son environnement est un élément clé de l'espoir, autre concept très lié à cette qualité de ressort personnel (Zimmerman, 1990). Neal et al (1997) caractérisent cet esprit chez un individu de « vive résistance », laquelle engendre le pouvoir et l'entraîne au dépassement de soi et des conditions de vie. Ils font appel aux professionnels de santé publique pour promouvoir cette vive résistance, par un partenariat avec les familles, favorisé par la relation de confiance, la promotion de

modèles, l'encouragement à l'autonomie et par la promotion de choix. Prilleltensky (1996) et Wheeler & Chin (1991) s'accordent pour dire que la création d'un espace où le droit de parole et l'affirmation de choix constitue le prélude aux idéaux d'une justice émancipatrice. Notre étude visait aussi la création de cet espace. Nous avons pu réaliser aussi par l'expérience que favoriser l'expression de la vision de chacune, susciter l'identification d'un éventail de choix face à une situation et promouvoir la liberté d'action traduit à l'autre un sentiment de respect et d'importance essentiel à l'autodétermination.

Implications théoriques et sociales de l'étude

Les compagnes ont réitéré à plusieurs reprises le sentiment de dévalorisation et l'isolement dont elles ont été victimes avant la grossesse et après l'accouchement. De plus, un sentiment d'insatisfaction des services professionnels reçus par le passé (inadéquation aux besoins réels, comportements et attitudes des intervenantes, etc.) confirment, entre autres, l'hypothèse de problèmes relationnels importants entravant le développement de la relation d'aide avec les populations plus défavorisées (Brown & Lumley, 1993; Deschamps & Baumann, 1987). Lussier, David et Ouimet (1996) concluent à l'égard du savoir professionnel ou spécialiste qu'il s'impose auprès des populations plus défavorisées plus qu'il ne se transmet, donc qu'il dépossède et aliène. Par conséquent, ce savoir et surtout son véhicule aurait le potentiel d'accroître l'oppression des populations (voir à cet effet le chapitre cinq (5) du livre de Lupton, 1994 sur la notion foucauldienne du pouvoir médical).

Le vécu des compagnes, tel que représenté par le modèle en voie de théorisation, est empreint de dévalorisation, de pauvreté et d'instabilité. Barclay, Everitt, Rogan, Schmied et al. (1997) ont identifié, par une théorie ancrée effectuée auprès de primipares, six (6) catégories de thèmes reliés à l'expérience de la maternité dont la solitude, qui elle aussi a émergé de notre étude. L'épuisement, les nombreuses pertes, ne pas se sentir prête, composer malgré tout sont d'autres catégories de l'étude de Barclay et al., (1997). Contrairement aux femmes de leur étude dont la prise de conscience des changements

avec la maternité fut accablante, les compagnes-mères situent cette prise de conscience des enjeux du rôle de mère comme un privilège qui viendrait avec la maternité. En fait, la conceptualisation qui se dégage du modèle en voie de théorisation présente une image globale comportant tant les aspects négatifs que positifs des expériences de la grossesse et de la maternité et complète bien les travaux de Barclay et al. (1997) à cet égard.

Or, la lutte contre la pauvreté peut prendre diverses formes, l'émancipation étant une stratégie. Elle mise principalement sur un capital négligé grandement dans la société contemporaine, le capital social, concept originant des sciences politiques et théorisé par Coleman (1990). Produit de l'échange social et dépendant d'une responsabilité sociale, ses ressources principales sont les réseaux naturels, les coalitions et les concertations. L'existence d'un capital social précède le développement économique et social précurseur lui-même de l'équité sociale (Schor, 1995). Ce capital social devient justement cette ressource renouvelable sur laquelle était fondée l'idéologie du modèle de départ de l'étude (inspiré des réflexions de Kendall, 1992). Il semblerait que ce concept de la communauté synergique compris dans une économie de capital social se trouve opposé aux mécanismes d'opération d'autres ressources (physiques par exemple) qui s'épuisent avec l'utilisation. Or, selon Putnam (1993) plus on s'inspire du capital social, plus on observe une coopération grandissante qui produit des bénéfices mutuels. Pour édifier ce capital social, on doit se trouver de bons entrepreneurs sociaux, qui possèdent les qualités de l'entrepreneur commercial, i.e. avoir une vision innovatrice, rechercher les occasions et transformer ses rêves en réalité. La différence? Les efforts de l'entrepreneur social sont motivés par la justice sociale (Catford, 1998). Penser de façon révolutionnaire, agir et transformer le système sont les verbes préférés de l'entrepreneur social ou de l'activiste communautaire qui vit quotidiennement dans l'incertitude, dans l'opposition et avec des espoirs déçus (Kinsey, 1999). Mener un tel combat produit inévitablement, à un moment donné, les bénéfices mutuels dont parlait Putnam (1993) qui contribuent au bien-être des membres de la société.

Intégré dans un modèle de prestation de soins périnataux intégrés et multidisciplinaires dont les résultats d'impact semblent probants sur certaines variables

(Skovholt, Lia-Hoagberg, Mullett, Siiteri et al., 1994; Rush, Alvir, Kenny, Johnson & Horvitz, 1988), un programme tel que l'accompagnement, par la mise en valeur du capital social peut entraîner l'émancipation. Même si des résultats ne sont pas disponibles quant à l'efficacité des pairs sur des variables reliées à l'issue de grossesse (Baldwin & Chen, 1996; Herman, Berendez, Cooper, Overpeck et al., 1996), notre étude donne néanmoins des pistes fort positives en terme d'impact émancipatoire pour les dyades de mères: rassurer, encourager, donner confiance, favoriser des apprentissages et offrir des choix. La coalition née de l'émergence de la Fondation a enfanté soutien, valorisation, croissance, apprentissages et reconnaissance de la profession de mère. Ces éléments ont entraîné un impact synergique sous forme d'une nouvelle vision de l'environnement, le développement d'une volonté collective, l'affirmation de choix face à l'extérieur, une liberté d'agir et finalement une transformation de la réalité.

Ce sont précisément les difficultés rencontrées en cours d'implantation qui ont amené à ce dénouement positif. Cowher (1996), en adoptant la théorie de Hagberg sur le développement du pouvoir personnel, postule que l'éruption spontanée de crise attise l'évolution de l'humain à travers différentes étapes de son pouvoir personnel. Conformément à la libération dont parle Freire, cette dernière ne peut s'opérer indépendamment d'un combat ou en l'absence de sacrifices. La quête d'un monde plus juste est toujours accompagnée de risques et d'incertitudes (Roberts, 1996) et le changement communautaire, de conflits inévitables (Flick, Reese, Rogers, Fletcher & Sonn, 1994), ce que révèle l'adoption d'une réflexion critique. Dans la vision de Foucault que nous explique Dreyfus (1996), cette réflexion critique engage nécessairement à une destruction de la prétendue évidence et démontre aux individus la liberté qui émane de cette reconstruction de l'évidence.

Les conflits d'intérêts sont l'expression de préoccupations qui, vues de l'extérieur, peuvent sembler divergentes mais qui souvent recèlent aussi une valeur commune exprimée par une non-indifférence, alimentant ainsi le conflit. Cette reconnaissance pourrait servir d'élément unificateur si ces éléments étaient compris comme tels et faisaient l'objet d'une réflexion par l'ensemble des différents détenteurs (Wheeler &

Chinn, 1991). Dans notre étude, il semble qu'à la base des conflits d'intérêt remarquables se trouve le même enjeu : une recherche de pouvoir ou d'épanouissement personnel. Cette recherche dans un groupe viendrait limiter l'expression et la possibilité pour celle de l'autre groupe surtout quand le premier groupe, par sa position sociale, est celui le mieux placé pour assister l'émancipation du second. Bien des auteurs arguent que les tensions et les conflits sont inévitables et qu'ils ont l'avantage d'assurer un mouvement énergétique au processus quand les professionnels tiennent le rôle d'agent catalyseurs (Labonté et Feather, 1996; Labonté, 1994 & Flick, Reese, Rogers, Fletcher & Sonn, 1994).

En somme, le pouvoir ou l'épanouissement dont chacune nous a entretenues au cours de l'étude fait appel à l'expérience personnelle, i.e. ce que son bagage d'expérience de vie lui a léguée jusqu'à maintenant. Décider, vouloir, agir et anticiper l'avenir avec espoir représente la vision des compagnes dont les compagnes-mères qui, particulièrement, témoignent de qualités de vive résistance face aux assauts lancés par la pauvreté. Elles jettent un regard positif sur l'avenir et prennent les moyens nécessaires pour effectuer une transformation de leur réalité. Le programme d'accompagnement a réussi dans la vision de Kendall (1992) à faciliter une libération de circonstances oppressantes et le développement d'habiletés à contrer les forces qui génèrent un sentiment de détresse par une attitude proactive opposée à l'adaptation. Par ailleurs, les infirmières ont instantanément associé pouvoir à son sens péjoratif: abus, monopolisation, contrôle, . . . Une investigation plus approfondie de l'expérience des infirmières avec le pouvoir permettrait peut-être d'éclairer le reflet auquel leurs discours renvoient.

Notre désir est que le programme d'accompagnement épanouisse les femmes qui y participent. Rappelons-nous la citation de l'une des compagnes présentée en introduction du chapitre du processus de co-création du phénomène selon laquelle vouloir aider quelqu'un à s'épanouir c'est autre chose que de lui apporter de l'aide matérielle mais offrir une présence constante, épauler, appuyer et surtout encourager. À l'instar de Leeseberg Stamler (1996), cette jeune mère de l'étude considère que l'épanouissement ou l'émancipation fait appel à un processus qui confère des moyens, des habiletés et des

occasions. Son importance se trouve par le fait même dévoilée par la perception des individus qui l'expérimentent. De ceci, découle l'importance de l'expérience personnelle : il ne suffit pas alors que les professionnels confèrent ces stratégies (des moyens, des habiletés et des occasions), mais que les femmes ressentent l'investissement sincère de l'accompagnement. Il semble qu'à la base du modèle traditionnel de prestation des services de santé subsiste une mentalité restrictive où sont limités les efforts professionnels qui dépasseraient les fonctions habituelles. Or justement, travailler pour la justice sociale exige de s'aventurer hors des sentiers battus sur d'autres chemins que ceux que nous connaissons (Wallerstein & Freudenberg, 1998). Le mandat de la santé publique comprend aujourd'hui plus que jamais une lutte dont l'emphase est mise sur trois actions principales pour contrer les inégalités économiques : la participation collective, le développement de politiques publiques saines et l'action politique par des analyses d'impact des récentes lois sociales, sanitaires ou autres ayant une influence sur la santé (Raphael, 1998). Les résultats de notre étude confirment ceux de De Gaulejac (1989) à l'effet que tout, dans l'univers de la vie du pauvre, est construit pour lui communiquer qu'il doit avoir honte de ce qu'il est. Souvenons-nous seulement de l'éloquence des verbatims présentés dans le chapitre précédent à l'effet que la prestation de services de santé et services sociaux (cuisines collectives, banques alimentaires,...) qui confirment cette hypothèse.

Or, compte-tenu des résultats cumulatifs sur le rôle de l'estime de soi dans le développement de la compétence maternelle et de la place de choix de ce concept dans les théories du rôle ou de la transition maternels (Hermann, Cleve, Levinsen, 1998; Mercer & Ferketich, 1988; Rubin, 1967), on ne peut plus nier son importance. Dans une approche écologique de la santé périnatale où les déterminants psychosociaux sont appelés à jouer un rôle de plus en plus grand, la légitimité de l'estime de soi comme l'un des concepts-clés de la promotion de la santé n'est plus à démontrer. L'accompagnement périnatal, principalement par le jumelage et la proximité du vécu, crée un espace de choix et de possibilités originales pour la compagne-enceinte, brisant ainsi la chaîne de la pauvreté, selon l'expression d'une compagne-mère. De nouvelles motivations pouvaient surgir des rencontres entre les compagnes, fondées non pas sur une leçon moralisatrice et

utopique, mais sur un partage authentique et surtout comparable à son propre cheminement personnel. Malgré un environnement démuné, ce partage périodique entre les compagnes faisait naître chez elles un sentiment de richesse et d'appréciation, laissant derrière lui une énergie renouvelée pour reprendre son quotidien. C'est ainsi que l'approche émancipatrice dans sa philosophie et sa pratique peut interrompre le phénomène d'acculturation à la pauvreté (Erickson, 1996). Il y a, dans cette expérience, un élément catalytique qui ne fait pas que tenir en vie et assurer une survie provisoire mais donne littéralement des ailes pour matérialiser l'espoir apprivoisé.

Comme conséquents (terme de l'analyse de concept visant les effets que l'on peut attribuer au concept à l'étude) au concept de l'émancipation, Rodwell (1996) a identifié dans son étude, motivation, espoir pour l'avenir, transformation du présent et sentiment de contrôle. L'analyse de nos entretiens abonde aussi dans ce sens. Or, pour mieux saisir comment opère le processus d'émancipation et générer une théorie, Chinn & Kramer (1991) suggèrent d'examiner et de préciser les relations entre les unités identifiées par l'explication théorique émergeant de l'expérience empirique. Du modèle en voie de théorisation présenté précédemment, différents types de relations peuvent être identifiés sous forme de propositions.

Plus loin sur la voie de la théorisation

Cette étude nous a permis de faire quelques pas dans le développement essentiel d'explications théoriques en promotion de la santé et donc dans le renforcement de son assise scientifique. La méthode de recherche a facilité l'émergence des concepts de base du modèle en voie de théorisation et la reconnaissance de certains liens entre ces concepts. Le développement de théories exige d'aller plus loin dans cette exploration analytique. Nous proposons ici les étapes ultérieures qui nous permettraient d'amener notre modèle au niveau de théorie de niveau intermédiaire en promotion de la santé. La qualité prédictive de toute nouvelle théorie devrait se vérifier dans une autre étude, où l'épistémologie et la méthodologie de recherche se prêteraient à une telle vérification. La qualité transférable elle, plus appropriée au paradigme qualitatif, relève de celui ou celle,

qui, intéressée par l'explication, s'applique à étudier son application dans son contexte. Il n'est pas déraisonnable de relever ce débat méthodologique derrière la pertinence des paradigmes évaluatifs pour la promotion de la santé parce qu'il reste pertinent encore aujourd'hui (Oakley, Peersman & Oliver, 1998). L'identification et l'explication d'activités de promotion de la santé dont le potentiel d'efficacité n'est plus à démontrer sont encore plus importantes à ce point; les énoncés suivants le clarifient.

Énoncés de propositions descriptives

- 1- Les gestantes vivant en situation de pauvreté connaissent la dévalorisation, la pauvreté et l'instabilité et dénoncent cinq (5) valeurs sociales prédominantes : mésestime du rôle de mère, surconsommation, performance, stress social et éducation familiale coûteuse;
- 2- Une réflexion critique de l'expérience de la grossesse et de la maternité révèle le caractère paradoxal de ces expériences i.e. l'expression de sentiments mixtes et d'un vécu marqué par certaines contradictions;
- 3- L'accompagnement naturel, une réponse par l'action à la réflexion critique de la transformation souhaitée naît d'ambitions communes, de préoccupations similaires et de contrariétés identiques au sein desquelles on trouve des valeurs partagées;

Énoncés de relations explicatives

- 1- L'investissement dans la relation, l'intimité du lien et les possibilités issues de l'entraide procurée par l'accompagnement naturel semblent s'opérer en présence de quatre (4) facteurs liés à la dyade: l'amitié réciproque, l'absence de jugement, le respect mutuel et l'empathie réciproque des acteurs ainsi que d'un soutien intermédiaire externe;
- 2- L'entraide peut évoluer dans la similitude ou dans la différence de vécu; mais pour ce qui est de la différence, seulement s'il y a partage des motivations personnelles et des objectifs familiaux;

- 3- L'émancipation au niveau individuel procède par le développement d'un lien de confiance soutenu par les verbes rassurer, encourager, donner confiance, favoriser des apprentissages et offrir des choix;
- 4- L'émancipation au niveau collectif procède par des interactions issues de processus collectifs comme le développement communautaire dont fait partie la coalition où soutien, valorisation, croissance, apprentissages, reconnaissance de la profession de mère sont des antécédents à ce type d'émancipation;
- 5- Ce processus collectif, en tant que levier d'action sociale, permet de dépasser l'émancipation individuelle et d'observer les premiers pas d'une nouvelle communauté synergique;
- 6- Cette communauté synergique, misant sur le capital social et avec le pouvoir comme ressource récupérable, expérimente l'émancipation à différents niveaux sur un continuum caractérisé par une nouvelle vision de son environnement, le développement d'une volonté collective, l'affirmation de ses choix, la liberté d'agir et finalement une transformation de sa réalité;

Énoncés de relations prédictives à vérifier ultérieurement

- 1- S'il y a entraide entre femmes d'une même communauté dans le contexte périnatal, soutenue par un organisme de soutien externe; alors par l'accompagnement, il est possible d'agir sur des variables individuelles liées à l'issue de la grossesse: réduire l'anxiété prénatale, augmenter le soutien social et augmenter l'estime de soi;
- 2- Si cette entraide est réciproque entre les acteurs, il est possible de créer un moment opportun au développement de l'émancipation communautaire;

Énoncés de postulats

Les postulats reflètent les valeurs de la chercheuse influencée par les écrits contemporains sur l'émancipation (Labonté, 1989; Wallerstein & Bernstein, 1994). Ils constituent des principes fondamentaux à toute intervention qui se veut émancipatrice. Bien que certains soient démontrables ou encore indémontrés, le processus de co-création de l'étude tend à les situer à la base des interventions de promotion de la santé.

- 1- La promotion de la santé, visant l'augmentation de la prise en charge des individus envers leur santé, peut se développer en étudiant le processus d'émancipation par lequel les individus sont amenés à comprendre et à contrôler les forces environnementales telles que personnelles, sociales, économiques et politiques;
- 2- Seule une compréhension théorique et empirique du processus au cœur du phénomène d'intérêt qu'est l'émancipation pour la promotion de la santé, permettra le développement d'interventions susceptibles de répondre adéquatement aux changements dans les besoins de santé des populations et aux transformations du système de santé québécois;
- 3- L'accompagnement périnatal, stratégie émancipatrice (individuelle et collective) de promotion de la santé, permet non seulement d'attaquer de front un problème social significatif pour la santé mais de transcender et de transformer l'oppression sociale des gestantes vivant en situation de pauvreté et d'interrompre la culture de la pauvreté des familles;
- 4- L'émancipation découle d'une redistribution du pouvoir entre des partis qui se savent différents mais égaux où chacun est transformé par les forces de l'autre mais non restreint ni affaibli par ce nouvel équilibre; le pouvoir étant une ressource récupérable qui se multiplie;
- 5- Dans la pratique, l'émancipation ne peut se faire en conférant uniquement une certaine habilitation mais en alimentant le processus et en éliminant les obstacles;

En somme, l'expérimentation de l'émancipation par le programme d'accompagnement a permis de contribuer à la maturation du processus d'émancipation notamment par la confrontation et la synthèse entre les savoir profane et professionnel. Par ce processus, s'élaboreront peu à peu de nouvelles représentations sociales où les

valeurs, les attitudes et l'ensemble de la réalité d'individus, dans ce cas présent des femmes en situation de pauvreté, sont transférés dans le monde du savoir professionnel (Beauport, 1997; Joffe, 1996; Markova, 1996). L'inverse n'est pas nécessairement vrai, une distance est maintenue entre les professionnels et les femmes, limitant la profondeur des échanges ou le partage de visions car les professionnelles veulent préserver une distinction nette entre leur vie privée et leur vie professionnelle. Sans nier le bien-fondé de cette position, l'on peut se demander si l'intervention sanitaire sociale ne dépasse justement pas les compétences minimales d'un investissement professionnel pour tendre vers un investissement personnel. Lorsqu'on sait gérer les doses de ce type d'investissement (personnel) dans son travail professionnel, nous croyons qu'il peut davantage alimenter les énergies nécessaires à la victoire d'une justice plus évidente sur l'inéquité. Comme professionnels, on est actuellement, trop souvent, des témoins strictement passifs.

L'expérience de l'accompagnement : Aspects pratiques

La présente étude a repoussé les limites d'autres études de cas sur l'émancipation en présentant les éléments facilitateurs et bloqueurs à la mise-en-œuvre de tels programmes par la recherche participative, en identifiant une formation susceptible de préparer adéquatement les pairs entraïdantes et en présentant des caractéristiques qui encouragent le processus d'émancipation. Toutes ces lacunes auxquelles cette étude a tenté de répondre avaient été repérées par Simons-Morton & Davis Crump (1996) et Rappaport (1987) dans les écrits scientifiques sur l'émancipation.

Contre toute probabilité

Comme dans l'étude de Flick, Reese, Rogers, Fletcher & Sonn (1994), la formation d'une coalition dont la structure garantit le contrôle aux mères de la communauté enracine progressivement un bien-être dans la communauté que seules la justice et l'équité peuvent apporter. La relation de confiance entre les compagnes s'est développée progressivement et malgré certaines difficultés. Les mêmes raisons

(transport, température, maladie et difficultés de contacts) ont expliqué certaines des difficultés dans l'intensité du suivi prénatal par les compagnes-mères de McFarlane & Wiist (1997) et celles des professionnels dans l'étude de Poland-Laken & Ager (1995) et celle de Rudner-Lugo (1996). Poland-Laken et Ager arrivent à la conclusion que même l'utilisation d'incitatifs tels que certificat cadeau, argent, couches pour motiver les femmes à participer au suivi professionnel, ne parvient à maintenir un suivi régulier. Dans ce contexte, la tâche des compagnes-mères demeure ardue. Là où les infirmières ont longtemps rencontré des difficultés pour de multiples raisons, dont certaines externes à leur contrôle, on ne peut anticiper d'emblée une réussite sans obstacles par les compagnes.

Des succès modestes mais tangibles

À l'instar des résultats obtenus par Lussier, David et Ouimet (1996) et par Hunt (1998), les compagnes ont été appréciées tant pour leur disponibilité que pour l'écoute prodiguée. Le rôle que les compagnes se sont donné en est un d'amie. À plus d'une reprise elles ont clamé ne pas être des espionnes ni des expertes. Or, Théorêt (1996) dans son étude auprès de mentors en milieu scolaire a identifié ces mêmes éléments comme clés du succès des relations de mentorat : «le mentor est comme un ami..., pas un espion, ni un juge ni un étranger». On peut dès lors nuancer le «prendre soin professionnel» du «prendre soin naturel», l'un découlant d'un corps professionnel où intervient nécessairement le pouvoir et l'autre apprivoisé par la générosité et la confiance (Fox, 1995). Trois types de soutien ont été pratiqués par les compagnes (émotif, expressif et affirmatif) et relevés aussi dans d'autres études sur l'entraide entre pairs durant la grossesse et la maternité (Rogers, Peoples-Sheps & Suchindran, 1996 et Stewart, Ellerton, Hart, Hirth, Mann et al., 1997). Comme Stewart, Banks, Crossman & Poel (1994), nos résultats indiquent l'émergence de connaissances expérientielles que les compagnes semblent plus enclines à intégrer à leur vie de tous les jours que les connaissances informatives des professionnelles. De récentes données en psychanalyse indiquent l'émergence d'une nouvelle identification de connaissances issues de processus interactionnels (mère-enfant, patient-thérapeute, etc.) nés de moments de rencontre

répétées : les connaissances relationnelles implicites (Lyons-Ruth, 1998). L'événement transactionnel des rencontres laisse de nouvelles formes d'action engendrée par autre chose qu'un partage verbal. Ce type de connaissance pourrait aussi fort bien naître de l'interaction entre les compagnes mères et enceintes. Pour expliquer le transfert du premier type identifié, les connaissances expérientielles, peut-être faut-il simplement se questionner sur l'adéquation entre les préoccupations réelles des adolescentes compagnes-enceintes et les réponses apportées par les professionnels de la santé? Selon Riesch, Coleman, Glowacki & Konings (1997), ces préoccupations touchent les valeurs familiales, le style parental, la prévention d'agents stressseurs et le développement d'habiletés à communiquer avec l'enfant, ce à quoi dans notre étude, les compagnes-mères semblent répondre d'emblée. Par ailleurs, comme l'a suggéré une compagne-mère, le programme doit rester ouvert et flexible afin de répondre aux besoins qui se présenteront. À cet effet, l'avis des compagnes est ferme: le programme doit être ouvert à tous les types de familles, monoparentals ou non et aux pères éventuellement, point sur lequel insistent aussi Adams et Kocik (1997). Cette position d'ouverture a entraîné le départ d'une des membres de la coalition qui désirait que les orientations de la Fondation soient concentrées sur les femmes monoparentales. Bennett, Braveman, Egerter & Kiely (1994) croient qu'en excluant par exemple les femmes mariées d'un programme, on risque de nier les besoins d'une femme qui pourrait vivre une relation abusive, de l'isolement, etc. Précisément, ce type de programmes émancipatoires, dont l'outil principal est la réflexion et l'action en synchronie pour la transformation de la réalité et l'expression des valeurs dans l'action (praxis – Freire, 1970; Wheeler & Chinn, 1991), a comme première ligne directrice de répondre aux changements, caractéristique cruciale de leur durabilité, popularité et nécessité (Keeling & Engstrom, 1993; Maker, 1996). Rappelons-nous aussi la prévalence de la dépression postpartum chez 10-15% des nouvelles mères (Stamp, Williams & Crowther, 1995) donc la nécessité de poursuivre l'accompagnement après la naissance.

Un potentiel de fertilité à exploiter...

Déjà, les compagnes envisagent éventuellement de trouver des moyens afin que l'accompagnement puisse être offert par des pères à des pères qui élèveraient leurs enfants seuls. Une réalité de plus en plus fréquente puisqu'en 1991, 1 enfant sur 5 d'âge préscolaire était pris en charge par un père à la maison, une augmentation de 15% depuis 1988 (Beth Tiedge & Darling-Fisher, 1996). Par ailleurs, de plus en plus d'écrits révèlent que les jeunes pères, ceux de moins de 20 ans sont à risque de souffrir d'une multitude de problèmes tant à la maison qu'à l'école (Dearden, Hale et Woolley, 1995). Une étude sur les besoins de ces nouveaux pères permettrait d'identifier de nouvelles stratégies et de justifier peut-être un accompagnement paternel. La culture de la paternité connaît des changements sans précédent et le rôle des pères se redéfinit concrètement mais de façon beaucoup plus modérée, faute peut-être de moyens pertinents et de modèles à suivre. Les données qui émergent du discours des acteurs de notre étude démontrent cependant une participation active du père aux soins des nouveau-nés ou des enfants. Les mères reconnaissent et apprécient cette participation. Une seule compagne-mère formule un mécontentement considérable. Dans ce cas, le conjoint n'est pas le père biologique de l'enfant, ce qui semble expliquer la distance préservée entre les deux. En général, dans l'éducation des enfants, la mère préserve un rôle prépondérant déléguant dans un des cas de notre étude, la discipline des enfants au père.

Dans toutes les situations des compagnes, l'expérience hâtive de la maternité a influencé et influence toujours la relation de couple. Bien qu'elles admettent que cette expérience peut entraîner la distance entre les conjoints, compliquer leur vie, augmenter les stress, elles rapportent que les enfants créent un lien unique avec le père par lequel ils se découvrent mutuellement. Les thèmes-clés d'une relation épanouissante discutés en groupe sont: l'écoute; la compréhension, la complicité dans la résolution de problèmes et la communication. L'intention et le désir d'évoluer en couple et en famille doivent prévaloir afin d'accorder volontairement les efforts nécessaires à l'harmonie dans le couple. En entretiens individuels, les expériences personnelles des compagnes ont été discutées. Certaines difficultés furent mises en lumière et ont facilité une réflexion

approfondie chez les compagnes. Définitivement, les enfants sont la priorité et justifient le maintien des relations de couple.

Un encadrement professionnel : protecteur de parents compétents

À l'instar de Neal, Parks, Diaconis et Omotosho (1997) dans leur étude auprès de jeunes familles vivant des difficultés financières importantes, les liens intergénérationnels entre femmes se sont aussi avérés une importante source de soutien. Le réseau social des mères n'est pas élargi et compte peu d'amis sur lesquels compter. L'étude de Neal et al. (1997) a aussi mis en évidence l'importance de reconnaître l'expertise du parent dans les soins à apporter à son enfant. Comme les compagnes-mères de notre étude l'ont affirmé, ce sont les parents qui connaissent le mieux leurs enfants. Nos résultats confirment ceux de Neal et al. à l'effet que les parents de milieu pauvre sont très fiers de leurs enfants et que cet amour les pousse à rechercher toujours le meilleur dans l'éducation des enfants. Loin d'être des parents désintéressés ou négligents comme le laissent croire de nombreux préjugés à leurs égards entretenus par bien des professionnels (Strickland & Strickland, 1996), ils sont concernés et grandement préoccupés par le bien-être de leurs enfants. Dans le cadre du programme, l'étude confirme l'importance d'un encadrement professionnel formel auprès des compagnes-mères. Un soutien est nécessaire même s'il n'est qu'un élément motivateur et valorisant à notre avis et dont le but légitime est d'éviter l'épuisement chez les compagnes (Reutter, Neufeld & Harrison, 1996). Les expériences des compagnes et celles des infirmières nous indiquent que le contact physique est nécessaire au développement de la relation de confiance. De simples coups de téléphone sont rassurants et peuvent contribuer au bien-être d'une nouvelle mère mais ils ne permettent pas un échange de points de vue sur des questions aussi intimes que l'allaitement, l'éducation, les habitudes de vie, etc. Surtout, lorsque à prime abord, les deux compagnes sont des étrangères et ne partagent pas un lien d'amitié préalable. De là, semble découler l'importance des rencontres personnelles où le contact physique contribue au développement de la relation de confiance. Les compagnes (mères et enceintes) insistent sur la promotion et le maintien des suivis individuels par les compagnes: leur nécessité résulte de ce qu'ils rendent possible le développement d'une

relation intime, d'amitié et de confiance. Les activités sociales telles les diners-partage sont intéressants par la source de renseignements qu'offrent les conférences mais ne permettent pas le développement anticipé d'une relation née d'un accompagnement périnatal.

Les divers angles de l'orchestration constructiviste

L'orchestration vise l'organisation concertée d'une action dans le paradigme constructiviste. Ce rôle confère à la chercheuse une responsabilité active à la co-création du phénomène à l'étude, au même titre que tous les autres acteurs. Dès le début du processus, la chercheuse a mis l'emphase sur ce rôle central : faire entendre et faire valoir la voix de chacune, compagnes et intervenantes, dans le développement du programme d'accompagnement et son évaluation. Les différents types d'entretiens, individuel, homogène et hétérogène ont facilité la portée lucrative visée par le cycle herméneutique. La découverte des visions consensuelles et conflictuelles, leurs intégrations aux entretiens semi-dirigés et leurs transferts aux différents acteurs ont tous contribué au processus constructiviste du phénomène.

Outre l'organisation des rencontres pour les entretiens de recherche, l'orchestration incluait aussi l'investigation de difficultés dans le suivi des compagnes, la recherche et la proposition de solutions, la proposition d'études scientifiques et d'écrits pertinents- programmes d'entraides périnatales américains et canadiens, émancipation, pédagogie, etc... et finalement la médiation entre les différents acteurs. Cette médiation, à l'instar du bémol ou du dièse en musique, pouvait parfois conduire au consensus ou alimenter l'argumentation. Aucune confrontation majeure entre les acteurs n'a eu lieu. Différents points de vue ont été émis sans jamais entraîner d'attaques personnelles. L'organisation des rencontres sociales (forums) a aussi relevé du rôle de la chercheuse: la recherche de fonds pour offrir un repas aux participantes bénévoles, la préparation du goûter, un après-midi de festivités pour conclure le projet, etc.

Une des difficultés principales relevée par la chercheuse dans son rôle a été de créer un enthousiasme collectif assez énergique pour provoquer un momentum dans la co-création du phénomène. L'enthousiasme correspond au degré d'engagement émotif des membres dans la poursuite des objectifs (Stebbins, 1987). Il transparait dans l'expression émotive des membres, les sacrifices faits pour aider à atteindre les objectifs du mouvement (dons financiers, risques physiques, dépenses de temps et d'effort) et dans leur volonté de progresser vers l'atteinte des buts du mouvement.

Une collaboration spontanée entre les différents acteurs n'a pu être observée ni même créée après maints efforts. Suite à l'étude, la collaboration entre les acteurs a pris fin: les triades se sont dissoutes mais une coopération dyadique entre les compagnes-mères, déjà amorcée au milieu de l'étude, s'est renforcée. Elles ont exprimé un désir sérieux de poursuivre leurs démarches de création d'un programme régional d'entraide périnatale. L'orchestration s'est ainsi poursuivie par l'assistance dans la création d'une fondation, principal porteur du programme d'accompagnement périnatal. Or, agir comme élément catalytique à la reconnaissance d'intérêts communs est l'un des rôles qu'attribue Castellano (1986) aux chercheurs. Dans ce sens, il est clair que la recherche s'est avérée ici le prétexte nécessaire à la naissance et à la renaissance du projet d'accompagnement sous une autre forme. Dans la représentation graphique du modèle en voie de théorisation, l'accompagnement orchestral a été éclipsé délibérément pour laisser place à l'expression la plus sophistiquée du processus d'accompagnement périnatal. Tous les rôles identifiés à priori (collaborateur, facilitateur, enseignant, agent de changement, apprenti et habilitateur) se sont avérés importants. Certains ont été plus accentués auprès de certains acteurs (i.e. : collaborateur auprès des compagnes-mères) pour des raisons liées à l'ensemble du contexte de l'intervention et aux hypothèses émises précédemment.

Avantages méthodologiques

Les recommandations méthodologiques du plus récent rapport sur la promotion de la santé au Canada (Santé Canada, 1998) portent sur la nécessité de reconnaître la qualité

scientifique de nouvelles approches participatives et ethnographiques pour l'évaluation. Or, les avantages principaux de l'utilisation de la méthodologie constructiviste de l'évaluation de la 4^{ème} que nous pouvons énoncer suite à son utilisation dans un milieu précis ont été principalement une participation active dans l'arène politique des enjeux liés au combat contre la pauvreté ainsi qu'une réduction de l'écart entre la génération et l'application des connaissances de divers acteurs. Bass (1994) est d'avis que le plus grand avantage se résume en la possibilité d'innover et d'expérimenter de nouveaux rapports entre experts et acteurs sociaux, ce que nous avons présagé comme l'essence même de cette étude dont la qualité conditionne la pose finale de la griffe émancipatrice. Ce contexte crée un réseau complexe d'unités sociales distinctes qui évoluent dans une situation réelle. L'étude de cas met en lumière ce réseau par l'explication qui s'en dégage, élément catalytique de théorisation (Merriam, 1988).

À cet effet, l'originalité scientifique découlant de ces choix méthodologiques tient aux types de connaissances produites par l'explication : interactives, issues du dialogue au cœur d'une vie partagée, d'expériences, de tradition, d'histoire et de culture communes et critiques, nées de la réflexion et de l'action dans une perspective d'équité et de justice (Habermas, 1971, McTaggart, 1991). Même si Carson (1990) et Héron (1981) attribuent des noms différents à ces types de connaissances, ils renvoient tous les deux à ces mêmes notions fondamentales. Or, aucune autre méthodologie ne privilégie l'exploitation de ces types de connaissances et donc l'expertise des marginalisés de la société (Hall, Stevens & Meleis, 1994). Par ailleurs, Hall (1981) juge que la valeur de la recherche participative se mesure à son habileté à servir les intérêts spécifiques et concrets de la classe ouvrière et d'autres groupes opprimés. Précisément, cela exige une alliance avec le groupe opprimé, alors qu'en recherche-action, proprement dite, une alliance s'opère avec l'organisation (Brown & Tandon, 1983). Certes, la nature évolutive du processus d'accompagnement n'aurait pu être mieux saisie par aucune autre méthode. Le processus dialectique herméneutique étant à la base de la méthode d'investigation, c'est là que tout se joue. Outil privilégié pour l'émergence du savoir profane, ce processus est conditionné par les 6 éléments suivants (Guba & Lincoln, 1989) :

- engagement intègre pris par chacun des acteurs;

- compétence à communiquer;
- désir de partager le pouvoir;
- désir de changer;
- désir de revoir ses propres valeurs;
- désir de s'investir (temps et énergie).

À posteriori, ces éléments de conditionnement éclairent en partie les résultats obtenus. Pour qu'il y ait émancipation, il faut d'abord la vouloir et la vouloir suffisamment pour accepter de se remettre en question et de s'investir personnellement. L'engagement volontaire par chacun des acteurs viendrait précisément modérer la prospérité du processus dialectique herméneutique.

Réflexions-synthèse de l'exercice

Même si des changements dans la communauté ne sont pas manifestes pour tous à cette période ou qu'une transformation majeure de la réalité n'ait pu être constatée, la parole, le choix, des opportunités et des actions ont été observés, contribuant à l'émancipation (Aday, 1997). Des représentants de la communauté, les compagnes-mères, se sont appropriées le projet et ce, selon Bracht & Tsouros (1990) est déjà un effet de la participation. De plus, Simons-Morton & Davis Crump (1996) nous mettent en garde justement contre la recherche de changements sociaux à échelle démesurée : les efforts actuellement doivent tendre davantage vers le développement théorique et le renforcement du processus local d'émancipation, outil vital de changements sociaux. Comme dans la dernière étude de l'équipe de Olds (Olds, Kitzman, Cole & Robinson, 1998), nous avons contribué à l'édification de fondements théoriques aux programmes de promotion de la santé périnatale. Même les meilleures pratiques de promotion de la santé identifiées par Kahan & Goodstadt (1998) doivent relever un ensemble de défis dont le manque de soutien politique, un impact négatif dans les organisations en raison des préoccupations de pouvoirs et une approche qui suit encore une voie hiérarchique. Cogan (1996) dans un essai sur l'émotion et les deux mondes de Sartre, abonde dans le sens de la transformation de la réalité d'abord par l'émotion. L'émotion, pour Sartre, s'avère le

stratagème par lequel la conscience amorce la transformation de la réalité du monde. Elle naît d'une impuissance à transformer le monde et a le potentiel d'enclencher un processus de transformation. Dans cette même perspective, Stone (1988) parle de la puissance de l'idée en tant que médium d'échanges et d'influence qui rallierait justement le combat personnel à l'action collective. Maintenant, est-ce l'émotion d'abord et l'idée ensuite, ou l'inverse, qui précède la transformation de la réalité? On ne peut apporter de réponse à cette question mais une chose est certaine, dans ces conditions, l'étude a certainement réussi à transformer les réalités de certains des acteurs participants à l'étude; leurs témoignages en faisant foi. Selon Richard, Potvin, Kishchuk, Prlic et al (1996) trois cibles peuvent être l'objet des interventions écologiques: le client, l'organisation et la communauté. Ces mêmes cibles se retrouvent dans les approches émancipatrices. Le niveau organisationnel est atteint, en partie par la création de la coalition (siègent au conseil d'administration de la Fondation à la fois des intervenants et la cheffe de l'administration du CLSC- secteur social) ainsi que le niveau collectif, par des liens qui se tissent graduellement entre les communautés (Richard et al., 1996).

En somme, les compagnes-mères, par leur détermination, leur vision et leur engagement envers la cause des familles vivant en situation de pauvreté démontrent des qualités de leaders de transformations. Les fondements de ce nouveau leadership, selon Bass (1997), reposent sur une influence idéalisée, une motivation inspirée et une stimulation intellectuelle évidente par la remise en question des valeurs contemporaines et des modes de fonctionnement des services de santé. Ce nouveau leadership remplace l'ancien style de leadership, directif et fondé sur la transaction, la négociation et l'échange calculé. Par ailleurs, l'absence d'impact auprès des infirmières, suite à la participation au développement et au programme d'accompagnement, pourrait aussi s'expliquer par les résultats de l'étude de Kossowska, Matthaus & Necka (1996) portant sur l'implantation d'une innovation auprès de professionnels et de profanes. Les résultats indiquent que la compétence chez les professionnels est liée à une rigidité élevée dans la façon de penser et de solutionner les problèmes et ce, non seulement dans son propre champ d'expertise mais aussi dans divers domaines où des tâches moins complexes sont requises. Les profanes seraient plus flexibles et ouverts à l'innovation. La compétence

pourrait alors être à ce point néfaste pour l'innovation en ce qu'elle alimenterait la résistance des professionnels en vertu des hypothèses émises plus haut. Cependant, à l'instar de Baldwin et Chen (1996), nous interpellons les infirmières à soutenir les programmes de pairs: en plus d'offrir soutien, écoute et counselling, cette stratégie semble fort efficace et économique. Même que Baldwin et Chen (1996) avancent que les pairs devraient offrir une part des soins qui sont considérés comme des soins infirmiers de santé publique. Byrd, Mullen, Selwyn & Lorimor (1996) corroborent cette prise de position en mandatant les pairs à collaborer à l'évaluation de risques, à renforcer les messages des professionnels et à augmenter la motivation à la santé et ainsi, à favoriser des démarches d'actions préventives. On pourrait croire qu'il serait prématuré d'avancer rapidement dans cette voie dans laquelle on remplacerait des soins professionnels par des soins naturels, alors qu'actuellement on doit plutôt rechercher et promouvoir la complémentarité entre les deux (2)? Cela commande, avant tout, une compréhension plus approfondie du phénomène d'entraide périnatale et notamment, de ses effets. Même si Olds (1992) soutient qu'il y a peu d'évidence crédible quand à l'efficacité de ces programmes sur des issues cliniques d'importance, nous croyons qu'ils agissent nécessairement sur d'autres déterminants sociaux que des devis randomisés ne permettent pas actuellement de mesurer, à moins bien sûr, de voir ces programmes se multiplier et offrir ainsi des occasions d'études plus approfondies.

CHAPITRE 6

Conclusion

Une symbiose des savoirs pour une santé publique ravivée

La promotion de la santé a préparé la voie des déterminants sociaux, orientation récente de la santé publique. La santé peut se concevoir comme un capital qui permet de résister aux attaques de l'environnement (Contandriopoulos, 1997). La définition la plus courante et la plus critiquée en raison de son caractère utopique réfère à un bien-être physique, émotif, social, spirituel, etc.. Toute activité humaine devient une activité sanitaire, semant nécessairement une confusion entre le développement social et la santé et rendant difficile l'évaluation d'impact (Ratner, Green, Frankish, Chomik & Larsen, 1997). L'avantage de cette approche contemporaine de la promotion de la santé est qu'elle situe l'individu dans une société, dans son environnement propre tenant compte de l'éducation, du statut social, du revenu, des conditions de travail, du réseau de soutien, des conditions de logement, des habiletés individuelles, de l'environnement naturel et finalement, de l'utilisation des services de santé (Office of the Provincial Health Office, 1995). La promotion de la santé ne peut donc s'opérer en vase clos, en isolant l'individu hors de son contexte. La médecine traditionnelle a longtemps cherché à traiter la maladie sans tenir compte du contexte ce qui entraîna bien souvent une récurrence inexplicable des symptômes et de la morbidité. De plus, la promotion de la santé, contrairement à la pratique de la médecine traditionnelle, reconnaît l'importance de la participation des aides naturels et notamment, leurs expertises. La nouvelle santé publique comprend trois principales actions: influencer les choix de santé individuels, la création de politiques publiques de santé pour opérer des changements sociaux et physiques sur les environnements des individus et finalement, la mise-en-place de structures organisationnelles pour soutenir les choix de santé et offrir les services adéquats. La promotion de la santé permet d'agir à chacun de ces niveaux en intégrant l'action sociale, l'advocacy et l'agir politique (Kickbush, 1986).

Trois périodes ont marqué l'ère précédant la venue de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : d'abord l'approche médicale où santé signifiait absence de maladie dans un corps régi par des fonctions mécaniques, puis vinrent les années 1970 et l'approche comportementale (prévention primaire et secondaire) et finalement, avec les

années 1980, l'approche socio-environnementale prend naissance. On constate que seuls les mieux nantis et plus éduqués semblent améliorer leurs habitudes de vie. La Charte d'Ottawa vient marquer une nouvelle ère dans la pratique de la santé publique en élargissant le champ d'action des intervenants vers des déterminants sociaux, environnementaux et politiques. Elle mise sur la création d'environnements soutenant, le renforcement des actions communautaires, le développement d'habiletés personnelles, la création de politiques publiques saines et la réorientation des services de santé. À chacune de ces périodes correspond un paradigme qui spécifie la définition de la santé et marque son évolution vers un sentiment de bien-être général en lien avec le réseau familial-amical-communautaire et avec le sentiment d'exercer une autodétermination (Labonté, 1993). Une participation communautaire devient une activité sanitaire en soi et le processus devrait s'élaborer de la base au sommet, i.e. partir des préoccupations des individus pour entraîner une modification au sommet, chez ceux qui détiennent les pouvoirs décisionnels (Boyce, 1993). Or, la pratique de la promotion de la santé demeure une approche bureaucratique institutionnelle qui risque parfois de se trouver bien loin de l'approche communautaire pure et idéaliste. Nous croyons que ce projet de recherche et cette étude doctorale favorise, de par sa démarche constructiviste auprès de multiples détenteurs d'enjeux, une conciliation entre ces deux visions relativement antagonistes. Cette conciliation, que d'autres études faciliteront, est précurseur d'une symbiose entre deux savoirs, profane et scientifique. Une telle symbiose a le pouvoir de raviver l'énergie de la santé publique pour remplir son mandat de justice sociale. La réforme actuelle du système de prestation des services de santé et de ses structures organisationnelles est une condition sans laquelle tous les efforts d'émancipation auraient le potentiel d'augmenter l'impuissance des individus face à un système les empêchant d'exercer leurs droits. Le système actuel avec ses institutions sanitaires, éducatives et politiques est encore largement régi de façon à opprimer et à exclure l'expression (et le pouvoir) des marginalisés (Airhihenbuwa, 1994). Or, cette réforme est essentielle à l'avènement du pouvoir moderne dont parle Foucault (1977), ce pouvoir qui incite, renforce, optimise, et organise les forces le sous-tendant. On parle d'un pouvoir invisible, continue et diffus qui n'exclue pas mais qui tend continuellement vers une plus grande inclusion et un niveau suprême d'organisation (Dreyfus, 1996). L'émergence de ce type de pouvoir

ce type de pouvoir émancipateur est libérateur, sa source prend son origine dans l'expérience d'une nouvelle conscience de notre environnement, vision apparentée à celle de celle de Freire (1970).

Recommandations pour la pratique

Somme toute, l'émancipation passe par la construction de liens dialogiques dans le cadre desquels des savoirs professionnels et populaires se rencontrent. L'issue de cette rencontre dépend de chacun des acteurs impliqués. Cependant, les professionnels ont une responsabilité supérieure à cet égard. Rappaport (1981) nous convie à devenir des émissaires de la poursuite du paradoxe. Notre mandat compterait trois missions: rechercher les contradictions, questionner les « évidences » et s'éloigner du privilège de la majorité. Ainsi, pourrions-nous espérer contribuer à une meilleure compréhension du monde et du changement social. Constatant le confort professionnel dont nous nous prévalons souvent et dont on veut difficilement se départir, pour accueillir de nouvelles façons d'intervenir ou en rechercher de meilleures, fut certes, l'une des réflexions critiques de cette expérience. Plus que jamais, en tant qu'acteurs de la santé publique et de la promotion de la santé, répondons à l'appel de Catford (1998) et transformons-nous en véritables « entrepreneurs sociaux » et révisons notre plan de justice sociale. Savoir tourner la page sur les privilèges d'une vision traditionnelle de la professionnalisation, prendre la route, non l'autoroute de l'activiste, nous conduira vers cette intersection entre la promotion de la santé et la justice sociale, seul croisement qui prépare la voie à une authentique différence.

Où la santé publique s'en va-t-elle si notre compétence professionnelle et nos convictions nous séparent de ceux avec lesquels nous devons collaborer pour améliorer la santé des individus, des communautés et de notre société? Kérouac, Pépin, Duquette, Ducharme et al. (1994) dans un discours sur les soins de santé primaires et une relation égalitaire entre les acteurs, qualité de relation à laquelle le modèle théorique aspirait par l'expérience de l'accompagnement, identifient celles que nous jugeons fort pertinentes: ouverture d'esprit, tolérance, capacité de négocier, ouverture au compromis et

appréciation de la diversité. Ces qualités sont aussi celles qui permettent à un processus participatif issu du paradigme constructiviste, d'atteindre ses objectifs.

Robertson & Minkler (1994) revendiquent qu'il ne peut y avoir émancipation si tout d'abord son idéologie n'est pas ancrée profondément dans l'esprit de tous. Or, on pourrait croire que le discours émancipateur est dépassé ou à tout le moins, désuet parce que trop proliféré, mais l'étude démontre le contraire. L'idéologie émancipatrice et la vision écologique, bien que disséminées amplement en santé publique depuis longtemps, semblent faire défaut à certains niveaux. Dans l'action concrète du développement communautaire assisté par des infirmières, soutenir la démocratie, favoriser la liberté, éliminer les peurs qui limitent les possibilités humaines et reconnaître la valeur de la participation des individus à leur santé, ne semblent être encore que discours. Roberts (1996) rappelle les dangers des discours non soutenus par l'action. Une conscience critique de son environnement sans possibilités de transformation de cet environnement peut non seulement amplifier l'impuissance mais rendre malheureux et désarmé face à une vie encore plus insoutenable que par le passé. La création de la Fondation a donné les moyens aux compagnes de poursuivre leur engagement et leur a offert des conditions se prêtant à une transformation de leur réalité.

Recommandations pour la recherche

Plusieurs pistes de recherche ont été identifiées par l'étude. Le savoir professionnel et le savoir profane semblent entretenir une épistémologie différente avec le concept de pouvoir, une perception négative d'une part chez les professionnels et d'autre part une perception positive chez les compagnes. Premièrement, est-ce que l'obtention de cette différence est importante et se retrouve auprès du même groupe de professionnels (infirmières) et de d'autres catégories professionnelles (psychoéducateurs, travailleurs sociaux, nutritionnistes) ? Quel en est le fondement? Quels sont les enjeux principaux, principalement sur le rôle d'émancipation des acteurs de promotion de la santé? Le contexte actuel de restructuration du système de santé constitue un laboratoire unique pour l'étude du phénomène de résistance à partir de questions de pouvoir et de

pertes de pouvoir. Est-ce que dans l'équation de l'émancipation, on peut démontrer que le pouvoir est une ressource récupérable à partir de laquelle plus on facilite le pouvoir, plus on se trouve en situation de pouvoir? Par ailleurs, en 1987 Rappaport questionnait déjà l'importance de la perception de pouvoir par rapport au pouvoir objectif. Une décennie plus tard, peu d'écrivains ont apporté des explications à cet effet. Cette étude auprès de gestantes semble indiquer qu'une perception de pouvoir transcende un vécu qui désarme et attise l'opposition d'une vive résistance à la pauvreté et à ses ramifications. Certains scientifiques dont Popay, Williams, Thomas & Gatrell (1998) et Gillis (1998) croient que notre compréhension des causes des inégalités de santé se trouve, non dans l'étude des classes sociales, mais dans l'approfondissement et l'expression du savoir profane, ainsi que dans l'explication du capital social comme ressource. Le savoir profane et le capital social seraient capables de mettre en lumière l'insondable complexité des processus impliqués dans l'expérience du quotidien de celui qui est pauvre. Ce savoir requière une théorisation, ce que cette étude a amorcé sur un sujet, l'entraide périnatale. Quel acteur professionnel est mieux situé que celui de la santé publique en promotion de la santé, pour exploiter tout le potentiel de ce savoir profane au profit d'une réduction probable des inégalités de santé?

Par ailleurs, il s'agirait aussi de répéter l'étude dans une autre institution publique, en l'occurrence un autre CLSC comparable de même que dans un organisme communautaire. Ces deux contextes différents d'implantation seraient pertinents en ce que les services dispensés dans ces deux milieux et les modalités de prestation semblent différer. Or, ces milieux seraient générateurs d'échanges différents entre les pairs et producteurs de stratégies variées à l'égard du changement, soit sur le plan des pratiques d'intervention et sur le plan d'auto-prise en charge de la maternité par les gestantes. Les processus d'émancipation pourraient être observés sur une période longitudinale de trois (3) ans. Tous les auteurs s'entendent sur le fait que l'émancipation est un processus long, qui ne porte fruits qu'après une opération minimale d'une année, ce qui justifie une telle période proposée.

D'ailleurs, un suivi du processus émergeant de cette étude, la mise sur pied de la Fondation, pourrait fort bien contribuer au développement des connaissances sur l'évolution des coalitions et leur impact tant au niveau organisationnel que communautaire. Le comité américain HERO (Health Enhancement Research Organization) pour la recherche en promotion de la santé créée en 1996 a identifié un agenda de recherche à partir duquel tous les efforts devraient être orientés. La dernière phase (phase 4) de leur stratégie vise justement l'application de programmes de promotion de la santé à des situations et des contextes spécifiques pour dépasser les grands efforts nationaux (O'Donnell, Whitmer & Anderson, 1999). Le cumul de données spécifiques est celui qui permettra une réelle réduction des coûts liés au système de santé, une meilleure coordination des objectifs des études en promotion de la santé et finalement, une meilleure santé de la population.

Labonté & Robertson (1996) affirment que le paradigme constructiviste est le plus approprié pour la recherche en promotion de la santé, nous avons tenté de le démontrer par cette étude: son devis, ses questions de recherche et la praxis en découlant. Comme Reutter, Neufeld & Harrison (1996), nous sommes d'avis que le processus d'émancipation atteint un point culminant par les interactions sociales à l'intérieur d'un groupe d'individus. Néanmoins, le processus dyadique entre les compagnes est celui qui déclenche et provoque les possibilités. Le modèle en voie de théorisation identifie, pour ce groupe et peut-être pour d'autres groupes similaires d'acteurs, les concepts du processus d'émancipation. L'absence dans ce modèle d'un groupe d'acteurs, les infirmières, s'explique par le manque de partenariat entre ces acteurs et les compagnes, donc de données en cette matière. Même si l'on comprend un peu mieux que l'émancipation individuelle peut être indépendante de l'émancipation collective, mais que l'inverse n'est pas nécessairement vrai, on arrive difficilement à expliquer comment se tissent les liens entre ces deux processus intimement liés aux changements sociaux auxquels on aspire par l'émancipation. Demers, Maltais & Trickey (1993) nous rappellent qu'une phase importante de la transformation durant l'opérationnalisation, au-delà de la pertinence de l'innovation, est tout le processus d'adaptation mutuelle du programme et du contexte. En somme, on serait porté à croire que le modèle utilisé dans

innovation mais une transformation, parce qu'il est prisé par la périphérie et ne vient pas du système. L'innovation se rapprocherait du point d'équilibre du système et n'engagerait pas de changements majeurs. Or, la transformation requière une réorganisation complète du système. Sommes-nous prêts à poser ce regard critique sur nos pratiques et sur l'organisation fondamentale de nos professions? De toute façon, nous recommandons d'entreprendre d'autres études ayant, comme fondements théorique et conceptuel, des modèles de gestion de transfert au plan opérationnel tels que les modèles rationnel (Elmore, 1978), de développement organisationnel (Sheirer & Rezmovic, 1981), structurel (Moss, 1983), politique (Robey, 1984) ou le modèle de la traduction de Callon (1986). Les écrits de Hannan & Freeman (1984) portant sur l'inertie structurelle des organisations pourraient éclairer une analyse de l'inertie de nos institutions publiques de santé à l'aube du 21^{ième} siècle et des changements sans précédents que connaît notre système de santé.

Tous les programmes en promotion de la santé devraient amener des changements à différents niveaux individuels et collectifs : connaissances, croyances, attitudes, intentions de comportement, performance, indicateurs physiologiques, morbidité, longévité, organisation communautaire (Flay, 1986). Ce succès dépend, en partie, des relations interpersonnelles entre les acteurs (Israel, Cummings, Dignan, Heaney et al., 1995). Or, même si les écrits semblent conclure que la philosophie d'émancipation devrait contribuer à un développement efficace des relations interpersonnelles, il semble qu'une innovation dans la pratique de soins de santé requière d'autres fondements théoriques. Des études devraient identifier entre autres, des facteurs clés facilitant ce développement à l'aide des théories d'influence sociale, de dynamiques de groupe, etc. Une fois tout ce processus saisi, nous pourrions, à l'aide d'études quantitatives et de devis quasi-expérimentaux, vérifier l'effet du programme sur ces variables intermédiaires reliées à l'issue de la grossesse (anxiété, soutien social et estime de soi).

Recommandations pour l'éducation

Le récent mouvement pour la promotion de la santé transforme le rôle de l'intervenant professionnel: d'un rôle d'expert absolu dans la définition des besoins et l'identification de solutions, l'intervenant occupe dorénavant un rôle de consultant auprès de la communauté, facilitant la mobilisation par le soutien technique et informatif. Plus qu'un discours, cela implique nécessairement une transformation de la formation des acteurs en promotion de la santé. La formation de base des intervenants variant en fonction de la discipline, les professeurs ont cette responsabilité d'outiller les étudiants en fonction de l'évolution de concepts tels santé, santé publique, promotion de la santé, partenariat, développement communautaire, etc. Au niveau des études supérieures, il faudrait que tous les paradigmes d'évaluation de programmes de santé soient également approfondis dans un même programme. L'étudiant qui désire s'inspirer de la nouvelle philosophie dans son développement d'habiletés dans la pratique de recherches scientifiques se voit confronté à un malaise certain en raison de la valeur privilégiée encore accordée au paradigme positiviste dans l'évaluation de programmes.

Limites de l'étude

La problématique de recherche n'a pas été identifiée par le milieu ni même par la collectivité. Elle relève des nombreux écrits à cet égard et d'observations dans d'autres milieux tout à fait comparables. La collectivité du milieu dans lequel l'étude s'est déroulée appuie grandement la recherche et les grandes lignes du programme proposé. Cependant, les acteurs du milieu professionnel n'étaient pas préoccupés nécessairement par cette problématique et le programme leur a été imposé par l'administration supérieure du CLSC. Elles ont affirmé en entretien avoir un intérêt pour le programme et que même si elles auraient préféré ne pas le développer, elles n'en n'avaient pas le choix. Bien que la méthode de recherche visait leur participation au développement du programme, un désintérêt manifeste a été observé, désintérêt contradictoire au discours tenu.

Or, si on revenait à l'invitation de départ de cette thèse où l'on vous proposait un parcours particulier, il se peut fort bien qu'un autre explorateur s'engagerait aujourd'hui plutôt sur une autre voie que celle du partenariat entre professionnels et collectivité, celle de la contre-gestion. Ce terme est emprunté de Hagey (1997), il émergea de ces études avec les Premières nations et réfère au pouvoir des communautés de trouver leurs propres consultants au lieu de laisser les experts décider pour eux. On peut très bien le transposer en santé publique. Pensez à ce monde pour quelques instants : le gestionnaire du professionnel n'est plus celui que nous imaginons mais son client actuel... Les professionnels deviendraient alors les consultants de leurs clients actuels, devraient satisfaire leurs critères, répondre à leurs besoins, etc.. Là seulement, la population agirait à titre de véritable gestionnaire de sa santé. Un tel volte-face laisserait place, à notre avis, à une authentique autodétermination d'une population ainsi qu'à son émancipation. Pour Kelly et Wykurz (1999), l'éducation médicale tirerait grands profits d'une transformation de son système éducatif où les patients deviendraient les professeurs des étudiants...

Malgré tout, la crédibilité de l'étude a été promue par un retour continu auprès des participantes durant la période des neuf mois d'implantation et de collecte des données. Les thèmes émergeant des données ont été confirmés auprès des acteurs. Cependant, le modèle en voie de théorisation finale n'a pas été confirmé par toutes les participantes à l'étude mais auprès d'une seule compagne-mère, ayant manifesté un intérêt à revoir ce modèle et à en obtenir une copie. Cette dernière a appuyé chacune des propositions.

Le chercheur, instrument humain de collecte des données, a façonné parfois dans l'ombre, parfois à la lumière des événements, la réalité de ces acteurs. Valeurs personnelles, professionnelles et sociales ont été remises en question chez la chercheuse par le processus. Les compagnes ont entraîné une réflexion profonde des priorités personnelles telles que vie familiale, éducation et bonheur dans la simplicité. Certaines valeurs professionnelles telles que l'engagement social, l'action, une vision renouvelée des injustices sociales et de la pauvreté, la reconnaissance de l'expertise des femmes ont

été confirmées. Un retour sur les expériences vécues durant le cours de l'étude de même que la révision des points saillants du journal personnel ont servi à limiter la réactivité sur le processus de recherche. Cependant, une alliance supérieure s'est développée avec deux groupes d'acteurs, compagnes-mères et enceintes avec lesquels des liens de confiance se sont plus facilement développés.

Le processus d'émancipation étant dépendant des conditions locales et relié au contexte précis d'implantation, le jugement de transférabilité peut se faire en comparant ces conditions et le contexte. Non seulement, le processus ne visait pas à implanter un programme tout à fait déterminé à l'avance, mais il visait le développement du programme par une action collective entre trois groupes d'acteurs, détenteurs d'enjeux bien différents. Chacun de ces acteurs avec son expérience particulière a influencé les directions privilégiées et la construction du phénomène. Le processus analytique a justement servi à dépasser ces enjeux individuels pour parvenir à identifier des patterns généraux et des propositions relationnelles (Stake, 1994).

Finalemment de multiples occasions d'enrichir le bagage éducatif et expérientiel des acteurs ont été créées par des entretiens en triade hétérogène, homogène et l'organisation de forums. Cependant, cette valeur éducative que l'on retrouve dans les critères d'authenticité de Guba & Lincoln (1989) n'a pu être démontrée par les acteurs professionnels. Définitivement, le processus s'est avéré plus positif pour les compagnes-mères. Alors que ces compagnes constituaient une stratégie à travers de laquelle le processus visait à rejoindre les compagnes-enceintes, ces dernières ne semblent pas avoir été affectées grandement par le processus.

En somme, le processus n'a pas été entièrement infertile, un moment révolutionnaire a été observé pour un groupe d'acteurs précis qui poursuit aujourd'hui la mission de poursuite du paradoxe. On ne peut malheureusement faire de l'émancipation une simple procédure chirurgicale d'ablation du pouvoir chez certains pour le greffer à d'autres (Labonté, 1989). L'émancipation comme système d'une complexité toujours

surprenante, implique une transformation des mentalités, du langage, de la pratique, des processus liés au développement du savoir scientifique et profane.

Définitivement, l'émancipation se marie bien avec la réforme de notre système de santé, elle impose cependant une révolution d'envergure du regard que l'on pose sur les valeurs de notre société ... à qui veut bien oser questionner l'évidence et conspirer à la transformation d'une société plus juste et équitable où la santé devient une ressource universelle, indépendante des classes sociales.

RÉFÉRENCES

Aaronson, L.S. (1989). Perceived and received support: Effects on health behavior during pregnancy. Nursing Research, 1, 4-9.

Adams, D. & Kocik, S.M. (1997). Perinatal social work with childbearing adolescents. Fundamentals of Perinatal Social Work : A Guide for Clinical Practice. New York: Haworth Press, 85-97.

Aday, L.A. (1997). Vulnerable populations : A community-oriented perspective. Family Community Health, 19(4), 1-18.

Aday, L.A. (1993). At Risk in America, the Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States. San Francisco : Jossey-Bass.

AHA (American Humane Association). (1987). Highlights of Official Child Abuse and Neglect Reporting. Denver, CO : Author.

Airhihenbuwa, C.O. (1994). Health promotion and the discourse on culture : Implications for empowerment. Health Education Quaterly, 21(3), 345-353.

Albee, G.W. (1959). Mental Health Manpower Trends. New-York: Basic Books.

Albee, G.W. (1968). Conceptual models and manpower requirements in psychology. American Psychologist, 23, 317-320.

Albrecht, S.A. & Rankin, M. (1989). Anxiety levels, health behaviors, and support systems of pregnant women. Maternal Child Nursing, 18(1), 49-57.

Alexander, G.R. & Kotelchuck, M. (1996). Quantifying the adequacy of prenatal care: A comparison of indices. Public Health Reports, 111, 408-416.

Alexander, G. & Korenbrot, C. (1995). The role of prenatal care in preventing low birth weight. The Future of Children, 5(1).

Alexy, B., Nichols, B., Heverly, M.A. & Garzon, L. (1997). Prenatal factors and birth outcomes in the public health service : A rural/urban comparison. Research in Nursing and Health, 20, 61-70.

Altafin, I. (1991). Participatory communication in social development evaluation. Community Development Journal, 26(4), 312-314.

Alter, N. (1997). Organisation et innovation : Une rencontre conflictuelle. Sciences Humaines, 20, 56-59.

Altmann, H.A., Nysetvold, I. & Downe, A. (1986). Evaluation of peer counselling in the elementary school. Canadian Journal of Counselling, Revue canadienne de counselling, 20(2), 85-90.

Anciaux, M.L., Collard, L. & Finn, A. (1981). L'enseignement mutuel, technique personnalisante dans l'enseignement professionnel. Revue de psychologie appliquée, 31(4), 261-273.

Antonucci, T.C. & Jackson, J.S. (1983). Physical health and self esteem. Family and Community Health, 1-9.

Anyanwu, C.N. (1988). The technique of participatory research in community development. Community Development Journal, 23(1), 11-15.

Argyris, C. (1997). Initiating change that perseveres. American Behavioral Scientist, 40(3), 299-309.

Ayal, H. & Bekerman, M. R. (1978). Peer counselling, a means of actualizing adolescents' helping potential. British Journal of Guidance and Counselling, 6(2), 204-214.

Bakketeig, L.S., Hoffman, H.J. & Oakley, A.R. (1984). Perinatal mortality. In M.B. Bracken (Ed.). Perinatal Epidemiology. Oxford: Oxford University Press.

Baldwin, K.A. & Chen, S.C. (1996). Use of public health nursing services : Relationship to adequacy of prenatal care and infant outcome. Public Health Nursing, 13(1), 13-20.

Baldwin, J.H. (1995). Are we implementing community health promotion in nursing?. Public Health Nursing, 12(3), 159-164.

Baldwin, K.A. & Chen, S.C. (1989). Effectiveness of public health nursing interventions with prenatal clients : An integrated review. Public Health Nursing, 6, 80-87.

Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V. & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother – an analysis of women's experience of early motherhood. Journal of Advanced Nursing, 25, 719-728.

Bardin, L. (1977). L'analyse de contenu. Paris : Presses universitaires de France.

Barker, D.J.P. (1994). Mothers, Babies, and Diseases in Later Life. London : British Medical Journal Publishing Group.

Barker, A.M. & Young, C.E. (1994). Transformational leadership: The feminist connection in post modern organizations. Holistic Nursing Practice, 9(1), 16-25.

- Barker, D.J.P. (1991). The fetal and infant origins of adult disease. British Medical Journal, 301(6761),1111.
- Barnett, B. (1986). Anxiety and first-time mothers. Stress Medicine, 2, 225-232.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. American Journal of Community Psychology, 14(4), 413-445.
- Barrera, M. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research. Connexion, 3, 8-13.
- Barrow, R.N. (1988). Response to the keynote speech : Health for all-nurse's role. Nursing Outlook, 36(2), 71.
- Bass, B.M. (1997). Does the transactional-transformational leadership paradigm transcend organizational and national boundaries. American Psychologist, 52(2), 130-139.
- Bass, M. (1994). Promouvoir la santé. Paris: Éditions L'Harmattan.
- Basso, O., Olsen, J., Knudsen, L.B. & Christensen, K. (1998). Low birth weight and preterm birth after short interpregnancy intervals. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 178, 259-263.
- Battle, J. (1981). Culture-Free Self Esteem Inventories (second edition). Austin, Texas: Pro Ed.
- Beam, N. & Tessaro, I. (1994). The lay health advisor model in theory and practice: An example of an agency-based program. Family Community Health, 17(3), 70-79.
- Beauport, M.F. (1997). Intégration des savoirs, des savoir-faire, et des savoir-être par le biais des représentations véhiculées par les formateurs dans la relation éducative. Mesure et Évaluation en Éducation, 18(1), 3-35.
- Bedics, B.C. (1994). Nonuse of prenatal care: Implications for social work involvement. Health & Social Work, 19(2), 84-92.
- Bellah, R.N., Madsen, R., Sullivan, P. Swindler, A. & Tipton, S.M. (1985). Habits of the Heart: Individualism and commitment in American Life. Berkeley, California: University of California Press.
- Belle, D. (1979). Lives in Stress: A Context for Depression. Massachussets: Stress and Families Project.

- Bellier-Michel, S. (1998). L'individu et le système. Sciences Humaines, 20, 44-47.
- Belville, R., Indyk, D., Shapiro, V., Dewart, T., Moss, J.Z., Gordon, G. & Lachapelle, S.S. (1991). The community as a strategic site for refining high perinatal risk assessments and interventions. Social Work in Health Care, 16(1), 5-19.
- Bennett, T., Braveman, P., Egerter, S. & Kiely, J.L. (1994). Maternal marital status as a risk factor for infant mortality. Family Planning Perspective, 26, 252-256 & 271.
- Berthiaume, S. (1998). Une grossesse désirée malgré tout. Le médecin du Québec, 33(12), 39-42.
- Beth Tiedje, L. & Darling-Fisher, C. (1996). Fatherhood reconsidered : A critical review. Research in Nursing & Health, 19, 471-484.
- Biasella, S. (1993). A comprehensive perinatal education program. AWHONN's Clinical Issues, 4(1), 5-19.
- Bibeau, D.L., Howell, K.A., Rife, J.C. & Taylor, M.L. (1996). The role of a community coalition in the development of health services for the poor and uninsured. International Journal of Health Services, 26(1), 93-110.
- Black, D. (1980). Inequalities in Health (Black report). Report of a Research Working Group Chaired by Sir Douglas Black. London: DHSS.
- Bouchard, J.M. (1994). S'il en faut du coeur, il faut aussi des partenaires. Article présenté lors du colloques familles et personnes handicapées CRADI. Montréal: UQAM.
- Bouchard, C. (1989). Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'intervention précoce. Santé Mentale au Québec, 14(2), 138-149.
- Boyce, W. (1993). Evaluating participation in community programs: An empowerment paradigm. The Canadian Journal of Program Evaluation, 8(1), 89-102.
- Bracht, N. & Tsouros, A. (1990). Principles and strategies of effective community participation. Health Promotion International, 5(3), 199-208.
- Bradley, P.J. & Martin, J. (1994). The impact of home visits on enrollment patterns in pregnancy-related services among low-income women. Public Health Nursing, 11(6), 392-398.

- Brouse, S.H. (1985). Effect of gender role identity on patterns of feminine and self-concept scores from late pregnancy to early postpartum. Advances in Nursing Science, 32-47.
- Brown, H.N., Saunders, R.B. & Dick, M.J. (1999). Preventing secondary pregnancy in adolescents : A model program. Health Care for Women International, 20, 5-15.
- Brown, S. & Lumley, J. (1993). Antenatal care : A case of the inverse care law?. Australian Journal of Public Health, 17, 95-103.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1989). Depression. In G.W.Brown & T. Harris (Eds). Life Events and Illness(chap. 2). New-York: Guilford.
- Brown, L.P., Brooten, D., Kumar, S., Butts, P., Finkler, S., Bakewell-Sachs, S., Gibbons, A. & Delivoria-Papadopoulos, M. (1989). A sociodemographic profile of families of low birthweight infants. Western Journal of Nursing Research, 11(5), 520-532.
- Brown, G.W. (1986). Social factors and the development and course of depressive disorders in women. British Journal of Social Work, 17, 615-634.
- Brown, L.D. & Tandon, R. (1983). Ideology and political economy in inquiry : Action research and participatory research. The Journal of Applied Behavioral Science, 19(3), 277-294.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1989). Life Events and Illness. New-York: Guilford.
- Brunner, I. & Guzman, A. (1989). Participatory evaluation: A tool to assess projects and empower people. In R.F. Conner & M. Hendricks (Eds.). International Innovations in Evaluation Methodology. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Bucher, L., Williams, S., Hayes, E., Morin, K. & Sylvia, B. (1997). First-time mothers' perceptions of prenatal care services. Applied Nursing Research, 10(2), 64-71.
- Buescher, P.A., Larson, L.C., Nelson, M.D. & Lenihan, A.J. (1993). Prenatal WIC participation can reduce low birth weight and newborn medical costs : A cost-benefit analysis of WIC participation in North Carolina. Journal of the American Dietetic Association, 93, 163-166.
- Buescher, P.A., Meis, P.J., Ernest, J.M., Moore, M.L., Michielutte, R. & Sharp, P. (1988). A comparison of women in and out of a prematurity prevention project in a North Carolina perinatal care region. American Journal of Public Health, 78(3), 264-267.

Buescher, P.A., Smith, C., Holliday, J.L. & Levine, R.H. (1987). Source of prenatal care and infant birth weight: The case of a north Carolina county. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 156(1), 204-210.

Bullock, L.F. & McFarlane, J. (1989). The birth-weight-battering connection. American Journal of Nursing, 89, 1153-1155.

Bullough, B. & Bullough, V. (1990). Nursing in the Community. St.Louis: Mosby.

Byrd, D., Mullen, S., Selwyn, B.J., Lorimor, R. (1996). Initiation of prenatal care by low income Hispanic women in Houston. Public Health Reports, 111, 536-540.

Caldwell, B.M. & Bradley, B.M. (1978). Home Observation for Measurement of the Environment (HOME). Little Rock University of Arkansas : Center for Child Development and Education.

Callaghan, P. & Morrissey, J. (1993). Social support and health: A review. Journal of Advanced Nursing, 18, 203-210.

Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. L'année sociologique, 36, 169-208.

Campagnola, I. (1989). As reported in nursing: A personal challenge. RNABC NEWS, 21(3), 16.

Campbell, J.D., Mitchell, P., Stanford, J.B. & Ewigman, B.G. (1995). Validating a model developed to predict prenatal care utilization. The Journal of Family Practice, 41(5), 457-464.

Campbell, I.E. (1989). Préoccupation courantes d'ordre psychologiques des parents pendant la grossesse. Santé mentale au Canada, 2-5.

Campbell, D.T. (1969). Reforms as experiments. American Psychologist, 24, 409-429.

Carkhuff, R. (1988). L'art d'aider. Montréal: Les Editions de l'Homme.

Carkhuff, R.R. (1966). Training in the counselling and therapeutic practices: Requiem or reveille. Journal of Counselling Psychology, 13(3), 360-365.

Carr, R. (1981). Le co-conseil: Théorie et pratique. Ottawa: La Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada.

Carroll, D., Bennett, P. & Smith, D. (1993). Socio-economic health inequalities: Their origins and implications. Psychological Health, 8, 295-316.

Carson, T. (1990). What kind of knowing is critical action research? Theory into Practice, 29 (3), 167-173.

Carty, L. (1989). Social support, peer counselling and the community counselor. Canadian Journal of Counselling, Revue canadienne de counselling, 23(1), 92-102.

Cassel, J. (1974). Psychological processes and stress: Theoretical formulation. International Journal of Health Services, 4(3), 471-481.

Castellano, M.B. (1986). Collective wisdom : Participatory research and Canada's native people. Convergence, 19(3), 50-57.

Catford, J. (1998). Social entrepreneurs are vital for health promotion- but they need supportive environments too. Health Promotion International, 13(2), 95-97.

CDC (Centers for Disease Control). (1997). Public health focus : Effectiveness of disease and injury prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report, 46(4), 73-76.

CDF (Children's Defence Fund). (1989). A Vision for America's Future. Washington, DC : Author.

Center for the Future of Children (David and Lucile Packard Foundation). (1995). Executive summary : Preventing low birth weight. The Future of Children, 5(1).

Chinn, P.L. & Kramer, M.K. (1991). Theory and nursing: A systematic approach. St.Louis: Mosby Year Book.

Chalmers, I. (1988). Innovation in antenatal care – theory and practice. Journal of Research in Social Medicine, 77, 340-342.

Chavasse, J.M. (1992). New dimensions of empowerment in nursing and challenges. Journal of Advanced Nursing, 17,(1), 1-2.

Chavis, D.M. & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. American Journal of Community Psychology, 18(1), 55-81.

Christiani, K. (1996). Women's health: Effect on morbidity and mortality in pregnancy and birth. Paper presented at the 24th Triennial Congress International Confederation of Midwives, Oslo.

Clarke, H.F., Beddome, G. & Whyte, N.B. (1993). Public health nurses' vision of their future and reflects changing paradigms. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 25(4), 305-310.

Clarke, L.L., Miller, M.K., Vogel, W.B., Davis, K.E. & Mahan, C.S. (1993). The effectiveness of Florida's improved pregnancy outcome program. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 4(2), 117-133.

Clarke- Stewart, K.A. (1973). Interactions between mothers and their young children: Characteristics and consequences. Monographs of the Society for Research in Child Development, 153(1).

Clifford, P.G. (1992). The myth of empowerment. Nursing Administration Quarterly, 16(3), 1-5.

Coehlo, P. (1988). L'Alchimiste. Paris : Éditions Anne Carrière.

Cogan, J.M. (1996). Emotion and Sartre's two worlds. Journal of Phenomenological Psychology, 26(2), 21-34.

Cogan, R. (1980). Effects of childbirth preparation. Clinical Obstetrics & Gynecology, 23(1), 1-14.

Coleman, J.S. (1990). Foundations of Social Theory. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.

Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G. & Martin, C. (1992). Survivre et penser à sa santé en situation d'extrême pauvreté. Montréal: DSC Maisonneuve-Rosemont et DSC Sacré-Coeur.

Colin, C. & Desrosiers, H. (1989). Naître égaux et en santé. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. & Scrimshaw, S.C. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. Journal of Personality and Social Psychology, 65(6), 1243-1258.

Conseil national sur le bien-être. (1998). Poverty Profile 1996. Ottawa : Author.

Contandriopoulos, A.-P. (1997). La santé entre les sciences sociales et les sciences de la vie. Montréal : Université de Montréal, GRIS- Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.

Contandriopoulos, A.-P. (1996). Transformer le système de santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 3(1), 10-17.

Cooley, C. H. (1902). Human Nature and the Social Order. New-York: Charles Scribner's Sons.

- Coopersmith, S. (1967). The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: W.H. Freeman.
- Coveney, J. (1998). The government and ethics of health promotion : The importance of Michel Foucault. Health Education Research : Theory and Practice, 13(3), 459-468
- Cowher, S.J. (1996). A power development model for managing and preventing conflict. Guidance & Counselling, 11(4), 18-22.
- Crandon, A.J., (1979). Maternal anxiety and neonatal wellbeing. Maternal anxiety and obstetric complications. Journal of Psychosomatic Research, 23, 109-115.
- Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nursing Research, 30, 281-284.
- Crnic, K.A., Greenberg, M.T. & Slough, N.M. (1986). Early stress and social support influences on mothers' and high- risk infants' functioning in late infancy. Infant Mental Health Journal, 7(1), 19-33.
- Crockenberg, S.B. (1986). Professional support for adolescent mothers: Who gives it, how adolescent mothers evaluate it, what they would prefer. Infant Mental Health Journal, 7(1), 49-58.
- Cronenwett, L.R. (1985). Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. Nursing Research, 34(2), 93-99.
- Crouch, M. & Straub, B. (1983). Enhancement of self-esteem in adults. Family Community Medicine, 6, 65-78.
- Culp, A.M., Culp, R.E., Blankemeyer, M. & Passmark, L. (1998). Parent education home visitation program : Adolescent and nonadolescent mother comparison after six months of intervention. Infant Mental Health Journal, 19(2), 111-123.
- Curry, M.A. (1989). Nonfinancial barriers to prenatal care. Women & Health, 15(3), 85-98.
- Curry, M.A. (1990). Factors associated with inadequate prenatal care. Journal of Community Health Nursing, 7(4), 245-252.
- Curry, M.A., Campbell, R.A. & Christian, M. (1994). Validity and reliability testing of the prenatal psychosocial profile. Research in Nursing and Health, 17, 127-135.
- Curry, M.A. & Snell, B.J. (1985). Antenatal Hospitalization: Maternal Behavior and the Family Final Report. Rochville : US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.

D'Amour, D. (1997). Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.

Dannenber, A.L., Carter, D.M., Lawson, H.W., Ashton, D.M., Dorfman, S.F. & Graham, E.H. (1995). Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. American Journal of Obstetrics and Gynecology, *172*, 1557-1564.

Darroch Forrest, J. & Frost, J.J. (1996). The family planning attitudes and experiences of low-income women. Family Planning Perspective, *28*, 246-255.

Davids, A. & Devault, S. (1962). Maternal anxiety during pregnancy and childbirth abnormalities. Psychosomatic Medicine, *24*(5), 464-469.

Dearden, K.A., Hale C.B. et Woolley, T. (1995). The antecedents of teen fatherhood : A retrospective case-control study of Great Britain Youth. American Journal of Public Health, *85*(4), 551-554.

De Gaulejac, V. (1989). Honte et pauvreté. Santé mentale au Québec, *14*(2), 128-137.

Demers, A., Maltais, D. & Trickey, F. (1993). Construction d'un programme en santé communautaire: Du projet planifié à l'action implantée. The Canadian Journal of Program Evaluation, *8*(1), 11-32.

Deschamps, G., J.P & Baumann, M. (1987). Maternité et extrême pauvreté: la relation mères/professionnels de santé. Contraception-Fertilité-Sexualité, *15*(11), 1105-1110.

Deschamps, G., Deschamps, J.P. & Baumann, M. (1987). Maternité et extrême pauvreté, les consultations prénatales en milieu défavorisé: Opinions comparées des mères et des sages-femmes. Contraception-Fertilité-Sexualité, *15*(12), 1181-1187.

Deutsch, H. (1884). La psychologie des femmes : Étude psychanalytique. Paris : Presses Universitaires de France.

Dirksen, S.R. (1990). Theoretical modeling to predict subjective well-being. Western Journal of Nursing Research, *12*(5), 629-643.

Diver-Stammes, A.C. (1991). Assessing the effectiveness of an inner-city high school peer counselling program. Urban Education, *26*(3), 269-284.

- Donaldson Connelly, C. (1998). Hopefulness, self-esteem, and perceived social support among pregnant and nonpregnant adolescents. Western Journal of Nursing Research, 20(2), 195-209.
- Drevdhal, D. (1995). Coming to voice : The power of emancipatory community interventions. Advances in Nursing Science, 18(2), 13-24.
- Dreyfus. H.L . (1996). Being and power : Heidegger and Foucault. International Journal of Philosophical Studies, 4(1), 1-16.
- Duncan, S.M. (1996). Empowerment strategies in nursing education : A foundation for population-focused clinical studies. Public Health Nursing, 13(5), 311-317.
- Dunn, C.L., Pirie, P.L. & Lando, H.A. (1998). Attitudes and perceptions related to smoking among pregnant and postpartum women in a low-income, multiethnic setting. American Journal of Health Promotion, 12(4), 267-274.
- Dunst, C.J., Vance, S.D. & Cooper, C.S. (1986). A social system perspective of adolescent pregnancy: Determinants of parent and parent-child. Infant Mental Health Journal, 7(1), 34-48.
- Durand, D., Massé, R. & Ouellet, F. (1989). Intervenantes non professionnelles et prévention de l'enfance maltraitée. Évaluation du projet De La visite. Santé mentale au Québec, 15 (2), 26-38.
- Dye, T.D., Tollivert, N.J., Lee, R.V. & Kennedy, D.J. (1995). Violence, pregnancy and birth outcomes in Appalachia. Pediatric and Perinatal Epidemiology, 9, 35-47.
- Edwards, C.H., Knight, E.M., Johnson, A.A., Oyemade, U.J., Cole, O.J., Laryea, H., Westney, O.E., Westney, L.S. (1994). Multiple factors as mediators of the reduced incidence of low birth weights in an urban clinic population. Journal of Nutrition, 124, 927S-935S.
- El-Askari, G., Freestone, J., Irizarry, C., Kraut, K.L., Mashiyama, S.T., Morgan, M.A. & Walton, S. (1998). The healthy neighborhoods project : A local health department's role in catalyzing community development. Health Education & Behavior, 25(2), 146-159.
- Egan, G. (1975). The Skilled Helper: A Model for Systematic Helping and Interpersonal Relating. Monterey, Calif.: Brooks Cole.
- Elbourne, D., Oakley, A. & Chalmers, I. (1988). Social and psychological support during pregnancy. In S.I. Chalmers, M.Enkis & A. Keirse (Eds). Effective Care in Pregnancy and Childhood. Oxford: Oxford University Press.

- Elmore, R.F. (1978). Organizational models of social program implementation. Public Policy, 26(2), 185-228.
- Elstad, J.I. (1998). The psychosocial perspective on social inequalities in health. Sociology of Health & Illness, 20(5), 598-618.
- Enderlein, M.C., Stephenson, P.A., Holt, V.L. & Hickok, D. (1994). Health status and timing of onset of prenatal care: Is there an association among low-income women?. BIRTH, 21(2), 71-75.
- Eng, E. & Parker, E. (1994). Measuring community competence in the Mississippi Delta: The interface between program evaluation and empowerment. Health Education Quarterly, 21(2), 199-220.
- Engstrom, L., Geijerstam, A.F., Holmberg, N.G. & Uhrus, K. (1964). A prospective study of the relationship between psychosocial factors and course of pregnancy and delivery. Journal of Psychosomatic Research, 8, 151-155.
- Enkin, M.W., Keirse, M.J.N.C., Renfrew, M.J. & Neilson, J.P. (1995). Effective care in pregnancy and childbirth: A Synopsis. BIRTH, 22(2), 101-117.
- Epstein, S. (1985). Anxiety, arousal, and the self concept. Issues in Mental Health Nursing, 7(1\4), 265-305.
- Erickson, G.P. (1996). To pauperize or empower : Public health nursing at the turn of the 20th and 21st centuries. Public Health Nursing, 13(3), 163-169.
- Ershoff, D.H. (1983). Behavioral health and cost outcome of an HMO-based prenatal health education program. Public health education program. Public Health Reports, 98(6), 536-547.
- Felice, M.E., Granados, J.L., Ances, I.G., Hebel, R., Roeder, L.M. & Heald, F.P. (1981). The young pregnant teenager: Impact of comprehensive prenatal care. Journal of Adolescent Health Care, 1, 193-197.
- Ferreira, A.J. (1965). Emotional factors in prenatal environment : A review. The Journal of Nervous and Mental Disease, 141(1), 108-118.
- Fetterman, D.M. (1994). Empowerment evaluation. Evaluation Practice, 15(1), 1-15.
- Fildes, J., Reed, L., Jones, N., Martin, M. & Barrett, J. (1992). Trauma : The leading cause of maternal death. Journal of Trauma, 32, 643-645.

- Finney, B. (1997). Will space change humanity?. In S.E. Churchill (ed.). Fundamentals of Space Life Sciences (vol.2). Florida: Krieger Publishing Company.
- Flagler, S. & Nicoll, L. (1990). A framework for the psychological aspects of pregnancy. NAACOGS Clinical issues in perinatal women health nursing, 1(3), 267- 278.
- Flaskerud, J.H. & Winslow, B.J. (1998). Conceptualizing vulnerable populations health-related research. Nursing Research, 47(2), 69-78.
- Flay, B.R. (1986). Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. Preventive Medicine, 15, 451-474.
- Flick, L.H., Reese, C., Rogers, G., Fletcher, P. & Sonn, J. (1994). Building for health : Lessons from a seven-year-old neighborhood/university partnership. Health Education Quaterly, 21(3), 369-380.
- Fontaine, D. (1997). Repères pour une modélisation systémique des programmes de santé. Social Science Medicine, 44(4), 503-517.
- Foster, C.D. & Miller, G.M. (1980). Adolescent pregnancy: A challenge for counselors. Personnel and Guidance Journal, 59(4), 236-240.
- Foster, C.D., Guzick, D.S. & Puliam, R.P. (1992). The impact of prenatal care on fetal and neonatal death rates for uninsured patients: A natural experiment in West Virginia. Obstetrics & Gynecology, 19(1), 40-45.
- Foucault, M. (1977). Discipline and Punish: The Birth of the Prison. New York: Pantheon.
- Fox, N. (1995). Postmodern perspectives on care: The vigil and the gift. Critical Social Theory, 108, 107-125.
- France, H. (1989). Residents as helpers: Peer counselling in a long-term care facility. Canadian Journal of Counselling/Revue canadienne de counselling, 23(1), 113-126.
- Freidson, E. (1986). A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. Chicago : The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1970). Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. New York: Atherton Press Inc.
- Freire, P. (1970). Pedagogy of the Oppressed. New-York: Herder & Herder
- Fuchs, V.R. (1974). Who Shall Live: Health, Economics and Social Choice. New-York: Basic Books.

- Gaarder, J. (1996). Le mystère de la patience. Paris : Éditions du Seuil.
- Gaffney, K.F. (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. Maternal Child Nursing Journal, 15, 91-101.
- Gagné, J., Gendron, N. & Pelletier, D. (1991). Le programme Grossesse Nutrition (OLO), Etude de cas et analyse critique. Sherbrooke: Département de Service Social, Université de Sherbrooke.
- Galton, F. (1973). Inquiries into Human Faculty and its Development. New York : AMS Press.
- Gauthier, B. (1989). Evaluation d'une intervention auprès de femmes enceintes de milieu défavorisé visant à augmenter le poids des nouveau-nés: projet grossesse-santé. Hull: C.L.S.C. de Hull.
- Gazda, G.M., Childers, W.C. & Walters, R.P. (1982). Interpersonal Communication: A Handbook for Health Professionals. Rockville, Maryland: Aspen Publication.
- Gazmararian, J.A., Adams, M.M. & Pamuk, E.R. (1996). Associations between measures of socioeconomic status and maternal health behavior. American Journal of Preventive Medicine, 12(2), 108-115.
- Gazmarian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E. & Marks, J.S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. Journal of the Medical Association, 275, 1915-1920.
- Gelles, R.J. (1989). Child abuse and violence in single-parent families: Parent absence and economic deprivation. American Journal of Orthopsychiatry, 59, 492-501.
- Gennaro, S. (1993). Perinatal education for parents of high-risk infants. AWHONN's, 4(1), 147-157.
- Geronimus, A.T. & Korenman, S. (1993). Maternal youth or family background? On the health disadvantages of infants with teenage mothers. American Journal of Epidemiology, 137(2), 213-225.
- Gilberts, R. (1983). Self-esteem through life span. Family and Community Health, 6(2), 29-63.
- Gillis, P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. Health Promotion International, 13(2), 99-120.

Glazer, G. (1980). Anxiety levels and concerns among pregnant women. Research in Nursing and in Health, 3, 107-113.

Godbout, J.T. (1987). La démocratie des usagers. Montréal : Les Éditions du Boréal Express.

Godin, M. (1996). Discours utopique ou pratiques incultes. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 3(1), 42-49.

Goodwin, S. (1991). Breaking the links between social deprivation and poor child health. Health Visitor, 64(11), 376-379.

Gorsuch, R. & Key, M. (1974). Abnormalities of pregnancy as a function of anxiety and life stress. Psychosomatic Medicine, 36, 352-362.

Gortmaker, S.L. (1979). The effects of prenatal care upon the health of the newborn. American Journal of Public Health, 69, 653-660.

Grady, J.B. (1980). Peer counselling in the middle school: A model program. Phi Delta Kappan, 61, 710-718.

Green, L.W., George, M.A., Daniel, M., Frankish, C.J., Herbert, C.J., Bowie, W.R. & O'Neill, M. (1995). Recherche participative et promotion de la santé: Bilan et recommandations pour le développement de la recherche participative en promotion de la santé au Canada. Ottawa: La Société Royale du Canada.

Greenberg, R.S. (1985). The impact of prenatal care in different social groups. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 145, 797-901.

Guay, J. (1984). L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle. Chicoutimi : Gaétan Morin Éditeur.

Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). Fourth Generation Evaluation. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Guldan, G.S. (1996). Obstacles to community health promotion. Social Science Medicine, 43(5), 689-695.

Guttman, M.A.J. (1985). A peer counselling model: Social outreach. Canadian Counsellor/Conseiller canadien, 19(3), 135-143.

Habermas, J. (1977). Hannah Arendt's communications concept of power. Social Research, 44(1), 3-24.

Habermas, J. (1971). Theory and Practice. Boston: Beacon Press.

Hagey, R.S. (1997). Éditorial invité : La recherche participative, utilité et abus. Maladies chroniques au Canada, 18(1), 1-5.

Hales, C.N., Barker, D.J.P., Clark, P.M.S., Cox, L.J., Fall, C., Osmond, C. & Winter, P. (1991). Fetal and infant growth and impaired glucose tolerance at age 64. In Author. Fetal and Infant Origins of Adult Disease. London : MacMmillan.

Hall, L.A., Kotch, J.B., Brown, D.H. & Rayens, M.K. (1996). Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. Nursing Research, 45, 231-238.

Hall, J.M., Stevens, P.E. & Meleis, A.I. (1994). Marginalization : A guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. Advances in Nursing Science, 16(4), 23-41.

Hall, L.A., Gurley, D.N., Sachs, B. & Kryscio, R.J. (1991). Psychosocial predictors of maternal depressive symptoms, parenting attitudes, and child behavior in single-parent families. Nursing Research, 40(4), 214-219.

Hall, D. (1988). Introduction to the very immature infant, less than 28 weeks gestation. British Medical Bulletin, 44(4), 821-825.

Hall, B. L.(1981). Participatory research, popular knowledge and power: A personal reflection. Convergence, 14(3), 6-19.

Hamilton, N. & Bhatti. T. (1996). Promotion de la santé de la population : Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé. Ottawa : Division du développement de la promotion de la santé.

Handfield, B. & Bell, R. (1995). Do childbirth classes influence decision making about labor and postpartum issues?. BIRTH, 22(3), 153-160.

Handy, C. (1994). The Empty Raincoat. London : Hutchinson.

Handwerker, L. (1994). Medical risk : Implicating poor pregnant women. Social Science Medicine, 38(5), 665-675.

Hannan, M.T. & Freeman, J. (1984). Structural inertia and organizational change. American Sociological Review, 49, 149-164.

Hardy, J.B., King, T.M. & Repke, J.T. (1987). The John Hopkins adolescent pregnancy program: An evaluation. Obstetrics & Gynecology, 68, 300-306.

Harrison, M.J., Neufeld, A. & Kushner, K. (1995). Women in transition: Access and barriers to social support. Journal of Advanced Nursing, 21(5), 858-864.

- Hawe, P. (1994). Capturing the meaning of community in community intervention evaluation: Some contributions from community psychology. Health Promotion International, *9*(3), 199-210.
- Hearn, J. (1982). Notes on patriarchy, professionalization and the semi-professions. Sociology, *16*(2), 184-202.
- Heins, H., Nance, N.W. & Ferguson, J.E. (1987). Social support in improving perinatal outcome: The resource mothers program. Obstetrics and Gynecology, *70*, 263-266.
- Henderson, D.J. (1995). Consciousness raising in participatory research: Method and methodology for emancipatory nursing inquiry. Advances in Nursing Science, *17*(3), 58-69.
- Henderson, J. (1994). The cost effectiveness of prenatal care. Health Care Financing Review, *15*(4), 21-31.
- Herrmann, M.M., Cleve, L.V. & Levisen, L. (1998). Parenting competence, social support, and self-esteem in teen mothers case managed by public health nurse. Public Health Nursing, *16*(6), 432-439.
- Herman, A.A., Berendes, H.W., Cooper, L.C., Overpeck, M.D., Rhoads, G., Maxwell, J.P., Kinney, B.A., Koslowe, P.A. & Coates, D.L. (1996). Evaluation of the effectiveness of a community-based enriched model prenatal intervention project in the district of Columbia. Health Services Research, *31*(5), 609-621.
- Hernes, G. (1996). The politics of health of women and children. Midwifery, *12*, 109-112.
- Heron, J. (1981). Philosophical basis for a new paradigm. In P. Reason & Rowan, J. (Eds.) Human Inquiry: A Sourcebook of New Paradigm Research. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hetherington, S.E. (1990). A controlled study of the effect of prepared childbirth classes on obstetric outcomes. BIRTH: Issues in Perinatal Care & Education, *17*(2), 86-90.
- Hetzel, B.S., Bruer, B. & Poidevin, L.O.S. (1960). A survey of the relation between certain common antenatal complications in primipare and stressful life situations during pregnancy. Journal of Psychosomatic Research, *5*, 175-182.
- Hewison, A. (1995). Nurses' power in interactions with patients. Journal of Advanced Nursing, *21*, 75-82.

Higgins, A.C., Moxley, J.E., Pencharz, P.B., Mikolainis, D. & Dubois, S. (1989). Impact of the Higgins nutrition intervention program on birth weight: A within-mother analysis. Journal of the American Dietetic Association, 89(1), 1097-1103.

Higgins, P.G. & Burton, M. (1996). New Mexico women with no prenatal care : Reasons, outcomes and nursing implications. Health Care for Women International, 17, 255-269.

Hill, L. (1990). Facing life transitions: A peer counselling program. Journal of College Student Development, 31, 572-573.

Hofheimer, J.A., Poisson, S.S., Strauss, M.E., Eyler, F.D. & Greenspan, S.I. (1983). Perinatal and behavioral characteristics of neonates born to multirisk families. Developmental and Behavioral Pediatrics, 4(3), 163-170.

Holter, I.M. & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? Journal of Advanced Nursing, 18, 298-304.

Horn, M.E. & Rudolph, L.B. (1987). An investigation of verbal interaction, knowledge of sexual behavior and self-concept in adolescent mothers. Adolescence, 22, 591-598.

House, J. (1981). Work, Stress, and Social Support. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

<http://www.futureofchildren.org/LBW/03LBWPAN.htm>. Site visité le 4 mars 1999.

Hubbard, P., Muhlenkamp, A.F. & Brown, N. (1983). The relationship between social support and self-care practices. Nursing Research, 33(5), 266-270.

Huberman, M.A. & Miles, M.B. (1994). Qualitative Data Analysis : An Expanded Sourcebook. Thousand Oaks : Sage Publications.

Hughes Lee, S. & Grubbs, L.M. (1995). Pregnant teenagers reasons for seeking or delaying prenatal care. Clinical Nursing Research, 4(1), 38-49.

Hugman, R. (1991). Power in Caring Professions. London : MacMillan.

Hunt, L. (1998). Woman-to-woman support: Lessons from an Australian case story. Patient Education and Counselling, 33, 257-265.

Hutchison, R.R. & Quartaro, E.G. (1995). High risk vulnerable populations and volunteers : A model of education and service collaboration. Journal of Community Health Nursing, 12(2), 111-119.

Ignatieff, M. (1984). The Needs of Strangers. Harmondsworth : Penguin Books.

Israel, B.A., Checkoway, B., Schultz, A. & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. Health Education Quarterly, 21(2), 149-170.

Israel, B.A., Cummings, K.M., Dignan, M.B., Heaney, C.A., Perales, D.P., Simons-Morton, B.G. & Zimmerman, M.A. (1995). Evaluation of health education programs: Current assessment and future directions. Health Education Quarterly, 22(3), 364-389.

James, W. (1892). Psychology: The Briefer Course. New-York: Henry Holt.

Jeffers, D.F. (1993). Outreach childbirth education classes for low income families : A strategy for program development. AWHONN's Clinical Issues, 4(1), 95-101.

Joffe, H. (1996). The shock of the new : A psycho-dynamic extension of social representational theory. Journal for the Theory of Social Behavior, 26(2), 199-219.

Johson, Z., Howell, F. & Molly, B. (1993). Community mothers program : randomised controlled trial of non-professional intervention parenting. British Medical Journal, 306, 1449-1452.

Jolley, M. (1989). The professionalisation of nursing : The uncertain path. In M. Jolley and P. Allan (Eds.), Current Issues in Nursing. London : Chapman & Hall.

Jones, R., Manfredi, C., Mermelstein, R., Raju, N. & Thomas, V. (1994). The Head Start parent involvement program as a vehicle for smoking reduction intervention. Family Community Health, 17(1), 1-12.

Kahan, B. & Goodstadt, M. (1998). An exploration of best practices in health promotion : A short history of the best practices work group, centre for health promotion University of Toronto. Health Promotion in Canada, 34(4), 9-11.

Kahn, R.L. & Antonucci, T. (1982). Convoys over the life course: Attachments, roles, and social support. In R.L. Kahn & T. Antonucci (Eds.). Life-Span Development and Behavior. New-York: Baltes & Primm.

Kahn, R.L. (1979). Aging and social support. In M.W. Riley. Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives. New York : Westview Press.

Kalmuss, D. & Fennelly, K. (1990). Barriers to prenatal care among low-income women in New York city. Family Planning Perspective, 22, 215-231.

Kang, R., Barnard, K., Hammond, M., Oshio, S., Spencer, C., Thibodeaux, B. & Williams, J. (1995). Preterm infant follow-up project : A multi-site field experiment of hospital and home intervention programs for mothers and preterm infants. Public Health Nursing, 12(3), 171-180.

Kanpol, B. (1996). Critical pedagogy and liberation theology : Borders for a transformative agenda. Educational Theory, 46(1), 105-117.

Kanter, R.M. (1993). Men and Women of the Corporation (2nd ed.). New York : Basic Books.

Kaplan, G.A. (1996). People and places : Contrasting perspectives on the association between social class and health. International Journal of Health Services, 26(3), 507-519.

Kaplan, B.H., Cassel, J.C. & Gore, S. (1973). Social support and health. Medical Care, 15(5), 47-57.

Katz-Salamon, M., Allert, K., Bergstrom, B.-M., Ericsson, K., Hesser, U. & Forssberg, H. (1997). Perinatal risk factors and neuromotor behaviour during the neonatal period. Acta Paediatr Suppl., 419, 27-36.

Katz, R. (1984) Empowerment and Synergy: Expanding the Community's Healing Resources. New York: Hayworth Press.

Keeling, R.P. & Engstrom, E.L. (1993). Refining your peer education program. College Health, 41, 259-263.

Keeping, J.D., Chang, A.M.Z., Morrison, J. & Esler, E.J. (1980). Poor antenatal attendance and obstetric performance. Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology, 20, 139-143.

Kelley, M.L., Grace, N. & Elliott, S.N. (1990). Acceptability of positive and punitive discipline methods : Comparisons among abusive, potentially abusive, and nonabusive parents. Child Abuse & Neglect, 14, 219-226.

Kelly, D. & Wykurz, G. (1998). Patients as teachers : A new perspective in medical education. Education for Health, 11(3), 369-377.

Kemp, V.H. & Page, C.K. (1987). Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancy. JOGNN : Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 16, 179-184.

Kendall, J. (1992). Fighting back: Promoting emancipatory nursing actions. Advances in Nursing Science, 15(2), 1-15.

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Laval (Québec):  ditions  tudes Vivantes.

Kessner, D.M., Singer, J., Kalk, C.E. & Schlesinger, E.R. (1973). Infant Death: An Analysis by Maternal Risk and Health Care. Washington, DC: Institute of Medicine and National Academy of Sciences.

Kickbusch, I. (1986). Health promotion, a global perspective. Canadian Journal of Public Health, *77*, 321-326.

Kim, S., McLeod, J.H., Rader, D. & Johnston, G. (1992). An evaluation of prototype school-based peer counselling program. Journal of Drug Education, *22*(1), 37-53.

Kinsey, K. K. (1999). Models that work : An interview with Dorothy Harrel, Philadelphia community activist. Family Community Health, *21*(4), 74-79.

Kleigman, R.M., Rottman, C.J. & Behrman, R.E. (1990). Strategies for prevention of low birth weight. American Journal of Obstetrics and Gynecology, *162*(4), 1073-1083.

Kohn, R. & White, J. (1976). Health Care: An International Study. New-York: Oxford University Press.

Koniak-Griffin, D. (1990). Psychosocial and clinical variables in pregnant adolescents. Journal of Adolescent Health Care, *10*, 23-29.

Kossowska, M., Matthaus, W. & Necka, E. (1996). The cost of being competent : Expertise and rigidity in coping with novelty. Polish Psychological Bulletin, *27*(2), 25-38.

Kotelchuck, M., Schwartz, J.B., Anderka, M.T. & Finison, K.S. (1984). American Journal of Public Health, *74*, 1086-1092.

Kozlowski, L.A. & Zotti, M.E. (1993). Influencing community leaders toward the promotion of prenatal care at the community level. Public Health Nursing, *11*(5), 343-351.

Krieger, N. & Birn, A.E. (1998). A vision of social justice as the foundation of public health : Commemorating 150 years of the spirit of 1848. American Journal of Public Health, *88*(11), 1603-1606.

Kuhn, T.S. (1962). The Structure of Scientific Revolutions. Chicago : University of Chicago Press.

Labonte, R. & Feather, J. (1996). Handbook on Using Stories in Health Promotion Practice. Ottawa: Health Canada.

Labonte, R. & Robertson, A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff : The case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. Health Education Quarterly, 23(4), 431-447.

Labonté, R. (1994). Health promotion and empowerment : Reflections on professional practice. Health Education Quarterly, 21(2), 253-268.

Labonté, R. (1993). Community development and partnerships. Canadian Journal of Public Health, 84(4), 237-240.

Labonte, R. (1989). Community empowerment; the need for a political analysis, Canadian Journal of Public Health, 80(2),87-90.

Lapierre, J., Perreault, M. & Goulet, C. (1995). Prenatal peer counselling: An answer to the persistent difficulties with prenatal care for low income women. Public Health Nursing, 12(1), 53-60.

Lapierre, J. (1994). Étude des effets d'un programme de marrainage. Mémoire de Maîtrise non publié et non déposé. Montréal: Université de Montréal.

Lapierre, J. Perreault, M. & Goulet, C. (à paraître). A prenatal peer counselling program among low income women: Description, outcome and recommendations.

Laschinger, H.K., Sabiston, J.A. & Kutzscher, L. (1997). Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organizations. Research in Nursing and Health, 20, 341-352.

Laudenslager, M.L. (1987). Psychosocial stress and susceptibility to infectious disease. In E. Kurstak, Z.L. Lipowski & P.V. Morozov (Eds). Viruses, Immunity and Mental Disorders, (391-402). New-York: Plenum Press.

Lawson, D. (1989). Peer helping programs in the colleges and universities of Québec and Ontario. Canadian Journal of Counselling/Revue canadienne de counselling, 23(1), 41-54.

Le Bossé, Y.D. & Lavallée, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire: Aperçu historique et perspectives d'avenir. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 18, 7-20.

Lederman, R.P. (1990). Anxiety and stress in pregnancy: Significance and nursing assessment. NAACOGS Clinical Issues in Perinatal Women Health Nursing, 1(3), 279-288.

Lederman, R.P., Lederman, E., Work, B.A. & McCann, D.S. (1979). Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. Nursing Research, 28(2), 94-97.

Leduc, F. & Beauregard, D. (1989). OLO Tout un bilan. Laval: Centre de recherche sur les services communautaires.

Leeseberg Stamler, L. (1996). Enablement as a positive force in counselling. Guidance & Counselling, 11(4), 13-17.

Lego, S. (1993). Empowerment and the abuse of power. Archives of Psychiatric Nursing, 12(2), 51-52.

Lehoux, P., Lévy, R. & Rodrigue, J. (1995). Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4^{ième} génération. Vers la conceptualisation d'une pratique en médecine familiale. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 2(1), 56-72.

Lemyre, L. (1989). Stresseurs et santé mentale: analyse contextuelle de la pauvreté. Santé mentale au Québec, 14(2), 120-127.

Lennie, J.A., Klun, J.R. & Hausner, T. (1985). Low birthweight rate reduced by the obstetrical access project. California: Maternal and child health branch of California Department of health services.

Lepage, M.C. (1990). La périnatalité au Québec; Qu'en est-il ? Diététique et action, 4(4), 22 -25.

Lessick, M., Woodring, B.C., Naber, S. & Halstead, L. (1992). Vulnerability: A conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 6(3), 1-14.

Levy, B.S. (1998). Creating the future of public health : Values, vision, and leadership. American Journal of Public Health, 88(2), 188-192.

Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. The Journal of Social Issues, May, 34-46.

Lewis, O. (1966). The culture of poverty. Scientific American, 215(4), 19-25.

Lia-Hoagberg, B., Rode, P., Skovholt, C.J., Oberg, C.N., Berg, C., Mullett, S. & Choi, T., (1990). Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. Social Science Medicine, 30(4), 487-495.

Lincoln, Y.S. (1992). Fourth generation evaluation, the paradigm revolution and health promotion. Revue Canadienne de Santé Publique, 83,(suppl.1), S6-S10.

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA : Sage Publications.

Lin, N., Ensel, W.M., Simeone, R.S. & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and empirical test. Journal of Health and Social Behavior, 20, 108-119.

Liu, G.G. (1998). Birth outcomes and the effectiveness of prenatal care. Health Services Research, 32(6), 805-823.

Livingston, M. (1998). Update on health care in Canada : What's right, what's wrong, what's left. Journal of Public Health Policy, 19(3), 267-288.

Lloyd, B.W. (1984). Outcome of very-low-birthweight babies from Wolverhampton. Lancet, 2(8405), 739-741.

Lukes, S. (1974). Power : A Radical View. London : MacMillan.

Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health : Exploring their theoretical and empirical relations. Social Science Medicine, 44(6), 821-831.

Lupton, D. (1994). Medicine as Culture : Illness, Disease and the Body in Western Societies. London : Sage Publications.

Lussier, V., David, H. & Ouimet, L. (1996). L'entraide maternelle, une réponse à l'isolement pathogène des nouvelles mères. Santé mentale au Québec, 21(2), 224-232.

Lutenbacher, M. & Hall, L.A. (1998). The effects of maternal psychosocial factors on parenting attitudes of low-income, single mothers with young children. Nursing Research, 47(1), 25-34.

Lynch, J.W., Kaplan, G.A. & Salonen, J.T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviors and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. Social Science Medicine, 44(6), 809-819.

Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing : Its role in development and psychoanalytic treatment. Infant Mental Health Journal, 19(3), 282-289.

Macdonald, T.P. & Coburn, A.F. (1988). Predictors of prenatal care utilization. Social Science & Medicine, 27(2), 167-172.

Maker, W. (1996). Critical theory and its discontents : rationality, contextuality, and normativity. Idealistic Studies : An Interdisciplinary Journal of Philosophy, 26(1), 29-44.

Malin, N. & Teasdale, K. (1991). Caring versus empowerment: Considerations for nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 16, 657-662.

Marcos, M. & Dallaire-Durocher, L. (1986). L'évaluation des cours prénatals: Revue critique de la littérature, Haut-Richelieu: Département de santé communautaire, Hôpital du Haut-Richelieu.

Markova, I. (1996). Towards an epistemology of social representations. Journal of the Theory of Social Behavior, 26(2), 177-196.

Marshall, N.L. (1981). Female Bonding Among Low Income Women. Paper presented at the Annual Conference of the Association for Women in Psychology, Boston.

Martin, C. & Boyer, G. (1995). Naître égaux, Grandir en santé: Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité. Montréal: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Martin, M.E. & Henry, M. (1989). Cultural relativity and poverty. Public Health Nursing, 6(1), 28-34.

Matarazzo, J.D. (1970). A national mental health manpower showcase conference: NAMH leads the way. Mental Hygiene, 54(3), 333-336.

Matsushashi, Y. & Felice, M. (1991). Adolescent body image during pregnancy. Journal of Adolescent Health, 12, 313-315.

McAtee, P.A. (1969). Poverty, relevance, and program failure. Nursing Outlook, 17(9), 56-58.

McDonald, R.L., Gynther, M.D. & Christakos, A.C. (1962). Relations between maternal anxiety and obstetric complications. Psychosomatic Medicine, 25(4), 357-362.

McFarlane, J. & Wiist, W. (1997). Preventing abuse to pregnant women: Implementation of a mentor mother advocacy model. Journal of Community Health Nursing, 14(4), 237-249.

McFarlane, J. & Fehir, J. (1994). De madres a madres : A community, primary health care program based on empowerment. Health Education Quarterly, 21(3), 381-394.

McFarlane, J., Kelly, E., Rodriguez, R. & Fehir, J. (1994). De madres a madres: Women building community coalitions for health. Health Care for Women International, 15, 465-476.

McGauhey, P.J., Starfield, B., Alexander, C. & Ensminger, M.E. (1991). Social environment and vulnerability of low birth weight children: A social-epidemiological perspective. Pediatrics, 88(5), 943-953.

McGinnis, M.J. & Foege, W.H. (1993). Actual causes of death in the United States. Journal of the American Medical Association, 270, 2207-2212.

McIntyre, D.R., Thomas, G.H. & Borgen, W.A. (1982). A peer counselling model for use in secondary schools. Canadian Counsellor/Conseiller canadien, 17(1), 29-36.

McKinlay, J.B. (1992). Health promotion through healthy public policy: The contribution of complementary research methods. Canadian Journal of Public Health, suppl.1, S11-S19.

McKinlay, J.B., (1975). The help seeking behavior. In J. Kosa. & I.K. Zola. Poverty and Health, a Sociological Analysis, (pp. 224-273). Cambridge: Harvard University Press.

McKnight, J. (1995). The Careless Society: Community and its Counterfeits. New York : Basic Books.

McLaughlin, F.J., Altemeier, W.A., Christensen, M.J., Sherrod, K.B., Dietrich, M.S. & Stern, D.T. (1992). Randomized trial of comprehensive prenatal care for low income women: Effect on infant birth weight. Pediatrics, 89, 128-132.

McLeroy, K.R., Clark, N.M., Simons-Morton, B.G., Forster, J., Connell, C.M., Altman, D. & Zimmerman, M.A. (1995). Creating capacity: Establishing a health education research agenda for special populations. Health Education Quarterly, 22(3), 390-405.

McTaggart, R. (1991). Principles for participatory action research. Adult Education Quarterly, 41(3), 168-187.

Mead, G.H. (1956). The Social Psychology of George Herbert Mead. Chicago: University of Chicago Press.

Mercer, R.T. & Ferketich, S.L. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. Research in Nursing and Health, 18, 333-343.

Mercer, R.T. & Ferketich, S.L. (1988). Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy. Advances in Nursing Science, 10(2), 26-39.

Mercer, R.T. (1986). First-Time Motherhood: Experiences from Teen to Forties. New York: Springer.

Mercer, R.T., May, K.A., Ferketich, S. & De Joseph, J. (1986). Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. Nursing Research, 35(6), 339-346.

Merideth, E. (1994). Critical pedagogy and its application to health education: A critical appraisal of the Casa en Casa model. Health Education Quarterly, 21(3), 355-367.

Merriam, S.B. (1988). Case study research in education: A qualitative approach. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Miller, S.H. (1983). Children as Parents: Final Report on a Study of Childbearing Among 12-15 year Olds. New York: Child Welfare League of America.

Miller, R.S. (1978). The social construction and reconstruction of physiological events: Acquiring the pregnancy identity. Stud Symbolic Interact, 1, 181-204.

Ministère de la santé de l'Ontario. (1995). Guide de l'action communautaire. Ottawa : Centre d'information-santé, Direction des communications et de l'information.

Minkler, M. (1989). Health education, health promotion and the open society : An historical perspective. Health Education Quarterly, 16(1), 17-30.

Mintzberg, H. (1998). Nous vivons dans le culte du management. Sciences Humaines, 20, 16-19.

Moccia, P. (1988). At the faultline: Social activism and caring. Nursing Outlook, 36, 30-33.

Mor, J.M., Kieffer, E.C., Alexander, G.R., Hulse, T.C. & Kogan, M.D. (1995). Determinants of prenatal care use in Hawaii: Implications for health promotion. American Journal of Preventive Medicine, 11(2), 79-85.

Moreault, L., Gagnon, C. & Labrecque, É. (1996). Évaluation du projet «marrainage»: Une intervention non professionnelle auprès de familles à risque de négligence envers les enfants. Revue canadienne de santé publique/Canadian Journal of Public Health, 87(1), 42-45.

Moss, N. & Carver, K. (1998). The effect of WIC and medicaid on infant mortality in the United States. American Journal of Public Health, 88(9), 1354-1361.

Moss, N. (1983). An organization-environment framework for assessing program implementation. Evaluation and Program Planning, 6, 153-164.

Moss, N.E. (1998). The effect of WIC and medicaid on infant mortality in the United States. American Journal of Public Health, 88(9), 1354-1361.

Muhlenkamp, A.F. & Sayles, .A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. Nursing Research, 35(6), 334-338.

Mustard, C.A. & Roos, N.P. (1994). The relationship of prenatal care and pregnancy complications to birthweight in Winnipeg, Canada. American Journal of Public Health, 84(9), 1450-1457.

Myhrman, A., Olsen, P., Rantakaallio, P. & Laara, E. (1995). Does the wantedness of a pregnancy predict a child's educational attainment? Family Planning Perspective, 27, 116-119.

Naber, S.J. & Locklin, M.P. (1994). Are peer counselors the key to achieving breastfeeding success with low income women? Breastfeeding Abstracts, 13(3), 19-20.

Neal, M.T., Parks, P.L., Diaconis, L., Omotosho, S. (1997). I was scared... Voices of vulnerable parents. Family Community Health, 19(4), 49-63.

Newton, R.W. & Hunt, L.P. (1984). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. British Medical Journal, 288, 1191-1194.

Norbeck, J.S. & Tilden, V.P., (1983). Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multivariate study. Journal of Health and Social Behavior, 24, 30-46.

Norbeck, J.S. & Anderson, N.J. (1989). Life stress, social support and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women. Research in Nursing, 12, 281-287.

Norbeck, J.S., Lindsey, A.M. & Carrieri, V.L. (1981). The development of an instrument to measure social support. Nursing Research, 30(5), 264-269.

Nordentoft, M., Lou, H.C., Hansen, D., Nim, J., Pryds, O., Rubin, P. & Hemmingsen, R. (1996). Intrauterine growth retardation and premature delivery : The influence of maternal smoking and psychosocial factors. American Journal of Public Health, 86(3), 347-354.

Novak, T. (1996). The class analysis of poverty : A response to Erik Olin Wright. International Journal of Health Services, 26(1), 187-195.

Nuckolls, K.B., Cassel, J. & Kaplan, B.H. (1972). Psychosocial assets, life crisis, and the prognosis of pregnancy. American Journal of Epidemiology, 95, 431-441.

Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion- progress, problems and solutions. Health Promotion International, 13(1), 27-42.

Oakley, A., Peersman, G. & Oliver, S. (1998). Social characteristics of participants in health promotion effectiveness research : Trial and error. Education for Health, 11(3), 305-317.

Oakley, A. (1990). Social support and pregnancy outcome, British Medical Journal of Obstetric and Gynecology, 97, 155.

Oakley, A., MacFarlane, A. & Chalmers, I. (1985). Social class, stress and reproduction. In A.R. Rees & H. Purcelle (Eds.). Disease and the Environment. Chichester: J.Wiley.

Oakley, A., MacFarlane, A. & Chalmers, I. (1982). Social class, stress and reproduction. In A.R. Rees & H. Purcelle. Disease and the Environment. Chichester: J.Wiley.

O'Campo, P., Xue, X., Wang, M.-C. & O'Brien Caughy, M. (1997). Neighborhood risk factors for low birthweight in Baltimore: A multilevel analysis. American Journal of Public Health, 87(7), 1113-1118.

O'Donnell, M.P., Whitmer, R.W. & Anderson, D.R. (1999). Is it time... for a national health promotion research agenda. American Journal of Health Promotion, 13(3), 139-142.

Office of the Provincial Health Officer. (1995). Health goals for British Columbia: Identifying priorities for a healthy population (Draft). Vancouver : Author.

Olds, D., Kitzman, H., Cole, R. & Robinson, J. (1998). Theroretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. Journal of Community Psychology, 25(1), 9-25.

Olds, D.L., Henderson, C.R. & Kitzman, H. (1994). Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? Pediatrics, 93(1), 89-98.

Olds, D.L., Henderson, C.R., Phelps, C., Kitzman, H. & Hanks, C. (1993). Effect of prenatal and infancy nurse home visitation on government spending. Medical Care, 31(2), 155-174.

Olds, D.L. (1992). Home visitation for pregnant women and parents of young children. AJDC, 146, 704-708.

Olds, D.L., Henderson, C.R., Tatelbum, R. & Chamberlain, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics, 77, 16-28.

O'Neill, M. (1997). Promotion de la santé : Enjeux pour l'an 2000. Canadian Journal of Nursing Research, 29(1), 63-70.

Oquist, P. (1978). The epistemology of action research. Acta Sociologica, 21(2), 143-163.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1986). The Ottawa charter for health promotion. Health Promotion, 1, 3-5.

Orr, S.T., James, S.A., Miller, C.A., Barakat, B., Daikoku, N., Pupkin, M., Engstrom, K. & Huggins, G. (1996). Psychosocial stressors and low birthweight in an urban population. American Journal of Preventive Medicine, 12(6), 459-466.

Ostberg, V. (1992). Social class differences in child mortality, Sweden 1981-1986. Journal of Epidemiology and Community Health, 46, 480-484.

Ouellet, F., Durand, D. & Massé, R. (1992). Une stratégie de triangulation pour l'évaluation des effets d'un programme de soutien aux nouveaux parents. The Canadian Journal of Program Evaluation, 7(1), 69-83.

Pagel, M.D., Smilkstein, G., Regen, H. & Montano, D. (1990). Psychosocial influences on new born outcomes: A controlled prospective study. Social Science Medicine, 30(5), 597-604.

Paquet, G. (1989). Santé et inégalités sociales: Un problème de distance culturelle. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

Park, P. (1993). What is participatory research? A theoretical and methodological perspective. In P. Park, M. Brydon-Miller, B. Hall & T. Jackson (Eds.). Voices of change: Participatory research in the United States and Canada. Westport: Bergin & Garvey.

Patten, M.A. (1981). Self concept and self esteem: Factors in adolescent pregnancy. Adolescence, 16(64), 765-777.

Pearce, C.W., Hawkins, J.W., Carver-Chase, D., Ebacher, R., Matta, S., Sullivan, A., Vawter, V.J., Voncent, C. & Windle, K.A. (1996). Comprehensive interdisciplinary care : Making a difference in pregnancy outcomes for hispanic women. Public Health Nursing, 13(6), 416-424.

Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981). The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22(4), 337-356.

Pearlin, L.I. (1975). Sex roles and depression. In N.Datan and L. Ginsberg (Eds.). Life-Span Developmental Psychology: Normative Life Crises. New-York: Academic Press.

Peoples-Sheps, M.D., Efrid, C. & Miller, C.A. (1989). Home visiting and prenatal care: A survey of practical wisdom. Public Health Nursing, 6(2), 74-79.

Peoples, M.D. & Siegel, E. (1983). Measuring the impact of programs for mothers and infants on prenatal care and low birthweight: The value of refined analysis. Medical Care, 21, 586-605.

Petersen, A.R. (1994). Community development in health promotion: Empowerment or regulation? Australian Journal of Public Health, 18(2), 213-217.

Petitti, D., Coleman, C., Binsacca, D. & Allen, B. (1990). Early prenatal care in urban black and white women. Birth, 17(1), 1-5.

Phillips, C.A. (1992). Vulnerability in family systems: Application to antepartum. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 6(3), 26-36.

Piechnik, S.L. & Corbett, M.A. (1985). Reducing low birth weight among socioeconomically high risk adolescent pregnancies: Successful intervention with certified nurse-midwife-managed care and a multidisciplinary team. Journal of Nurse-Midwifery, 30(2), 88-98.

Pineault, R. & Daveluy, C. (1990). La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Éditions Agence D'ARC, inc.

Poland-Laken, M. & Ager, J. (1995). Using incentives to increase participation in prenatal care. Obstetrics & Gynecology, 85, 326-329.

Poland, M.L., Ager, J.W., Olson, K.L. & Sokol, R.J., (1990), Quality of prenatal care; Selected social, behavioral, and biomedical factors, and birthweight. Obstetrics & Gynecology, 75(4), 607-611.

Poland, M.L., Ager, J.W. & Olson, K.L. (1987). Barriers to receiving prenatal care. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 157, 297-303.

Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1991). Nursing Research : Principles and Methods. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Polit, D.F., White, C.M. & Morton, T.D. (1989). Sex, contraception and pregnancy in foster care. Family Planning Perspective, 21, 203-208.

Pond, E.F. & Kemp, V.H. (1992). A comparison between adolescent and adult women on prenatal anxiety and self-confidence. Maternal-Child Nursing Journal, 20(1), 11-20.

Popay, J., Williams, G., Thomas, C. & Gatrell, T. (1998). Theorising inequalities in health : The place of lay knowledge. Sociology of Health & Illness, 20(5), 619-644.

Popper, K.R. (1945). The Open Society and its Enemies. Princeton : Princeton University Press.

Porter, S. (1994). New Nursing: The road to freedom?. Journal of Advanced Nursing, 20, 269-274.

Power, C., Matthews, S. & Manor, O. (1998). Inequalities in self-rated health: Explanations from different stages of life. The Lancet, 351, 1009-1014.

Power, C., Manor, O. & Fox, J. (1991). Health and Class: The Early Years. Chapman and Hall, London.

Prilleltensky, I. (1996). Human, moral, and political values for an emancipatory psychology. The Humanistic Psychologist, 24(3), 307-324.

Promotion de la santé au Canada. (1998). L'évaluation de promotion la promotion de la santé : Recommendations aux responsables de l'élaboration de politiques. Health Promotion Evaluation, 34(4), i-viii.

Puchkoff, S.C. & Font-Padron, T.L. (1990). Peer counselling: Implications for personal and vocational growth. Journal of College Student Development, 31, 569-571.

Purdey, A.F., Adhikari, G.B., Robinson, S.A. & Cox, P.W. (1994). Participatory health development in rural Nepal: Clarifying the process of community empowerment. Health Education Quarterly, 21(3), 329-344.

Putnam, R.D.(1993). Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Putnam, R.D. (1993). The prosperous community : Social capital and public life. The American Prospect, 24, 34-48.

Raphael, D. (1998). Public health response to health inequalities. Revue canadienne de santé publique, 89(6), 380-381.

Rahman, A. (1977). A methodology for participatory research with the rural poor. Carnets de l'Enfance, 41, 111-124.

Rappaport, J. (1990). Research methods and the empowerment social agenda. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok & L. Jason (Eds.). Researching Community Psychology. Washington, DC: American Psychological Association.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment-exemplars of prevention: Towards a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology, *15*(2), 121-148.

Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language. Social Policy, *16*(2), 15-21.

Rappaport J. (1981). In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. American Journal of Community Psychology, *9*(1), 1-25.

Ratner, P.A., Green, L.W., Frankish, C.J., Chomik, T. & Larsen, C. (1997). Setting the stage for health impact assessment. Journal of Public Health Policy, *18*(1), 67-79.

Raynault, M.-F. (1998). Les enfants pauvres, comment les aider?. Le médecin du Québec, *33*(12), 43-48.

Reason, P. (1994). Three approaches to participative inquiry. In Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.). Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publications.

Reeb, K.G., Graham, A.V., Zyzanski, S.J. & Kitson, G.C. (1987). Predicting low-birthweight and complications labor in urban black women : A biopsychosocial perspective. Social Science Medicine, *25*, 1321.

Renaud, L., Chevalier, S. & O'Loughlin, J. (1997). L'institutionnalisation des programmes communautaires: Revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. Revue Canadienne de Santé Publique, *88*(2), 109-113.

Reutter, L., Neufeld, A. & Harrison, M.J. (1996). Using critical feminist principles to analyze programs for low income urban women. Public Health Nursing, *12*(6), 424-431.

Reutter, L. (1995). La pauvreté et la santé : répercussions pour la santé publique. Revue canadienne de santé publique, *86*(3), 150-151.

Rich, O.J. (1992). Vulnerability of homeless pregnant and parenting adolescents. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, *6*(3), 37-46.

Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., Green, L.W. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. American Journal of Health Promotion, *10*(4), 318-328.

Richards, T.J. & Richards, L. (1994). Using computers in qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds). Handbook of Qualitative Research, (pp. 445-462). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Richardson, P. (1987). Women's important relationships during pregnancy and the preterm labor event. Western Journal of Nursing Research, 9(2), 203-222.

Riesch, S.K., Coleman, R., Glowacki, J.S. & Konings, K. (1997). Understanding mother's perceptions of what is important about themselves and parenting. Journal of Community Health Nursing, 14(1), 49-66.

Roberts, P. (1996). Defending Freirian intervention. Educational Theory, 46(3), 335-352.

Roberts, S.J. (1988). Social support and help seeking: Review of the literature. Advances in Nursing Science, 10(2), 1-11.

Robertson, A. (1998). Critical reflections on the politics of need : Implications for public health. Social Science Medicine, 47(10), 1419-1430.

Robertson, A.M. (1998). Critical reflexions on the politics of need : Implications for public health. Social Science Medicine, 47(10), 1419-1430.

Robertson, A. & Minkler, M. (1994). New health promotion movement : A critical examination. Health Education Quaterly, 21, 295-312.

Robey, D. (1984). Conflicts models for implementation research. In R.I. Schultz & M.J. Ginzberg (Eds.). Management Science Implementation (pp.89-106). Greenwich: JAI Press.

Robitaille, Y. (1983). Impact des cours prénatals sur le poids des nouveau-nés. Thèse de doctorat non publiée, McGill University, Canada.

Robitaille, Y. & Kramer, M.S. (1980). Les effets des cours prénatals sur la santé du nouveau-né et sur le comportement de la mère. Montréal: Rapport présenté à la conférence annuelle de l'Association canadienne d'hygiène publique, Ottawa.

Rodwell, C.M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 23, 305-313.

Roger-Achim, D. & Gauthier, J. (1998). Le diagnostic social. Le Médecin du Québec, 33(12), 29-38.

Rogers, E.M. (1983). Diffusion of Innovations. New York: The Free Press.

Rogers, C.R. (1972). Liberté pour apprendre. Paris: Dunod.

Rogers, M.M., Peoples-Sheps, M. & Suchindran, C. (1996). Impact of a social support program on teenage prenatal use and pregnancy outcomes. Journal of Adolescent Health, 19, 132-140.

Romedor, J.M., Balthazar, H., Farquharson, A. & Lavoie, F. (1989). Les groupes d'entraide et la santé: Nouvelles solidarités. Ottawa: Conseil canadien de Développement social.

Rosenberg, M. (1965). Society and the Adolescent Self-Image. Princeton University: Princeton, NJ.

Rothberg, A.D. & Lits, B.L. (1991). Psychosocial support for maternal stress during pregnancy : Effect on birth weight. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 165, 403.

Rubin, R. (1984). Maternal Identity and the Maternal Experience. New-York: Springer.

Rudner Lugo, N. (1996). Empowerment education : A case study of the Resource sisters/compagneras program. Health Education Quaterly, 23(3), 281-289.

Rush, D., Alvir, J.M., Kenny, G., Johnson, S.S. & Horvitz, D.G. (1988). The national WIC evaluation : Evaluation of the special supplemental food program for women, infants, and children. Historical study of pregnancy outcomes. American Journal of Clinical Nutrition, 48(2), 412-428.

Rush, D., Leighton, J., Sloan, N.L., Alvir, J.M. & Garbowski, G.C. (1988). Review of past studies of WIC. American Journal of Clinical Nutrition, 48, 394-411.

Rush, D. (1984). Some comments on the Massachussets WIC evaluation. American Journal of Public Health, 74(10), 1145-1148.

Russel, J.H. & Shinkle, R.R. (1990). Evaluation of peer-adviser effectiveness. Journal of College Student Development, 31, 388-394.

Rutter, M. (1994). Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In Haggerty, R., Garmezy, N., Rutter, M., Sherrod, L. (Eds.). Stress, Risk and Resilience in Childhood and Adolescence. New York: Cambridge University Press.

Rutter, D.R. & Quine, L. (1990). Inequalities in pregnancy outcome: A review of psychosocial and behavioural mediators. Social Science Medicine, 30(5), 553-568.

Sable, M.R., Stockbauer, J.W. & Schramm, W.F., (1990). Differentiating the barriers to adequate prenatal care in Missouri. Public Health Reports, 105(6), 549-555.

Santé Canada.(1998). Health promotion in Canada – A case study. Health Promotion International, 13(1), 7-26.

Saegert, S. & Winkel, G. (1996). Paths to community empowerment :Organizing at home. American Journal of Community Psychology, 24(4), 517-550.

Samuels, D. & Samuels, M. (1975). The Complete Handbook of Peer Counselling. Miami: Fiesta Publishing Corporation.

Saunders, P. (1998). Poverty and health : Exploring the links between financial stress and emotional stress in Australia. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22(1), 11-16.

Scheirer, M.A. & Rezmovic, E.L. (1981). Measuring the degree of program implementation. Evaluation Review, 7(5), 599-633.

Scholl, T.O., Hediger, M.L. & Belsky, D.H. (1994). Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: A review and meta-analysis. Journal of Adolescent Health, 15(6), 444-456.

Scholl, T.O., Miller, L.K., Salmon, R.W., Cofsky, M.C. & Shearer, J. (1987). Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: Effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. Obstetrics & Gynecology, 69(3\1), 312-316.

Schor, E.L. (1995). Developing communality : Family-centered programs to improve children's health and well-being. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 72(2), 413-442.

Schraeder, B., Rappaport, J. & Courtwright, L. (1987). Preschool development of very low birthweight infants. Image, 19, 174-177.

Schultz, P.R. & Kerr, B.J. (1986). Comparative case study as a strategy for nursing research. In P. Chinn. (Ed.) Nursing Research Methodology: Issues and Implementation. Rockville, MD: Aspen

Schwartz, M. (1982). Self-help rap groups and peer counselling in the gay community. In N.S. Giddan & M.J. Austin (Eds.) Peer Counselling and Self-Help Groups on Campus. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Scriven, M. (1973). Goal-free evaluation. In E.R. House (Ed.) School evaluation: The Politics and Process, (pp. 319-328). Berkeley, CA: McCutchan.

Scupholme, A., Robertson, E.G. & Kamons, S. (1991). Barriers to prenatal care in a multiethnic, urban sample. Journal of Nurse-Widwifery, 36(2), 111-116.

Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. & Loiselle, J. (1995). Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 84(4), 583-589.

Séguin, L., Bouchard, C., St-Denis, M., Loiselle, J. & Potvin, L. (1995). Évolution du réseau de soutien social lors d'une première naissance: Comparaison entre des mères défavorisées et des mères de classes moyennes. Revue canadienne de santé publique, 86(6), 392-396.

Serwint, J.R., Wilson, M.E.H., Vogelhut, J.W., Repke, J.T. & Seidel, H.M. (1996). A randomized controlled trial of prenatal pediatric visits for urban, low-income families. Pediatrics, 98(6), 1069-1075.

Sheaff, L. & Talashek, M. (1995). Ever-pregnant and never pregnant teens in a temporary housing shelter. Journal of Community Health Nursing, 12(1), 33-45.

Showstack, J.A., Budetti, P.B. & Minkler, D. (1984). Factors associated with birthweight: An exploration of the roles of prenatal care and length of gestation. American Journal of Public Health, 74(9), 1003-1008.

Simard, M.P. & Ouellette, J.G. (1989). Effet d'une formation à l'entraide suivie d'une supervision continue sur la communication interpersonnelle et le développement personnel d'entraidents. Canadian Journal of Counselling\Revue canadienne de counselling, 23(1), 55-66.

Simons-Morton, B.G. & Davis Crump, A. (1996). Empowerment : The process and the outcome. Health Education Quarterly, 23(3), 290-292.

Simpson, J.A. & Weiner, E.S.C. (Eds.) (1991). Healthy America: Practitioners for 2005, an Agenda for U.S. Health Professionals Schools. Durham, NC: Pew Health Professions Commissions.

Skovholt, C., Lia-Hoagberg, B., Mullett, S., Siiteri, R.K., Vanman, R., Josten, L., McKay, C. & Oberg, C.N. (1994). The Minnesota prenatal care coordination project : Successes and obstacles. Public Health Reports, 109(6), 774-781.

Smith, G.E., Gerrard, M. & Gibbons, F.X. (1997). Self-esteem and the relation between risk behavior and perceptions of vulnerability to unplanned pregnancy in college women. Health Psychology, 16(2), 137-146.

Sokol, R.J., Woolf, R.B., Rosen, M.G. & Weingarden, K. (1980). Risk, antepartum care, and outcome: Impact of a maternity and infant care project. Obstetrics & Gynecology, 56(2), 150-153.

Sorenson, D.L. (1990). Uncertainty in pregnancy. NAACOGS Clinical Issues in Perinatal Women Health Nursing, 1(3), 289-296.

Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (1980). Stress and Anxiety. New-York: Hemisphere Publishing Corporation.

- Springborg, P. (1981). The Problem of Human Needs and the Critique of Civilization. London : George Allen & Unwin.
- Stack, C. (1974). All Our Kin: Strategies for Survival in a Black Community. New-York: Harper & Row.
- Stake, R.E. (1994). Case studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.). Handbook of Qualitative Research (pp.236-247). Thousand Oaks : Sage Publications.
- Stake, R.E. (1994). Case Study Research: Design and Methods (Second edition). London: Sage Publications.
- Stake, R.E. (1975). Evaluating the Arts in Education. Columbus : Merrill.
- Stake, R.E. (1967). The countenance of educational evaluation. Teachers College Record, 68, 523-540.
- Stamp, G. E., Williams, A.S. & Crowther, C.A. (1995). Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression : A randomized controlled trial. BIRTH, 22(3), 138-143.
- Stanley, F.J. (1997). Prenatal determinants of motor disorders. Acta Paediatr Suppl. 422, 92-102.
- Stanley, R., Soule, B. & Copans, S.A. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. American Journal of Obstetric and Gynecology, 135, 22-25.
- Stanwick, D.J. (1983). Self-esteem through life span. Family and Community Health, 6(2), 11-28.
- Starn, J.R. (1992). Community health nursing visits for at-risk women and infants. Journal of Community Health Nursing, 9(2), 103-110.
- St. Clair, P.A., Smeriglio, V.L., Alexander, C.S. & Celentano, D.D. (1989). Social network structure and prenatal care utilization. Medical Care, 27(8), 823-832.
- Stebbins, R.A. (1987). Les forces et les limites des méthodes qualitatives dans l'étude des mouvements sociaux. Dans J.P. Deslauriers & C. Gagnon (Eds). Entre le savoir et l'action: Choix éthiques et méthodologiques. Chicoutimi: Collection Renouveau Méthodologique Groupe de Recherche et d'Intervention Régionales (GRIR).
- Steen, M. (1991). Historical perspectives on women and mental illness and prevention of depression in women, using a feminist framework. Issues in Mental Health Nursing, 12, 359-374.

Stewart, M.J., Ellerton, M.L., Hart, G., Hirth, A., Mann, K., Meagher-Stewart, D., Ritchie, J. & Tomblin-Murphy, G. (1997). Insights from a nursing research program on social support. Canadian Journal of Nursing Research, 29(3), 93-110.

Stewart, M., Banks, S., Crossman, D. & Poel, D. (1994). Partnerships between health professionals and self-help groups : Meaning and mechanisms. Prevention in Human Services, 11(2), 199-240.

Stockbauer, J.W. (1986). Evaluation of the Missouri WIC program : Prenatal components. Journal of the American Dietetic Association, 86(10), 61-67.

Stone, D.A. (1988). Policy Paradox and Political Reason. Glenview : Foresman Little, Brown College Division.

Stout, A.E. (1997). Prenatal care for low-income women and the Health belief model : A new beginning. Journal of Community Health Nursing, 14(3), 169-180.

Strauss, A. & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology : An overview. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.). Handbook of Qualitative Research. London : Sage Publications.

Strickland, W.J. & Strickland, D.L. (1996). Partnership building with special populations. Family Community Health, 19(3), 21-34.

Stumpf, P.S. (1983). The culture of poverty : An overused conceptual model. In P.L. Chinn, Advances in Nursing Theory Development. Maryland; An Aspen Publication.

Sullivan, H.S. (1953). The Interpersonal Theory of Psychiatry. New-York: Norton.

Svenningsen, N.W., Bjorklund, L.J. & Lindroth, M. (1997). Changing trend in perinatal management and outcome of extremely low birthweight infants. Acta Paediatr Suppl., 422, 89-91.

Tandon, R. (1982). A critique of monopolistic research. In B. Hall, A. Gillette & R Tandon (Eds.), Creating Knowledge : A Monopoly? Participatory Research in Development. New Delhi : Society for Participatory Research in Asia.

Théorêt, M. (1996). Évaluation de la mise en œuvre d'une intervention de mentorat pour prévenir l'abandon scolaire : Le programme prométhée. Revue des Sciences de l'Éducation McGill, 31(2), 143-158.

Thibeaudau, M.F. (1985). La santé des familles défavorisées. Santé Mentale au Québec, 10(1), 27-35.

Thibeaudau, M.F. & Reidy, M. (1982). Un modèle de soins infirmiers à la famille défavorisée. Montréal: Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal.

Thoits, P.A. (1957). Life stress, social support, and psychological vulnerability: epidemiological considerations. Psychological Reports, 3, 341-362.

Thomas, V.G. (1994). Using feminist and social structural analysis to focus on the health of poor women. Women and Health, 22(1), 1-15.

Thomas, P., Golding, J. & Peters, T.J. (1991). Delayed antenatal care: Does it effect pregnancy outcome. Social Science Medicine, 32(6), 715-723.

Thomson, J.C. (1992). Program evaluation within a health promotion framework. Revue canadienne de santé publique, 83(1), suppl.1, S67-S76.

Tilden, V.P. (1983). The relation of life stress and social support to emotional disequilibrium during pregnancy. Research in Nursing and Health, 64, 167-174.

Tilden, V.P. & Galyen, R.D. (1987). Cost and conflict: The darker side of social support. Western Journal of Nursing Research, 9(1), 9-18.

Tison, M. (1999). Six histoires brèves sur la mobilisation. Le journal de santé publique : Bulletin d'information du Conseil des directeurs de la santé publique, 4.

Tolsdorf, C.C. (1976). Social networks, support, and coping: An exploratory study. Family Process, 407-417.

Townsend, P. (1990). Individual or social responsibility for premature death? Current controversies in the British debate about health. International Journal of Health Services, 20, 373-392.

Townsend, P. & Davidson, N. (1982). Inequalities in Health: The Black Report. Harmondsworth: Penguin.

Tremblay, D., Lechasseur, H., Desmeules, M., Guilbert, É. & Lepage, M.-C. (1998). Les jeunes mères difficiles à rejoindre : Évaluation d'implantation d'une intervention pré et postnatale auprès d'une clientèle à risque. Revue Canadienne de Santé Publique, 89(6), 376-379.

Trimpey, M.L. (1989). Self-esteem and anxiety: Key issues in an abused women's support group. Issues in Mental Health Nursing, 10, 297-308.

Turner, B.S. (1995). Medical Power and Social Knowledge. London: Sage Publications.

Twohy, K. & Reif, L. (1997). What do public health nurses really do during prenatal home appointments?. Public Health Nursing, 14(6), 324-331.

U.S. Bureau of Census, Current Population Reports, Series P-60, NO.181. (1992). Poverty in the United States: 1991. Washington, DC: Government Printing Office.

Van de Mheen, H., Stronks, K., Looman, C.W.N. & Mackenbach, J.P. (1998). Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. Journal of Epidemiology and Community Health, 52, 15-19.

Veilleux, A. (1986). Une nouvelle approche en éducation prénatale. Mémoire de Maîtrise. Faculté des Etudes Supérieures des Sciences de l'Education. Université de Montréal.

Wadsworth, M.E.J. (1997). Health inequalities in the life course perspective. Social Science Medicine, 44(6), 859-869.

Wallerstein, N. & Freudenberg, N. (1998). Linking health promotion and social justice. Health Education Research, 13(3), 451-457.

Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1994). Empowerment education : Freire's ideas adapted to health education. Health Education Quarterly, 15, 379-394.

Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs, American Journal of Health Promotion, 6(3), 197-205.

Walley, W. (1980). CTU Begins Educators Support Program. Chicago: Chicago Union Teacher.

Wandersman, A., Valois, R., Ochs, L., De la Cruz, D., Adkins, E. & Goodman, R.M. (1996). Toward a social ecology of community coalitions. American Journal of Health Promotion, 10(4), 299-307.

Wandersman, L., Wandersman, A. & Kahn, S. (1980). Social support in the transition to parenthood. Journal of Community Psychology, 8, 332-342.

Watson, J. (1988). Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing. New York: National League of Nursing No 15-2236.

Weiler, K. (1996). Myths of Paolo Freire. Educational Theory, 46(3), 353-371.

Werner, E.E. (1997). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. Acta Paediatr Suppl, 422, 103-105.

West, P. (1997). Health inequalities in the early years : Is there equalisation youth? Social Science Medicine, 44(6), 833-858.

Westlander, G. (1991). The psychological background of pregnancy outcome: A critical evaluation of research. Women & Health, 17(3), 79-99.

Wetsell, D. (1989). The Relationship of Psychosocial Factors to Prenatal Care Access and Pregnancy Outcome. Unpublished Thesis. University of Oregon, U.S.A.

Wheeler, C.E. & Chinn, P.L. (1991)(3rd edition). Peace & Power: A Handbook of Feminist Process. New York: National League for Nursing Press.

WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa : Author.

Whitmore, E. (1990). Empowerment in program evaluation. Canadian Social Work Review, 7(2), 215-229.

Wilber, K. (1981). Reflections on the new age paradigm. Re Vision, 4(1), 53-74.

Williams, S., McGee, R., Olaman, S. & Knight, R. (1997). Level of education, age of bearing children and mental health of women. Social Science Medicine, 45(6), 827-836.

Wise, S. & Grossman, F.K. (1980). Adolescent mothers and their infants: Psychological factors in early attachment and interaction. American Journal of Orthopsychiatry, 50(3), 454-468.

Wundt, W.M. (1886). Éléments de psychologie physiologique. Paris : Alcan.

Yeich, S. & Levine, R. (1992). Participatory research's contribution to a conceptualization of empowerment. Journal of Applied Social Psychology, 22, 1894-1908.

Yeo, M. (1993a). Toward an ethic of empowerment for health promotion. Health Promotion International, 8(3), 225-235.

Yeo, M. (1993b). Ethics and Economics in Health Care Resource Allocation. Ottawa : Queens-University of Ottawa Economic Projects, 93-107.

Yin, R.K. (1994). Case Study Research: Design and Methods (2nd edition). London: Sage Publications.

Yin, R.K. (1989). Case Study Research: Design and Methods. London: Sage Publications.

Young, C., McMahon, J. E., Bowman, V. & Thompson, D. (1990). Psychosocial concerns of women who delay prenatal care. Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 71, 408-414.

Young, C., McMahon, J. E., Bowman, V. & Thompson, D. (1989). Maternal reasons for delayed prenatal care. Nursing Research, 38(4), 242-243.

Zachariah, R. (1994). Mother-daughter and husband-wife attachment as predictors of psychological well-being during pregnancy. Clinical Nursing Research, 3(4), 371-392.

Zadoroznyj, M. (1996). Women's satisfaction with antenatal and postnatal care : An analysis of individual and organizational factors. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 20(6), 594-602.

Zieba, A. (1996). The rhetoric of oppression. Journal of Social Philosophy, 27(1), 140-155.

Zimmerman, M.A. (1990). Toward a theory of learned hopefulness: A structural model analysis of participation and empowerment. Journal of Research in Personality, 24, 71-86.

Zimmer-Gembeck, M. & Helfand, M. (1996). Low birthweight in a public prenatal care program : Behavioral and psychosocial risk factors and psychosocial intervention. Social Science Medicine, 43(2), 187-197.

Zuñiga, R. (1980). La recherche-action et le contrôle du savoir. Revue internationale d'action communautaire/International review of Community Development, 43, 35-44.

Zuñiga, R. (1994). Planifier et évaluer l'action sociale. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

BIBLIOGRAPHIE

Alary, J., Beausoleil, J., Guédon, M.C., Larivière, C. & Mayer, R. (1990). Community Care & Participatory Research. Montréal : New Age Editions.

American Council for Drug Education (1986). Drugs and pregnancy: It's not worth the risk. New York: The American Council for Drug Education Library Catalog.

Barré, M. (1996). La pédagogie de Freinet, culture des diversités. Cahiers Binet-Simon, 649, 59-67.

Beck, N., C., Siegel, L.J., Davidson, N.P., Kormeier, S., Breitenstein, A. & Hall, D.J. (1980). The prediction of pregnancy outcome : Maternal preparation, anxiety and attitudinal sets. Journal of Psychosomatic Research, 24, 343-351.

Berglund, S., Liljestrand, J., Marin, F., Salgado, N. & Zelaya, E. (1997). The background of adolescent pregnancies in Nicaragua : A qualitative approach. Social Science Medicine, 44(1), 1-12.

Braithwaite, R.L., Bianchi, C. & Taylor, S.E. (1994). Ethnographic approach to community organization and health empowerment. Health Education Quarterly, 21(3), 407-416.

Brodeur, J.M., Perreault, M. & Séguin, L. (1991). Effets d'un programme prénatal de santé communautaire et prévention et promotion de la santé en milieu défavorisé. Protocole de recherche soumis au PNRDS: Programme national de recherche et de développement en matière de santé.

Brodeur, J.M., Perreault, M. & Séguin, L. (1995). Effets d'un programme prénatal de santé communautaire et prévention et promotion de la santé en milieu défavorisé. Protocole de recherche soumis au PNRDS: Programme national de recherche et de développement en matière de santé.

Brown, S. (1989). Drawing women into prenatal care. Family Planning Perspectives, 21(2), 73-80.

Brown, W.J. & Doran, F.M. (1996). Women's health: Consumer views for planning local health promotion and health care priorities. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 20(2), 149-154.

Calabrese, R.L. (1996). Friends along the journey. Peabody Journal of Education, 71(1), 44-46.

Carney, P. (1992). The concept of poverty. Public Health Nursing, 9(2), 74-80.

Carver, R. (1996). Theory for practice : A framework for thinking about experiential education. The Journal of Experiential Education, 19(1), 8-13.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.

Courtney, R. (1995). Community partnership primary care : A new paradigm for primary care. Public Health Nursing, 12(6), 366-373.

Dimond, M. & Jones, S.L. (1983). Social support: A review and theoretical integration. In P.L. Chinn, Advances in Nursing Theory Development. Maryland; An Aspen Publication

Doering, S.G., Entwisle, D.R. & Quinton, D. (1980). Modeling the quality of women's birth experience. Journal of Health and Social Behavior, 21, 12-21.

Dunn Butterfoss, F., Goodman, R.M. & Wandersman, A. (1996). Community coalitions for prevention and health promotion : Factors predicting satisfaction, participation, and planning. Health Education Quarterly, 23(1), 65-79

Edwards, C.H., Knight, E.M., Johnson, A.A., Oyemade, U.J., Cole, O.J., Laryea, H., Westney, O.E., Westney, L.S. (1994). Multiple factors as mediators of the reduced incidence of low birth weights in an urban clinic population. Journal of Nutrition, 124, 927S-935S.

Finkel, M.L. (1995). Focus on adolescent pregnancy and childbearing : A bit of history and implications for the 21thcentury. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 72(2), 500-511.

Fortin, A. (1987). Au sujet du savoir. Dans J.P. Deslauriers & C. Gagnon (Eds.) Entre le Savoir et l' Action : Choix Éthiques et Méthodologiques. Chicoutimi : Collection Renouveau Méthodologique Groupe de Recherche et d'Intervention Régionales (GRIR).

Friedman, M. (1996). Becoming aware : A dialogical approach to consciousness. The Humanistic Psychologist, 24(2), 203-220

Gomez-Olmedo, M., Delgado-Rodriguez, M., Bueno-Cavanillas, A., Molina-Front, J.A. et Galvez-Vargas, R. (1996). Prenatal care and prevention of preterm birth. European Journal of Epidemiology, 12, 37-44.

Grafanaki, S. (1996). How research can change the researcher : The need for sensitivity, flexibility and ethical boundaries in conducting qualitative research in counselling/psychotherapy. British Journal of Guidance and Counselling, 24(3), 329-338.

Grimm, E.R. (1967). Psychological and social factors in pregnancy. In S.A. Richardson & A.F. Guttmacher(Eds.). Delivery and Outcome in Childbearing: Its Social and Psychological Aspects. Baltimore: Williams & Wilkins.

Habermas, J., McCarthy, (1984). The Theory of Communicative Action (vol.1) Reason and the Rationalization of Society. Boston, Mass.: Beacon Press.

Higgins, P., Murray, M.L. & Williams, E.M. (1994). Self-esteem, social support, and satisfaction: Differences in women with adequate and inadequate prenatal care. BIRTH, 21(1), 26-33.

Illsley, R. & Mitchell, R.G. (Eds.) (1984). Low Birthweight : A Medical Psychological and Social Study. Chichester : Wiley.

Jeske, D. (1997). Friendship, virtue, and impartiality. Philosophy and Phenomenological Research, LV11(1), 51-72.

Katz, S.J., Armstrong, R.W. & LoGerfo, J.P. (1994). The adequacy of prenatal care and incidence of low birthweight among the poor in Washington state and British Columbia. American Journal of Public Health, 84(6), 986-991.

Kessler, R.C. & McLeod, J.D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds.). Social Support and Health. San Diego, CA: Academic Press.

Lazarus, E.S. (1990). Falling through the cracks: Contradictions and barriers to care in a prenatal clinic. Medical Anthropology Quarterly, 12, 269- 287.

Leddy, S. & Pepper, J.M. (1993). Conceptual Bases of Professional Nursing (3rd edition). Philadelphia : Lippincott.

Lederman, R.P. (1984). Psychosocial Adaptation in Pregnancy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Lemelin, L. (1994). Le processus de recherche : Instrument de transformation et de révélation de soi. Repères : Essais en Éducation, 17, 83-90.

Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. (1996). Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs, enjeux. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 3(2), 258-263.

Locklin, M.P. (1995). Telling the world : Low income women and their breastfeeding experiences. Journal of Human Lactation, 11(4), 285-291.

Lussier, V., Saucier, D.H. & Borgeat, J.F. (1994). Enjeux maternels et dépression postnatale : Rupture ou continuité?. Le Carnet, Psychologique, 3, 13-15.

Marlow, N., D'Souza, S.W. & Chiswick, M.L. (1987). Neurodevelopmental outcome in babies weighing less than 2001g at birth. British Medical Journal, 294, 1582-1586.

McGee, C.S., Kauffman, J.M. & Nussen, J.L. (1977). Children as therapeutic change agents: Reinforcement intervention paradigms. Review of Educational Research, 47(3), 451-477.

Millstein, S.G., Peterson, A.C. & Nightingale, E.O. (Eds.) (1993). Promoting the Health of Adolescents : New Directions for the Twenty First Century. New York: Oxford University Press.

Moos, R.H. & Mitchell, R.E. (1982). Social network resources and adaptation: A conceptual framework. In T.A. Wills (Ed.), Basic Processes in Helping Relationships. San Diego, CA: Academic Press.

Nelson, M.K. (1982). The effect of childbirth preparation on women of different social classes. Journal of Health and Social Behavior, 23, 339-352.

Nutbeam, D. (1997). Creating health-promoting environments : Overcoming barriers to action. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 21(4), 355-359.

Pan, E., Gross, D., Gross, A. & Bello, D. (1996). Prenatal power- Education for life. Public Health Reports, 111, 541-545.

Perreault, M., Bouchard, F., Boyer, G. & Colin, C. (1996). Évaluation qualitative du construit théorique d'une grille d'identification et d'analyse continues des besoins de femmes enceintes vivant en grande pauvreté. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 3(2), 173-186.

Poupart, J., Groulx, L.-H., Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A.P. (1997). La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

Pugin, E., Valdes, V., Labbock, M., Perez, A. & Aravena, R. (1996). Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program?. Journal of Human Lactation, 12(1), 15-19.

Québec. (1973). La périnatalité, une politique du Ministère des affaires sociales, Québec, Ministère des Affaires sociales, 9-12.

Rains, J.W. & Ray D.W. (1995). Participatory action research for community health promotion. Public Health Nursing, 12(4), 256-261.

Ric, F. (1996). L'impuissance acquise chez l'être humain : Une représentation théorique. L'Année Psychologique, 96, 677-702.

Richardson, R., Barbour, N. & Bubenzer, D. (1995). Peer relationships as a source of support for adolescent mothers. Journal of Adolescent Research, 10(2), 278-290.

Riedesel Oppewal, S. (1992). Implementing a community-based innovation: Organizational challenges and strategies. Family Community Health, 15(3), 70-79.

Rippey Massat, C. & Lundy, M. (1997). Empowering research participants. Affilia, 12(1), 33-56.

Robinson, F.F., Jones, E.N. & Berglund, K.E. (1996). Research on the preparation of group counselors. The Journal for Specialists in Group Work, 21(3), 172-177.

Sarfatti Larson, M. (1988). À propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire. Sociologie et Sociétés, 20(2), 23-40.

Sarfatti Larson, M. (1977). The rise of professionalism. Berkeley : University of California Press.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). The possible impact of social ties and social support on morbidity and mortality. In U. Baumann & H. Yeiel (Eds.). The Meaning and Measurement of Social Support. Washington, DC: Hemisphere.

Sexton, M. & Habel, J.R. (1984). A clinical trial of change in maternal smoking and its effects on birthweight. Journal of the American Medical Association, 251, 911-925.

Siderits, M.A. (1996). A center for empowerment. The Humanist Psychologist, 24(3), 325-330.

Skeoch, C., Rosenberg, K., Turner, T., Skeoch, H. & McIlwaine, G. Very lowbirthweight survivors: Illness and readmission to hospital in the first 15 months of life. British Medical Journal, 295, 579-580.

Steinberg, S. (1996). Childbearing research ; A transcultural review. Social Science Medicine, 43(12), 1765-1784.

Villar, J., Garcia, P. & Walker, G. (1993). Routine antenatal care. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 5, 688-693.

Waxman, C.I. (1983). The Stigma of Poverty (2nd edition). New York: Pergamon Press.

Westbrook, M.T. Socio-economic differences in coping with childbearing. American Journal of Community Psychology, 7, 397-411.

Wilkins, R., Adams, O., Brancker, A. (1989). Changes in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1986. Health Rep, 2, 137-174.

Wilkinson, R.G. (1992). Income distribution and life expectancy. British Medical Journal, 304, 165.

Zotti, M.E. & Zahner, S.J. (1995). Evaluation of public home visits to pregnant women on WIC. Public Health Nursing, 12(5), 294-304.

Université de Montréal

Ensemble des annexes

Évaluation de l'émancipation
chez les participantes à un programme
d'accompagnement prénatal en milieu de pauvreté

Par
Judith Lapierre

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Santé publique, option Promotion de la santé

Mars, 1999

©Judith Lapierre, 1999



WA
5
U58
1999
v.013
t.2

Université de Montréal

Faculté des sciences

Division de l'enseignement
des programmes à la recherche
L'enseignement est un processus

Dr
Justin Lapierre

Département de physique et de génie
L'École de physique

L'enseignement est un processus
en vue de l'obtention de la maîtrise de
Philosophie Doctoral (Ph.D.)
en physique théorique, option théorie de la matière

M. Lapierre



Signature: _____

Annexe A
Questionnaire – Mères de la communauté

Questionnaire- Mères de la communauté

- 1- Qu'est-ce que vous auriez aimé avoir comme services / soutien alors que vous étiez enceinte?
- 2- Qu'est-ce que vous avez manqué?
- 3- Comment voyez-vous le rôle d'une marraine? Qu'est ce que la marraine devrait faire?
- 4- Pourquoi aimeriez-vous être marraine?
- 5- Quelle est votre disponibilité? Prenez-vous des cours? Avez-vous de jeunes enfants à la maison?
- 6- Avez-vous déjà eu l'occasion de travailler comme bénévole ? ou de travailler en équipe dans un projet quelconque?

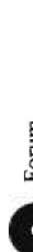
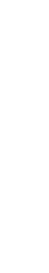
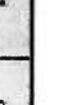
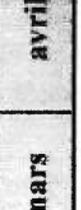
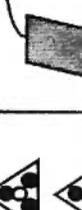
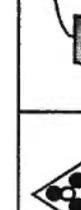
7- Qualités recherchées:

Disponibilité	1	2	3	4	5
Maturité	1	2	3	4	5
Sens des responsabilités	1	2	3	4	5
Capacité à recevoir des commentaires	1	2	3	4	5
Capacité à travailler en équipe	1	2	3	4	5

Annexe B
Calendrier de la recherche-1

Annexe B

Calendrier de la recherche (1)

DÉROULEMENT												
MOIS	octobre	novembre	décembre	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet		
	   		 	   	  	  	 	 	  	 		

LÉGENDE	
<ul style="list-style-type: none">  Chercheur  Triade hétérogène (marraine, gestante, intervenante profés.)  Triade homogène (gestantes)  Triade homogène (marraines)  Triade homogène (intervenantes profés.) 	<ul style="list-style-type: none">  Processus de confirmation des interprétations de la chercheur  Forum  Entrevues individuelles  Rapports

Annexe C
Calendrier de la recherche-2

Annexe C

Calendrier de la recherche (2)

DÉROULEMENT	octobre	novembre	décembre	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
	<ul style="list-style-type: none"> Recrutement Formation Jumelage 									
	1	2	3	4	5	6				
	Préliminaire									

LÉGENDE	
	Moment révolutionnaire / fondation
	Questionnaires
	Dyade homogène professionnelle
	Chercheur
	Triade hétérogène (marraine, gestante, intervenante profes.)
	Triade homogène (gestantes)
	Triade homogène (marraines)
	Triade homogène (intervenantes profes.)
	Processus de confirmation des interprétations de la chercheuse
	Forum
	Entrevues individuelles
	Rapports

Annexe D
Consentements et lettres informatives

**Consentements et lettres informatives
Évaluation d'implantation et d'impact d'un**

Accompagnement prénatal

FORMULE DE CONSENTEMENT

Après avoir pris connaissance du contenu de la lettre qui accompagne cette formule, je consens à participer à l'étude d'implantation et d'impact d'un programme d'accompagnement prénatal. J'accepte de participer aux rencontres qui auront lieu afin de collecter des données pour la recherche.

Je peux, en tout temps, et sans préjudice de ma part, me retirer du programme ou refuser de participer aux rencontres.

PARTICIPANTE

SIGNATURE

DATE

TÉMOIN

SIGNATURE

DATE

Évaluation d'implantation et d'impact d'un programme d'
Accompagnement prénatal

Madame,

Votre CLSC offre un programme d'accompagnement prénatal afin d'améliorer le bien-être des femmes enceintes et celle de leur nouveau-né. Dans ce programme, vous recevrez gratuitement des aliments qui sont bons pour la santé de la mère et du nouveau-né, soit des oranges, du lait et des œufs, à compter de votre 20^{ième} semaine de grossesse et vous serez jumelée à une mère de la même communauté que vous. Cette marraine aura déjà vécu une grossesse, elle pourra vous visiter chez vous et vous pourrez la contacter en cas de besoin. En plus, une intervenante du CLSC vous verra à quelques reprises afin d'assurer le bon déroulement de votre grossesse.

Dans le cadre de l'étude, nous voulons documenter l'implantation d'un tel programme d'entraide communautaire et vérifier quels semble être l'impact perçu par toutes celles qui y participeront. Nous aurons alors des rencontres presque à tous les mois, d'une heure environ où vous-même, votre intervenante et votre marraine discuterons du déroulement du programme. Votre participation est très importante et vous aurez aussi l'opportunité de tenir des rencontres avec les autres femmes enceintes afin de discuter et d'échanger par rapport à votre grossesse et au programme. Je vous rencontrerai à deux reprises individuellement afin de voir avec vous quels sont vos opinions par rapport au programme et comment nous pourrions l'améliorer, afin de mieux répondre à vos besoins. Il se peut que l'on se rencontre aussi après votre accouchement.

Les informations recueillies lors des entrevues et des rencontres seront enregistrées et retranscrites. Je vous remettrai les textes à mesure que le projet avance et vous présenterai verbalement les résultats obtenus. Vous pourrez à chaque fois modifier au besoin l'interprétation faite de ce que nous aurons discuté. Vous êtes entièrement libre de quitter ce programme à n'importe quel moment ou de ne pas accorder d'entrevue et ce, sans nuire au suivi prénatal dont vous bénéficiez. Dans le rapport final, toutes les données seront traitées de façon confidentielle.

Les résultats de cette étude seront utiles à tous les CLSC qui voudront offrir ce programme par la suite et donc à d'autres femmes enceintes comme vous. Et même, vous pourriez vous-même décider alors de devenir marraine et d'aider d'autres femmes enceintes à vivre une belle grossesse.

Judith Lapierre, infirmière
Étudiante au Ph.D. en Santé publique
Université de Montréal

Évaluation d'implantation et d'impact d'un programme d'

Accompagnement prénatal

Madame,

Votre CLSC offre un programme d'accompagnement prénatal afin d'améliorer le bien-être des femmes enceintes et celle de leur nouveau-né. Dans ce programme, vous pouvez participer en tant que mères ayant déjà bénéficié des services de ce CLSC. Puisque vous avez déjà vécu une ou plusieurs grossesses, vous pourriez être d'une aide inestimable pour d'autres femmes qui passent par cette expérience. En tant que marraine alors, vous pourrez visiter une gestante à son domicile et lui offrir du soutien et la référer aux ressources de la communauté au besoin. Vous bénéficierez d'une formation à l'entraide avant le début du programme afin de vous permettre de développer des habiletés et d'acquérir de nouvelles connaissances. En plus, une intervenante du CLSC effectuera un suivi prénatal auprès de la même femme enceinte afin d'assurer le bon déroulement de sa grossesse.

Dans le cadre de l'étude, nous voulons documenter l'implantation d'un tel programme d'entraide communautaire et vérifier quels semble être l'impact perçu par toutes celles qui y participeront. Nous aurons alors des rencontres presque à tous les mois, d'une heure environ où vous-même, la femme enceinte et l'intervenante discuterons du déroulement du programme. Votre participation est très importante et vous aurez aussi l'opportunité de tenir des rencontres avec les marraines afin de discuter et d'échanger par rapport au suivi que vous ferez et au programme. Je vous rencontrerai à deux reprises individuellement afin de voir avec vous quels sont vos opinions par rapport au programme et comment nous pourrions l'améliorer, afin de mieux répondre à vos besoins et ceux des femmes enceintes.

Les informations recueillies lors des entrevues et des rencontres seront enregistrées et retranscrites. Je vous remettrai les textes à mesure que le projet avance et vous présenterai verbalement les résultats obtenus. Vous pourrez à chaque fois modifier au besoin l'interprétation faite de ce que nous aurons discuté. Vous êtes entièrement libre de quitter ce programme à n'importe quel moment ou de ne pas accorder d'entrevue. Dans le rapport final, toutes les données seront traitées de façon confidentielle.

Les résultats de cette étude seront utiles à tous les CLSC qui voudront offrir ce programme par la suite.

Judith Lapierre, infirmière
Étudiante au Ph.D. en Santé publique
Université de Montréal

Évaluation d'implantation et d'impact d'un programme d'
Accompagnement prénatal

Madame,

Dans le cadre de l'étude, nous voulons documenter l'implantation d'un programme d'entraide communautaire où le but est l'émancipation de gestantes vivant en situation de grande pauvreté, de mères provenant de la même communauté et des intervenantes professionnelles. On veut déterminer quel semble être l'impact perçu par toutes celles qui participeront au programme. Cette étude est de type participatif et nous aurons des rencontres presque à tous les mois, d'une heure environ où vous-même, la gestante et la marraine discuterons du déroulement du programme. Votre participation est très importante et vous aurez aussi l'opportunité de tenir des rencontres avec les autres intervenantes afin de discuter et d'échanger par rapport au suivi que vous ferez et au programme. Je vous rencontrerai à deux reprises individuellement afin de voir avec vous quels sont vos opinions par rapport au programme et comment nous pourrions l'améliorer.

Les informations recueillies lors des entrevues et des rencontres seront enregistrées et retranscrites. Je vous remettrai les textes à mesure que le projet avance et vous présenterai verbalement les résultats obtenus. Vous pourrez à chaque fois modifier au besoin l'interprétation faite de ce que nous aurons discuté. Dans le rapport final, toutes les données seront traitées de façon confidentielle.

Judith Lapierre, infirmière
Étudiante au Ph.D. en Santé publique
Université de Montréal

Annexe E
Rapport-synthèse

**Rapport synthèse/provisoire de mise-en-oeuvre
du programme de**

Campagnes de grossesse

présenté à toutes les participantes au programme

par

**Judith Lapierre, Cand. au Ph.D. en Santé publique
au nom de l'équipe de chercheurs**

Mars 1997

Rapport synthèse/provisoire de mise-en-oeuvre

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
1. TABLEAU : Difficultés-recommandation/Actions/Résultats & Réflexions de l'équipe de chercheurs.....	4
2. BESOINS IDENTIFIÉS.....	8
3. LA GROSSESSE / LA MATERNITÉ	8
4. VALEURS / PRIORITÉS.....	11
5. ENTRAIDE.....	13
6.ÉMANCIPATION.....	14

INTRODUCTION

Ce document présente après 6 mois d'implantation, quelles sont à ce jour, les recommandations des différentes participantes au projet et les grands concepts qui ont émergé des entretiens. Vous retrouverez aussi des extraits d'entretiens.

Cette étape est cruciale pour la méthode de recherche. Vous devez bien lire ce résumé et nous faire part des modifications que vous désirez apporter au texte. Une autre version de ce document vous sera alors envoyée pour approbation et pour alimenter la discussion lors de la dernière rencontre avec les triades hétérogènes. Cette dernière rencontre avec les triades hétérogènes sera déterminante pour le fonctionnement ultérieur du programme des compagnes de grossesse.

Une fois cette étape terminée, un deuxième niveau d'analyse pourra être fait. Les résultats de ce dernier vous seront aussi transmis avant l'écriture du rapport final.

	INTERVENANTES	COMPAGNES-ENCEINTES	COMPAGNES-MÈRES
<p>RECOMMANDATIONS & DIFFICULTÉS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1.1 Volonté-désir de s'impliquer, d'organiser des activités; ◆ 1.2 Organiser des activités réservées aux groupes des compagnes (diners non-exclu.); ◆ 1.3 Penser à de la relève pour les compagnes-mères (c.-m.), avoir un groupe ouvert de gestantes; ◆ 1.4 Manque d'argent (transport et activités); ◆ 1.5 Peur de trop s'impliquer; de prendre trop de contrôle/ambiguïté de rôle; ◆ 1.6 Organiser plus de rencontres avec les triade hétérogènes (motivation/confiance/soutien); ◆ 1.7 nil 1.8 Investissement de temps et d'énergie. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1.1 nil ◆ 1.2 Organiser quelques rencontres sociales (occasions spéciales) mais maintenir le suivi individuel (groupe moins intime/plus superficiel); ◆ 1.3 Jumelage des compagnes -> critères communs (âge- lieu de résidence) et rencontre sociale au début (jumelage plus naturel...); ◆ 1.4 nil ◆ 1.5 Rôle des intervenantes: visites prénatales (coupons OLO) ◆ 1.6 nil ◆ 1.7 Recrutement des femmes enceintes-> façon plus volontaire, d'accord avec un jumelage à l'avance; ◆ 1.8 Manque de temps pour des visites régulières. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1.1 Grande motivation (occupation du temps chargée mais très disponibles - impliqués activement et n'hésitent pas à partager leurs ressources); ◆ 1.2 Promouvoir plus de rencontres sociales entre les compagnes(divertir les femmes enceintes) ; ◆ 1.3 Augmenter le nombre de c.-m. (créer un sentiment d'appartenance à un groupe); ◆ 1.4a)Problème de transport ◆ 1.4b) L'entraide est un concept qui répond à un besoin réel mais difficulté d'en évaluer l'importance; ◆ 1.5 Rôles des intervenantes: clarification nécessaire/interrogation sur la nécessité ->position ambiguë 1. Doivent jouer davantage un rôle d'intermédiaires (début) 2. Doivent nous laisser libres (ne sommes ni espionnes, ni intervenantes..); ◆ 1.6 nil ◆ 1.7 Recrutement des femmes enceintes-> donner maximum de visibilité (dépliants, annonces verbales); ◆ 1.8 Difficulté à rejoindre les femmes enceintes.

INTERVENANTES	COMPAGNES-ENCEINTES	COMPAGNES-MÈRES
<p>◆ 1.1 nil</p> <p>◆ 1.2 Organisation par la chercheuse d'un souper-pizza (17 février 17h00 à 20h30)- film (apporté par une intervenante);</p> <p>◆ 1.3 Prolongation de la période de recrutement- retrait par la chercheuse des critères (sauf celui de situation financière précaire) jusqu'à la mi-février – Intervenantes invitaient les gestantes quand elles téléphonaient la première fois (aucun autre moyen de recrutement pas les dépliants, pas d'affiches dans le CLSC, pas dans les cours);</p> <p>◆ 1.4 Création par la chercheuse d'une fondation (mais dont le C.A. est dirigé par compagnes-mères -> membres fondatrices et deux intervenantes qui ne sont pas du projet en cours);</p> <p>◆ 1.5 Position: Être disponible au besoin;</p> <p>◆ 1.6 nil</p> <p>◆ 1.7 Recrutement des femmes enceintes: invitation lors du premier appel téléphonique;</p> <p>1.8 Recrutement via téléphone fin oct, début nov. et janv.;</p>	<p>◆ 1.1 nil</p> <p>◆ 1.2b) suivi individuel régulier (1- visite aux deux semaines et 2- soutien téléphonique aux mois);</p> <p>◆ 1.3 Jumelage de compagnes du même âge et même nombre d'enfants;</p> <p>◆ 1.4 nil</p> <p>◆ 1.5 nil</p> <p>◆ 1.6 nil</p> <p>◆ 1.7 nil</p> <p>◆ 1.8 1^{er} cas: soutien téléphonique (pour le moment- ouverte à des visites après la naissance) 2^{ième} cas: Visites aux deux semaines (rencontres après l'école, collations).</p>	<p>◆ 1.1 Les compagnes-mères ont rencontré les besoins des compagnes-mères (bien que le fonctionnement dans chacune des paires ait été différent- il a satisfait aux membres impliqués);</p> <p>◆ 1.2 nil</p> <p>◆ 1.3 nil</p> <p>◆ 1.4 Persévérance malgré les difficultés / enthousiasme et participation active à la création de la fondation;</p> <p>◆ 1.5 nil</p> <p>◆ 1.6 nil</p> <p>◆ 1.7 Pourraient elles-mêmes recruter des femmes enceintes...;</p> <p>◆ 1.8 Persévérance à faire les contacts- malaise dans le 1^{er} cas- ne veut plus s'imposer.</p>

ACTIONS
(Janv.- février)

RÉSULTATS	INTERVENANTES	COMPAGNES-ENCEINTES	COMPAGNES-MÈRES
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1.1/ 1.2 Présence limitée (repas et départ précipité à 17h50 Une intervenante: cours prénatal à 19h00 et l'autre: maison et retour au CLSC à 20h30); ◆ 1.3 Difficultés de recrutement persistent - Aucune compagnes (mères/enceintes) suppl. recrutée - pas claire pour une intervenante de poursuivre recrutement en janv. et févr.; ◆ 1.4 Non participation; ◆ 1.5 Opinion partagée si c'est la meilleure façon; ◆ 1.6 nil ◆ 1.7 Difficultés persistent; ◆ 1.8 Le projet (1 dyade de compagne/interv.) a exigé en moyenne: 1 hre/mois (coups de téléphone au début, réservation d'une salle 1 fois, participation à 1 dîner-partage, 1 souper-> fruits, 1-2 interventions auprès des c.-m.) et pour la recherche: 1 hre/mois (deux entretiens mais lecture du protocole et articles en sept. & discussions entre intervenantes). 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1.2 Une présente, l'autre se sentait pas bien; ◆ 1.3 Aucune compagne-enceinte supplémentaire recrutée (2 gestantes); ◆ 1.4 nil ◆ 1.5 nil ◆ 1.6 nil ◆ 1.7 nil ◆ 1.8 Le projet a exigé en moyenne 5 heures par mois (3 heures de visite et 2 heures de documentation du journal) dans un cas et 1 heure dans l'autre cas. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1.2 Deux présentes mais l'une à dû quitter vers 18h00; ◆ 1.3 Aucune supplémentaire recrutée et une en attente d'une compagne-enceinte; ◆ 1.4 Démarches en cours (1^{er} CA 10 mars 1997); ◆ 1.5 nil ◆ 1.6 nil ◆ 1.7 nil ◆ 1.8 Le projet a exigé en moyenne 3 heures par mois dans un cas et 1 heure dans l'autre cas.

REFLEXIONS DE L'EQUIPE DE CHERCHEURS	INTERVENANTES	COMPAGNES-ENCEINTES	COMPAGNES-MERES
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1.1 / 1.2 Toute activité sociale ou rencontre visant à créer un sentiment d'appartenance et à soutenir les efforts des c.-m. devrait avoir lieu ailleurs qu'au CLSC (au centre McLeod par ex..) afin d'éviter que les intervenantes soient dérangées; ◆ 1.3 Sur les fiches de refus jointes-Indiquer quelles ont été, pour chacune des gestantes rejointes, les raisons des refus afin d'améliorer le recrutement futur et pour refaire le protocole de recherche; ◆ 1.5 Il semble que jouer un plus grand rôle surtout au début de l'établissement de la relation de confiance entre les compagnes-> servir d'intermédiaires (aborder le déroulement, relever les difficultés avec la gestante). Dans le futur, créer des occasions pour rallier les compagnes-mères; ◆ 1.6 Rencontres avec les triades hétérogènes-> est-ce réaliste compte-tenu du déroulement actuel? La recherche a forcé mais après la recherche.../ Faire des liens avec les autres activités en place; ◆ 1.7 Penser sérieusement à d'autres façons de recruter- se servir des dépliants des compagnes-mères, annoncer lors des diners, lors des cours, mettre des affiches dans le CLSC - laisser les c.-mères faire du recrutement; 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1.2 Maintenir le suivi individuel et tenir occasionnellement des rencontres collectives et sociales; ◆ 1.3 Concernant le jumelage: suivre les recommandations des c.-enceintes- tenir une première rencontre où toutes les compagnes sont invitées (enceintes et mères)- laisser les c.-mères présenter le projet et sans avoir jumeler auparavant- laisser les compagnes faire connaissance et après tenir une réunion avec les c.mères et discuter; 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1.3 Les c.mères pourraient présenter le projet- et tel que recommandé, par la suite téléphoner aux gestantes auxquelles elles et les intervenantes jugeraient bon. Les deux compagnes se seraient déjà rencontrées; ◆ 1.4 Par l'implication active des c.-mères dans la fondation-> elles pourront faciliter ce sentiment d'appartenance à un groupe en étant un lieu privilégié pour les compagnes-mères de se retrouver et d'organiser ensemble des activités et stratégies pour la réussite de la recherche de financement et l'assistance à d'autres mères désireuses de suivre les mêmes objectifs (les c.mères ne devraient pas avoir à dépenser leur propre revenu pour le transport et lors des visites prénatales.); ◆ 1.6 Si le projet est pour être poursuivi tel quel - laisser les compagnes-mères organiser des activités pour elles et leurs compagnes (selon la recommandation de l'une d'elle) mais les outiller, accorder du soutien du CLSC pour les salles par exemple... ou si une implication plus grande des intervenantes est désirée, jouer un rôle de facilitatrices; ◆ 1.7 Laisser les c.-mères recruter-> pour la fondation-> en trois jours, c.-mère a recruté 2 autres c.-mères!!

2. Besoins identifiés

Selon les compagnes-mères, bien se nourrir, être en forme cela va de soi lorsqu'on est enceinte mais: **Être valorisée** dans cette expérience lorsqu'on est jeune et démunie -> c'est l'un des besoins les plus fortement ressentis.

“Aujourd'hui ce qui est visé c'est de performer, avoir un diplôme plus haut que les autres, une job plus payante, avoir un gros ordinateur mais on oublie de valoriser la grossesse- qui nous permet de créer ce qu'il y a de plus extraordinaire - la vie.”

Une compagne-mère

“Surtout quand t'es jeune, t'as des amies qui vont te dire que c'est la pire affaire que t'aurais pas pu faire, y'en a d'autres qui vont te dire Ah mon dieu tu vas être grosse... y'a tellement de gens pour te descendre pour te faire sentir que t'es trop jeune..que c'est pas le temps...”

Une compagne-mère

De plus, lorsque les gestantes vivent une première grossesse, le besoin de **connaître** ce que cette expérience les fera vivre semble constituer un autre besoin auquel les compagnes de grossesse peuvent répondre. Le partage d'expérience d'une grossesse antérieure dans des conditions similaires (âge, aux études...) semble être garant d'une complicité entre les compagnes.

“ Quand on est jeune, démunie et enceinte, on se retrouve entourée d'experts qui veulent nous éduquer, nous informer, nous outiller et c'est bien sauf que notre vie devient si lourde de responsabilités, qu'on manque d'occasion d'avoir une **activité sociale** avec des gens qui partagent notre expérience...”

Les perceptions des intervenantes confirment ce dernier point - l'importance de tenir avec les femmes des activités moins formelles. À leur avis, la tenue d'activités collectives répondraient peut-être davantage aux besoins des gestantes. Cependant, les gestantes confirment apprécier davantage un **jumelage individuel**. Le jumelage individuel permet de répondre aux **besoins d'écoute, de partage et d'intimité** des gestantes.

3. La grossesse / la maternité

L'attente d'un enfant peut représenter une foule de choses pour les femmes. Chaque période de la grossesse apporte de nouveaux sentiments, parfois de nouveaux espoirs.... Pour certaines, la période de la grossesse a vu les liens du **couple se renforcer** par des fiançailles. Pour d'autres, cette période est l'**accomplissement** de leur rôle de femmes.

“Pour moi, le but d’être une femme, ça toujours été d’avoir des enfants depuis que j’ai l’âge de jouer à la maman.. Je suis une femme parce que je peux mettre des enfants au monde.”

Une compagne-mère

Quand elles parlent de la maternité, elles en parlent avec beaucoup d’émotions, d’**émerveillement**...

“Pour moi, être enceinte, c’est presque être un **miracle**. Ça m’a toujours émue de savoir qu’il y avait une vie à l’intérieur de moi et c’est moi qui l’a créée puis qu’elle grandissait à l’intérieur de moi.”

Une compagne-mère

“Tu fixes là-dessus presque, tsé là je pense à elle tout le temps, tout le temps, tout le temps. Puis juste, les petits sourires, puis les nouvelles affaires qu’elle va faire, n’importe quoi, là...t’as le goût d’appeler tout le monde puis de leur dire. T’es tellement fière..ça te donne un **sentiment de fierté**.”

Une compagne-mère

“Moi, j’aurais le goût d’avoir un enfant chaque année, juste pour savoir c’est qui tu sais, je trouve cela excitant.”

Une compagne-mère

Une des étapes déterminantes pour les gestantes c’est de **voir l’enfant et de le sentir bouger en soi**. Le voir lors de l’écographie ou le voir...

“Là je le vois.... ça dépend quand... il va tourner..puis tu le vois - arrive dans un coin..c’est tout dure comme de la roche.”

Une compagne-enceinte

On raconte qu’une certaine **communication** s’établit avec le foetus.

“On dirait des fois que tu as des tempéraments de bébés qui sont plus actifs que les autres que tu as portés. Nous autres on s’imagine dans quelles positions ils sont, quels mouvements ils font. J’ai toujours trouvé cela excitant de sentir le bébé.”

Une intervenante

Une fois l’enfant venue, on note de nombreuses transformations positives qui contribuent à un **épanouissement personnel** jamais auparavant atteint. La **confiance absolue** que les enfants ont en elles et la **dépendance** de ces derniers semblent être des éléments précurseurs de cette transition.

“Depuis que j’ai mes enfants, je ne me maquille plus, je ne me coiffe plus puis **je me sens belle comme cela**.. je me sens bien.. Avant j’étais si complexée. Voir ses petits yeux qui me regardent avec admiration et plein d’attentes me donnent le goût **d’être quelqu’un pour lui**”.

Une compagne-mère

“Y a-t-il quelque chose de plus fort que cela: **se sentir indispensable** pour tes enfants.”

Une compagne-mère

Des **éléments négatifs** ont aussi été associés à la période de la grossesse et la venue de l’enfant pour certaines. La **fin d’une relation** et **l’incompréhension des amies** qui elles, vivent autre chose.

“Ah oui, les amies elles continuent à sortir.. tu sors aussi mais ça t’écoeure parce que tout le monde se couche à 4h00 du matin mais toi tu peux pas. Mais un enfant, cela compense beaucoup pour ce que tu penses manquer au fond.”

Une compagne-mère

“Quand j’ai su que j’étais enceinte moi ça été vraiment une surprise, puis le père lui était pas content fait que papa est parti. Puis j’ai vécu ma grossesse seule puis celle-là, y’a eu des complications en plus, ça fait que c’était pas drôle non plus.”

Une compagne-mère

La responsabilité d’un enfant est à la fois une **motivation inégalée** mais aussi parfois être d’une telle **lourdeur**...

“Je trouve qu’avant ma petite, j’étais pas pressée dans la vie, pas pressée de terminer mes études... puis là, c’est comme - j’ai assez hâte de m’installer, pouvoir sortir, avoir mon appartement, puis faire mes affaires, puis que ma vie commence tu sais, qu’elle soit plus stable. Quand t’as un enfant, ça te fait vieillir.”

Une compagne-mère

“Faut que tu prévoies tout, ça change ta vie, tu dois la réorganiser..puis même enceinte t’es encore libre puis du jour au lendemain.”

Une compagne-mère

“C’est tout le temps - tsé à 5 heures là t’a pas fini ta journée, t’es pas en vacances, le vendredi c’est cela, les fins de semaine aussi, c’est tout le temps, tout le temps.”

Une compagne-mère

Un autre élément plutôt négatif lorsqu’on est jeune, enceinte ou jeune maman, c’est de recevoir des **conseils et des critiques** de la part des membres de son entourage. Se détacher de l’opinion des autres devient presque un élément de survie pour les mamans.

La venue d'un deuxième enfant est différente de celle du premier.

“T'es consciente de tous les changements que cela implique, t'es moins naïve, moins cendrillon.”

Une compagne-mère

4. Valeurs / priorités

Les priorités des compagnes se ressemblent: les **enfants** (leur santé, bien-être), **l'éducation de ceux-ci, terminer les études** et la recherche d'une **stabilité**.

“Moi je veux un autre enfant mais pour le moment je vais à l'école, juste pour moi, tu sais pour avoir... pour que mes enfants grandissent et qu'ils soient fiers de moi- et pour cela j'avais besoin d'être fière de moi d'abord.”

Une compagne-mère

Pour les compagne-enceintes, le priorité semble être de pouvoir en terminer avec les études afin de **rester à la maison** avec les enfants. De plus, il semble y avoir consensus sur l'importance de **se trouver du temps pour soi**, malgré l'allure olympique que prennent leurs vies respectives. La carrière peut remplir ce rôle.

“Parce que j'avais deux enfants, je pensais que ma vie était comblée, puis à un moment donné, j'étais rendue à terre, j'en pouvais pu. Fait que je demande pas d'avoir un bacc ou un doctorat..mais au moins d'avoir quelque chose à moi, que je sois autre chose que juste une maman- parce que j'ai besoin de me voir aussi comme une femme..c'est extraordinaire d'être maman mais il faut que l'on se complète ailleurs aussi.”

Une compagne-mère

“Moi, je vais me lever avant tout le monde pour prendre mon déjeuner toute seule, mettre mon café dans une grosse tasse puis le boire comme cela, tu sais.. Faut que tu trouves des moments où tu te sens importante, puis où tu sens que ce que tu fais c'est **juste pour toi**.”

Une compagne-mère

Bien que les ressources financières soient limitées, un **sentiment de richesse** transcende le vécu des compagnes.

“En tout cas, nous on est vraiment pauvre, avec les prêts et bourses, comme on fait moins d'argent que si on recevait de l'assistance sociale.. et bien, on fait même pas assez d'argent pour être sous le seuil de pauvreté...c'est comme si on était trop pauvre pour être classé des pauvre..puis on veut un troisième enfant. Nous on va pas à l'hôtel, ni au

La venue d'un deuxième enfant est différente de celle du premier.

“T'es consciente de tous les changements que cela implique, t'es moins naïve, moins cendrillon.”

Une compagne-mère

4. Valeurs / priorités

Les priorités des compagnes se ressemblent: les **enfants** (leur santé, bien-être), **l'éducation de ceux-ci, terminer les études** et la recherche d'une **stabilité**.

“Moi je veux un autre enfant mais pour le moment je vais à l'école, juste pour moi, tu sais pour avoir... pour que mes enfants grandissent et qu'ils soient fiers de moi- et pour cela j'avais besoin d'être fière de moi d'abord.”

Une compagne-mère

Pour les compagne-enceintes, le priorité semble être de pouvoir en terminer avec les études afin de **rester à la maison** avec les enfants. De plus, il semble y avoir consensus sur l'importance de **se trouver du temps pour soi**, malgré l'allure olympique que prennent leurs vies respectives. La carrière peut remplir ce rôle.

“Parce que j'avais deux enfants, je pensais que ma vie était comblée, puis à un moment donné, j'étais rendue à terre, j'en pouvais pu. Fait que je demande pas d'avoir un bacc ou un doctorat..mais au moins d'avoir quelque chose à moi, que je sois autre chose que juste une maman- parce que j'ai besoin de me voir aussi comme une femme..c'est extraordinaire d'être maman mais il faut que l'on se complète ailleurs aussi.”

Une compagne-mère

“Moi, je vais me lever avant tout le monde pour prendre mon déjeuner toute seule, mettre mon café dans une grosse tasse puis le boire comme cela, tu sais.. Faut que tu trouves des moments où tu te sens importante, puis où tu sens que ce que tu fais c'est **juste pour toi**.”

Une compagne-mère

Bien que les ressources financières soient limitées, un **sentiment de richesse** transcende le vécu des compagnes.

“En tout cas, nous on est vraiment pauvre, avec les prêts et bourses, comme on fait moins d'argent que si on recevait de l'assistance sociale.. et bien, on fait même pas assez d'argent pour être sous le seuil de pauvreté...c'est comme si on était trop pauvre pour être classé des pauvres..puis on veut un troisième enfant. Nous on va pas à l'hôtel, ni au

restaurant..on va en pic-nic et en camping. Aujourd'hui, on est plus pauvre qu'on ne l'a jamais été mais on s'est jamais senti aussi riche.. on se sent tellement riche."

Une compagne-mère

"Nous comme on est simple, tout simple, une vie simple, rien de neuf... puis on n'a pas des chambres comme cela montées pour les enfants..moi, quand je mets mes enfants au monde, je peux me permettre de rester à la maison puis de les voir grandir, tandis que si j'avais une maison neuve, dès que j'accouche, faut vite que je retourne travailler pour payer tout cela."

Une compagne-mère

Dans l'éducation des enfants, deux autres consensus émergent: **ne pas gâter** et favoriser **l'estime de soi**.

"Je veux pas gâter mon enfant, pas l'acheter tu sais... sinon, j'aurai pu le contrôle dessus."

"L'autre enfant, quand elle pleure c'est qu'elle veut quelque chose, celui-là, je veux pas le gâter, trop le gâter."

"Je veux pas qu'elle soit défavorisée par rapport aux autres quand elle va aller à l'école, je veux l'aider à développer une bonne estime d'elle - pas comme nous, quand on était petite."

"Je ne veux jamais qu'ils doutent de leur grandeur, de leur richesse, de leur beauté.. je veux qu'ils apprennent à aimer qui ils sont, être bien dans leur peau."

Trois compagnes

Un élément qui se dégage aussi des entrevues, c'est l'importance de transmettre aux enfants ce **goût de vivre** et **d'apprécier les choses simples**.

"Je veux apprendre à mes enfants à avoir besoin des gens qui sont autour d'eux et qui les aiment et surtout d'être présents et disponibles à ceux qui ont besoin d'eux."

Une compagne-mère

"Je veux que mes enfants aient le goût de voir tout ce qui est beau, sentir ce qui sent bon, entendre tout ce qui est doux et toucher à tout ce qui est agréable à toucher."

Une compagne-mère

"Je veux qu'ils aient envi de la vie, simplement parce qu'elle est la vie et avoir envi de répandre la vie parce qu'elle est belle."

Une compagne-mère

5. Entraide

Dans leurs rôles de compagne-mères, ces dernières ne se voient ni comme des intervenantes, ni comme des expertes ou des espionnes, mais simplement, comme une amie avec toute la richesse que l'**amitié** comporte.

“Je ne me vois pas comme tiens-là, je vais te donner tout ce que je sais, puis ça va te rendre meilleure. Tu sais, je vois cela comme - bien c'est une nouvelle connaissance, puis je trouve cela l'fun qu'à veule partager comme ça quelque chose de sa vie..”

Une compagne-mère

“Moi je voudrais juste **être là**, lui apporter ce qu'elle a besoin, n'importe quoi, je voudrais être son amie, être proche de sa grossesse, je trouve cela tellement excitant une grossesse là, je veux juste la vivre avec elle...”

Une compagne-mère

Il est beaucoup question de “**disponibilité**”. “N'importe quand, elle peut me téléphoner”. More (1995) écrivait qu'en amitié, il est parfois préférable de ne rien faire. Ce n'est pas l'activité qui compte, plutôt la **loyauté et la présence**. Les compagne-mères, dans leur travail sur le développement de la relation de confiance avec les compagne-enceintes, l'ont vite démontrées. La présence physique est importante mais l'expérience nous démontre que la présence émotive telle que témoignée par un soutien téléphonique régulier est toute aussi significative pour les gestantes. La **confiance** semble naître graduellement de la capacité à recevoir les pensées et les sentiments sans éprouver le besoin de les interpréter ou de les commenter. **L'acceptation de l'autre et par l'autre** pour ce qu'elles sont à ce moment présent, sans égard pour ce qu'elles étaient ou ont fait par le passé joue un rôle primordial dans le développement du lien de confiance. La **persévérance** semble être aussi un facteur clé: “la relation reste dure à établir.”

“Je veux être quelqu'un qui accepte l'autre comme elle est aujourd'hui sans connaître son passé ou la juger pour ce qu'elle a fait dans le passé...”

Une compagne-mère

Déjà, l'ouverture et l'accueil des compagne-mères aux bienfaits de la relation d'entraide s'inscrivent comme éléments de **mutualité** de cette relation:

“Je pense qu'elle peut (la compagne-enceinte) **m'apprendre la vie**- elle en a une dans le ventre - Moi j'en ai deux petites vies qui bougent à la maison mais je suis relativement loin de la grossesse et je suis plus ou moins plongée dans le monde de la performance et de l'individualisme puis elle- elle peut vraiment me ramener à la vie, me

réapprendre la vie, le bonheur, être heureuse, la **simplicité** parce qu'il faut être très simple quand on attend un enfant."

"Peut-être que de voir comment elle, elle vit cela, peut-être que je vais regarder les choses différemment."

Une compagne-mère

Pour les gestantes, il est clair que les deux relations (entraide: entre les compagnes et partenariat: avec les professionnelles) sont différentes et remplissent des fonctions différentes.

"Avec ma compagne-mère, on parle de chose différente qu'avec l'intervenante.. Avec l'intervenante, c'est plutôt limiter à la grossesse - elle est mon infirmière et ma compagne-mère c'est avant tout une mère comme moi qui va à l'école".

Au-delà des différences qui peuvent exister entre le vécu des compagnes, deux éléments importants les lient: **les motivations et les objectifs** dans la recherche et l'expérimentation des valeurs et des priorités familiales. Ces derniers favorisent la création d'un lien d'appartenance, appartenance à un groupe de femmes qui font en quelque sorte la même lutte et pour les mêmes raisons même si, chacune dans son propre univers personnel aussi différent soit-il de l'univers de l'autre compagne.

6.Émancipation

Pour les compagnes, le pouvoir, c'est de sentir que **l'avenir leur appartient**. Sous-tendant ce concept, émergent le contrôle, l'auto-détermination (liberté) et l'espoir (changer les choses pour le meilleur). Le sentiment de pouvoir est très lié aussi à l'acquisition d'habiletés des enfants des mères -> elles expriment un réel sentiment de fierté quand les enfants réussissent à traverser toutes les petites étapes de leur vie. Deux éléments sont susceptibles de favoriser l'émancipation: la capacité et la volonté.

"Le pouvoir c'est la **capacité et volonté** d'être heureux et de mordre dans la vie."

Une compagne-mère

"Le pouvoir s'est **se sentir outillée, équipée**.. comme quand on va à un examen et qu'on a étudié. Si je m'en irais chez elle et que j'aurais jamais eu d'enfant, que j'avais jamais rien vécu de difficile.. toute ma vie aurait été belle.. je ne m'aurais pas sentie en pouvoir. C'est aussi quand je sais de quoi je parle, quand je sais ce que je fais- si je suis un peu dans l'inconnu je suis pas en pouvoir."

Une compagne-mère

Pour les intervenantes, le pouvoir est synonyme de **contrôle**. Elles identifient le contrôle de soi et le souci du respect des autres comme primordial à l'émancipation. De plus, l'importance de la **limite du pouvoir** (et des aspects positifs et négatifs) dans une relation - savoir la reconnaître et prévenir l'abus sont clé à une saine émancipation personnelle. La capacité de s'affirmer peut-être un élément de pouvoir pour certaines personnes. L'émancipation peut aussi faire appel à la capacité à déléguer des tâches par exemple dans l'organisation du projet des compagnes. Le contrôle des craintes par l'accompagnement des mères peut être un élément d'émancipation pour les gestantes.

Pour les compagne-enceintes, le fait de vivre une belle grossesse sans complication, un **bien-être** dans cette période de transition, leur apporte un sentiment de pouvoir.

“Une situation où que je me sens en pouvoir - comme ma grossesse - j'ai absolument rien de mal, je suis très bien.”

Une compagne-enceinte

De plus, elles relèvent l'importance du sentiment de liberté.

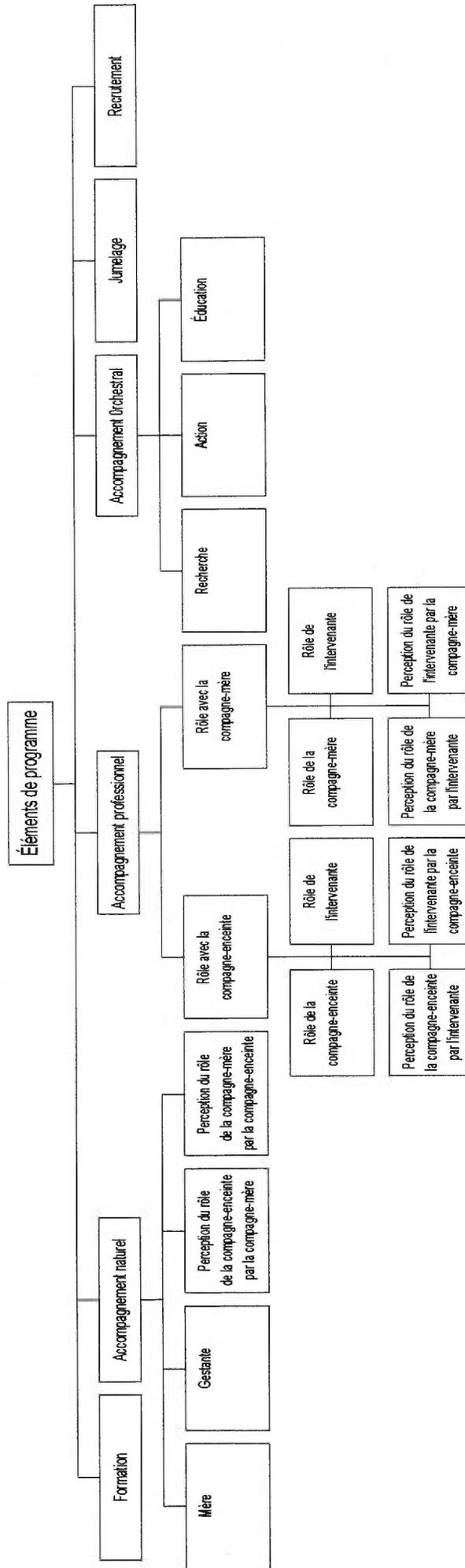
“Le pouvoir c'est quand je veux faire de quoi, je vais le faire - aller pour ce que je veux quand je le veux.”

Une compagne-enceinte

Annexe F
Catégories d'analyse des données (arbre NUDIST)

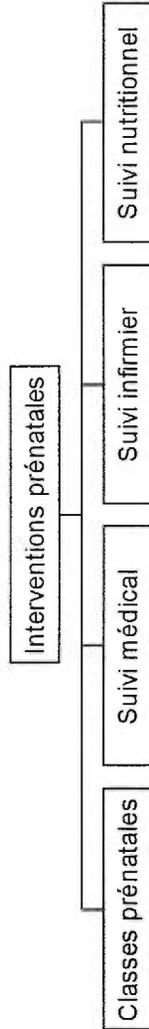
Annexe F

Catégories d'analyse des données (arbre NUDIST) (Branche - Éléments de programme)



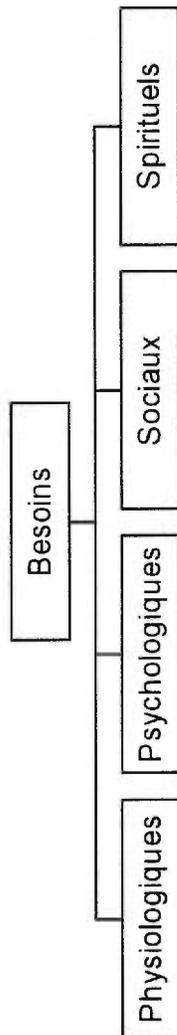
Annexe F (suite)

Catégories d'analyse des données (arbre NUDIST)
(Branche - Interventions prénatales)



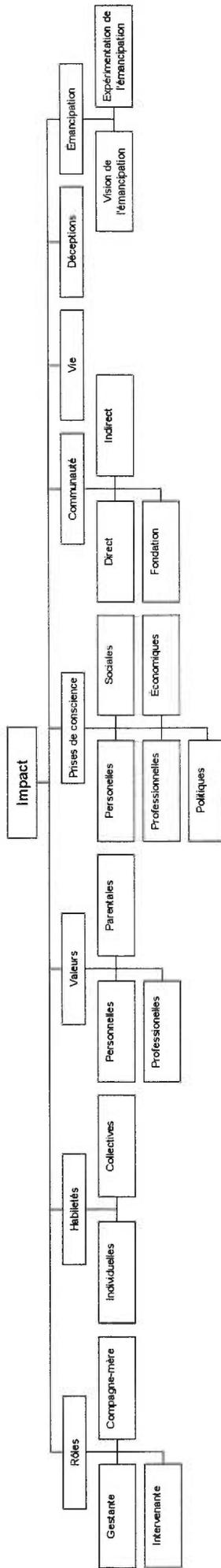
Annexe F (suite)

Catégories d'analyse des données (arbre NUDIST)
(Branche - Besoins)



Annexe F (suite)

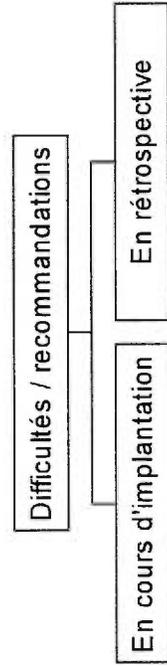
Catégories d'analyse des données (arbre NUDIST)
(Branche - Impact)



Annexe F (suite)

Catégories d'analyse des données (arbre NUDIST)

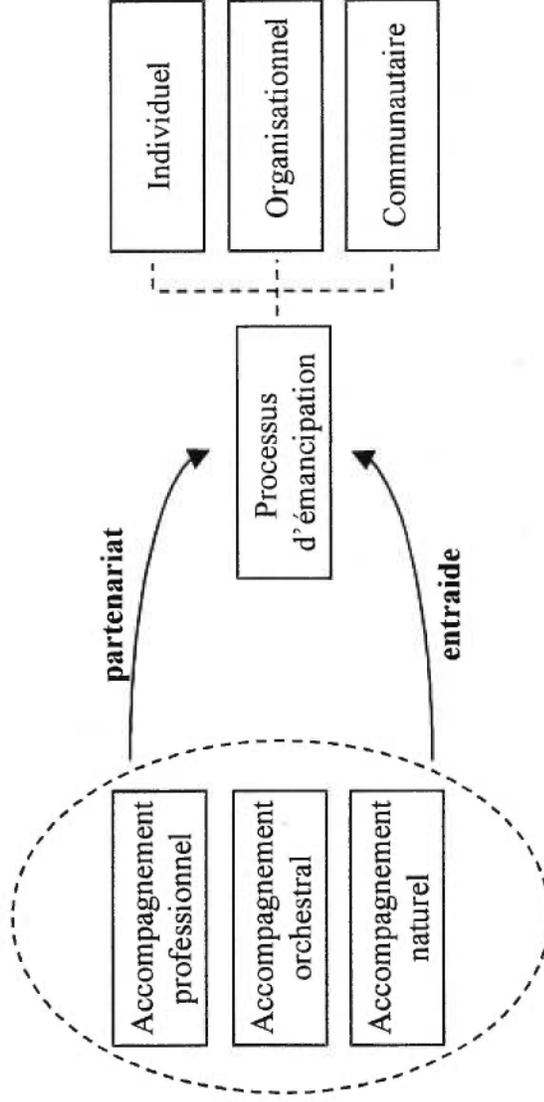
(Branche - Difficultés / recommandations)



Annexe G
Grands axes de références

Annexe G
Grands axes de référence

Implantation de l'accompagnement prénatal



Évaluation d'impact

Signification de l'expérience et impact perçu par les trois unités d'analyse (hétérogène, homogène et individuelle)

Habiletés individuelles et collectives acquises

Rôle des intervenantes professionnelles

Annexe H
Guide d'entretien initial

Guide d'entretien initial

Première rencontre avec les triades hétérogènes (début octobre)

- 1- Quelles sont vos attentes par rapport au programme?
- 2- Quels sont les besoins que vous aimeriez voir être comblés par le programme?
- 3- Qu'est-ce que vous pensez pouvoir contribuer chacune au programme?
- 4- Quelles sont vos préoccupations par rapport au programme et à la recherche?
- 5- Avez-vous d'autres commentaires?

Premières rencontres individuelles (mi-novembre)

- 1- Comment cela se passe-t-il pour toi à ce jour?
- 2- Qu'est-ce qui semble être le plus aidant? le plus difficile?
- 3- Comment se développe la relation d'entraide (pour les gestantes/marraines) et de partenariat (pour les marraines/professionnelles et professionnelles/gestantes)?
- 4- As-tu d'autres commentaires?

Première rencontre avec les triades homogènes? (fin janvier)

Gestantes:

- 1- Qu'est-ce que vous appréciez le plus de l'entraide avec vos marraines? Le moins?
- 2- Qu'est-ce qui, selon vous, entraîne ceci?
- 3- Qu'est-ce que vous appréciez le plus du partenariat avec vos intervenantes professionnelles? Le moins?
- 4- Qu'est-ce qui, selon vous, entraîne ceci?
- 5- Avez-vous d'autres commentaires?

Marraines:

- 1- Quelle est votre perception de votre relation avec les femmes enceintes?
- 2- Qu'est-ce qui fait que ce soit ainsi, vous pensez?
- 3- Qu'est-ce que cette relation vous apporte?
- 4- Qu'est-ce qui fait problème actuellement? Comment pourrait-on y remédier?
- 5- Quelle est votre perception de votre relation avec les intervenantes professionnelles?
- 6- Qu'est-ce qui fait que ce soit ainsi, vous pensez?
- 7- Qu'est-ce que cette relation vous apporte?
- 8- Qu'est-ce qui fait problème actuellement? Comment pourrait-on y remédier?
- 9- Avez-vous d'autres commentaires?

Intervenantes professionnelles

- 1- Quelle est votre perception de votre relation avec les femmes enceintes?
- 2- Qu'est-ce qui fait que ce soit ainsi, vous pensez?
- 3- Qu'est-ce que cette relation vous apporte?
- 4- Qu'est-ce qui fait problème actuellement? Comment pourrait-on y remédier?
- 5- Quelle est votre perception de votre relation avec les marraines?
- 6- Qu'est-ce qui fait que ce soit ainsi, vous pensez?
- 7- Qu'est-ce que cette relation vous apporte?
- 8- Qu'est-ce qui fait problème actuellement? Comment pourrait-on y remédier?
- 9- Comment voyez-vous votre rôle? En quoi est-il modifié?
- 10- Avez-vous d'autres commentaires?

Dernière rencontre avec les triades hétérogènes (mars)

Dans un premier temps:

Observation des dynamiques

- Qu'est-ce que je peux observer par rapport au partage du pouvoir entre les participantes au cours de cette rencontre?
- Existe-t-il au sein des groupes, un sentiment de respect envers chacune?
- Comment règle-t-on les conflits?
- Comment se font les négociations?

Dans un deuxième temps:

Retour sur l'expérience

- 1- Quel est le nombre de visites faites par les marraines ? par les intervenantes professionnelles?
- 2- Quels sont les problèmes majeurs rencontrés ? Les difficultés? Les réussites? Les forces?
- 3- Qu'est-ce que vous changeriez? Qu'est-ce qui pourrait faciliter la démarche?

Impact- Dernières rencontres individuelles (début mai)

Gestantes:

- 1- Qu'est-ce que ce programme t'a apporté? A-t-il changé quelque chose dans ta vie? Pourquoi?
- 2- Comment décrirais-tu la relation que tu as eu avec ta marraine? Ton intervenante professionnelle?
- 3- Qu'est-ce qui te préoccupe le plus en ce moment, au cours de ta grossesse et par rapport au programme dont tu bénéficies?
- 4- As-tu d'autres commentaires par rapport à ta perception de ce qu'a apporté ce programme à ta vie personnelle?

Marraines:

- 1- Qu'est-ce que ce programme t'a apporté? A-t-il changé quelque chose dans ta vie? Pourquoi?
- 2- Comment décrirais-tu la relation que tu as eu avec ta femme enceinte? Ton intervenante professionnelle?
- 3- Qu'est-ce qui te préoccupe le plus en ce moment, au cours du suivi que tu effectues?
- 4- As-tu d'autres commentaires par rapport à ta perception de ce qu'a apporté ce programme à ta vie personnelle?

Intervenantes professionnelles:

- 1- Parle-moi de ton expérience comme intervenante professionnelle dans un tel programme? Est-ce que cela a changé ton rôle? Comment? Qu'est-ce que cela t'a apporté?
- 2- Comment décrirais-tu la relation que tu as eu avec la marraine? La gestante?
- 3- Qu'est-ce qui te préoccupe le plus, en ce moment, au cours du suivi de grossesse?
- 4- As-tu d'autres commentaires?

Impact - Dernières rencontres avec les triades homogènes (début juin)

- 1- Parlez-moi de l'expérience vécue en tant que gestantes? En tant que marraines? En tant qu'intervenantes professionnelles?
- 2- Quels sont les avantages d'un tel programme? Les désavantages? Les problèmes rencontrés? Comment pourrions-nous à l'avenir les éviter?
- 3- Est-ce que ce programme facilite la transition imposée par la grossesse? Comment? Si non, pourquoi?
- 4- Pensez-vous entretenir des liens après la recherche? Pourquoi?
- 5- Comment décririez-vous vos relations (qu'est-ce qui les caractérisent?) avec les marraines et les intervenantes (pour les gestantes ou nouvelles mères)? Avec les gestantes et les intervenantes (pour les marraines)? Avec les gestantes et les marraines (pour les intervenantes professionnelles)?
- 6- Etes-vous intéressées à participer au programme de nouveau ou comme marraine, cette fois (pour les gestantes)?
- 7- Recommanderiez-vous à d'autres gestantes, d'autres marraines, d'autres intervenantes professionnelles, de participer à ce programme?
- 8- Avez-vous d'autres commentaires?

Annexe I
Grille pour l'analyse d'études participatives

UTILISATION DE LA GRILLE POUR L'ANALYSE DE PROJETS DE RECHERCHE PARTICIPATIVE EN PROMOTION DE LA SANTÉ

(Green, George, Daniel, Frankish, Herbert, Bowie & O'Neill, 1995)

Definition

Selon que dans le contexte de cette recherche, la recherche participative est définie comme une étude systématique, menée en collaboration avec les personnes touchées par la question à l'étude, qui vise à éduquer, à intervenir ou à apporter un changement.

Le d'emploi

Peut se servir des caractéristiques qui suivent comme de critères aidant à déterminer dans quelle mesure un projet de recherche est conforme aux principes de la recherche participative tel que nous les avons fait ressortir précédemment.

Pour chaque caractéristique, une case seulement doit être cochée. Certaines caractéristiques peuvent ne pas être applicables à un projet particulier, auquel cas aucune case ne doit être cochée; une case « Sans objet » pourrait aussi être ajoutée à chacune des caractéristiques et être cochée par l'utilisateur au besoin. Dans la plupart des critères, plus on se déplace vers la droite, plus la recherche peut être dite participative. Cependant, tels que mentionné plus haut, pour certains projets la meilleure cote peut se situer, dans le cas de certaines caractéristiques, vers le milieu, ou même du côté gauche de la rangée de cases. La grille contient un total de 25 caractéristiques, regroupées en six dimensions.

Participants et nature de la participation

La collectivité² où se déroule la recherche est-elle clairement décrite ou définie ?

description	description non explicite/générale	description générale mais explicite	description générale/détaillée	description détaillée
-------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------

² Le terme *collectivité* réfère dans le présent contexte à tout groupe d'individus partageant un intérêt commun. Cette définition inclut les aspects culturels, sociaux, politiques, sanitaires et économiques qui peuvent unir des individus ayant ou non une appartenance géographique commune. Cette définition inclut également la notion traditionnelle de communauté comme groupe géographique distinct.

es membres de la collectivité concernée qui participent à la recherche sont-ils préoccupés ou ont-ils
imenté le problème investigué?

peu de préoccupation ou expérience	préoccupation ou expérience limitées	préoccupation ou expérience modérées	préoccupation ou expérience considérables	préoccupation ou expérience très considérables
---------------------------------------	---	---	---	--

es membres intéressés de la collectivité concernée ont-ils l'occasion de participer au processus de
recherche ?

peu d'occasion de participer	peu d'occasions de participer	plus d'une occasion de participer	plusieurs occasions de participer	nombreuses occasions de participer
---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

est-ce que l'on préoccupe-t-on des obstacles à la participation communautaire et accorde-t-on une attention
particulière aux membres de la collectivité qui ont été sous-représentés par le passé ?

peu d'attention aux obstacles à la participation	peu d'attention aux obstacles à la participation	attention modérée aux obstacles à la participation	attention modérée/importante aux obstacles à la participation	attention importante aux obstacles à la participation
--	--	--	--	---

est-ce que l'on est préoccupé de faire comprendre au sein de la collectivité l'engagement des chercheurs³ face
au problème investigué?

peu d'attention à l'engagement des chercheurs	peu d'attention à l'engagement des chercheurs	attention modérée à l'engagement des chercheurs	attention considérable à l'engagement des chercheurs	accord explicite sur l'engagement des chercheurs
---	---	---	--	---

quoique le terme générique *chercheur* puisse s'appliquer autant aux participants de la collectivité
qu'aux intervenants externes qui possèdent une formation spécialisée, il désigne ici les intervenants
externes qui possèdent une formation spécialisée en méthodologie de la recherche. D'un point de vue
technique toutefois, la collaboration des individus en recherche participative rend artificielle la distinction
entre *chercheurs* spécialisés et chercheurs provenant de la communauté.

Donne-t-on aux participants de la collectivité la possibilité de mettre leurs ressources physiques, intellectuelles, ou les deux, au service de la recherche?

habilitation des participants (les chercheurs se chargent de tout)	les chercheurs se chargent de presque tout; un peu d'aide des participants	chercheurs et participants jouent un rôle à peu près égal	les efforts ressources sont surtout fournis par les participants; les chercheurs interviennent parfois directement	habilitation totale des participants (les chercheurs jouent le rôle de facilitateurs seulement)
--	--	---	--	---

Origine de la question de recherche

La recherche a-t-elle été provoquée par la collectivité concernée ?

la recherche a été provoquée par des chercheurs ou des organismes externes	la recherche a été provoquée surtout par des chercheurs, un peu par la collectivité	la recherche a été provoquée autant par des chercheurs et par la collectivité	la recherche a été provoquée surtout par la collectivité, un peu par des chercheurs	la recherche a été provoquée par la collectivité
--	---	---	---	--

Les membres de la collectivité concernée appuient-ils la recherche proposée ?

peu de membres de la collectivité, sinon pas appuient la recherche	moins de la moitié des membres de la collectivité appuient la recherche	collectivité divisée à peu près également quant à l'intérêt d'étudier la question	plus de la moitié des membres de la collectivité appuient la recherche	presque tous les membres de la collectivité appuient la recherche
--	---	---	--	---

Contenu de la recherche

La recherche peut-elle faciliter chez les participants de la collectivité concernée l'acquisition de ressources individuelles et collectives favorisant leur auto-détermination?

peu de place réservée à l'acquisition de ressources	peu de place réservée à l'acquisition de ressources	place modérément importante réservée à l'acquisition de ressources	place modérément importante/ importante réservée à l'acquisition de ressources	grande place réservée à l'acquisition de ressources
---	---	--	--	---

La recherche peut-elle faciliter la collaboration entre des participants de la collectivité et des ressources à l'extérieur de cette dernière?

potentiel de collaboration	faible potentiel de collaboration	potentiel de collaboration modérément important	potentiel de collaboration important	grand potentiel de collaboration
----------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------

La recherche a-t-elle pour but d'habiliter la collectivité à prendre en considération les déterminants de santé ?

objectif d'habilitation	importance secondaire accordée à l'habilitation	importance modérée accordée à l'habilitation	importance modérée/considérable accordée à l'habilitation	importance considérable accordée à l'habilitation
-------------------------	---	--	---	---

L'envergure de la recherche permet-elle d'aborder d'une quelconque manière des déterminants politiques, sociaux ou économiques de la santé?

considération des déterminants politiques, sociaux ou économiques	un ou deux déterminants considérés	considération limitée des déterminants de la santé	considération modérée des déterminants de la santé	considération exhaustive des déterminants de la santé
---	------------------------------------	--	--	---

Aspects méthodologiques relatifs au processus et au contexte

Le processus de recherche prévoit-il l'utilisation des connaissances des participants de la collectivité au cours des phases de planification, de réalisation et d'évaluation?

connaissances de la collectivité utilisées au cours de l'une des phases	connaissances de la collectivité utilisées dans une ou deux phases seulement	utilisation limitée des connaissances de la collectivité dans les trois phases	utilisation modérée des connaissances de la collectivité dans les trois phases	utilisation exhaustive des connaissances de la collectivité dans les trois phases
---	--	--	--	---

Recherche participative en promotion de la santé

Le processus de recherche permet-il aux participants de la collectivité de faire des apprentissages par rapport aux méthodes de recherche ?

une possibilité d'apprentissage en matière de recherche	peu de possibilités d'apprentissage en matière de recherche	possibilités modérément importantes d'apprentissage en matière de recherche	possibilités modérément importantes/ importantes d'apprentissage en matière de recherche	importantes possibilités d'apprentissage en matière de recherche
---	---	---	--	--

Le processus permet-il aux chercheurs d'apprendre quelque chose au sujet du problème investigué ?

une possibilité d'apprendre quelque chose au sujet du problème	peu de possibilités d'apprendre quelque chose au sujet du problème	possibilités modérément importantes d'apprendre quelque chose au sujet du problème	possibilités modérément importantes/ d'apprendre quelque chose au sujet du problème	possibilités importantes d'apprendre quelque chose au sujet du problème
--	--	--	---	---

Le processus permet-il d'adapter ou de modifier les méthodes ou l'objet de la recherche au besoin ?

méthodes et objet déterminés;	méthodes et objet dans une large latitude limitée	méthodes et objet prédéterminés à 50 p. 100 environ	grande latitude; méthodes et objet prédéterminés dans une certaine mesure seulement	latitude totale; méthodes et objet prédéterminés
-------------------------------	---	---	---	--

Les procédures sont-elles prévues pour analyser les expériences en cours de réalisation de la recherche ?

une procédure prévue pour analyser les expériences	seulement quelques procédures prévues pour analyser les expériences	un certain nombre de procédures prévues pour analyser les expériences	nombreuses procédures prévues pour analyser les expériences	procédures exhaustives prévues pour analyser les expériences
--	---	---	---	--

Les participants de la collectivité prennent-ils part aux processus analytiques de la recherche : interprétation, synthèse et vérification des conclusions ?

Les participants ne prennent part à aucun processus analytique	Les participants prennent part à un ou deux processus analytiques seulement	Rôle limité des participants dans les trois processus analytiques	Rôle modéré des participants dans les trois processus analytiques	Rôle exhaustif des participants dans les trois processus analytiques
--	---	---	---	--

Possibilités d'agir sur le problème investigué

Le processus de recherche tient-il compte du potentiel de la collectivité concernée à réaliser des apprentissages individuels et collectifs ?

Processus de recherche sans lien avec le potentiel d'apprentissage	Processus de recherche peu en relation avec le potentiel d'apprentissage	Processus de recherche modérément en relation avec le potentiel d'apprentissage	Processus de recherche modérément/considérablement en relation avec le potentiel d'apprentissage	Processus de recherche considérablement en relation avec le potentiel d'apprentissage
--	--	---	--	---

Le processus de recherche tient-il compte du potentiel d'action de la collectivité ?

Processus de recherche sans lien avec le potentiel d'action	Processus de recherche peu en relation avec le potentiel d'action	Processus de recherche modérément en relation avec le potentiel d'action	Processus de recherche modérément/considérablement en relation avec le potentiel d'action	Processus de recherche considérablement en relation avec le potentiel d'action
---	---	--	---	--

Le processus traduit-il un engagement de la part des chercheurs et des participants de la collectivité à mettre en oeuvre des interventions, individuelles, sociales ou culturelles suite à ce que la recherche aura permis d'apprendre ?

Un engagement à aller au-delà de la collecte, de l'analyse des données et la production d'un rapport à l'attention des pouvoirs de fonds	Engagement limité à intervenir pour donner suite à ce que la recherche aura permis d'apprendre	Engagement modéré à intervenir pour donner suite à ce que la recherche aura permis d'apprendre	Engagement important à intervenir pour donner suite à ce que la recherche aura permis d'apprendre	Engagement total à intervenir pour donner suite à ce que la recherche aura permis d'apprendre
--	--	--	---	---

Nature des résultats de la recherche

Les participants de la collectivité profitent-ils des résultats de la recherche ?

la recherche rapporte aux chercheurs et aux organismes externes	la recherche rapporte aux chercheurs et aux organismes externes surtout; les avantages pour la collectivité sont secondaires	la recherche rapporte autant aux chercheurs et aux organismes externes qu'à la collectivité	la recherche rapporte à la collectivité surtout; les avantages pour les chercheurs et les organismes externes sont secondaires	on s'entend de manière explicite les avantages de recherche pour la collectivité
---	--	---	--	--

On préoccupe-t-on ou convient-on expressément de reconnaître et de régler de manière franche et honnête les divergences possibles entre les chercheurs et les participants de la collectivité quant à l'interprétation des résultats ?

peu d'attention aux questions d'interprétation	peu d'attention aux questions d'interprétation	attention modérément importante aux questions d'interprétation	attention importante aux questions d'interprétation	entente explicite au sujet des questions d'interprétation
--	--	--	---	---

On préoccupe-t-on de la propriété des données produites par la recherche et existe-t-il une entente explicite à ce sujet entre les chercheurs et les participants de la collectivité ?

peu d'attention aux questions de propriété	peu d'attention aux questions de propriété	attention modérément importante aux questions de propriété	attention importante aux questions de propriété	entente explicite au sujet des questions de propriété
--	--	--	---	---

On préoccupe-t-on de la diffusion des résultats de la recherche et existe-t-il une entente explicite à ce sujet entre les chercheurs et les participants de la collectivité ?

peu d'attention aux questions de diffusion	peu d'attention aux questions de diffusion	attention moyennement importante aux questions de diffusion	attention importante aux questions de diffusion	entente explicite au sujet des questions de diffusion
--	--	---	---	---

Annexe J
Extraits de verbatims provenant des entretiens
et d'un journal d'une compagne-mère

PROJECT: PRENATAL, User judith lapierre, 11:34 am, Jun 17, 1997.

(2 1 1) /GROSSESSE MATERNITÉ/Signification/Tr-positives
Definition:
Transformations positives: toutes les transformations positives issues de
+++++
+++ ON-LINE DOCUMENT: EH1
+++ Retrieval for this document: 22 units out of 1021, = 2.2%
++ Text units 96-96:
la.-- je sais pas..ca représente un nouveau bébé ça fait de quoi- on
était tous content..puis --- 96
++ Text units 116-116:
Mais du côté de la santé- ça bien été- quand je l'ai eu bien.. j'ai bien
aimé les 6 premiers mois- depuis..je trouve cela de plus en plus dure. 116
++ Text units 155-158:
T'as pas eu trop de nausées?□□□ 155
□□□□□(orchestre) 156
157
Non, je n'ai pas eu- aucune.. 158
++ Text units 204-207:
Ton travail a duré combien d'heures? 204
□□□□□ (orchestre) 205
206
1 heure.. 207
++ Text units 311-312: 311
Je pesais - j'ai commencé à 118.la dernière fois j'étais rendu à 126. Là
je le sais plus.□ 312
++ Text units 430-430:
Le 28 mars 430
++ Text units 452-453:
452
Quand il bouge...□ 453
++ Text units 459-459:
(, parce que quand il bouge, on le voit bouger quand il bouge 459
++ Text units 464-467:
Quand est ce que cela a commencé? 464
□□□□□(intervenante) 465
466
467
Trois semaines passée
++ Text units 482-482:
Là je le vois..ça dépend quand...là il va tourner, puis tu le } *stresse
bébé bouge*
vois..arrive dans un coin..c'est tout dure comme de la roche.. 482
++ Text units 498-498:
Ah bien. c'est , c'est ma joie de vivre ✓ 498
+++++
+++ ON-LINE DOCUMENT: EH1-1
+++ Retrieval for this document: 2 units out of 434, = 0.46%
++ Text units 181-181:
Ah non- tu veux pas allaiter....elle m'en a parlé.. Mais il y a quelque
chose qui me revient là...t' as dit tantôt - y'as tu quelque chose qui
t'excites durant la grossesse... y' a quelque chose que tu attends
beaucoup , bien impatientement non? qui va se passer après les fêtes... 181
++ Text units 196-196:
On est supposé de se fiancer..ca va faire deux ans que j'attends pour
là... 196
+++++
+++ ON-LINE DOCUMENT: EH2
+++ Retrieval for this document: 3 units out of 771, = 0.39%
++ Text units 56-56:
Ils m'ont donné (le 5 avril..) 56
++ Text units 223-223:
Pour moi, en tout cas...le but d'être une femme ça toujours été d'avoir
des enfants depuis que j'ai l'âge de jouer à la maman..que je sais que je
veux être une maman...pour moi ça toujours été Je suis une femme parce
je peux mettre des enfants au monde...puis ça toujours été ça .. Pour
moi, être enceinte, c'est presque être un miracle...Ca m'a toujours
toujours émue de savoir qu'il y avait une vie à l'intérieur de moi et que
c'est moi qui l'a créée puis elle grandissait à l'intérieur de moi - pour
moi c'est un miracle, ça m'épate, je trouve cela excitant de savoir qu'à
chaque fois ..les millions de combinaisons qu'on peut faire - je trouve
chaque fois ..les millions de combinaisons qu'on peut faire - je trouve

PROJECT: PRENATAL, User judith lapierre, 11:44 am, Jun 17, 1997.

(2 1 2) /GROSSESSE MATERNITÉ/Signification/Tr-négatives

Definition:

Toutes formations négatives issues de l'expérience de la grossesse e

+++++

+++ ON-LINE DOCUMENT: EH1

+++ Retrieval for this document: 21 units out of 1021, = 2.1%

++ Text units 113-114:

Moi c'était vraiment une SURPRISE.. quand j'ai su que j'étais enceinte..puis

113

-- le père etait pas content.. fait que papa est parti..puis j'ai vécu ma grossesse seule mais celle-la, y'a eu des complications- ca fait que c'était pas drôle non plus.

114

++ Text units 181-181:

Moi, j'ai pas vomi- j'avais ben mal au coeur..

181

++ Text units 491-492:

hum..je vais essayer de me souvenir..Moi , j'avais hâte, vraiment hâte ..j'étais vraiment tannée- c'tait chaud- c'tait l'été.. pu capable..hum..le dernier mois,

491

mois et demi, j'étais au repos là... puis elle est née un mois en avance et j'étais bien contente. J'avais pas le droit d'attacher mes propres souliers à la fin. Fallait vraiment que je reste assise puis là..que.je m'occupe de moi puis je faisais tout dans mon appartement. y ' avait jamais été aussi propre- je faisait tout- j'étais tannée,, puis j'ai accouché de bonne heure..Mais à part de cela, mes préoccupations..Non..j'avais juste peur qu'ils se soient trompé dans les tests là puis que, elle naisse puis que, avec des bobos...là...mais ils m'avaient garanti..

492

++ Text units 514-517:

C'est vrai, tu nous avais parlé de cela aussi l'autre fois, que tes amies continuaient à sortir, à faire leurs affaires et toi ...

514

□□□□□(orchestre)

515

516

517

oui, pis leur party...

++ Text units 523-523:

Ah oui- tu sors mais ça t'écoeure parce que tout le monde se couche à 4h00 du matin mais toi tu peux pas..ahah. Mais ça compense beaucoup un enfant pour qu'est ce que tu penses que tu manques dans le fond...

523

++ Text units 533-534:

Moi, je prends cela très positif- évidemment t'as pas le même rythme de vie, même quand t'es en couple depuis longtemps, avec quelqu'un et que t'as pas d'enfants - c'est un peu comme être encore célibataire..tsé- parce quand que tu as un enfant faut toujours que tu penses que t'as une responsabilité vis-à-vis de lui

533

hein? Comme tu disais, tu peux pas sortir- faut que tu prévoies tout mais cela c'est sur ça change ta vie - tu réorganises ta vie - on y pense!

534

++ Text units 537-538:

pis Même enceinte hein? T'es encore libres pis du jour au lendemain tu vas t'apercevoir- BANG..

537

□□□□□(compagne-mère)

538

++ Text units 540-540:

Tu peux pu rien faire..

540

++ Text units 543-543:

Tsé - tu veux sortir- là c'est pu just je pars la!...Mais tsé ça prend quelques mois puis là tu embarques dans la routine...tu y penses même pu- tu le fais là. Mais les premiers temps, c'est ...t'oublies que t'as un bébé complètement... tu viens pour partir- pis Voyons- qu'est ce que je fais là... puis là là ok. tu te replaces...tu vas habiller le bébé..puis tout ça. Ah. les premiers mois- surtout le premier..c'est vrai faut que tu te mettes....

543

++ Text units 562-562:

Le bébé tout de suite..

562

++ Text units 577-580:

enceinte - c'est drôle- y te regardent- Y ' as tu beaucoup de gens qui te touchent le ventre?

577

□□□□□(compagne mère)

578

579

580

Oui pis ça me stresse!quand il sme touchent le ventre

+++++

+++++

PROJECT: PRENATAL, User judith lapierre, 12:53 pm, Jun 12, 1997.

```
*****
(1 5 2 1 1) /PROJET/Processus/Action/Relation/Entraide
Definition:
qui touche à l'entraide: gestantes et compagne-mères
+++++
+++ ON-LINE DOCUMENT: EH1-1
+++ Retrieval for this document: 3 units out of 434, = 0.69%
++ Text units 256-256:
Hey ton nombril- a t il fait cela? 256
++ Text units 271-271:
Bien moi, j'aimerais juste savoir les journées que toi .. 271
++ Text units 277-277:
Bien, je sais que tu vas à l'école jusqu'à trois heures.. 277
+++++
+++ ON-LINE DOCUMENT: EH2
+++ Retrieval for this document: 8 units out of 771, = 1.0%
++ Text units 86-86:
Tu dois être fatiguée avec ta grossesse en plus de ça.. 86
++ Text units 197-197:
à combien de semaines de grossesse 197
++ Text units 208-208:
Ca faisait tu longtemps que tu savais que t'étais enceinte? 208
++ Text units 211-211:
Ca faisait peut être 1 mopis- je suis pas sure. Ils l'ont vu a
l'écographie 211
++ Text units 214-214:
T'étais pas toute seule? 214
++ Text units 217-217:
À l'écographie- oui... 217
++ Text units 262-262:
Ah je te trouves chanceuse... 262
++ Text units 283-283:
Qui- y'a de mes amies qui me disaient AH- fais pas cela...à cette
grossesse puis à l'autre grossesse - ile me disaient- Ah tu vas le
regretter- Ben- je l'ai pas encore regretter! C'est ça.. 283
+++++
+++ ON-LINE DOCUMENT: EH2-2
+++ Retrieval for this document: 6 units out of 460, = 1.3%
++ Text units 121-121:
Là, le sens tu bouger? 121
++ Text units 162-162:
Les trois premiers mois- tu devais... 162
++ Text units 169-169:
- plus ça s'en vient l accouchement- est-ce que tu t'en rappelles -
Merde, je m'en souviens là...Tu vois tu cela différemment? 169
++ Text units 259-259:
Tu veux dire que toi - tu veux pas avoir d'autres grossesses. mais ça ne
veut pas dire que tu ne veux plus d'enfants? Tu serais prête à accueillir
d'autres enfants dans ta maison mais tu veux juste plus de grossesse... 259
++ Text units 262-262:
Ca fait tu longtemps que vous êtes ensemble- ça a pas rapport mais..ton
chum puis toi? 262
++ Text units 268-268:
Tu trouves -tu que tu commences à le connaître..comme là .. peut-être
là ça fait 5 ans mais comme que ça fait réellement deux ans
seulement..que tu le connais réellement.. 268
+++++
+++ ON-LINE DOCUMENT: IMPAALY
+++ Retrieval for this document: 2 units out of 72, = 2.8%
++ Text units 58-58:
Moi j'ai eu tellement une belle grossesse que j,en avais pas vraiment
besoin. En plus, elle et moi on a tellement vécu cela différemment -
elle tous les problèmes qu'elle a eu - moi ça été complètement différent
j'ai eu aucun problème. 58
Text units 60-60:
Ce que j'ai quand même apprécié ce sont les coups de téléphones, sa
disponibilité. 60
+++++
+++ ON-LINE DOCUMENT: IMPAISAB
+++ Retrieval for this document: 7 units out of 183, = 3.8%
+++ Retrieval for this document: 7 units out of 183, = 3.8%
```

PROJECT: PRENATAL, User judith lapierre, 10:36 am, Jun 17, 1997.

(1 3 2) /PROJET/Besoins/Psychologiques

*** Definition:

Indicateurs de besoins psychologiques

+++++

+++ ON-LINE DOCUMENT: EH1

+++ Retrieval for this document: 1 unit out of 1021, = 0.09%

++ Text units 146-146:

Oui...voir comment que c'est - surtout le premier - tu sais pas si ça va faire si, ça va faire ça...

146

+++++

+++ ON-LINE DOCUMENT: EH2

+++ Retrieval for this document: 1 unit out of 771, = 0.13%

++ Text units 271-271:

Personnellement là... je suis pas une infirmière ou une diététiste, ou une maniaque du conditionnement physique..pour moi là, ce qui est le plus plus important- pour une femme enceinte c'est la valorisation, d'être valorisée..Parce que je pense que , il y a des gens qui composent de la musique, des gens qui écrivent des pièces, y,a des gens qui fabriquent plein de choses mais comme créer une vie c'est l'expérience la plus valorisante puis la plus importante que tu ne peux pas faire sur la Terre...je pense qu'il manque aux femmes enceintes, c'est la valorisation- surtout quand t'es jeune, t'as des amies qui vont te dire que c'est la pire affaire que t'aurais pas pu faire, y'en a d'autres qui vont te dire Ah mon dieu tu vas être grosse , y'a tellement de gens pour te descendre puis te faire sentir que t'es trop jeune, que tu vas engraisser, que c'est pas le temps...tu vas, tu vas..

271

+++++

+++ ON-LINE DOCUMENT: INDI2

+++ Retrieval for this document: 3 units out of 339, = 0.88%

Text units 48-48:

Rosalie a plus un tempérament calme et en même temps qui bouge pas plus qui faut... par contre son conjoint puis la petite - elle a pas beaucoup d'énergie mais cela elle a toujours été de même tu sais- c'est une fille qui est comme cela..fait que je trouve cela... pourtant les deux marraines cela avait l'air tellement ...

48

++ Text units 89-89:

R- Parce que tu sais même nous autres quand on - si on voit dans l'impact.. si une cliente Olo on l'a vu on peut pas la voir - parce qu'elle a mille et une raison - on voit que le suivi - en bout de ligne - nous autres même si on fait des efforts- on fait des relances et tout- mais si on n'a pas de contacts physiques- avec ces clientes là - les voir ici ou à leur maison.. Hum.. j en ai une en tout cas - elle est bien correcte la madame mais je veux dire j'ai eu peu de contacts avec elle - c'était circonstantiel et c'était de sa part et on peut pas les forcer.. mais je veux dire au post-natal, je pourrai pas la voir..

89

++ Text units 93-93:

R- Et oui le lien de confiance ne peut se faire - je trouve cela bizarre parce que c'était une cliente qui était très ouverte - très correcte mais on n'a pas eu de contacts physiques à cause de plein d'éléments là- que j'énumérerai pas... mais puis - au bout de la ligne - il y a un impact c'est certain. Fait que je pense que ce qui est important - quand tu crées un lien dès le départ. Dès le départ si tu crées pas ce lien là, on dirait que dans le suivi t'as pas - pas dela grosse misère la mais..

93

+++++

+++ ON-LINE DOCUMENT: PAGE25

+++ Retrieval for this document: 1 unit out of 231, = 0.43%

++ Text units 3-3:

I: En fait on n'a pas à juger pourquoi une femme en a besoin de ce service là - juste parce qu'elle le veut devrait être suffisant. Écoute elle l'aurait pas demandé si elle en avait pas besoin - fait que on n'a pas à juger pourquoi elle en a besoin. Faut juger qu'est-ce qui motive les gens à aider d'autres gens. N'importe qui qui demande un accompagnement - si elle en avait pas besoin - elle le demanderait pas. Faudrait pas répondre à des critères pour devenir une compagne-enceinte -

3

+++++

+++ Total number of text units retrieved = 6

+++ Retrievals in 4 out of 21 documents, = 19%.

+++ The documents with retrievals have a total of 2362 text units,

so text units retrieved in these documents = 0.25%.

so text units retrieved in these documents = 0.25%.

MERCREDI 5 février 97

On a eu de la difficulté à se trouver, c'est ma faute, je n'ai pas pris le temps de lui téléphoner hier pour confirmer notre R.V. de cet après-midi.

On a fini par se retrouver devant chez elle. On est allé chez McDonald, je lui ai payé un Milkshake.

C'était bon et notre discussion a été bien agréable. J'ai l'impression qu'elle n'a pas envi de me recevoir chez elle, qu'elle préfère aller ailleurs.

Ça me va, je tiens à ce qu'elle soit très très à l'aise, le plus important pour moi c'est de la respecter.

J'ai trouvé notre discussion très intéressante, on se rejoint à plusieurs niveaux, par nos expériences ou par nos idées, nos principes.

Je me suis même surprise à lui raconter des choses qui me sont personnelles.

(J'ai du intérieurement me rappeler à l'ordre, ce n'est pas elle qui doit m'écouter !!)

Mais encore, il est difficile de savoir vraiment l'importance qu'elle accorde à la relation qu'on doit développer au cours des prochains mois.

Je ne sais pas si elle me suis juste parce qu'elle ne sait pas dire non ou si elle le désire.

Annexe K
Guide – Synthèse de la formation

**Projet d'accompagnement prénatal
et
Étude d'implantation et d'impact**

Guide préparé
par Judith Lapierre, inf., candidate au Ph.D.
destiné aux marraines ayant participé aux ateliers donnés par
Lucie Grenier, travailleuse sociale (**relation d'aide**)
et Silvie Adam, infirmière en périnatalité (**grossesse et accouchement**)

Mercredi le 30 octobre 1996

Table des matières

Relation de confiance -----	3
Communication et ses blocages -----	3
Empathie -----	5
Inter -----	5
Écoute empathique -----	6
Travailler avec empathie -----	7
Pourquoi écouter avec empathie? -----	7
Pourquoi ne pas écouter avec empathie? -----	7
Comment l'écoute empathique fonctionne? -----	7
Caractéristiques communes à l'écoute empathique -----	8
Règles de conversation empathique -----	8
Respect -----	9
Attitudes -----	10
Travailler -----	10
Grossesse -----	11
Efforts fréquents -----	11
Présentation -----	12
Médicaments et suppléments vitaminiques -----	13
Gain de poids au cours de la grossesse -----	13
Pourquoi venir à l'hôpital? -----	13
Le travail/vrai travail -----	13
Qui entraîne un travail prématuré -----	13
Importance de la relaxation -----	14
Cahiers remis lors de la formation	
Cahier 1: Les inconforts : Comment les prévenir et y remédier	
Cahier 2: CLSC Grande-Rivière Bottin des ressources disponibles en petite enfance	

Le présent document tire ses fondements des ateliers offerts au CLSC, de l'ouvrage de Ray A. Carr et Gregory A.K. Carr, (1979) intitulé Co-conseil et publié par Peer Resources (Victoria, Colombie Britannique) et de la biographie de Hélène Lazure (1987) intitulée Vivre la relation d'aide: Approche théorique et pratique d'un critère de compétence de l'infirmière, publié par Décarie, éditeur inc.

La relation de confiance

ours de l'atelier, deux éléments se sont avérés cruciaux pour établir la relation de confiance avec la
ne enceinte:

- 1) le respect
- 2) l'authenticité

deux éléments de même que

- vivre ou avoir vécu une situation similaire;
- respecter les choix, les valeurs et les croyances de l'autre;
- respecter l'unicité de l'expérience

sont essentiels au développement d'une amitié et d'une relation de confiance.

es avoir vécu une grossesse, quatre sentiments semblent avoir été partagés:

- 1) Se sentir seule, abandonnée par ses amies
- 2) Se sentir découragée
- 3) Se sentir mal comprise par son entourage
- 4) Se sentir mal respectée dans ce qui est vécu (pas au même rythme)

La communication et ses blocages

ages à la communication:

Donner des ordres, commander

“Tu dois...”, “Il faut que tu...”, “Tu vas....”

ut introduire de la peur ou de la résistance;
ite à la réaction;
ourage des comportements de révolte, vengeance,....

Avertir, menacer

“Si tu ne..., alors...”, “T'es mieux de ..., ou....”

ut introduire la peur, la soumission;
ite la réaction ou des conséquences menaçantes;
ut introduire le ressentiment, la rage, la rébellion.

Moraliser, Prêcher

“Tu devrais...”, “C'est ta responsabilité...”

ée des sentiments d'obligation ou de culpabilité;
ut faire que la personne défend son point de vue encore plus;
mmuniqué le manque de confiance sur le sens de responsabilité de la personne.

Donner des conseils, solutions

“Ce que je ferais c’est...”, “Pourquoi ne pas...”

it suggérer que la personne ne solutionne elle-même pas ses problèmes;
 être la personne de réfléchir à son problème, à considérer les alternatives et à les essayer;
 it causer de la dépendance, ou de la résistance.

Persuader avec une logique, s’obstiner

“Voici pourquoi tu es mal...”, “Les faits sont que...”, “Oui, mais...”

voque une position défensive et un contre-argument;
 it souvent arrêter la personne d’écouter;
 it faire que la personne se sente inférieure, inadéquate.

Juger, critiquer, blâmer

“Tu n’es pas mature de penser...”, “Tu es paresseux..”

plique l’incompétence, la stupidité, le mauvais jugement;
 rpe la communication par le peur de jugements négatifs;
 sonne accepte souvent les jugements (je suis mauvais) ou se révolte (“T’es pas mieux).

Louanger, être d’accord

“Je trouve que tu fais un beau travail”, “T’as raison...”

ique des attentes élevées;
 it être vu comme de la manipulation afin d’encourager les comportements désirés;
 it causer de l’anxiété lorsque la perception de soi de la personne ne coïncide pas avec celle des
 s.

Appeller des noms, ridiculiser

“C’est bébé ce comportement”, “okay tu te penses bien intelligente la...”

it faire que la personne ne se sente pas aimée;
 it causer du dommage à l’image de soi;
 voque souvent des vengeance verbales/physiques.

Analyser, diagnostiquer

“Ce qui ne va pas, c’est...”, “Tu es seulement fatigué...”, “Tu ne veux pas vraiment dire cela...”

it être menaçant et frustrant;
 personne peut se sentir prise, exposée;
 que la communication de peur d’être exposée ou mal comprise.

“Ne t’inquiètes pas”, “Tu te sentiras mieux”, “Encourages toi”
personne se sentira mécomprise;
veille des sentiments d’hostilité;
personne comprendra le message: “C’est pas ok de ne pas bien te sentir”.

Examiner et questionner

“Pourquoi...”, “Qui...”, “Qu’est-ce que tu as...”, “Comment...”
sque de telles questions implique la critiques, les auront alors tendance à répliquer avec une non-
se, de l’évitement des demi-vérités ou des mensonges;
sque les questions indiquent rarement ce que la personne veut, l’autre peut devenir anxieux et avoir
;
personne peut perdre son problème de vue lorsqu’elle répond aux questions.

Détourner, sarcasme, retrait

“Parlons de choses plaisantes..”, “Pourquoi n’essaies-tu pas de mener le monde”, rester
cieux; se détourner
gère que les problèmes doivent être contournés plutôt que réglés;
it suggérer que les problèmes de quelqu’un ne sont pas importants;
pêche la personne d’être ouverte lorsqu’elle vit des difficultés.

Empathie, écoute empathique, respect

empathie est l’habileté de comprendre les idées et les sentiments de quelqu’un d’autre. C’est
prendre (par l’écoute) et démontrer la compréhension (par la réponse).

inter fait appel à deux éléments:

- 1) Les faits
- 2) Les sentiments

outer est une chose magnétique et étrange, une force créatrice...Nous nous approchons des amis qui
écoutent, et nous voulons être dans leur rayon parce que ça nous fait du bien, comme un rayon
violet..

Lorsqu’on nous écoute, ça nous crée, nous ouvre et nous fait étendre. Nos idées grandissent et
nent vie...ça rend les gens heureux et libres lorsqu’ils sont écoutés...

Lorsque nous écoutons les gens, il y a un courant, et il nous recharge afin que nous ne nous
yons pas avec les autres.

s sommes continuellement recrées...J’écoute avec affection les personnes qui me parlent pour être
leurs souliers lorsqu’elles parlent.”

Clark Moustakas

Je peux écouter ce qu'il me dit, si je peux comprendre ce que ça semble être pour lui, si je peux sentir l'émotionnelle que cela est pour lui, alors je libère des forces de changement en lui" Lxxviii

Carl Rogers

l'écoute empathique incite la personne à regarder et démêler ses idées, ses projets, ses attentes, ses études, ses peurs, etc... Ça aide la personne à accumuler de l'information, solutionner ses problèmes elle-même ou essayer des alternatives.

En fait, l'écoute aidante c'est aider l'autre à trouver lui-même des solutions à ses problèmes.

En fait, c'est une tâche difficile. Ça exige de la concentration, du vouloir et de la pratique.

Les directrices pour l'écoute empathique:

Donner l'attention complète;

Laissez la personne établir le rythme, n'accélérez pas plus que la personne ne le veut;

Ne vous sentez pas comme si vous deviez régler le problème- la meilleure solution doit venir de la personne;

Vous êtes là pour aider la personne à mieux se comprendre;

Écoutez ce que la personne dit et comment elle le dit;

Surveillez les indices non-verbaux de sentiments;

Restez conscients des faits et des sentiments de ce que la personne dit;

Répondez - utilisez des mots pour décrire les faits et les sentiments. Répondez à ce que vous entendez en plus;

Restez honnête- laissez savoir à la personne si vous l'avez perdue ou si vous ne comprenez pas quelque chose qui est dit;

Concentrez-vous à écouter.

Travailler avec empathie- formule réponse:

“Tu te sens (sentiment) parce que (faits)”

Trois éléments pour reconnaître et répondre de façon empathique sont:

Reconnaître les sentiments;

Reconnaître la situation/contenu;

Répondre aux sentiments et situation/contenu, laissant savoir à la personne que vous l'avez comprise.

Pourquoi écouter avec empathie?

Pour commencer une relation de confiance et de sollicitude.

Pour aider les autres personnes à se comprendre mieux et à être plus en contact avec leurs sentiments et leurs attitudes.

Pour lorsque vous trouvez difficile de comprendre ce qu'une autre personne dit ou que vous ne savez pas ce qu'elle veut dire.

Pour en apprendre plus à propos d'une personne, spécialement les sentiments ou les idées.

Pour lorsque vos idées et les idées d'une autre personne sont différentes. L'écoute empathique vous aidera à comprendre complètement son point de vue.

Pour les moments pendant lesquels vous n'êtes pas sûr de la sorte de style de communication à utiliser.

quand ne pas écouter avec empathie?

lorsque l'autre personne cherche de l'information, ou a besoin d'actions immédiates.

lorsque l'autre personne est inappropriée (abusive, agressive,...).

lorsque l'autre personne parle tout le temps ou lorsqu'elle évite de parler de quelque chose d'important.

lorsque l'autre personne n'est pas en contact avec la réalité, est déprimée, intoxiquée ou suicidaire,...

lorsque l'écoute empathique ne produit plus d'information (sentiments ou contenu) de l'autre personne.

comment fonctionne l'écoute empathique?

l'autre personne établit le **RYTHME**. Vous la laissez prendre la direction de la conversation. Vous ne poussez pas plus vite qu'elle ne veut aller. Aide à bâtir la confiance.

l'autre personne est complètement libre d'être **NATURELLE**. C'est une opportunité rare. L'autre personne va probablement prendre avantage de cela en relaxant et en agissant de façon plus réelle et authentique. Lorsque vous montrez que vous êtes fiable, les autres personnes sont libres de vous parler de leurs malaises, leurs secrets et leurs ambitions. Le résultat- vous pouvez vraiment les connaître.

l'autre personne **SE COMPREND** mieux. Dans un miroir, vous pouvez voir des choses de votre être physique que vous ne pourriez voir autrement. De la même façon, l'écoute empathique sert de miroir pour que la personne voit ses comportements et ses attitudes plus complètement. Ceci l'aide à mieux se comprendre en l'obligeant à décider si elle s'aime de la façon qu'il ou qu'elle est ou s'il ou elle veut changer.

écouter de façon empathique c'est donner quelque chose de **VALABLE**. L'écoute empathique est un coup de travail et l'autre personne le sait. Lorsque vous écoutez avec empathie, vous prouvez à l'autre que vous avez de la sollicitude.

l'écoute empathique **CLARIFIE** et réduit la confusion.

l'écoute empathique crée une atmosphère relaxée, une atmosphère de confiance et réduit les sentiments menaçants.

quelles sont les erreurs communes à l'écoute empathique:

écouter comme un perroquet ou un robot.

écouter seulement des faits et pas des sentiments.

donner des conseils.

ne pas être attentif. Vous parlez bien mais vous semblez indifférent.

tourner l'attention sur vous. Parler plutôt qu'écouter.

ne pas avoir d'énergie. Vous devez être aussi intense que l'autre personne dans vos mots et votre posture.

écouter vers les répliques non-aidantes tel que des farces, des jugements, de la rassurance, etc.

utiliser de l'écoute empathique lorsque ce n'est pas la meilleure solution.

Si, il est difficile de savoir comment commencer une réplique empathique. Si vous avez des raisons de croire que la personne avec qui vous parlez est réceptive et veut être comprise, alors voici des phrases utiles dans la réplique empathique:

Tu sens...
De ton point de vue...
Ca te semble...
De ton expérience...
De la façon que tu le vois...
Tu penses...
Tu crois...
Ce que je t'entends dire c'est...
Tu es... (identifiant le sentiment, fâchée, malheureuse..)
Tu veux dire que...

Voici des phrases utiles lorsque vous avez de la difficulté à reconnaître ce que l'autre personne ressent ou qu'il semble que l'autre personne n'est pas réceptive à vos messages.

Serait-il que...
Je me demande si...
Je ne sais pas si je te suis mais...
Ce que je crois que j'entend c'est...
Corrige-moi si j'ai tort, mais...
Est-il possible que...
Est-ce que ça semble raisonnable que tu...
De ce que je comprend, c'est...
Voici ce que je crois que j'entend...
Tu sembles sentir...
Il me semble que tu
Peut-être que tu sens...
Y a-t-il une chance que tu...
Est-ce concevable que...
Je comprend peut-être mal mais...
Je ne suis pas sûr que je comprenne, tu sens...
Ce que j'entend c'est que...
...est-ce comme ça?
...est-ce la façon que tu te sens?
Laisse-moi voir si je comprend; tu...
Laisse-moi vérifier si je te suis; tu...
J'ai l'impression que...
J'imagine que tu...

Respect:

Respecter une personne, c'est croire profondément qu'elle est unique et qu'à cause de cette unicité, elle est seule à posséder tout le potentiel spécifique pour apprendre à vivre de la façon la plus satisfaisante possible.

spect de soi: base du respect des autres. Nous devons nous respecter nous-mêmes si nous voulons
voir respecter les autres. Se respecter, c'est croire que nous sommes des êtres uniques, capables de
agir pour nous-mêmes de ce qui est le mieux pour nous. Se respecter, c'est être soi-même, pour soi
et pour les autres.

Respecter l'autre, c'est l'accepter dans sa réalité, reconnaître ses expériences et son vécu. Quand on
respecte l'autre, on lui démontre une considération réelle pour ce qu'il est. Quand on respecte une
personne, on croit en ses capacités, on l'écoute attentivement, on s'abstient de la juger et on tente de
comprendre son point de vue.

“Tu n'es pas la seule dans cette situation...”

“Aide-toi et le ciel t'aidera”

“Même si c'est difficile, il faut te secouer”

“Faut pas oublier toutes tes autres responsabilités..”

Les personnes qui donnent des réponses semblables, **ne manifeste aucun respect** ou aucun égard envers
la personne qui s'exprime. Au lieu de la considérer comme une personne unique, qui vit une expérience
personnelle, on la **réduit à un cas général** et la prive du sentiment de se sentir importante aux yeux de
qu'un. Si on ne s'arrête pas aux sentiments de la personne mais plutôt sur des impératifs
généralisés, cela rend la communication non-aidante.

Contre:

“Cela doit être pénible pour toi de vivre...”

“Ce que tu vis me touche, le fait de m'en parler, c'est déjà t'aider à trouver des
moyens pour..”

Les bonnes réponses démontrent un respect profond pour la personne et son vécu. Ces réponses invitent la
personne à utiliser ses propres capacités pour résoudre ses problèmes.

Questions:

Les questions **QUOI** et **COMMENT** sont, dans la plupart des cas, préférables à des questions
du type **POURQUOI**.

Les questions **OUVERTES** encouragent la personne à explorer ses pensées et ses
sentiments en la laissant libre de répondre de plusieurs façons différentes.

Les questions **FERMÉES** (entraînant une réponse- oui/non) obligent une réponse spécifique.

Les phrases suivantes sont des exemples de questions ouvertes:

Comment te sens-tu avec ça?

Peux-tu m'en dire plus à propos de..?

Comment te sens-tu actuellement?

Aimerais-tu parler de...?

Par quoi aimerais-tu commencer?

Comment te sens-tu maintenant à propos de..?

Peux-tu me dire ce que cela veut dire pour toi?

Comment aimerais-tu voir les choses?

Qu'as-tu pensé de ...?

Comment vois-tu les choses changer?

Que penses-tu?

Qu'est-ce qui est le plus important pour toi maintenant?

rer:

id référer? Chaque fois que quelqu'un d'autre est plus en mesure d'aider. Ca peut être parce que la enceinte requiert de l'aide professionnelle soit d'une infirmière, d'un médecin, d'un psychologue, travailleur social, etc..ou parce qu'il vous manque certaines habiletés nécessaires pour ce type de thème. Aller plus loin **serait dépasser vos limites** et quelqu'un d'autre peut mieux aider.

ment?

Si la personne accepte une référence directe, donnez-lui le nom de la source de référence et -lui comment faire le contact et à quoi s'attendre. .

Si la personne hésite, vous pouvez explorer l'hésitation avec elle et l'aider à trouver une façon en occuper ou vous pouvez faire le contact avec le CLSC (par exemple) et vous assurer que la bonne ressource la rappelle.

Si la personne hésite beaucoup, vous pouvez suggérer de faire un rendez-vous et de l'accompagner. Assurez-vous que la personne ressource est d'accord.

Si la personne refuse d'être référée, vous pouvez expliquer vos limites et ainsi voir si elle veut travailler avec vous et vos limites, ou confrontez-la avec vos limites et refusez de travailler avec elle.

portant est de demeurer authentique et cela implique:

- 1) parler de vos sentiments (je suis mal à l'aise avec...., je m'inquiète...);
- 2) faire part de votre besoin d'en parler, par exemple à l'intervenante avec laquelle vous êtes jumelées (rappeler c'est quoi votre rôle- vos limites...);
- 3) suggérer qu'elle en parle à l'intervenante et vous pourriez être présente si elle le désire;
- 4) si vous avez de gros doutes que quelque chose de grave se passe (mettant en danger sa vie ou celle de son enfant), partager ce sentiment avec elle- peut-être que cela lui sera une porte pour en parler ou vous rassurera à l'effet que NON- rien de ce que vous pensez n'est

que le lien de confiance soit maintenu, cela implique nécessairement le respect de la confidentialité: tant que marraine, vous tenez un rôle indépendant de celui des intervenantes professionnelles et non intermédiaires entre ces dernières et les femmes enceintes i.e. que vous n'avez pas à rapporter tout à l'intervenante après vos visites. L'intervenante est là pour vous soutenir dans votre expérience de marraine, vous encourager et vous guider au besoin.

La grossesse

Efforts fréquents (et comment y remédier- voir annexe)

- nausées (pour soulager-> biscuits secs);
- brûlements d'estomac (pour soulager-> petits repas fréquents, éviter une alimentation grasse);
- incontinence;
- mal aux mollets, au dos...etc.

Médicaments et suppléments vitaminiques:

la prise de médicaments, toujours référer la femme enceinte à son médecin. En discuter avec votre médecin. Les suppléments vitaminiques ne sont pas nécessaires quand il y a une bonne alimentation. Cependant, en cas de fatigue qui persiste ou d'anémie, il se peut que les vitamines soient recommandées.

Gain de poids au cours de la grossesse:

normale: de 24 à 30 livres.

Quand venir à l'hôpital?

Quand les eaux crèvent;

Se rendre immédiatement à l'hôpital...

Quand on perd le bouchon muqueux (habituellement, on accouche dans les 24 heures qui suivent la perte sinon, il y a risque d'infection);

Si les contractions sont aux 5 minutes et durent 45-60 secondes, pour 2 heures consécutives;

S'il y a un saignement- avertir le médecin (il se pourrait qu'il y ait un décollement placentaire ou que le placenta soit mal placé);

Si le bébé bouge beaucoup moins (la femme enceinte devrait pouvoir sentir son bébé bouger un minimum de 10 fois/jour);

Quand consulter son médecin:

- s'il y a élévation de la température;
- s'il y a oedème, de l'enflure qui persiste;
- des maux de tête fréquents;
- une vision trouble;
- après une chute ou un accident

Quand le travail commence/ vrai travail

Si les contractions sont irrégulières, qu'un repos arrête les contractions, que ces contractions semblent aller en arrière (ne pas partir du dos...), le vrai travail n'est pas encore commencé et il n'est pas nécessaire de se rendre à l'hôpital tout de suite mais téléphoner si inquiète.

Quand peut entraîner un travail prématuré? (moins de 37 semaines)

Tabac, l'alcool, les drogues, une mauvaise alimentation, le stress, les accidents, les coups violents, un médecin incompétent, la présence de jumeaux, l'hypertension chez la femme enceinte, le diabète de grossesse, l'anémie, les infections urinaires et vaginales...

Il est important de noter que la période de la grossesse est une période d'adaptation à plusieurs changements dans nos vies. Le stress peut être très élevé et même nuire au développement du fœtus. Il est donc très important de trouver des moyens pour relaxer et favoriser le bien-être de la femme enceinte et de son bébé. Il est bon de discuter avec la femme enceinte quels sont les moyens qu'elle utilise pour relaxer et de les encourager au cours de la grossesse. (par exemple: bain à la chandelle, une bonne marche à l'extérieur, un film pour se détendre, etc...)

Annexe L
Feuillet informatif du programme d'Accompagnement prénatal

La grossesse, c'est une des

expériences

les plus

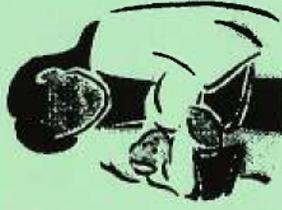
belles et

les plus

importantes

de nos vies.

Elle nous prépare à jouer notre plus grand rôle, celui d'être maman.



Au cours de la grossesse,

on se sent parfois seule,

abandonnée, incomprise

par nos proches, aux prises avec

d'importantes décisions.... c'est

pourquoi une présence toute

simple, comme celle d'une

Compagne de Grossesse

peut nous aider à traverser cette

situation parfois compliquée ou

simplement être l'occasion de

partager nos expériences

communes.

Parce qu'une grossesse, c'est

Ma vie qui continue ...

♥ parce qu'il n'y

a rien de plus

important ni de

plus grand,

♥ parce que je

veux faire de cette

expérience, la plus

belle aventure de

ma vie,



je choisis de participer au

Avoir une

Compagne de Grossesse

♥ C'est m'offrir du "temps pour

soi" à partager avec

quelqu'un qui me

comprend (2 fois / mois).

♥ C'est m'offrir le plus précieux

cadeau qui soit, celui de

l'amitié.

♥ C'est l'occasion de rencontrer

d'autres femmes enceintes

lors des diners-partage

(1 fois / mois).



Annexe M
Procès-verbaux (5 premiers conseils d'administration)

Procès-verbaux (5 premiers conseils d'administration)

PROCÈS-VERBAL DE LA 1^{ère} RÉUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA
Fondation l'Arc-en-ciel
 TENUE LE 10 MARS 1997 AU 425 LEGUERRIER À AYLNER, QC

Administratrices) présentes :

XXX
 XXX
 XXX
 XXX

Invitée présente :

XXXXX

Invitée absente :

XXXXXX

(Administratrices) absentes :

XXXXXX
 XXXXXX

1.01 OUVERTURE DE LA RÉUNION ET MOT DE BIENVENUE

Ouverture de la réunion par XXXXXX avec 5 membres présents à 19h00.

1.02 LECTURE ET ADOPTION DU PROJET D'ORDRE DU JOUR

A-1.02.01 Il est proposé par : XXXXXX
 Appuyé par: XXXXXX

01. Ouverture de la réunion
02. Lecture et adoption du projet d'ordre du jour
03. Adoption et suivi du procès-verbal de la dernière réunion du Conseil
04. Correspondance-s : Aucune à présenter
05. Présentation des membres
06. Historique de la fondation et énoncés de mission, des objets & des activités
07. Dossier constitutif de la fondation
08. La structure organisationnelle
09. Les partenaires de la fondation
10. Priorités - Plan d'actions
11. Varia
12. Prochaine rencontre
13. Clôture de la réunion

Adopté

1-1.03 ADOPTION ET SUIVI DU PROCÈS-VERBAL DE LA DERNIÈRE RÉUNION

Aucune adoption de procès-verbal (1^{ière} réunion)

1-1.04 CORRESPONDANCE

Aucune correspondance n'est présentée

1-1.05 PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES

À tour de rôle, chacune s'est présentée

1-1.06 HISTORIQUE DE LA FONDATION ET ÉNONCÉS DE MISSION, OBJETS & ACTIVITÉS

1-1.06.01 Brève présentation de l'historique de la fondation;

1-1.06.02 Il est proposé par : XXXXXX
Appuyé par : XXXXXX

Que la mission de la fondation soit de travailler de concert avec les institutions publiques et les institutions communautaires à l'émancipation des familles socialement ou économiquement défavorisées et en attente d'un enfant ou avec de jeunes enfants..

Discussion sur l'importance de collaborer avec les institutions publiques et avec les institutions communautaires -> mission adoptée.

1-1.06.03 Il est proposé par : XXXXXX
Appuyé par : XXXXXX

Que soient revus les objets de la fondation afin de clarifier la catégorie de personnes à qui s'adresse la fondation (période pré/post-natale), dans quelles conditions (pauvreté ou précaire financièrement) et finalement remplacer la vision entrepreneurship. Revoir les objets lors de la prochaine réunion (voir annexe A).

Adoption à l'unanimité

1-1.06.04 Il est proposé par : XXXXXX
Appuyé par : XXXXXX

Que des modifications mineures soient apportées à l'énoncé des activités 1) (financement) et 2) (dissémination des connaissances) de la fondation. Débat et un vote est demandé concernant l'activité 3) (propres activités de bienfaisance). Revoir cette activité lors de la prochaine réunion (voir annexe A).

1-1.07 DOSSIER CONSTITUTIF DE LA FONDATION

- a) Réservation de la dénomination sociale;
- b) Enregistrement de la fondation comme organisme de bienfaisance auprès de Revenu Canada (étude du dossier/règlements/activités);

1-1.07.01 Il est proposé par : XXXXXX
Appuyé par : XXXXXX

Que trois requérantes soient identifiées dans les dossiers constitutifs et que ces dernières soient:

XXXXXXX, accepte
XXXXXXX, accepte via téléphone
XXXXXXX, accepte

Adopté à l'unanimité

- c) Charte provinciale du Québec;

1-1.07.02 Il est proposé par : XXXXXX
Appuyé par : XXXXXX

Que trois requérantes soient identifiées dans les dossiers constitutifs et que ces dernières soient:

XXXXXXX, accepte
XXXXXXX, accepte via téléphone
XXXXXXX, accepte

Adopté à l'unanimité

- d) Enregistrement de la fondation comme organisme de bienfaisance auprès du Ministère du Revenu du Québec;
- e) Déclaration d'immatriculation auprès de l'Inspecteur général des institutions financières du Québec;

1-1.08 LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

1-1.08.01 Il est proposé par : XXXXXX
Appuyé par : XXXXXX

Que les règlements du portfolio soient adoptés de façon provisoire jusqu'à la création d'un comité d'étude des règlements par des membres du C.A.

Adopté à l'unanimité

a-1.08.02 Il est proposé par : XXXXXXXX
Appuyé par : XXXXXXXX

xcii

Qu'une réflexion soit faite quant à la structure de la fondation, une structure qui garantisse la représentativité majoritaire des compagnes-mères est proposée. Elle sera revue lors du prochain C.A.

Adopté à l'unanimité

a-1.08.03 Il est proposé par: XXXXXXXX
Appuyé par: XXXXXXXX

Que lors d'une prochaine réunion, le conseil d'administration décide de la constitution de l'Assemblée générale.

Adopté à l'unanimité

a-1.08.04 Il est proposé par : XXXXXXXX
Appuyé par : XXXXXXXX

Que de façon provisoire, soit reconnue XXXXXXXX en tant que présidente de la fondation, soit reconnue XXXXXXXX en tant que vice-présidente, soit reconnue XXXXXXXX en tant que secrétaire et finalement que soit reconnue XXXXXXXX en tant que trésorière.

Adopté à l'unanimité

1.09 LES PARTENAIRES DE LA FONDATION

a-1.09.01 Il est proposé par : XXXXXXXX
Appuyé par: XXXXXXXX

Que les trois partenaires potentiels suivants: La Fédération du Québec pour le planning des naissances, l'Association des femmes d'affaires du Québec et que le Cercle des filles d'Isabelle soient sollicités pour un partenariat avec la fondation.

Adopté à l'unanimité

a-1.09.02 Certains organismes de soutien sont présentés

1.10 PRIORITÉS / PLANS D'ACTION

a-1.10.01 Il est proposé par : XXXXXXXX
Appuyé par : XXXXXXXX

Il est proposé que trois priorités soient poursuivies au cours du mois: la consolidation des liens avec les partenaires potentiels, une présentation

Adopté

1-1.11 VARIA

- 1-1.11.01 Logo pour la fondation;
- 1-1.11.02 Site internet;
- 1-1.11.03 Porte-parole (XXXXXX approchée).

1-1.12 PROCHAINE RENCONTRE

Prochaine rencontre le 14 avril

1-1.13 CLÔTURE DE LA RÉUNION

Tous les points à l'ordre du jour ont été abordés, la présidente (temporaire) procède à la clôture de la réunion à 20h30.

ès-verbal adopté le _____.

XXX
dente (temporaire)

XXXXXX
Secrétaire (temporaire)

PROCÈS-VERBAL DE LA 2^{ème} RÉUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE l'CA
Fondation l'Arc-en-ciel
TENUE LE 14 AVRIL 1997 AU 50 RUE NOËL UNITÉ 3, HULL, QUÉBEC

Administratrices) présentes :

XXXX
XXXX
XXXX
XXXX
XXXX
XXXX
XXXX
XXXX
XXXX
XXXX

Invitée présente :

XXXXXX

(Administratrice) absente :

XXXXXX

1-2.01 OUVERTURE DE LA RÉUNION ET MOT DE BIENVENUE

Ouverture de la réunion par XXXXXX avec 10 membres présents et une invitée à 19h00.

1-2.02 LECTURE ET ADOPTION DU PROJET D'ORDRE DU JOUR

A-2.02.01

Il est proposé par : XXXXXX
Appuyé par: XXXXXX

01. Ouverture de la réunion
02. Lecture et adoption du projet d'ordre du jour
03. Adoption et suivi du procès-verbal de la dernière réunion du Conseil
04. Correspondance-s
05. Mission, Objets et Activités de la Fondation
06. Présentation auprès du Réseau des femmes d'affaires du Québec (2 avril)
07. Rapport de recherche de dénomination
08. Règlements, éthiques, stratégie:
 - Élection de comités d'étude et plans d'action
09. Assemblée générale / membres
10. Varia
 - .1 Présentation de XXXXXX
 - .2 cv;
 - .3 articles à remettre aux membres;
 - .4 départ temporaire possible de XXXXXX;
 - .5 porte-parole et site web de la Fondation;
 - .6 structure de la Fondation.
11. Date de la prochaine réunion

Adopté à l'unanimité après modifications mineures

a-2.03 **ADOPTION ET SUIVI DU PROCÈS-VERBAL DE LA DERNIÈRE RÉUNION**

Procès-verbal de la réunion du 10 mars accepté à l'unanimité

a-2.04 **CORRESPONDANCE**

Aucune correspondance n'est présentée

a-2.05 **MISSION, OBJETS ET ACTIVITÉS DE LA FONDATION**

Il est proposé par : XXXXXXX
Appuyé par: XXXXXXX

Que soient adoptés tel que modifiés la mission, les objets et les activités de la Fondation.
Document joint en annexe.

a-2.06 **PRÉSENTATION AUPRÈS DU RÉSEAU DES FEMMES D'AFFAIRES DU QUÉBEC**

Présentation reportée au mercredi 7 mai 1997. XXXXXX et XXXXXX présenteront la Fondation en vue d'un éventuel partenariat avec le réseau des Femmes d'Affaires.

a-2.07 **RAPPORT DE RECHERCHE DE DÉNOMINATION**

Suite à la présentation du dossier de rapport de recherche de dénomination, une discussion est ouverte quant à la possibilité de trouver un nom autre que celui de Fondation l'Arc-en-Ciel ou de procéder à l'adoption du nom de Fondation l'Arc-en-ciel.

Il est proposé par: XXXXXXX
Appuyé par: XXXXXXX

Que la Fondation portera le nom de Fondation l'Arc-en-Ciel.

Adoption à l'unanimité.

a-2.08 **RÈGLEMENTS, ÉTHIQUE & STRATÉGIES**

Mesdames XXXXXX, XXXXXX et XXXXXX
se portent volontaires pour étudier le volet éthique de la Fondation et pour présenter lors de la prochaine réunion l'état de leur réflexion.

Madame XXXXXX se porte volontaire pour étudier les règlements internes de la Fondation et pour présenter lors de la prochaine réunion sa réflexion.

Mesdames XXXXXX, XXXXXX XXXXXX, XXXXXX
 et XXXXXX se portent volontaires pour étudier les stratégies de marketing et le plan
 pour l'année qui vient et pour présenter lors de la prochaine réunion l'état de leur
 réflexion.

1-2.09 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE / MEMBRES

Madame XXXXXX nous soumettra ses conseils ou
 recommandations à ce sujet lors de la prochaine réunion.

1-2.10 VARIA

- 1-2.10.01 Madame XXXXXX présente les activités de
 Naissance/Renaissance et les possibilités de partage des ressources/
 associations entre la Fondation et le Regroupement. Elle propose de plus
 que soit considérée la possibilité pour les membres de recevoir une
 allocation de gardiennage;
- 1-2.10.02 Il est proposé que chacun des membres présente son curriculum vitae à la
 Fondation à titre d'information;
- 1-2.10.03 Un article sur le développement d'un programme de marrainage en post-
 natal est soumis aux membres à titre de renseignement;
- 1-2.10.04 XXXXXX annonce qu'il est fort possible qu'elle doive quitter
 temporairement la Fondation (postdoctorat à l'étranger) à compter
 d'octobre mais désire poursuivre son implication;
- 1-2.10.05 Une relance est faite auprès de XXXXXX par XXXXXX. Le site web de la Fondation
Trillium est proposé comme modèle et disponible pour consultation- cartable déposé par
XXXXXX;
- 97.ca-2.10.06 Au niveau de la structure organisationnelle- il est convenu que Madame
XXXXXX représente le CLSC Grande-Rivière et que Mesdames XXXXXX et
XXXXXX siègent sur le conseil à titre
 de membres-coopératrices. Nous rechercherons la participation du CLSC de Hull

1-2.11 DATE DE LA PROCHAINE RENCONTRE

Prochaine rencontre le 26 mai à 19h00.

1-2.12 CLÔTURE DE LA RÉUNION

Tous les points à l'ordre du jour ont été abordés, la présidente (temporaire) procède
 clôture de la réunion à 21h00 .

Procès-verbal adopté le _____.

XXXXXX

Présidente (temporaire)

XXXXXX

Secrétaire (temporaire)

1. Énoncé de la mission
2. Objets de la corporation
3. Activités de la Fondation

Énoncé de la mission

Fondation de bienfaisance publique l'Arc-en-ciel est née d'un désir de combattre la pauvreté dissimulée des familles de l'Outaouais ainsi que des résultats de 6 années de recherche (maîtrise et thèse) sur l'efficacité des programmes prénatals offerts en milieu défavorisé. **La Fondation a comme mission principale de travailler de concert avec des institutions publiques ou communautaires à l'émancipation des familles socialement ou économiquement défavorisées et en attente d'un soutien ou avec de jeunes enfants.** L'émancipation réfère ici à la collaboration ainsi qu'à la promotion des forces, des droits et des habiletés des individus dans l'apprentissage de:

- 1) la maîtrise de l'environnement à travers ses enjeux personnels, sociaux, économiques et politiques;
- 2) de l'auto-détermination, permettant d'améliorer la situation de vie.

Il est reconnu que les familles vivant en situation de grande pauvreté ou de précarité présentent des besoins importants tant pour leur santé et leur bien-être que ceux de leur enfant, ce qui justifie pleinement l'intervention sanitaire et sociale proposée.

Objets de la corporation

À des fins purement charitables et sans intention de gain pécuniaire pour ses membres, la fondation a pour principaux objets de:

- défendre et promouvoir les intérêts des familles vivant en situation de pauvreté ou de précarité;
- sensibiliser la population aux besoins des familles et de leurs enfants;
- offrir du soutien financier et de l'assistance organisationnelle à des mères de la communauté pour la création de programmes de pairs entraidents et toutes formes d'accompagnement parental ou postnatal naturel;
- promouvoir l'autonomie et l'épanouissement des familles;
- procurer aux fins mentionnées ci-dessus, des fonds par voie de souscriptions publiques;
- recevoir des dons, legs et autres contributions de même nature en argent, en valeurs mobilières ou immobilières, administrer de tels dons, legs et contributions: organiser des campagnes de souscriptions dans le but de recueillir des fonds pour des fins charitables;
- Les objets ne permettent cependant pas aux souscripteurs ou à leurs ayants droit de recouvrer sous quelque forme que ce soit, l'argent qu'ils auront versé à la corporation.

Activités de la Fondation

Les activités de la Fondation sont de trois ordres: 1) Recueillir des fonds et financer d'autres organismes, diffuser et disséminer des connaissances et 3) Diriger certaines activités de son propre chef.

L'activité principale de la Fondation est de recueillir des fonds de divers organismes auxquels correspondent nos objectifs (Centraide Outaouais, Fondation de la Visite, Organisation nationale d'anti-pauvreté, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Clubs Optimistes, Ministère

inances - Loto-Québec) et auprès de citoyens désireux de contribuer financièrement à la Fondation. Les communiqués laissés dans des endroits communautaires, caisses populaires, ou présentés sur la scène communautaire. Les fonds recueillis seront partagés entre les institutions désireuses de procéder à un projet en cours ou offrant déjà des programmes d'entraide pré- et post-natale. Ces institutions pourront être des organismes publiques ou communautaires. Un groupe de femmes de la communauté pourra alors, d'un effort collectif et pour répondre à un besoin du milieu, s'affilier à l'une ou l'autre des institutions ci-mentionnées et créer un programme d'entraide appuyé par la Fondation.

Les projets subventionnés par la Fondation l'Arc-en-ciel doivent satisfaire à l'objectif d'émancipation de la Fondation. Ils doivent démontrer comment ils favorisent le potentiel pour le groupe de femmes enceintes et de mères de prendre du pouvoir d'une situation ou d'un système les opprimant et répondre aux critères suivants:

- Promouvoir l'implication** active de membres de la communauté dans la prestation de services destinés aux familles, en période prénatale ou postnatale;
- Favoriser une prise en charge collective et personnelle** par les compagnes (mères bénévoles) qui travaillent dans les projets d'entraide;
- Promouvoir l'autonomie et l'exercice de l'auto-détermination des familles** par la transmission de l'information, la promotion des choix, et la liberté des décisions;
- Encourager le transfert des habiletés** développées à d'autres sphères de leur vie telles que gestion familiale et carrière professionnelle;
- Prévoir une façon d'évaluer** les forces et les difficultés du projet et soumettre un rapport à cet effet; faire appel au **bénévolat**.

La Fondation l'Arc-en-ciel prévoit des mécanismes de dissémination des connaissances (références, rapports, colloques, tables rondes) sur les activités de la Fondation et sur le succès ou les difficultés des projets subventionnés et mis-en-oeuvre. Les membres du conseil d'administration agiront avec et de personnes ressources à l'élaboration de programmes visant les mêmes objectifs. Ils pourront, au besoin, fournir des rapports de recherche aux intéressés, présenter les fondements de tels programmes d'entraide et assister dans le démarrage.

La Fondation compte tenir aussi ses propres activités de bienfaisance. Deux types d'activités sont prévues: ponctuel et continu. Comme **activités ponctuelles**, nous envisageons des rencontres éducatives (éducatives et/ou sociales) auprès de femmes enceintes ou de jeunes mères, des activités de sensibilisation pour les compagnes-mères (mères bénévoles des programmes), la cueillette de biens matériels à offrir, l'organisation de cuisines collectives, etc. Comme **activité continue**, la Fondation pourra soutenir la mise-en-oeuvre et l'opération de son propre programme d'accompagnement pré/post-natal où les mères de la communauté sont jumelées à des gestantes ou à des mères pour offrir soutien émotif, aide matérielle et symbolique et échanger des connaissances. La Fondation s'engage à soutenir les mères bénévoles des projets d'entraide, à favoriser un climat d'échange d'expériences ainsi qu'à leur offrir un privilège de partage et de soutien mutuel.

NOTES RÉUNION DU 26 MAI

- ◆ 02 Lecture et adoption du projet d'ordre du jour

Proposé - J. Lapierre
Appuyé - D. C. Plante

- ◆ 03 Adoption et suivi du procès-verbal de la dernière réunion du Conseil

Proposé - J. Lapierre
Appuyé - C. Plante

- ◆ 04 Correspondances

Rencontre possible avec "fondation la visite"
26 juin - 11 hres - Montréal.

- ◆ 05 Dossier/Revenu Canada - Développements

6 jours être incorporé !!!
Marque d'argent - dossier doit
maintenant avoir un numéro (finalment)

Pairs Entraide
formation - Franc.
1 pair - gratuitement
4 à 5 / ou

- ◆ 06 Partenariat avec le Réseau des femmes d'affaires du Québec

LE 7 MAI⁹⁷ DERNIER MARIE-ÈVE & JUDITH ONT ASSISTÉ
À UNE RENCONTRE AVEC LE RÉSEAU.

COLLABORATION POSSIBLE →
aucunes dépenses

vous n'avez pas demandé spécifiquement
pour l'argent.

- ◆ 07 01. Présentation des états financiers prévisionnels

02. Proposition de recherche de personnes-ressources pour plan de Marketing et plan d'affaires de la Fondation

Plan d'affaire à avoir pour la fondation.
On recherche quelqu'un pour le faire.

♦ Comités d'étude règlement

01. Comité ~~stratégique~~ →

Veronique n'avait pas reçu les règlements.

02. Comité Éthique →

Anie - park du travail qu'elle a fait sur l'éthique.

Lecture de ses notes (annexé)

4 points
sur
non
judique??

↳ Clause → Protéger la mère contre des poursuites légales en ce d'accident. Veronique dit que la clause comme tel ne nous protège peut-être avoir une assurance

03. Comité ~~Règlements~~ → stratégique

feuille jeune : Caroline Plank a lu.

ité de
avec

- lieu de financement possible.
- Recherche d'un contact pour C de Colomb
- Anie a un beau-père à la Ligon.
- Activité pour recueillir des fonds (lave-auto, bi)
- hommes d'affaires, chambres de commerces

slaws
avoir.
renation
nats.

♦ 09 Assemblée générale / membres →

Etude des règlements par Veronique

- ◆ 10 Varia
 - 01. Logo

C'est beau ! Parfait

02. Site WEB

03. Rappel curriculum vitae

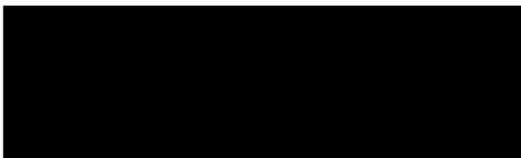
Centre va Gatineau - formation et C.V.

Mireille va assister à une séance et elle va nous informer. Lettre et info. à la prochaine rencontre.

- ◆ 11 Date de la prochaine réunion: ~~30 Juin à 19h00~~

25 juin 19hees.

Procès verbal adopté le 25 juin



Présidente (temporaire)



Secrétaire (temporaire)

PROCÈS-VERBAL DE LA 4^{ème} RÉUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA
Fondation l'Arc-en-ciel
TENUE LE 25 JUIN 1997 AU 50 RUE NOËL UNITÉ 3, HULL, QUÉBEC

(Administratrices) présentes :

XXX
XXX
XXX
XXX

(Administratrices) absentes:

XXXXXX
XXXXXX
XXXXXX
XXXXXX
XXXXXX
XXXXXX
XXXXXX

A-4.01 OUVERTURE DE LA RÉUNION ET MOT DE BIENVENUE

Ouverture de la réunion par XXXXXX avec 4 membres à 19h15.

A-4.02 LECTURE ET ADOPTION DU PROJET D'ORDRE DU JOUR

A-4.02.01

Il est proposé par : XXXXXX
Appuyé par: XXXXXX

01. Ouverture de la réunion
02. Lecture et adoption du projet d'ordre du jour
03. Adoption et suivi du procès-verbal de la dernière réunion du Conseil
04. Correspondances
 01. Revenu Canada
 02. XXXXXX - formation décembre
 03. Ville de Hull, Gatineau
05. Discussion des états financiers prévisionnels
06. Comités d'étude
 01. Comité stratégique -> XXXXXX & votes sur certaines stratégies
 02. Comité Éthique
07. Formation en septembre 1997
 01. Proposition d'un plan (XXXXXX) et recherche de personnes-ressources
 02. Matériel
 03. Invitation auprès d'aspirantes compagnes-mères (Naissance-Renaissance 2 femmes?)
08. Partenariat (Naissance/Renaissance) et Porte-parole
09. Site Web
 01. Données statistiques
 02. Différentes sections
10. Varia

01. Assurances des compagnes-mères
02. Naissance....
11 Date de la prochaine réunion: 25 Août à 19h00
12 Clôture de la réunion

cii

4.03 ADOPTION ET SUIVI DU PROCÈS-VERBAL DE LA DERNIÈRE RÉUNION

Procès-verbal de la réunion du 10 mars accepté à l'unanimité

Suivi

- Femmes d'Affaires: Il est convenu par les membres présents qu'une invitation soit lancée au Réseau des F.A. lors de l'une de nos activités de campagne.

- Naissance/Renaissance: Il est convenu par les membres présents que la Fondation l'Arc-en-Ciel travaille en partenariat avec Naissance/Renaissance. Nous demanderons à Madame XXXXXX si un tel partenariat les intéresse. Madame XXXXXX a été activement impliquée dans les démarches de la Fondation.

- Plan d'affaire / de marketing: XXXXXX propose que nous recherchions l'appui de CÉDEC. Elle s'informerait auprès de personnes-contacts.

- Code d'éthique: XXXXXX propose que chacune qui travaille dans un milieu quelconque nous apporte le code d'éthique afin de guider nos propres démarches. Appuyé à l'unanimité. XXXXXX nous apprend qu'une formation en éthique sera offerte à l'automne - elle nous renseignera à ce sujet.

- Assurance-responsabilité: Point à l'ordre du jour. XXXXXX propose qu'un contrat / une entente soit signée avec les femmes enceintes dès le début du programme. Appuyé à l'unanimité.

4.04 CORRESPONDANCE

04 Correspondances

01. Revenu Canada

XXXXXX présente l'accusé de réception du dossier.

02. XXXXXX - formation décembre

Présentation de la confirmation reçue concernant le cours en décembre- possibilité pour deux compagnes-mères de participer à la formation gratuitement.

03. Ville de Hull, Gatineau

Information transmise sur les renseignements fournis par les villes de Hull et de Gatineau

1-4.05 DISCUSSION DES ÉTATS FINANCIERS PRÉVISIONNELS

XXXXXX présente brièvement les états révisés ainsi que l'analyse justificative annexée. courte discussion s'ensuit. Ce dossier sera transmis aux personnes responsables du plan d'affaires et marketing.

1-4.06 COMITÉS D'ÉTUDE

4.06.01. Comité stratégique -> XXXXXX révisé les stratégies proposées par le comité et les membres
 Proposition par: XXXXXX
 Appuyée par: XXXXXX

Il est proposé que les stratégies choisies pour l'année 1997-1998 soient:

- 1) La présence d'un kiosque "**Centre de la famille**" au Festival des Montgolfières (septembre 1998). Kiosque avec micro-onde pour réchauffer le lait, des couches commandites (Pampers ou autre), la Laiterie Château - voir auprès de XXXXXX, XXXXXX parlera à sa belle-mère qui est la responsable des bénévoles du festival.
- 2) Journées bénéfiques au **McDonald** pour rejoindre la clientèle visée par la Fondation et auprès des clubs **Vidéotrons**
- 3) Activités **d'emballements des sacs d'épicerie** au SUPER C et un **BBQ** au Loblaws
- 4) Aide financière auprès de **MGR XXXXXX**

4.06.02 Comité Éthique -> XXXXXX se propose de poursuivre l'étude de l'éthique avec les autres membres de ce comité. Livre écrit par un chercheur en éthique de Sherbrooke remis à la Fondation

1-4.07 FORMATION DES COMPAGNES-MÈRES

4.07.01 Formation en septembre 1997

Il est proposé par: XXXXXX
 Appuyé par: XXXXXX

Que la formation soit donnée **deux samedis consécutifs** en septembre soit les 13 et 20 septembre 1997.

Adopté par les membres présents.

Plan proposé par XXXXXX / appuyé par les membres présents:

1.0 **Formation sur le programme/éléments du programme/ engagement**
 -> XXXXXX

2.0 Relation d'aide

-> Madame XXXXXX

(thérapeute familiale - nombreuses années d'expériences, a parti des groupes d'entraide pour femmes de milieu défavorisé, a donnée des formations de 90 heures...)

3.0 Co-conseil

-> XXXXXX ou XXXXXX

4.0 La grossesse (révision des points majeurs des cours prénatals)

-> XXXXXX

5.0 La maternité (alimentation/soins du nouveau-né)

-> XXXXXX

6.0 Témoignages des marraines

de la Fondation de la Visite (Montréal) XXXXXX: 514- 329-2800

des marraines du GEM (groupe d'entraide maternelle) XXXXXX:

514- 495-3494

7.0 Témoignages des compagnes-mères de la Fondation l'Arc-en-Ciel

-> XXXXXX

-> XXXXXX

8.0 Économie familiale

-> XXXXXX de l'ACEF 770-4911

Pour conscientiser, sensibiliser à l'économie familiale, aux choix de vie, aux décisions des familles qui peuvent vivre des difficultés financières.

9.0 Méthodes de relaxation

-> XXXXXX

10.0 Ressources communautaires

-> XXXXXX

Certaines de ces personnes ont déjà accepté d'autres seront contactées sous peu (D par XXXXXX, XXXXXX par XXXXXX)

4.07.02 Les formateurs devront remettre un bref guide de leur enseignement aux compagnes en formation.

Le Matériel:

- > Guides du Co-conseil achetés du "Peer Resources"
- > L'art d'aider de Robert Carkhuff (livre discontinué mais permission de reproduire par la maison d'édition - Agence de distribution populaire-Filiale de Sogides -> Mme XXXXXX (514) 523-1182
- > Cahier d'exercices de XXXXXX

4.07.03 Invitation auprès d'aspirantes compagnes-mères

Il es proposé que des compagnes-mères soient recherchées auprès de Naissance-Renaissance

4-4.08 PARTENARIAT ET PORTE-PAROLE

4.08.01 Tel que mentionné, nous rechercherons un partenariat avec Naissance/Renaissance

4.08.02 Les résultats obtenus par XXXXXX sur la recherche de porte-parole -> XXXXXX et XXXXXX sont présentés.

XXXXXX propose que nous demandions à XXXXXX.
Appuyée par XXXXXX.
Adopté par les membres présents.

Il est donc convenu que XXXXXX fera les premiers contacts auprès de XXXXXX et nous renseignera lors de la prochaine réunion.

a-4.09 SITE WEB

- 4.09.01 Section programme à compléter par XXXXXX
- 4.09.02 Section sur les données statistiques sur la pauvreté à compléter par XXXXXX
- 4.09.03 Section sur la porte-parole à compléter en partie par XXXXXX
- 4.09.04 Section sur le partenariat - confirmer auprès de XXXXXX
- 4.09.05 Section affaire/marketing à compléter par les renseignements que nous remettra XXXXXX
- 4.09.06 Section sur l'éthique: Énoncés/Règles à identifier par le comité responsable
- 4.09.07 Section sur le recherche de fonds à compléter par XXXXXX avec le programme SOC de la Régie

Invitation auprès de toutes à modifier, améliorer le site!

i-4.10 VARIA

- 4.10.01. Assurances des compagnes-mères: La fondation de la visite -> mères sont rémunérées et ont une assurante. GEM Petite Patrie - ne sont pas rémunérées mais reçoivent des allocations pour couvrir tous les frais encourus - étant donné que le service est demandé par la femme enceinte - ne s'applique pas. Clause possible dans l'engagement tel que proposé par XXXXXX.
- 4.10.02 Naissance... d un bébé d'une administratrice - XXXXXX. XXXXXX est arrivé presque deux semaines en retard et à sa façon... un accouchement naturel et rapide! BRAVO!
- 4.10.03 XXXXXX désire remercier les membres pour les souhaits reçus pour son mariage et la petite pensée!

i-4.11 DATE DE LA PROCHAINE RENCONTRE

Prochaine rencontre le 21 Août à 19h00

Tous les points à l'ordre du jour ont été abordés, la présidente (temporaire) procède à la clôture de la réunion à 21h30.

ès-verbal adopté le _____

XXX
dente (temporaire)

XXXXXX
Secrétaire (temporaire)

PROCÈS-VERBAL DE LA 5^{ième} RÉUNION DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA

cvi

Fondation l'Arc-en-ciel

TENUE LE 21 AOÛT 1997 AU 50 RUE NOËL UNITÉ 3, HULL, QUÉBEC

(Administratrices) présentes :

XXX
XXX
XXX
XXX
XXX
XXX
XXX
XXX

(Administratrices) absentes:

XXXXXX
XXXXXX

i-5.01 OUVERTURE DE LA RÉUNION ET MOT DE BIENVENUE

Ouverture de la réunion par XXXXXX avec 8 membres à 19h15.

i-5.02 LECTURE ET ADOPTION DU PROJET D'ORDRE DU JOUR

A-5.02.01 Il est proposé par : XXXXXX
Appuyé par: XXXXXX

01. Ouverture de la réunion
02. Lecture et adoption du projet d'ordre du jour
03. Adoption et suivi du procès-verbal de la dernière réunion du Conseil
04. Correspondance
05. Formation de septembre 1997 (13/20 septembre)
06. Recherche de compagnes-mères
07. Partenariat – Naissance/Renaissance
08. Site-Web
09. Varia
 - 09.01 Recherche de compagnes-enceintes
 - 09.02 XXXXXX (curriculum vitae)
 - 09.03 Journée Loblaws
 - 09.04 T-shirt
 - 09.05 Demande de subvention: problème lié au nom Fondation
 - 09.06 Porte-parole
 - 09.07 Revenu Canada; Division des organismes
10. Date de la prochaine réunion: septembre?
11. Clôture de la réunion

1-5.03 ADOPTION ET SUIVI DU PROCÈS-VERBAL DE LA DERNIÈRE RÉUNION

Procès-verbal de la réunion du 25 juin accepté à l'unanimité

Suivi:

- **Partenaires:** Les CLSC de la région devraient être sollicités pour un partenariat: contacts seront faits par XXXXXX en collaboration avec XXXXXX du CLSC Grande-Rivière.
- (XXXXXX du CLSC de Hull et XXXXXX de Gatineau – conversations tenues les 6 et 8 septembre : intérêt manifesté et elles nous rencontrerons). Naissance-Renaissance recontacté via fax et téléphones à XXXXXX.
- **Plan d'affaire / de marketing:** Impossible de recevoir l'appui de CÉDEC suite aux démarches de XXXXXX. XXXXXX reproposera un nouveau portfolio (document de travail) qui servira de plan d'affaires et sera adapté par les membres du C.A.
- **Code d'éthique:** XXXXXX poursuivra ses efforts de recherche d'un guide d'éthique (ex. auprès des mairaines d'allaitement). XXXXXX participera à une formation en éthique à l'automne et transmettra l'information pertinente aux membres.
- **Assurance-responsabilité:** Développer un contrat à faire signer par les compagnes du programme.
- **Assemblée annuelle 22 septembre** – CLSC Grande-Rivière.
Demande sera faite en vue d'obtenir une aide financière pour l'incorporation.

1-5.04 CORRESPONDANCE

Aucune

1-5.05 FORMATION DE SEPTEMBRE 1997

Il a été décidé à l'unanimité que la formation aux compagnes soit offerte en soirée de 18h00 à 21h00 et au cours de 4 soirées: 10-11-17-18 septembre.

Il est proposé par : XXXXXX
Appuyé par: XXXXXX

Que la participation de la ligue La Leche soit recherchée pour le volet sur l'allaitement.

Madame XXXXXX de Gatineau a accepté le 8 septembre avec plaisir de venir nous rencontrer le 24 septembre à 19h00 à Hull.

1-5.06 RECHERCHE DE COMPAGNES-MÈRES

Il a été proposé par XXXXXX

Que des compagnes-mères soient recherchées auprès des autres CLSC de la région et auprès de Naissance/Renaissance. XXXXXX fera les contacts suite aux noms de personnes-ressources proposées par XXXXXX.

5.07 PARTENARIAT NAISSANCE / RENAISSANCE

La notion de partenariat a été discuté et compte tenu de l'absence du membre représentant NRO, on reporte à la prochaine réunion.

5.08 SITE WEB

5.08.01 XXXXXX poursuit le travail commencé; section programme à compléter.

5.09 VARIA

5.09.01 **Recherche de compagnes-enceintes.** Il est entendu que des compagnes-enceintes seront recherchées par les intervenantes en périnatalité. Des feuillets informatifs seront aussi laissés dans les présentoirs et envoyés aux bureaux de médecins de la région, tel que proposé antérieurement.

5.09.02 XXXXXX présentera lors de la prochaine réunion les renseignements qu'elle a obtenus au cours de sa formation.

5.09.03 **Journée Loblaws.** Il a été proposé d'organiser une journée de collecte de fonds au Loblaws via la vente de hot dogs (début octobre). XXXXXX a transmis les informations à XXXXXX qui a écrit une lettre à la personne responsable: XXXXXX. (Loblaws fournit la nourriture et la moitié des fonds recueillis retourne à Loblaws et la moitié à notre organisme) Décision finale sera communiquée sous peu à XXXXXX.

5.09.04 **T-Shirts:** Il a été proposé par XXXXXX que pour la journée Loblaws, toutes portent un t-shirt sur lequel sera dessiné un arc-en-ciel et le nom de notre organisme. Elle procurera la peinture – chacune doit apporter son t-shirt blanc lors de la dernière journée de formation. XXXXXX remettra un grand panneau pliable (gracieuseté de Plano construction) sur lequel pourront être affichées des informations sur l'organisme.

5.09.05 Demande de subvention: Contact fait auprès de la Régie à XXXXXX (104 rue LOIS, Hull, J8Y 3R7). Notre organisme ne peut être connu sous le nom de Fondation et ne peut redistribuer des fonds mais peut être le Centre d'entraide périnatale régionale l'Arc-en-ciel et diriger, dans les différentes villes des programmes. Les démarches à suivre sont les suivantes:

1- **Obtenir la charte provincial** et autant que possible être reconnu comme **organisme de charité** si l'on veut obtenir des fonds des gens ou d'entreprises qui donneront seulement si, ils ont ce droit de déduction fiscale.

2-Faire parvenir à M. XXXXXX ces renseignements: charte provincial, la liste des membres du CA – officiels – règlements généraux, code d'éthique en d autres mots -
-lui envoyer le portfolio et inviter à visiter le site WEB.

3- Suite à une étude favorable du dossier, soumettre une demande officielle pour le 31 mars 1998.

5.09.06 **Porte-parole:** XXXXXX fera des démarches afin d'obtenir des informations sur XXXXXX et sur sa participation...

5.09.07 **Revenu Canada** – Division des organismes de Bienfaisance.

Appel le 8 septembre: Aucune assignation du dossier!

Lettre envoyée à M. XXXXXX en vue d'obtenir priorité dans l'étude du dossier et de préciser les modifications apportées à nos activités – ne pouvons plus redistribuer des fonds mais devons devenir un centre régional d'entraide périnatale et gérer nos fonds.

5.10 DATE DE LA PROCHAINE RENCONTRE

Prochaine rencontre à déterminer lors des journées de formation.

4.11 CLÔTURE DE LA RÉUNION

Tous les points à l'ordre du jour ont été abordés, XXXXXX procède à la clôture de la réunion à 21h15.

ès-verbal adopté le _____

XXX
dente (temporaire)

XXXXXX
Secrétaire (temporaire)

Annexe N
Résultats du développement d'un site internet



**Centre d'entraide
parentale de l'Outaouais**

Il nous fait plaisir de vous accueillir à notre site

Menu





MENU LES DEMI-LUNES

Les Demi-Lunes, Centre d'entraide périnatale de l'Outaouais, est un organisme à but non-lucratif.

Sa mission principale est de travailler de concert avec des institutions publiques ou communautaires à l'émancipation des familles socialement ou économiquement défavorisées.

	<u>Renseignement sur l'organisme</u>		<u>Membres Fondatrices et Conseil d'Administration</u>
	<u>Rapport des activités</u>		<u>Partenaires</u>
	<u>À surveiller</u>		<u>Porte-parole</u>
	<u>Ressources communautaires locales</u>		<u>Liste des donateurs</u>
	<u>Autres sites à visiter</u>		<u>Vous aimeriez faire un don?</u>

Les Demi-Lunes
3-50 rue Noël
Hull (Québec)
Canada
J8Z 2M4

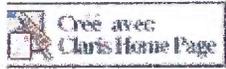
Téléphone: (819) 595-4854
Télécopieur: (819) 778-1589

Courrier électronique: demi-lunes@travel-net.com

N'hésitez pas à nous faire parvenir toutes vos questions ou tous vos commentaires au sujet de nos activités ou du présent site.



Mise à jour : le 1 octobre, 1997





Renseignements sur l'organisme

*“Une grossesse c’est la vie qui continue,
 ma propre vie qui se prolonge,
 il n’y a rien de plus important ni de plus grand.
 Je mets tant d’espoirs dans chaque
 enfant que la vie me donne ...
 La grossesse, c’est l’expérience la plus importante
 de ma vie - elle me prépare à entreprendre
 ma plus grande aventure,
 à jouer mon plus grand rôle: celui d’être maman...”
 (Une mère, Compagne de grossesse)*

*Pour toutes ces raisons, aussi parce que,
 sur votre chemin, peuvent cumuler des difficultés financières ou sociales
 compliquant votre grossesse et votre maternité,
 l'organisme Les Demi-Lunes aspire à
 faire une différence aussi modeste soit-elle
 dans votre vécu et celui des familles qui le désirent.*



HISTORIQUE ET MISSION

L'organisme Les Demi-Lunes est né d'un désir de combattre la pauvreté grandissante des familles de l'Outaouais ainsi que des résultats de 6 années d'études sur l'efficacité des programmes prénatals offerts en milieu défavorisé. C'est en mars 1997 que l'on planifia soigneusement la naissance de l'organisme. Alimentée par des efforts collectifs et rigoureux, une courte gestation s'ensuivit.

Depuis ses débuts, notre organisme s'est engagé à accompagner toutes familles vivant une situation sociale ou économique précaire et en attente d'un enfant ou avec de jeunes enfants. Sa mission principale devint de travailler de concert avec des institutions publiques ou communautaires à l'émancipation de ces familles défavorisées. L'émancipation fait appel à la

collaboration ainsi qu'à la promotion des forces, des droits et des habiletés des familles dans l'apprentissage de:

- 1) la maîtrise de l'environnement à travers ses enjeux personnels, sociaux, économiques et politiques;
- 2) de l'auto-détermination, permettant d'améliorer la situation de vie.

Il est reconnu que les familles vivant en situation de grande pauvreté ou de précarité présentent des risques importants tant pour leur santé et leur bien-être que ceux de leurs enfants. L'isolement social, la solitude, le stress et l'anxiété caractérisent trop souvent la période prénatale de ces familles.

C'est pour contrer les effets néfastes de ces situations que Les Demi-Lunes en tant qu'organisme communautaire à but non-lucratif, propose une intervention à la fois sanitaire et sociale. La conjoncture économique actuelle et la vision à long terme de la réforme des services de santé au Québec viennent appuyer une telle démarche de prise-en-charge individuelle et collective.

OBJECTIFS

À des fins purement charitables et sans intention de gain pécuniaire pour ses membres, l'organisme a comme objectif de combattre la pauvreté grandissante des familles de l'Outaouais et de:

- 1- Travailler à l'émancipation des familles socialement ou économiquement défavorisées de concert avec des institutions publiques ou communautaires;*
- 2- Défendre et promouvoir les intérêts des familles vivant en situation de pauvreté ou de précarité;*
- 3- Sensibiliser la population aux besoins des familles et de leurs enfants;*
- 4- Offrir du soutien financier et de l'assistance organisationnelle à des mères de la communauté pour la création de programmes de pairs entraidents et toutes formes d'accompagnement prénatal ou postnatal naturel;*
- 5- Promouvoir l'autonomie et l'épanouissement des familles;*

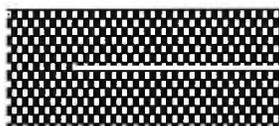
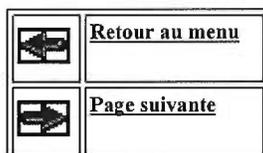
6- Se procurer aux fins mentionnées ci-dessus, des fonds par voie de souscriptions publiques;

7- Recevoir des dons, legs et autres contributions de même nature en argent, en valeurs mobilières ou immobilières, administrer de tels dons, legs et contributions: organiser des campagnes de souscriptions dans le but de recueillir des fonds pour des fins charitables;

8- Les objets ne permettent cependant pas aux souscripteurs ou à leurs ayants droit de recouvrer sous quelque forme que ce soit, l'argent qu'ils auront versé à la corporation.

Par ces objectifs et sa vision d'émancipation dont le véhicule est l'entraide, l'organisme Les Demi-Lunes encourage la mobilisation communautaire et le partenariat avec des institutions publiques ou communautaires.

Ses moyens privilégiés sont l'intersectorialité, la mise-en-commun d'expertises diverses, la reconnaissance de celles des familles et les tables de concertation: tous, des outils de prédilection d'un avenir où les écarts monétaires entre les membres d'une même communauté n'influenceront plus autant la qualité de vie de chacun.





Membres fondatrices et Conseil d'Administration

MEMBRES FONDATRICES

XXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXX

XXXX

XXXX

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comité exécutif

XXX

XXXX

XXXX

XXXX

Autres membres

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX



Rapport des activités

Description des activités

1- Programme d'accompagnement périnatal

2- Centre régional de diffusion et de concertation

3- Activités de bienfaisance

1- Programme d'accompagnement périnatal

Le programme a été développé par des mères et pour des mères de la communauté. Il s'échelonne sur une période pouvant varier entre 20 et 28 semaines. À tout moment au cours de la grossesse, vous pouvez vous inscrire à notre programme et partager ainsi votre expérience avec votre compagne jusqu'à 8 semaines après l'accouchement.

Une compagne-mère vous visitera à la maison deux fois par mois ou communiquera avec vous, pour vous apporter soutien, répondre à vos inquiétudes, vous renseigner sur les ressources communautaires disponibles, vous écouter ou simplement partager un moment de détente. Quand vous aurez accouché, elle pourra vous appuyer dans votre nouveau rôle de mère par une présence et une écoute disponibles, le partage de conseils et de trucs et vous offrir, si vous le désirez, un moment de répit.

Pour qui?

Toutes femmes enceintes qui aimerait connaître une maman avec qui partager son expérience, qui aimerait avoir une amie qui l'accompagne tout au long de sa grossesse et durant les premières semaines de sa maternité (le suivi peut être offert en français ou en anglais, selon les habiletés des compagnes-mères).

Nous n'oublions pas les pères... s'il y en a parmi vous qui aimeraient devenir compagnons-pères, faites le nous savoir et vous pourriez accompagner un homme qui attend un enfant ou qui a de jeunes enfants!

Par qui?

Les compagnes de grossesse sont des mamans qui, comme bien d'autres ont vécu une ou plusieurs grossesses. Ces mères qui sont bénévoles aimeraient partager avec vous leurs expériences et surtout devenir une amie avec qui vous pourriez échanger des

trucs, vous entraider et passer de bons moments, en toute simplicité,....

Pourquoi?

- **Parce que la grossesse vous prépare à jouer votre plus grand rôle;**
- **Parce que nous croyons que cette expérience devrait être la plus belle et la plus valorisée de notre société;**
- **Parce que nous désirons contribuer à l'épanouissement ou l'émancipation des jeunes familles qui comme nous, ont peut-être connu des périodes difficiles :**
- **Parce que nous sommes souvent entourées d'experts qui veulent nous outiller durant cette période et sommes isolées de notre entourage habituel qui ne vit pas la même chose. Or, une amitié comme celle-là, constitue le plus cadeau que l'on peut s'offrir;**
- **C'est du temps pour soi, partagé en toute confiance.**

Qui soutient les bénévoles?

Les mères bénévoles sont soutenues par notre organisme qui offre un encadrement formel aux compagnes via son réseau établi avec le CLSC et par les rencontres mensuelles qu'il tient avec les compagnes, où des personnes-ressources sont disponibles pour tous genres d'assistance.

Une intervenante professionnelle de la santé publique (pour la période 1997-1998, une infirmière du domaine de la périnatalité), assure l'encadrement des compagnes avec l'appui des Demi-Lunes. Notre organisme, en plus, gère la formation annuelle des compagnes.

Notre organisme a aussi comme mandat, de développer des cellules d'entraide dans les trois villes de la région Outaouaise : Aylmer, Hull et Gatineau.

Comment le programme peut-il contribuer à l'épanouissement?

Notre organisme s'est engagé à :

- Promouvoir l'implication active de membres de la communauté dans la prestation de services destinés aux familles, en période prénatale ou postnatale;**
- Favoriser une prise en charge collective et personnelle par les compagnes**

(mères bénévoles) qui travaillent dans les projets d'entraide;

-Promouvoir l'autonomie et l'exercice du pouvoir des familles par la transmission d'information, la promotion des choix, et la liberté des décisions;

-Encourager le transfert des habiletés développées à d'autres sphères de leur vie telles que gestion familiale et carrière professionnelle;

-Prévoir une façon d'évaluer le succès et les difficultés du programme et de favoriser la diffusion des connaissances.

2- Centre régional de diffusion et de concertation

Notre organisme désire contribuer à la diffusion des ressources communautaires de la région et à la mise-sur-pied graduelle d'une concertation régionale ralliant différents secteurs d'activités qui luttent contre la pauvreté grandissante des familles et pour la santé publique et ce, en réunissant des individus de divers paliers décisionnels hiérarchiques.

L'action communautaire en période prénatale n'a jamais fait l'objet d'une orientation prioritaire par le passé, que ce soit en institutions publiques ou communautaires. Notre organisme vient combler ce manque en s'attaquant directement aux facteurs prénatals que les écrits scientifiques identifient comme déterminants de la santé des nouveau-nés et de leurs mères : stress, anxiété, isolement, dévalorisation.

Le soutien social demeure l'arme la plus importante pour contrer les effets nocifs du stress et de l'anxiété et s'avère un moyen stratégique de soutien d'habitudes et de comportements sains pour la santé.

Nous prévoyons des mécanismes de dissémination des résultats que nous obtenons sur le terrain (appui de chercheurs universitaires) par des conférences, rapports, colloques, tables rondes sur les activités de l'organisme et sur le succès ou les difficultés du programme. Les membres du conseil d'administration agiront à titre de personnes ressources à l'élaboration de programmes visant les mêmes objectifs. Ils pourront, au besoin, fournir des rapports de recherche aux intéressés, présenter les fondements de tels programmes d'entraide et assister dans le démarrage de programmes similaires.

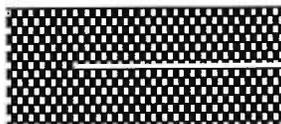
3- Activités de bienfaisance

Notre organisme compte tenir aussi ses propres activités de bienfaisance. Deux types d'activités sont prévues: ponctuel et continu.

Comme activités ponctuelles, nous envisageons des rencontres informatives (éducatives et/ou sociales) auprès de femmes enceintes ou de jeunes mères, la cueillette de biens matériels à redistribuer, l'organisation de cuisines collectives, etc.

Comme activité continue, notre organisme dirige la mise-en-oeuvre et l'opération de son propre programme d'accompagnement périnatal en plus d'assister dans le démarrage de programmes similaires. Les familles qui participeront au programme d'accompagnement périnatal pourront bénéficier d'une assistance matérielle adaptée à leurs besoins.

	<u>Retour au menu</u>
	<u>Page précédente</u>
	<u>Page suivante</u>





Partenaires

Les organismes suivants participent activement à la formation des mères bénévoles du programme:

- Le CLSC Grande-Rivière de la ville d'Aylmer, Québec
- Le Centre de Consultation Piché (Centre de développement des ressources humaines), Ottawa, Ontario
- La ligue La Leche de l'Outaouais
- L'ACEF Outaouais

Les entreprises suivantes nous ont gracieusement offert leurs services :

- PLANO Construction inc. de Hull (local, photocopies, etc.)
- SURE Photocopie Hull (assistance dans le développement de notre logo)

Les organismes suivants offrent un soutien constant à notre organisme par sa représentation au conseil d'administration :

- CLSC Grande-Rivière
- Naissance/Renaissance Outaouais

Et finalement, la Maison de la Famille de l'île de Hull appuie les orientations de notre organisme.

*Maison de la Famille de l'île de Hull
132, rue St-Jacques (Hull, Québec)*

Les activités de cet organisme sont des cafés-rencontres mensuels, des services grands-parents caresses, un projet de popotte-débrouille et finalement une joujouthèque. La Maison est ouverte à toutes les familles du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30 (et bientôt en soirée aussi certaines journées de la semaine!).



À surveiller

Septembre 1997 :

Les compagnes de grossesse sont en formation!

- 12 heures d'enseignement et d'activités expérientielles sont prévues;
- Grossesse, maternité, relaxation, co-conseil (entraide), sensibilisation à l'économie familiale, allaitement, ressources communautaires, etc...

Octobre 1997 :

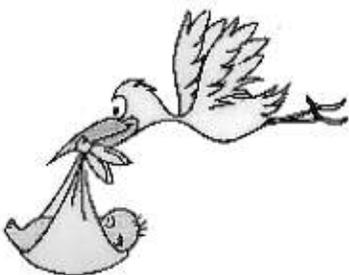
- Première activité de levée de fonds au Loblaws, 375 chemin d'Aylmer, Aylmer, Québec



*Vous êtes cordialement invités à
venir casser la croûte
avec nous
et
à prendre connaissance
de notre programme
de suivi périnatal*

- Surveiller le site de nouveau pour l'annonce de la date officielle de cette activité!

Novembre 1997 :



Les accompagnements périnatals seront amorcés....

À venir en 1998 :

- Journées de sensibilisation aux besoins des familles;

- Journées bénéfiques;
- Tables de concertation avec d'autres organismes de la région.
- Surveiller en mai, 1998, notre campagne de financement



- **Activités pour les familles**
- **Mini-concert de notre porte-parole**

Août, 1998

*Venez en grand nombre au festival des Montgolfières
de Gatineau 1998*



*Nous souhaitons inviter toutes les mamans et tous les papas à passer à notre
kiosque...*

*Petit moment de répit? Une pause pour allaiter? Vous devez
réchauffer le lait pour bébé?*

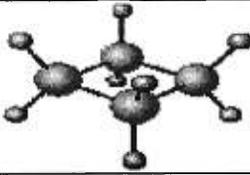
Nous vous attendrons....

	Retour au menu
	Page précédente
	Page suivante

	Porte-parole
---	---------------------



	Retour au menu
	Page précédente
	Page suivante



RESSOURCES COMMUNAUTAIRES LOCALES

*La présentation de ce bottin de ressources
a été rendue possible grâce à la participation des deux organismes suivants:*

- **La Clinique Juridique de Hull, 155 rue Ste-Étienne Hull (778-1147);**
- **CLSC Grande-Rivière, 425, rue Leguerrier, Aylmer (684-2251).**

Vous retrouverez sous ces différentes lettres, différents organismes communautaires ou publiques. Vous pouvez choisir une lettre si vous connaissez le nom ou la catégorie de celui que vous cherchez...

A C D E G M P S T V

A

Accueil Grossesse,
23, rue Brodeur, Hull, Qc. (819) 776-1776

Agence de Garde en Milieu Familial, des Chaudières,
Aylmer, Qc. (819) 682-8897

Agence sociale spécialisée de l'Outaouais:
Fédéral: 146, rue Berri, Hull, J8Y 4J2, tél: (819) 777-8882, téléc: (819) 777-2744
Provincial: 575, boul. Gréber, Gatineau, Qc., J8T 8G2, tél: (819) 568-1131,
téléc: (819) 568-9383

Agir,
C.P. 79069, Hull, Qc., J8Y 6V2, tél: (819) 770-0351, téléc: (819) 771-6233

Aide Juridique:

Aylmer:
203, chemin Aylmer, Aylmer, Qc., J9H 6H4, tél: (819) 684-0333
téléc: (819) 684-50

Gatineau:
8-0990, téléc: (819) 568-4727

Hull:

*Clinique Juridique de Hull, 155, rue Saint-Étienne, Hull, Qc., J8X 1K7,
tél: (819) 778-1147, téléc: (819) 778-7791*

Famille:

*63, rue de l'Hôtel-de-Ville, Hull, Qc., J8X 2E4, tél: (819) 772-3013,
téléc: (819) 772-3240*

Criminel:

136, rue Wright, Hull, Qc., J8X 2G9, tél: (819) 772-3084, téléc: (819) 772-3105

Allocations d'aide aux familles:**Régie des rentes du Québec,**

*170, rue de l'Hôtel-de-Ville, 6e étage, bureau 6.130, Hull, Qc., J8X 4C2, tél: (819)
772-3049, téléc: (819) 772-3063*

Bureau provincial:

C.P. 7777, Québec, Qc., G1K 7T4, tél: 1-800-463-5185

Allocations de maternité:

Voir développement des ressources humaines (Assurance emploi du Canada)

Association coopérative d'économie familiale de l'Outaouais (ACEF),

*109, rue Wright, bureau 303, Hull, Qc., J8X 2G7, tél: (819) 770-4911,
téléc: (819) 771-1769*

Association des familles monoparentales de l'Outaouais,

39, rue Richard, Hull, Qc., J8Y 4Y6, tél: (819) 771-3269, téléc: (819) 771-3260

Association des femmes immigrantes de l'Outaouais (AFIO),

*4, rue Taschereau, local 550, Hull, Qc., J8Y 2V5, tél: (819) 776-6764
téléc: (819) 776-5617*

Association pour la défense des droits sociaux (ADDS),

*18, rue Charlebois, Hull, Qc., J8X 1P1, tél: (819) 770-3839
téléc: (819) 771-6113*

Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais (APICO),

*170, rue Sherbrooke, Hull, Qc., J8Y 2L6, tél: (819) 771-6219
téléc: (819) 771-5479*

C

Cap Santé Outaouais,

92, boul. Saint-Raymond, bureau 203, Hull, Qc., J8Y 1S7, tél: (819) 771-2277, téléc: (819) 771-5566

Carrefour de la Miséricorde,
355, Laviolette, Gatineau, Qc. (819) 643-5797

Carrefour la Miséricorde,
355, rue Laviolette, Gatineau, Qc., J8P 5Z1,
tél: (819) 643-5797 tel: (819) 643-5797, téléc: (819) 643-4121

Centre d'action bénévole Accès d'Aylmer,
3, rue Park, Aylmer, Qc., J9H 4J8, tél: (819) 684-2242, téléc: (819) 682-2641

Centre d'action bénévole de Gatineau,
42, avenue Gatineau, Gatineau, Qc., J8T 4J3, tél: (819) 568-0747
téléc: (819) 568-1704

Centre d'action bénévole de Hull,
98, boul. Saint-Joseph, Hull, Qc., J8Y 3W5, tél: (819) 778-6155
téléc: (819) 770-9868

Centre d'aide 24/7,
19, rue Caron, Hull, Qc., J8Y 1Y6, tél: (819) 595-9999, téléc: (819) 595-0734

Centre de la petite enfance,
122, rue Berri, Hull, Qc., J8Y 4H8, tél: (819) 776-0114

Centre de ressourcement pour la famille de l'Outaouais,
750, chemin du Fort, Val-des-Monts, Qc., J0X 3J0, tél: (819) 457-4066

Centres hospitaliers:

Centre hospitalier de Gatineau,
909, boul. de la Vérendrye Ouest, Gatineau, Qc.,
J8P 7H2, tél: (819) 561-8100, téléc: (819) 561-8306

Centre hospitalier La Pietà,
273, rue Laurier, Hull, Qc., J8X 3W8, tél: (819) 771-7362, téléc: (819) 771-0623

Centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ),
20, rue Pharand, Hull, Qc., J9A 1K7, tél: (819) 771-7761, téléc: (819) 771-2908

Centre hospitalier régional de l'Outaouais (CHRO),
116, boul. Lionel-Emond, Hull, Qc., tél: (819) 595-6000, téléc: (819) 595-1582

Centres jeunesse de l'Outaouais (Les),
105, boul. Sacré-Cœur, Hull, Qc., J8X 1C5, tél: (819) 771-6631, ou 776-6060, téléc: (819) 771-8221

Centre Nouvel-Horizon,
100, rue Champlain, Gatineau, Qc., J8T 3H7, tél: (819) 561-9395,
télec: (819) 561-2511

Clinique des femmes de l'Outaouais,
44, rue Jeanne D'Arc, Hull, Qc., J8Y 2H2, tél: (819) 778-2055,
télec: (819) 778-3470

Clinique Pédiatrique,
Galerie d'Aylmer, Qc., (819) 684-6140

Comptoir familial Saint-Vincent-de-Paul:

Aylmer:

C.P. 457, Aylmer, Qc., J9H 5E7, tél: (819) 684-0754

Gatineau:

400, rue Raymond, Gatineau, Qc., J8P 5H4, tél: (819) 643-9590

Hull:

102, rue Eddy, Hull, Qc., J8X 2W4, tél: (819) 776-1068

Pointe-Gatineau:

55, rue Archambault, Gatineau, Qc., tél: (819) 561-1553

Riviera-Touraine:

165, avenue Gatineau, Qc., J8T 4J7, tél: (819) 561-1622

D

Droits-Accès de l'Outaouais:

77, boul. Saint-Raymond, Hull, Qc., J8Y 1S4, tél: (819) 777-4746,
télec: (819) 777-6898

E

Entraide-deuil de l'Outaouais,

50, rue Pharand, Hull, Qc., J9A 1K7, tél: (819) 770-4814

Entraide Familiale de l'Outaouais,

50, boul. Lorrain, Secteur Templeton, Gatineau, Qc., tél: (819) 643-5711,
télec: (819) 669-5716

Entraide parent-enfant de l'Outaouais,
92, boul. Saint Raymond, bureau 203, Hull, Qc., tél: (819) 595-1905,
télec: (819) 771-5566, Sans frais: 1-88-368-7243

Équipe Soutien-Famille,
109, rue Wright, bureau 203, Hull, Qc., J8X 2G7, tél: (819) 771-2037,
télec: (819) 771-1769

Espoir Rosalie,
811, boul. Saint-Réné Ouest, bureau 300, Gatineau, Qc., J8R 2S4,
tél: (819) 243-7663

G

Grands-Frères et Grandes-Soeurs de l'Outaouais,
118, rue Lois, Hull, Qc., J8Y 3R7, tél: (819) 770-7100, télec: (819) 595-0792

Groupe d'entraide de Hull,
155, rue Saint-Étienne, Hull, Qc., J8X 1K76,
tél: (819) 778-1147, télec: (819) 778-7791

Groupe Entre-Femmes de l'Outaouais,
18, rue Charlevois, Hull, Qc., J8X 1P1, tél: (819) 776-3694

M

Maisons d'hébergement pour femmes et enfants victimes de violence:

Aylmer:

Autre Chez-Soi D'Aylmer, tél: (819) 685-0006, télec: (819) 685-1789

Gatineau:

Maison Unies-Vers-Femmes, tél: (819) 568-4710, ATS: 568-6838
télec: (819) 568-6838

Hull:

Centre Mechtilde de Hull,
tél: (819) 777-2952, télec: (819) 777-0887

P

Popote roulante:

Aylmer:

425, rue Le Guerrier, Aylmer, Qc., J9H 6N8, tél: (819) 684-6448

Gatineau:

515, rue Notre-Dame, Gatineau, Qc., J8P 1M3, tél: (819) 663-4999

Hull:

CLSC, 85, rue Saint-Rédempteur, Hull, Qc., J8X 4E6, tél: (819) 770-6900

S

Soupière de l'amitié de Gatineau(bureau),

306, rue Notre-Dame, Gatineau, Qc., J8P 1K8, tel: (819) 663-6777
télec: (819) 663-7343

T

Tel-Aide Outaouais,

tél: (819) 741-6433 ou 1-800-567-9699

Tel-Jeune,

tél: 1-800-263-2266

V

Violence conjugale S.O.S.,

tél: 1-800-363-9010



Autres sites à visiter

- **Conscious Parenting**
- **Enfant & Famille Canada**
- **Empowerment for change**
- **La Fédération Canadienne des services de garde à l'enfance**
- **L'allaitement naturel - 15 ans de progrès?**
- **L'année 1996 et la lutte contre la pauvreté**
- **L'Enjeu de la pauvreté**
- **Le chantier de l'économie sociale**
- **Les Consultations Prénatales et les Centres Périnatales**
- **Les femmes et la pauvreté**
- **Les pages Web d'organismes communautaire**
- **Peer Resources**
- **Politique de périnalité**
- **Principle - Centered Leadership**
- **Principle of empowerment**
- **Taux de pauvreté des familles par type 1980-1995**
- **Tools on empowerment development**
- **Travelling**

	<u>Retour au menu</u>
	<u>Page précédente</u>
	<u>Page suivante</u>



Vous aimeriez faire un don?

Nous acceptons tous les dons qu'ils soient sous forme d'aide financière ou matérielle.

Ces dons seront directement redistribués aux familles en besoin qui participent au programme d'accompagnement périnatal. De plus, lorsque nous recevrons notre accréditation en tant qu'organisme de bienfaisance, nous pourrons vous émettre un reçu pour fins d'impôt.

Il suffit de nous écrire à notre adresse, ou de nous envoyer un courrier électronique nous informant de votre intention. Nous nous ferons un plaisir d'accepter vos dons. Prochainement, vous pourrez également effectuer des dons d'ordre pécuniaire dans toutes les caisses populaires du Québec.

Les Demi-Lunes

3-50 rue Noël

Hull, (Québec)

Canada

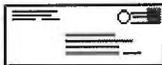
J8Z 2M4

Téléphone: (819) 595-4854

Télécopieur: (819) 778-1589

Courrier électronique: demi-lunes@travel-net.com

N'hésitez pas à nous faire parvenir toutes vos questions ou tous vos commentaires au sujet de nos activités ou du présent site.



	Retour au menu
	Page précédente
	Retour page d'accueil

Annexe O
Grille de l'entretien tenu en double triade hétérogène

Grille de l'entretien tenu en double triade hétérogène

THÈMES	Consensus			Divergence			RÉSOLUTIONS
	int. e	c-m	c-e	int.	c-m	c-e	
Formation							
1.1 Ponctuel (une fois pour c. mères)							
1.2 + suivi une fois							
1.3 Contenu?							
1.4 Par qui?							
1.5 Autres							
Recrutement							
2.1 Compagnes-enceintes -dépliants -affiches au CLSC -cuisines collectives -autres							
2.2 Compagnes-mères -référence c-mères -bassin des OLO -autres							
Jumelage							
3.1 Activité sociale: -présentation projet par les mères -aucun jumelage avant cette rencontre -questionnaire à remplir par c.-enceintes (âge/nb enfants/activités préférées, même diffic. de grossesse,...) Autres							
3.2 Rencontre int./c.mère pour identification de dyades -jumelage -téléphone par les c./mères Autres							

THÈMES	Consensus			Divergence			RÉSOLUTIONS
	int. e	c-m	c-e	int.	c-m	c-e	
Rôles							
4.1 Compagnes-mères -amie, écoute, répondre aux besoins (lesquels..) -soutien émotif -échanges de services -gardiennage -ressources commun.							
4.2 Intervenantes -auprès des c.-mères -auprès des c.-enceintes							
4.3 Compagnes-enceintes							
4.4 Autres							
Déroulement							
5.1 Suivi individuel							
5.2 Activité de groupe -sociales (quoi et combien) -éducatives(quoi et combien)							
5.3 Autres							
Structures de soutien							
6.1 CLSC -quel groupe? (équipe de péri., organ. commun.) -combien de personnes responsables du projet? -liens avec quelles autres activités comm. du CLSC -quels types de liens (recrutement, activi. communes,) - autres							
6.2 Compagnes-mères -combien responsables? -combien bassin? -autres							

THÈMES	Consensus			Divergence			RÉSOLUTIONS
	int. e	c-m	c-e	int.	c-m	c-	
Entraide 7.1 Besoins auxquels répond le projet 7.2 Caractéristiques de la relation des compagnes (basée sur quoi la relation) -amicale -respect -sans préjugé -autres 7.3 Ce qui fait qu'une entraide marche 7.4 Autres							
Impact d'un accompagnement prénatal 8.1 Trois choses les plus évidentes constatées avec le projet 8.2 Possibilités 8.3 Autres / déceptions							
Émergence d'une fondation 9.1 Opinions (pourquoi s'impliquer? (raison d'être d'un tel organisme) 9.2 Possibilités 9.3 Inquiétudes 9.4 Autres							

Annexe P
Comptes-rendus des deux réunions du module
Petite-Enfance. Famille du CLSC (janvier 1996 et avril 1996)

**Compte rendu de la réunion du
MODULE PETITE — ENFANCE, FAMILLE
tenue le mercredi, 10 avril 1996 à 8 h 30, Salle administrative**

Sont présentes:

<p>[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]</p>	<p>[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]</p>
--	---

Sont absentes:

<p>[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] (Soutien-famille)</p>	<p>[REDACTED]</p>
---	-------------------

Sont invitées:

[REDACTED], stagiaire
[REDACTED], stagiaire

C.C.:

[REDACTED]
Module Accueil
Module Adultes, santé mentale
Module Enfance-Famille-Jeunesse

Module Administratif
Module Maintien à domicile
Module Gestion

ORDRE DU JOUR

1. Lecture et adoption de l'ordre du jour d'aujourd'hui.
2. Lecture et adoption du compte-rendu du 30 janvier 1996.
3. Suivis au compte-rendu du 30 janvier 1996.
 - 3.1 Soutien-Famille.
 - 3.2 Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP).
 - 3.3 Mieux-Vivre.
 - 3.4 Motricité globale.
4. Interventions — discussion.
5. Informations à partager.
 - 5.1 Du module :
 - 5.1.1 Orthophonie.
 - 5.1.2 Psychologie.
 - 5.1.3 Nouvelles de l'intervention communautaire.
 - 5.2 De la communauté :
 - 5.2.1 Comité de périnatalité.
 - 5.2.2 Protocole de recherche, programme prénatal.
 - 5.3 Des autres modules :
 - 5.3.1 Module Santé mentale.
6. Informations (formation, livres, documents, vidéo...):
 - 6.1 Enfant autistique / Troubles Envahissant de Développement (T.E.D.).
 - 6.2 Colloque C.H.G.
7. Prochaine rencontre.

1. Lecture et adoption de l'ordre du jour d'aujourd'hui.

Adopté tel que présenté.

2. Lecture et adoption du compte-rendu du 30 janvier 1996.

Correction au point 4,2: Vaccination: Au premier paragraphe, au lieu d'y lire "... l'objectif de la DSPO est de rejoindre 95% de la clientèle", nous devrions y lire "... l'objectif de la DSPO est de rejoindre 85% de la clientèle".

3. Suivis au compte-rendu du 30 janvier 1996.

3.1 Soutien-Famille.

Grâce à l'obtention d'une subvention, à partir du 17 avril jusqu'au 30 juillet 96, Soutien-famille sera ouvert 4 jours par semaine soit le lundi, mardi, jeudi et vendredi.

3.2 Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP).

Nous rappelons que ce Programme s'adresse à toutes les femmes enceintes vivant sous le seuil de la pauvreté et leur permet de recevoir un supplément alimentaire à partir de la seizième semaine de grossesse ainsi que des suppléments vitaminiques en début de grossesse. Il y a discussion sur les critères pour la cliente afin d'accéder au PCNP.

3.3 Mieux-Vivre.

Les anglais et les français toujours à l'étape de la ré-impression. Serait prêt à la fin avril 1996.

3.4 Motricité globale.

Dossier à suivre nous dit ~~Caroline Plante~~

4. Interventions — discussion.

Aucun point n'est soulevé.

5. Informations à partager.

5.1 Du module :

1.1 Orthophonie.

entre hospitalier de Gatineau:

~~Madeline Bergeron~~ est responsable de cette Clinique. Pour être admis à la Clinique d'orthophonie au CHG, il faut absolument que le parent remplisse un questionnaire (si ce questionnaire n'est pas complété, le client est enlevé de la liste d'attente. Comme intervenante, s'assurer que le parent a complété le questionnaire, faire des arrangements pour aider le client démuné, y aller cas par cas. Pour avoir si le parent a suivi les instructions de l'intervenante, inviter le parent à communiquer avec l'intervenante dans un temps défini (Rappelez-moi dans 15 jours !)

Si l'enfant a été vu par ~~Madeline Bergeron~~ pour prendre un rendez-vous, on doit appeler à la Clinique d'orthophonie et non à la Centrale de rendez-vous.

Hôpital des Enfants :

On se base uniquement à la date de la prescription médicale.

A noter que la clientèle anglophone, c'est seulement à La RessourSe.

D'autre part, ~~Madeline Bergeron~~ anime toujours un groupe de stimulation durant une période de 8 semaines.

5.1.2 Psychologie.

Aucun point n'est discuté.

5.1.3 Nouvelles de l'intervention communautaire.

~~Madeline Bergeron~~ nous dit que le groupe "Les petits soleils" va bon train. Ce sont des rencontres le mardi de 13h à 15h. Pendant 12 semaines, on roule, congé une semaine, on repart 10 semaines. C'est bilingue. Un de nos objectifs, c'est que le parent prenne en charge l'animation et pour ce faire, il y aura des "petits contrats". On suggère différents moyens pour impliquer le père.

D'autre part, un Comité provisoire de 7 personnes a été formé pour la "Maison de la Famille" à Quyon. Ce comité provisoire deviendra un Conseil d'administration.

~~Madeline Bergeron~~ nous informe que la paroisse de St-Marks en collaboration avec la St-Vincent de Paul ont parti une cuisine collective avec un groupe de bénévoles et les familles. C'est le samedi, une fois par mois.

5.2 De la communauté :

5.2.1 Comité de périnatalité.

a prochaine rencontre aura lieu le 25 avril prochain à Buckingham. Nous ferons circuler les comptes-rendus aussitôt qu'ils sortiront. [redacted] propose d'apporter au Comité de périnatalité le besoin de formation chez la cliente pour l'allaitement. [redacted] communiquera avec Nourri-Lait à cet effet.

5.2.2 Protocole de recherche, programme prénatal.

[redacted] chercheuse de l'Université de Montréal nous rencontrera aujourd'hui à 10h pour nous expliquer en quoi consiste sa recherche et quel rôle, elle et nous, comme intervenante devrions jouer dans l'éventualité d'un partenariat pour l'automne 96. [redacted] habite Val-des-Monts et effectue son doctorat en santé publique à l'Université de Montréal.

5.3 Des autres modules :

5.3.1 Module Santé mentale.

[redacted] a écrit un article dans les journaux pour le module. Merci! [redacted]

6. Informations (formation, livres, documents, vidéo...):

6.1 Enfant autistique / Troubles Envahissant de Développement (T.E.D.).

[redacted] nous informe qu'il y a des parents anglophones qui se mobilisent pour demander des services. Dossier à suivre.

6.2 Colloque C.H.G.

Point reporté.

7. Prochaine rencontre.

Mardi, le 4 juin 96, 14h à la Salle administrative.

LECTURE ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR.

L'ordre du jour est accepté avec les ajouts suivants au point 6. Information:

- 6.1 Mois de la nutrition (Soutien-Famille)
- 6.2 Rassemblement des Cuisines collectives de l'Outaouais (Soutien-Famille)
- 6.3 Journée de la femme — le 8 mars (Soutien-Famille)
- 6.4 "La motricité fine", document-ébauche produit par (Soutien-Famille)

2. LECTURE ET ADOPTION DU COMPTE-RENDU DU 13 DÉCEMBRE 1995.

Le compte-rendu est adopté avec une correction au point 5.1.1 Orthophonie:

Au lieu d'y lire "Soutien-Famille a ajouté des points concernant l'orthophonie sur les grilles 0 à 18 mois", on devrait y lire: "Soutien-Famille a ajouté des points concernant l'orthophonie sur les grilles 0 à 21 mois".

3. SUIVIS AU COMPTE-RENDU DU 13 DÉCEMBRE 1995.

3.1 SOUTIEN-FAMILLE.

Madame [redacted] remplacera [redacted] Soutien-Famille. Bienvenue [redacted]

D'autre part, [redacted] rencontrera [redacted] le 5 février prochain, entre autres, concernant l'augmentation d'une journée par semaine pour Soutien-Famille à Aylmer. [redacted] souligne que les problématiques sont plus élevées depuis décembre dernier et que la liste d'attente est "grande".

De plus, on discute sur la faisabilité d'instaurer un système comme "Halte-garderie" à Aylmer. Il y a discussion sur la participation possible des parents bénéficiant des services de Soutien-famille. C'est-à-dire que son enfant vienne à Soutien-Famille 3 fois et qu'il soit demandé au parent d'agir comme aide-animateur une fois sur trois. Dossier à suivre.

3.2 PROGRAMME CANADIEN DE NUTRITION PRÉNATALE (PCNP).

"Officieusement", la demande de subvention a été accordée. On attend la réponse officielle écrite. Il y aura une publicité "sous-régionale" qui sera entamée en mars ou avril 1996.

3.3 MIEUX-VIVRE.

Pas de nouvelles encore. Il est noté que même si les clientes commande le livret accompagné du paiement, elle ne reçoit pas le dit document. Alors les infirmières n'encouragent plus la clientèle à commander ce document jusqu'à nouvel ordre. Dossier à suivre.

INTERVENTIONS - DISCUSSION.

.1 HONTE ET PAUVRETÉ.

Il y a une discussion sur l'article que Caroline Mézina avait distribué. Par la même occasion, [redacted] nous informe que la formation sur la pauvreté donné par [redacted] le 8 décembre dernier s'adressant aux intervenantes oeuvrant auprès de la clientèle 0 - 5 ans se renouvellera le 15 mars prochain. Avis aux intéressées. De plus, cette formation s'adresse également aux auxiliaires familiales et sociales. Les intervenantes ayant déjà participé à cette formation ont beaucoup aimé et cela répond à leurs attentes. Éventuellement, on pense à cette formation pour les intervenantes oeuvrant auprès de la clientèle 6 - 12 ans.

1.2 VACCINATION.

Comme vous savez, il y aura dans les prochains jours une campagne massive de rattrapage contre la ROUGEOLE. Dans le territoire desservi par le CLSC Grande-Rivière, 8 858 usagers seront visés par cette vaccination et l'objectif de la DSPO est de rejoindre 95 % de cette clientèle. En voici un portrait :

18 mois à 4 ans:	1 927 à vacciner (soit 62 enfants par semaine jusqu'en décembre 96)
Pré-scolaire / primaire:	4 793 à vacciner (seront vaccinés MARS, AVRIL, MAI 96)
Secondaire:	<u>2 138 à vacciner (seront vaccinés pendant la semaine du 19 février 96)</u>
TOTAL	8 858 vaccins.

Ce sont les infirmières du Module Enfance – famille – Jeunesse et du Module Petite – enfance, famille qui feront la vaccination.

A noter que certains parents demande un dépistage des anticorps contre la rougeole pour leur enfant. Il y aura des frais pour le parent de 20 \$ environ. La DSPO ne recommande pas de faire ce dépistage pour savoir si une personne est immunisée contre la rougeole.

5. INFORMATIONS À PARTAGER.

5.1 DU MODULE :

5.1.1 ORTHOPHONIE.

[redacted] rédigera une note de service accompagnée d'une mise à jour du formulaire: **"Demande de services en orthophonie pour les enfants dont les parents n'ont pas d'assurances et qui n'ont pas pu être référé aux Centres de la région"**.

Dorénavant, elle demande d'indiquer sur cette demande si le parent bénéficie ou non d'un PLAN D'ASSURANCE. Plusieurs clients pensent qu'ils ne sont pas couverts pour ce genre de service, sans avoir vérifié auprès de leur Compagnie d'assurance. Une fois cette démarche faite, le CLSC Grande-Rivière sera en mesure ou non de pouvoir lui proposer le service approprié.

5.1.2 PSYCHOLOGIE.

_____ commence un groupe portant sur la discipline des enfants de 0 à 6 ans le 13 mars prochain. Il y aura une annonce à l'INFO-GESTION à ce sujet. D'autre part, elle rappelle qu'elle est au CLSC Grande-Rivière une journée par semaine.

5.1.3 NOUVELLES DE L'INTERVENTION COMMUNAUTAIRE.

_____ nous informe que les ateliers de stimulation "Les petits soleils" pour les enfants de 2 à 5 ans a débuté depuis 3 semaines déjà (6 à 9 familles se sont inscrites).

Les ateliers de stimulation pour le groupe "Coccinelles" s'adressant aux enfants de 0 - 6 mois ou 6 - 12 mois est à l'étape de la programmation. Elle prévoit commencer les ateliers à la fin février.

D'autre part, elle soulève un problème d'hygiène au Local McLeod pour les tous petits. Sylvie lui dit qu'elle devrait en faire part à _____ du CLSC. En attendant, elle pense au local de Soutien-Famille.

_____ nous informe que les Cuisines collectives de Deschênes ont démarré en janvier 96. Alors si votre clientèle peut bénéficier de cet activité, en aviser _____

5.1.4 DOCUMENT SUR LA "DISCIPLINE".

Lors de la dernière rencontre, _____ nous avait présenté un document sur la discipline qui s'adresse aux parents et nous lui avons demandé de faire des démarches pour la traduction. _____ stagiaire à l'époque de la production du document conserve-t-elle ses droit d'auteur? Ce sera selon les souhaits de l'auteure.

5.2 DE LA COMMUNAUTÉ :

5.2.1 COMITÉ DE PÉRINATALITÉ.

Dossier en suspens.

5.2.2 DÉROGATION.

Suite au document distribué par _____ concernant la demande de dérogation, elle demande d'apporter une attention particulière au motif et justification de la demande de dérogation suivante: L'enfant présente des déficiences au niveau sensoriel et / ou physique.

1.3 PROTOCOLE DE RECHERCHE, PROGRAMME PRÉNATAL.

Nous entretiens sur le protocole de recherche produit par [redacted] étudiante de l'Université Montréal et s'intitulant: *"Implantation et évaluation d'un programme d'accompagnement prénatal près des familles vivant en situation de pauvreté"*.

Le but de cette étude est de faciliter l'acquisition des ressources individuelles et collectives permettant l'auto-détermination des membres d'une communauté vivant en situation de pauvreté. Par l'implantation et l'évaluation d'un programme d'entraide communautaire appelé l'Accompagnement prénatal, il s'agit de promouvoir une expérience de grossesse positive pour les gestantes et par l'action sur les variables intermédiaires reliées à l'issue de la grossesse, favoriser la santé des mères et des nouveaux-nés.

Le document sera à rediscuter.

3 DES AUTRES MODULES :

3.1 ENFANCE — FAMILLE — JEUNESSE: ASSOCIATION DES FAMILLES MONOPARENTALES.

[redacted] a participé à une rencontre d'information concernant "L'Association des familles monoparentales", association régionale. Cet organisme existe depuis mars 1993 et a son pignon sur rue à l'adresse suivante: 39, rue Richard à Hull. L'Association emploie 3 personnes "permanentes" assistées de bénévoles. Elle bénéficie de subventions et ces membres doivent payer une cotisation. La clientèle anglophone est référée sur le côté ontarien pour les sessions de groupe. Elle peut avoir des services individuels. Un document sera joint au présent compte-rendu. Merci [redacted]

3.2 DÉPLIANT: "AIDE-O-JEUNES".

[redacted] distribuera dans les pigeonniers un dépliant s'intitulant: "Aide-O-Jeunes" produit par le Module Enfance — Famille — Jeunesse.

6. INFORMATIONS (FORMATION, LIVRES, DOCUMENTS, VIDÉO...) :

6.1 MOIS DE LA NUTRITION.

Le mois de la nutrition s'en vient à grand pas. [redacted] nous informe que l'organisation d'un déjeuner communautaire pour les employés du CLSC est en cours.

6.2 RASSEMBLEMENT DES CUISINES COLLECTIVES DE L'OUTAOUAIS.

Jeanylle nous informe que le 6 juin prochain il y aura le "Rassemblement des Cuisines collectives de l'Outaouais" et cette journée est organisée par les diététistes de la Région 07. Le thème: VISION D'AVENIR. Au programme:

- A. Conférence: Option femme emploi + témoignage
- B. Kiosques.
- C. Ligue d'improvisation.

6.3 JOURNÉE DE LA FEMME — LE 8 MARS.

Caroline Métais nous rappelle que la Fête des femmes du 8 mars se fête aussi à Quyon cette année et est soulignée par une activité spéciale. Le thème cette année: "LE DIRE SUR TOUS LES TONS". Pour plus d'informations, n'hésitez pas à communiquer avec Caroline et bien sûr, vous êtes tous et toutes les bienvenus.

6.4 "LA MOTRICITÉ FINE", ÉBAUCHE DE DOCUMENT PRODUITE PAR [REDACTED]

Il y a quelques jours, [REDACTED] distribuait un document s'adressant aux parents sur "*La motricité fine*" et elle demande aujourd'hui les commentaires des intervenantes sur ce document. Il est suggéré que soit ajouté à ce document "*La motricité globale*". [REDACTED] s'en occupe.

7. PROCHAINE RENCONTRE.

Mardi, le 19 mars à 14 heures, Salle administrative.

P.J. Document sur "L'Association des familles monoparentales".