

Rapport d'évaluation sur le projet Co-création de preuves

Histoires et résultats des programmes de services globaux
à l'intention des femmes enceintes et des mères à risque



Préparé par le Nota Bene Consulting
Group, en collaboration avec le Centre of
Excellence for Women's Health | 2021



Co-Creating
Evidence

Évaluation nationale des programmes
multiservices pour les femmes
enceintes à risque

Auteurs

Préparé par le Nota Bene Consulting Group (Deborah Rutman, Carol Hubberstey and Marilyn Van Bibber), en partenariat avec le Centre of Excellence for Women's Health (Nancy Poole, Rose Schmidt).

Citation

Rutman, D., Hubberstey, C., Van Bibber, M., Poole, N., et Schmidt, R.A. (2021). Histoires et résultats des programmes de services globaux à l'intention des femmes enceintes et des mères à risque. Victoria (C.-B.) : Nota Bene Consulting Group.

Partenaires de collaboration

Dana Clifford, Echo Kulpas, Mary Motz, Denise Ogonoski, Denise Penalzoza, Linda Pires-Relvas, Karli Rasmussen, Barb Reis, Tammy Rowan, Nadine Santin, Amanda Seymour, Hayley Thomas, Mallory Thomson, Michelle Ward.

Liens de téléchargement

<http://www.notabeneconsulting.ca/publications-and-presentations>

<http://www.fasd-evaluation.ca/communitysystem-outcomes/#>

<https://bccewh.bc.ca/category/post/maternal-health-and-substance-use>

Copyright © Nota Bene Consulting Group (2021)

Ce projet a été rendu possible avec l'aide financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.



Remerciements

D'abord et avant tout, nous souhaitons mentionner notre profond respect et notre vive gratitude envers toutes les femmes qui nous ont fait part de leur vécu, à titre de participantes des huit programmes qui ont pris part à l'étude.

Nous tenons également à remercier chaleureusement les gestionnaires et le personnel des huit programmes qui ont accepté de se joindre à nous dans le cadre de cette évaluation multisite. Dès le début, le projet Co-Création des preuves a été une collaboration respectueuse entre l'équipe du projet et les responsables des huit programmes participants. Un projet d'évaluation multisite comme celui-ci ne peut réussir sans de solides relations fondées sur le respect mutuel; néanmoins, nous apprécions la confiance que vous nous accordez. Nous tenons tout particulièrement à remercier les responsables de programme au cours de cette phase du projet (2017-2020) :

- Amanda Seymour; Echo Kulpas (HerWay Home, Victoria, B.-C.);
- Dana Clifford (Sheway, Vancouver, C.-B.);
- Denise Penalosa (Maxxine Wright, Surrey, C.-B.);
- Nadine Santin; Denise Ogonoski; Linda Pires-Revlas (H.E.R., Edmonton, Alb.);
- Karli Rasmussen; Barb Reis (Raising Hope, Regina, Sask.);
- Tammy Rowan; Mallory Thomson; Hayley Thomas (Mothering Project, Winnipeg, Man.);
- Mary Motz (Breaking the Cycle, Toronto, Ont.);
- Michelle Ward (Kids First, New Glasgow, N.-É.).

De plus, nous voulons exprimer notre admiration et notre profond respect pour le travail effectué par le personnel de chacun des huit programmes participant à l'étude. Votre soutien indéfectible aux femmes et aux enfants que vous servez, votre foi inébranlable en eux et votre engagement à travailler en collaboration avec vos partenaires nous inspirent continuellement.

Nous remercions également le comité consultatif du projet pour ses conseils, ses orientations et ses rétroactions utiles tout au long de cette phase du projet. Merci à :

- Audrey McFarlane, directrice générale, CanFASD Research Network;
- Colleen Ann Dell, chaire de recherche en toxicomanie, Université de la Saskatchewan;
- Jacquie Pei, Département de psychopédagogie, Université de l'Alberta;
- Kathy Andrew, Healthy Child Manitoba Officegouvernement du Manitoba;
- Katie Walsh, consultante en programmes, Agence de la santé publique du Canada;
- Lenora Marcellus, École des sciences infirmières, Université de Victoria;
- Melody Morton-Ninomiya, Département des sciences de la santé, Université Wilfrid Laurier;
- Wenda Bradley, directrice générale, Fetal Alcohol Syndrome Society (FASSY), Whitehorse.

Nous tenons également à remercier sincèrement Tanya Lentz, Ph. D., pour son expertise et son soutien en matière de statistiques.

Enfin, nous adressons nos plus sincères remerciements aux participantes, au personnel et aux partenaires de services des huit programmes qui ont pris part aux entrevues et rempli les questionnaires dans le cadre de ce projet. Votre empressement à faire part de vos expériences et de vos idées témoigne de votre force, de votre courage et de votre compassion. Nous avons beaucoup appris de votre sagacité.

Table des matières

I Résumé

1 1. Introduction

- 1 Objectifs du projet
 - 2 Principaux points émanant de la littérature
 - 3 Sites des programmes et brèves descriptions
 - 6 Théorie du changement
-

7 2. Processus de recherche

- 7 Aperçu et questions de recherche
 - 7 Méthodes de collecte des données
 - 8 Entrevues avec les participantes
 - 8 Informations sociodémographiques sur les clientes
 - 9 Personnel du programme participant aux entrevues ou aux groupes de discussion
-

10 3. Contexte des programmes

- 10 Quelles sont les origines et les approches des programmes?
 - 12 Quels sont les modèles des programmes?
 - 15 Qui sont les bailleurs de fonds des programmes?
 - 15 Quels sont les services offerts et comment les services des programmes sont-ils fournis?
 - 17 Partenariats de services
 - 19 Exemples de partenariat
 - 19 Quels sont les points forts des programmes du point de vue du personnel et des partenaires?
 - 20 Quels sont les défis des programmes du point de vue du personnel et des partenaires?
-

21 4. Contexte des services globaux selon une optique culturelle autochtone

- 21 Comment les approches autochtones sur le bien-être s'harmonisent-elles avec les programmes qui offrent des services globaux?
 - 21 En quoi les aînées, les gardiennes du savoir, le personnel, les mentors et les femmes représentent-ils une ressource?
 - 22 Programmes de services globaux et réconciliation
-

24 5. Contexte des clientes et de leur expérience des programmes

- 24 Quelle était la situation des clientes au moment de l'admission (démographie, grossesse, logement, consommation de substances)?
 - 25 Quels étaient les principaux problèmes des clientes à l'admission?
 - 25 Quelles ont été les expériences des clientes lors de leur participation à leur programme?
 - 26 Ce qui crée la sécurité, la fiabilité et le sentiment de respect
-

28 6. Principales conclusions : Résultats et preuves

- 28 Qu'est-ce que les femmes espéraient obtenir en participant à leur programme?
 - 29 Quels sont les résultats obtenus? Quelle différence le programme a-t-il eue, du point de vue des clientes?
 - 34 Quelle a été l'issue de la grossesse pour les bébés?
 - 35 Comment le logement, la consommation de substances et le statut auprès des services de protection de l'enfance des clientes ont-ils évolué au fil du temps?
 - 39 Quelle différence les programmes ont-ils eue pour les clientes, du point de vue du personnel et des partenaires?
 - 40 Quelles sont les composantes (les plus utiles) des programmes, selon le point de vue des clientes?
 - 40 Quels sont les résultats/impacts des programmes pour les partenaires et les organisations partenaires?
-

44 7. Discussion

47 8. Implications pour la pratique, l'élaboration de programmes, les politiques et le financement

- 47 Implications pour la pratique
 - 48 Implications pour les planificateurs et les responsables des systèmes de santé
 - 49 Implication pour les décideurs politiques et les bailleurs de fonds
-

50 9. Références

55 10. Annexes

- 55 Annexe A : Renseignements supplémentaires sur la méthodologie de l'étude
- 58 Annexe B : Représentations visuelles des modèles de chacun des huit programmes de CCE
- 60 Annexe C : Renseignements supplémentaires sur les principales conclusions de l'étude

Liste des tableaux, figures et encadrés

- Tableau 1 :** Nombre d'entrevues réalisées, par période et par groupe de participantes
- Tableau 2 :** Approches philosophiques/théoriques employées par les programmes
- Tableau 3 :** Services et activités offerts sur place par le personnel d'un programme, services regroupés, en nature ou sous contrat
- Tableau 4 :** Principaux résultats du questionnaire destiné aux clientes concernant les résultats pour les clientes et leurs familles
- Tableau 5 :** Résultats du questionnaire destiné aux clientes concernant l'acquisition des compétences, le soutien et les contacts dans la communauté
- Figure 1 :** Emplacement des sites des programmes
- Figure 2 :** Descriptions succinctes des programmes participant au projet CCP
- Figure 3 :** Théorie du changement du projet Co-Création des preuves
- Figure 4 :** Ethnicité des clientes participant aux entrevues
- Figure 5 :** Durée de la participation des clientes à leur programme
- Figure 6 :** Cartographie des modèles des programmes de Co-création des preuves : Une approche multidimensionnelle
- Figure 7 :** Modèles des programmes de HerWay Home et Maxxine Wright
- Figure 8 :** Total des repas, des bons d'épicerie ou paniers de nourriture, et des bons pour le transport, accordés dans les huit programmes de l'étude de CCP, 2018-2019
- Figure 9 :** Services globaux offerts par les programmes du projet CCP
- Figure 10 :** Âge des clientes à l'admission au sein des huit programmes
- Figure 11 :** Expérience des clientes par rapport à leur programme, selon les résultats du questionnaire des clientes
- Figure 12 :** Principaux thèmes de « ce que les femmes espéraient obtenir en participant à leur programme » et du « changement le plus important » des clientes depuis leur participation au programme
- Figure 13 :** Représentation graphique des thèmes émergeant de la question « Quel a été le changement le plus important, pour vous et votre famille, de votre participation à votre programme »?
- Figure 14 :** Logement des clientes au fil du temps, pour les clientes avec quatre points de données
- Figure 15 :** Logement des clientes au fil du temps, pour les clientes ayant deux points de données
- Figure 16 :** Consommation de substances des clientes au fil du temps, pour les clientes ayant quatre points de données
- Figure 17 :** Consommation de substances des clientes au fil du temps, pour les clientes ayant deux points de données
- Figure 18 :** Statut des bébés par rapport aux services de protection de l'enfance, pour les clientes avec quatre points de données
- Figure 19 :** Statut des bébés par rapport aux services de protection de l'enfance, pour les clientes avec deux points de données
- Figure 20 :** Représentation graphique des thèmes émergeant de la question « Qui ou quel élément a participé à la réalisation du changement le plus important pour vous? » – Point de vue des clientes
- Figure 21 :** Représentation graphique des thèmes émergeant de la question « Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans votre programme? » – Point de vue des clientes
- Encadré 1 :** Partenariats et activités courantes de partenariat
- Encadré 2 :** Principaux thèmes et échantillons des réponses des clientes à la question « Qu'espérez-vous obtenir en participant à votre programme? »
- Encadré 3 :** Thèmes principaux des résultats des clientes, du point de vue du personnel et des partenaires

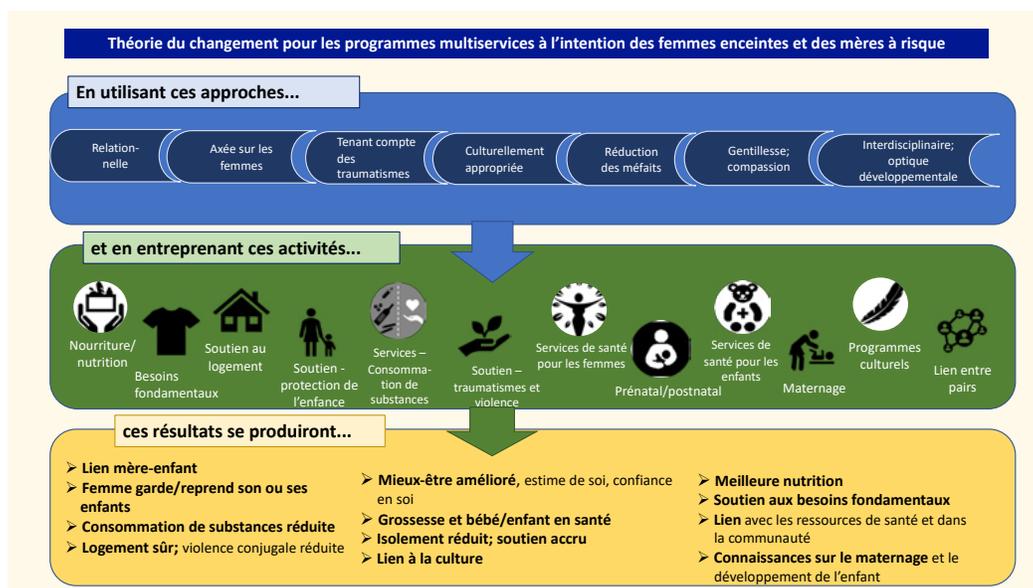
Résumé Rapport d'évaluation sur le projet Co-crédation de preuves

Premier en son genre au Canada, le projet *Co-crédation de preuves* (CCP) était une évaluation nationale regroupant huit programmes multiservices destinés aux femmes à haut risque d'avoir un enfant exposé à l'alcool ou à d'autres substances au stade prénatal. Les huit programmes participant à l'étude sont tous différents, ils ont tous été élaborés en réponse aux influences et aux problèmes locaux.



Théorie du changement

Lors de la phase du développement de ce projet, l'équipe de projet et les responsables des programmes des huit sites participants ont élaboré ensemble une théorie du changement pour guider le reste des activités d'évaluation. La théorie du changement montre les interrelations entre les approches, les activités, les résultats attendus et les impacts à long terme des programmes.



Processus de recherche

L'équipe de projet a visité chaque programme deux fois, à un an d'intervalle au moins, pour interroger les clientes, le personnel et les partenaires de service. En tout, l'équipe a mené 424 entrevues, soit 256 avec des clientes, 108 avec des membres du personnel des programmes et 60 avec des partenaires. Les programmes ont également soumis des données dépersonnalisées sur les clientes et les résultats chaque trimestre, pendant 18 mois.

Contexte des programmes

Les huit programmes étaient guidés par un ensemble similaire d'approches théoriques, tenant compte des traumatismes, relationnelles, axées sur les femmes, culturellement appropriées et réduisant les méfaits, entre autres.

Un modèle multidimensionnel a été élaboré et met en évidence les caractéristiques uniques et communes des huit programmes. Voici les dimensions que les modèles de ces programmes privilégiaient le plus souvent :

- un guichet unique;
- l'intervention;
- le mentorat par les pairs;
- la culture.

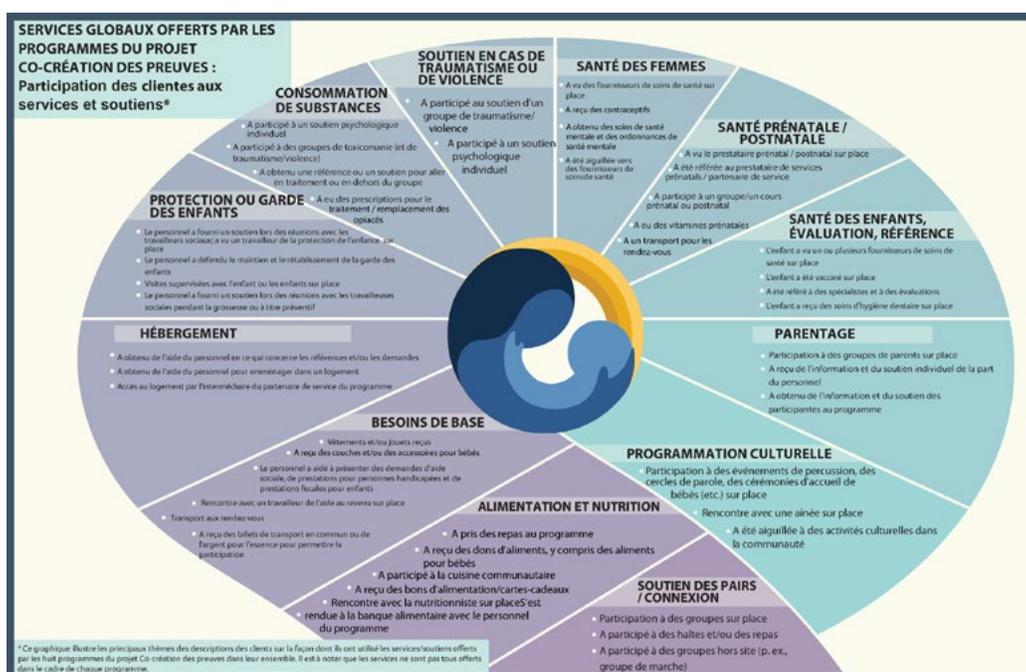
Les dimensions moins courantes de ces modèles étaient l'optique du « client double » (à savoir, considérer la mère et l'enfant tous deux comme clients) et la question des pensionnats.

Pour fournir les services globaux, les partenariats formels et informels et les relations de partenariat avec d'autres secteurs et disciplines étaient essentiels. Les partenaires communs des programmes comprenaient les services de protection de l'enfance, les services prénataux et postnataux, les services de santé spécialisés, ainsi que les services de toxicomanie et de santé mentale. Des partenariats tout aussi importants, quoique moins fréquents, ont été établis avec les services de logement, de désintoxication, de bien-être des autochtones, de développement des tout-petits, d'aide au revenu, de probation et d'aide juridique.

Les principaux points forts des programmes sont leurs approches philosophiques, un personnel bien informé, des services complets et à guichet unique comprenant des services médicaux et de santé, des partenariats solides avec d'autres prestataires de services, la flexibilité et la réactivité aux besoins des clientes.

Contexte des services globaux selon une optique culturelle autochtone

Il existe des parallèles entre les approches globales utilisées par les programmes de l'étude Co-crédation de preuves (CCP) et les philosophies holistiques de la santé que l'on trouve dans les sociétés indigènes. Tous les programmes de l'étude CCP ont travaillé à établir des liens et des partenariats avec les aînées, les gardiennes du savoir et les programmes et services communautaires dirigés par des autochtones, afin de pouvoir intégrer la culture à la guérison et à la santé des femmes. Les programmes culturels sont tout autant une ressource de guérison que d'intervention.



Contexte des clientes et de leur expérience des programmes

D'avril 2018 à septembre 2019, 1 004 clientes ont participé aux huit programmes; la majorité d'entre elles (55 %) étaient autochtones, bien que cela varie considérablement d'un programme à l'autre (de 1 % à 93 %).

Au moment de leur admission au programme, la majorité des femmes vivaient de nombreux problèmes interreliés, notamment une consommation problématique de substances, de la violence et des traumatismes, un logement dangereux ou inadéquat, des problèmes de santé ou la séparation avec leur enfant.

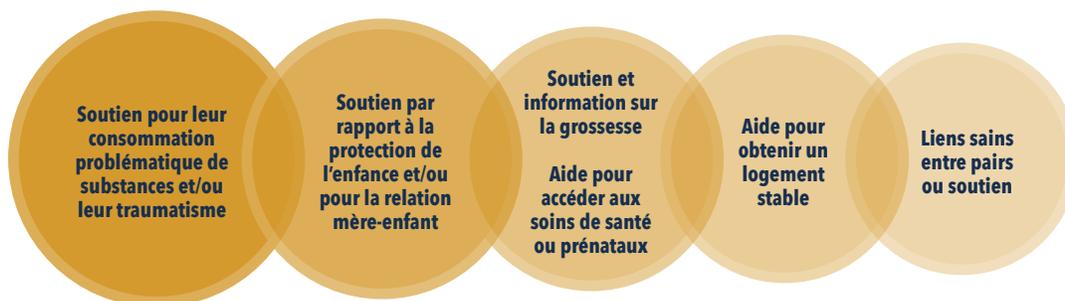
La très grande majorité des clientes ont fait état d'expériences positives dans le cadre de leur programme. Elles se sentaient en sécurité physiquement et émotionnellement, elles faisaient confiance au personnel, elles avaient beaucoup de choix quant aux services qu'elles recevaient, elles avaient l'impression que le personnel se souciait d'elles et elles estimaient que leur programme avait répondu à leurs besoins. Les clientes apprécient également le fait que leur programme ne porte pas de jugement, qu'il offre un environnement accueillant et une communauté de type familial.

Principales conclusions : Résultats et preuves

Principalement, les clientes ont participé à leur programme pour avoir de l'aide par rapport à la consommation de substances et/ou aux services de protection de l'enfance, ainsi que pour obtenir des soins de santé et/ou un logement. Parallèlement, du point de vue des clientes, les changements les plus importants depuis leur participation à leur programme ont été d'arrêter ou de réduire leur consommation de substances, d'avoir un lien fort avec leurs enfants et/ou de conserver la garde de leur bébé.

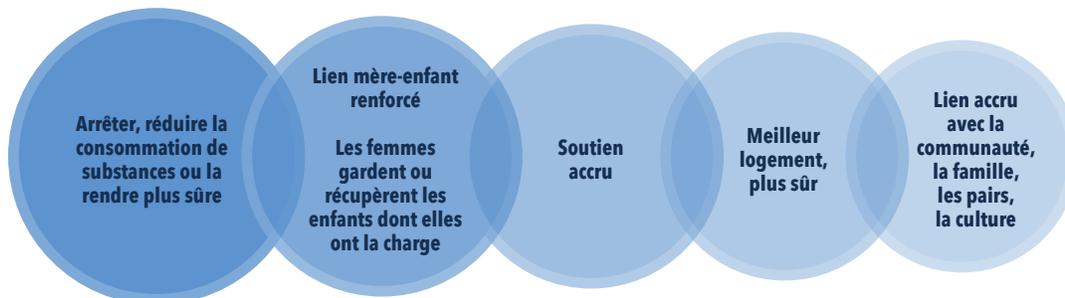
Au fil du temps, des améliorations notables en matière de consommation de substances et de logement des clientes se sont produites; de même, un grand pourcentage de clientes ont conservé la garde de leurs enfants en bas âge. Ces résultats sont plus marqués chez les clientes qui participent à leur programme depuis plus longtemps et/ou plus régulièrement, de sorte que leur situation peut être suivie sur une plus longue période.

Ce que les femmes espéraient obtenir en participant à leur programme - Thèmes principaux



[Je voulais] un meilleur logement, du soutien pour m'éloigner de la drogue et de l'alcool, et de l'aide pour la nutrition. [Je voulais] garder mon bébé.

Changement « le plus important » pour les femmes depuis leur participation au programme - Thèmes principaux



Si je n'avais pas participé à ce programme, il aurait été difficile de rester sobre et mon bébé serait allé vivre chez ma mère.

Le personnel des programmes — et les approches employées par le personnel, notamment le fait de ne pas porter de jugement et de favoriser la sécurité et les relations de confiance — a été mentionné comme étant à la fois l'aspect le plus important du programme et le moteur de changements significatifs dans la vie des femmes.

Les programmes ont également eu des résultats importants pour les partenaires des services, ce qui a permis aux prestataires de soins travaillant dans divers domaines et secteurs de services d'acquérir des connaissances et de collaborer.

Discussion

Les résultats de l'étude Co-création de preuves ont montré que les programmes participants ont eu des retombées positives et significatives pour les femmes et leurs familles. Les clientes ont réduit ou cessé leur consommation problématique de substances, ont amélioré leur santé physique et mentale et leur accès aux services de santé, ont conservé la garde de leur enfant et/ou ont renforcé le lien avec leurs enfants, ont amélioré leur logement et ont vécu des grossesses et des accouchements plus sains. Le fait que les clientes aient mentionné la réduction ou la cessation de leur consommation de substances comme étant leur changement le plus important est d'autant plus remarquable qu'il ne s'agit pas de programmes dont le service principal est le traitement de ce problème.

L'étude a montré que les femmes enceintes et les jeunes mères qui ont des problèmes de consommation de substances et d'autres problèmes complexes bénéficient de programmes qui comprennent les éléments suivants :

- des services globaux;
- un personnel bien informé et empathique;
- un lien (ou un rétablissement du lien) à la culture autochtone;
- des possibilités de soutien de la part de la communauté/des pairs.

De plus, les éléments suivants sont des caractéristiques importantes qui ont contribué au succès des programmes :

- des approches bien conçues, fondées sur des données tangibles;
- des relations de partenariat solides;
- des modèles flexibles et multidimensionnels;
- le maintien de la participation des clientes au fil du temps.

Pour résumer, lorsque les éléments ci-dessus sont combinés, ils indiquent qu'un programme multiservice idéal pour les femmes enceintes et les mères ayant des problèmes de consommation de substances et d'un autre ordre serait fondé sur des approches relevant de pratiques exemplaires (par exemple, tenant compte des traumatismes, culturellement appropriées, relationnelles, visant la réduction des méfaits, axées sur la cliente) et offrirait une expérience « unique » ou globale. Les services offerts comprendraient un éventail de services de santé primaires, prénataux et postnataux, de traitement de consommation de substances, d'aide pour les traumatismes, d'intervention, d'aide avec la protection de l'enfance, ainsi que des programmes culturels et/ou des mesures qui aident par rapport aux déterminants sociaux des facteurs de santé d'une manière qui tient compte des influences locales/régionales et les respecte. De plus, il serait idéal que le programme soit doté d'un logement sur place, soit comme élément de base du programme, soit au moyen d'un partenariat avec une autre organisation. Enfin, l'idéal serait que les clientes puissent participer au programme pendant 18 mois ou plus, afin d'avoir le temps d'établir des relations avec le personnel et leurs pairs et de pouvoir atteindre pleinement leurs objectifs.

Implications pour la pratique, l'élaboration de programmes, les politiques et le financement

Implications pour la pratique

- Il est impératif que les programmes multiservices, leurs parrains et leurs partenaires continuent à s'appuyer sur leur travail d'offre de soins globaux et à utiliser leurs principales approches en réponse au contexte local.
- Il est primordial d'écouter attentivement ce dont les femmes disent avoir besoin et être prêtes à faire au moment où elles s'engagent dans un programme, et d'évaluer comment ce qu'elles sont prêtes à faire évolue à mesure que leur lien avec le programme s'approfondit.
- Étant donné les résultats positifs importants obtenus par les femmes visées par cette étude en matière de rétablissement de la consommation de substances, les prestataires et les gestionnaires de services de traitement de la consommation de substances sont invités à donner la priorité au partenariat avec les programmes de traitement global.
- Pour les programmes offrant des interventions de groupe, il est très important de créer des possibilités de leadership par les pairs, de coapprentissage et de soutien.
- Pour les programmes conçus pour faire participer les femmes enceintes et les nouvelles mères, l'utilisation d'une approche relationnelle est une pratique exemplaire essentielle. Pour les travailleurs de la protection de l'enfance, le développement de relations de collaboration avec les services globaux qui soutiennent l'unité mère-enfant peut être considéré comme une priorité absolue.
- La réduction des méfaits est une bonne pratique; cependant, il peut être difficile de trouver le bon équilibre entre une approche de réduction des méfaits et la sécurité des femmes et des enfants. Il est essentiel de prendre le temps de discuter des pratiques en matière de réduction des méfaits, y compris avec les partenaires des services de protection de l'enfance.

Implications pour les planificateurs et les responsables des systèmes de santé

- Il est essentiel d'établir des liens étroits entre la santé de la mère/l'enfant et les services de traitement de la consommation de substances. L'activation, le soutien et le renforcement de ces liens doivent être une priorité absolue pour les planificateurs des systèmes de santé.
- Les possibilités d'apprentissage continu, axées sur une pratique relationnelle intégrée, culturellement ancrée et tenant compte des traumatismes, sont importantes pour les praticiens de tous les domaines et doivent être activement soutenues.
- L'application d'une « analyse comparative fondée sur le sexe, le genre, l'équité et l'inclusion » (ACSGE+) dans toute planification de la santé doit être mise en œuvre comme pratique standard.
- Il est important que les modèles de soins impliquant les femmes enceintes et les nouvelles mères et leurs enfants soient structurés de manière à ce que la programmation couvre la période allant de la naissance à au moins deux ans. Cela signifie également que les liens entre la grossesse, la parentalité précoce et les services préscolaires doivent être activement encouragés.
- Pour les femmes consommatrices de substances et ayant d'autres problèmes, le logement est impératif. Il est d'une importance vitale que tous les niveaux de gouvernement investissent pour faire du programme Logement d'abord et du logement subventionné une priorité et une réalité.

Implications pour les décideurs politiques et les bailleurs de fonds

- Étant donné la contribution des programmes globaux à un large éventail d'objectifs stratégiques des gouvernements, il incombe à tous les niveaux de gouvernement de fournir un financement adéquat pour le développement de programmes globaux dans de nombreuses autres communautés à travers le Canada.
- Cette étude a montré que les programmes globaux contribuent à rendre les soins accessibles et que les besoins des femmes en matière de santé deviennent de plus en plus complexes. Dans ce contexte, les décideurs politiques et les chercheurs devraient accorder une grande priorité à l'augmentation du financement de services supplémentaires tenant compte des traumatismes.
- Il est urgent de remédier au décalage entre le domaine de la protection de l'enfance et celui de la consommation de substances. L'harmonisation des systèmes devrait inclure du soutien pour les femmes, sans jugement et tenant compte des traumatismes, pour leur permettre de réduire ou de cesser leur consommation de substances psychoactives, et devrait aussi inclure l'amélioration de la disponibilité des mesures d'aide parentale et de l'accès à ces mesures, pour permettre aux femmes de développer la capacité parentale et l'engagement qui préviennent les séparations d'enfants.
- Les besoins des femmes enceintes et des parents ayant des problèmes de toxicomanie sont uniques et se recoupent dans plusieurs systèmes de soins. C'est pourquoi on encourage les gouvernements à s'engager à effectuer des analyses de type ACSGE+ et à mettre en place un traitement équitable entre les sexes/genres et des mesures de réduction des méfaits, à faire la promotion de la santé et à offrir des services de prévention dans tous les systèmes de soins liés à la consommation de substances.
- Les programmes globaux, en particulier ceux qui sont axés sur la culture, contribuent grandement à répondre aux appels à l'action en matière de santé et de protection de l'enfance préconisés par la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Les dirigeants qui souhaitent agir pour combattre le racisme et soutenir les appels à l'action feraient bien de s'assurer que les programmes globaux sont financés et que les programmes disposent des ressources nécessaires pour permettre la mise en place de postes visant à établir ou rétablir les liens avec la culture.
- Enfin, un financement stable pour les programmes communautaires globaux est indispensable. Les programmes analysés dans cette étude ont travaillé à entrecroiser les financements, afin qu'un large éventail de services « englobe » les femmes et les enfants. Les gouvernements peuvent contribuer, en créant des mécanismes de financement holistiques qui réduisent la charge que représentent l'obtention de financement et la reddition de comptes pour les services qui fonctionnent de manière holistique.





1 Introduction

Introduction : Principaux points

- Premier en son genre au Canada, le projet Co-création de preuves était une évaluation nationale regroupant huit programmes multiservices destinés aux femmes à haut risque d'avoir un bébé exposé à l'alcool ou à d'autres substances au stade prénatal.
- Tous différents, les huit programmes participant à l'étude ont été élaborés en réponse aux influences et aux problèmes locaux.
- Dès le début du projet, une théorie du changement a été élaborée, décrivant le lien entre les fondements théoriques des programmes, leurs activités et les résultats attendus.

Objectifs du projet

Le projet Co-Création des preuves était une évaluation multisite de huit programmes différents, une première au Canada. Même si chaque programme s'adresse aux femmes présentant un risque élevé d'avoir un bébé exposé à l'alcool ou à d'autres substances pendant la période prénatale, les programmes varient à bien des égards, car ils ont été élaborés en fonction des priorités, des besoins, des partenariats et des collaborations à l'échelle locale.

Voici les grands objectifs du projet :

- Réunir un grand nombre de programmes holistiques¹ de prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) au Canada, afin d'échanger les approches et les pratiques prometteuses;
- Entreprendre une étude d'évaluation prospective et multisite sur l'efficacité des programmes de prévention de l'ETCAF au service des femmes ayant une consommation de substances et des problèmes complexes.
- Déterminer les caractéristiques qui assurent le succès de ces programmes.

Le présent rapport d'évaluation résume les principales conclusions du projet Co-création des preuves (CCP). Le rapport s'appuie sur des présentations et articles de revues savantes publiés à ce jour (Rutman et Hubberstey, 2019; Hubberstey et coll., 2019; Rutman et coll., 2020) et en fait une synthèse. Pour des liens menant à ces documents, veuillez cliquer sur <http://www.fasd-evaluation.ca/home-francais/>. Le rapport se termine par une brève discussion des implications du projet pour les politiques, les programmes et les pratiques.

¹ L'adjectif « holistique » se caractérise par le fait qu'il englobe une combinaison d'activités, de services et d'interventions conçus pour répondre aux besoins des clientes en matière de santé et de bien-être social, mental, émotionnel et matériel. Les services sont fournis grâce à des services d'approche, des services sur place et/ou des contacts au sein d'un réseau de services communautaires (Poole et coll., 2016). Les services « holistiques » peuvent également être décrits comme des services « globaux ».

Principaux points émanant de la littérature

- La consommation de substances pendant la grossesse est souvent liée à un nombre considérable de problèmes, notamment la violence conjugale, les traumatismes et les traumatismes intergénérationnels, les logements insalubres ou inadéquats, la pauvreté, l'insécurité alimentaire, les problèmes de santé mentale, la séparation mère-enfant, le racisme et la colonisation (Boyd et Marcellus, 2007; Network Action Team on FASD Prevention from a Women's Health Determinants Perspective, 2010; Ordean et Kahan, 2011). Les femmes qui consomment des substances sont souvent isolées, ont des niveaux de soutien social plus faibles et/ou vivent avec une personne qui a également une consommation problématique de substances (Finnegan, 2013; Sword et coll., 2004). Par conséquent, les programmes et les prestataires de services doivent tenir compte de l'ensemble du contexte de la vie des femmes, surtout lorsque la grossesse et/ou le rôle parental est un facteur (Pepler et coll., 2014).
- Les femmes qui consomment des substances pendant leur grossesse sont souvent des polyconsommatrices, d'où la nécessité, pour les programmes de prévention, d'envisager la possibilité d'une combinaison d'exposition prénatale à l'alcool et/ou à d'autres substances (Latuskie et coll., 2018). En outre, les femmes enceintes et les mères qui consomment des substances se heurtent généralement à la condamnation sociale, à la stigmatisation et à une forte probabilité d'intervention des services de protection de l'enfance (Fonti et coll., 2016). Ces facteurs contribuent à la réticence des femmes pour ce qui est de révéler l'étendue de leur consommation de substances aux prestataires de services (Latuskie et coll., 2018). Les femmes autochtones et noires subissent le fardeau supplémentaire du racisme systémique au sein du système de soins de santé (Boyer, 2017).
- Les services qui utilisent des approches exemptes de jugement, fondées sur les relations, tenant compte des traumatismes et réduisant les méfaits, et qui comprennent et cherchent également à éliminer les obstacles environnementaux sociaux à la participation (p. ex., le transport, la garde d'enfants, les repas, la stigmatisation et la peur de se faire enlever son enfant) sont les plus efficaces. Ils sont aussi de plus en plus reconnus comme des pratiques exemplaires (BC Centre of Excellence for Women's Health, s. d.; Motz et coll., 2006; Nathoo et coll., 2013; Pepler et coll., 2014). Ces approches reconnaissent et acceptent le rythme que les femmes sont capables de suivre, le type de changement qu'elles peuvent intégrer, et les stratégies qu'elles utilisent pour faire face à une situation de vie difficile (Motz et coll., 2006). Une participation plus précoce et une utilisation plus prolongée des services sont également associées à des résultats plus favorables (Andrews et coll., 2018).
- En Ontario, une évaluation multisite des programmes intégrés de traitement de la consommation de substances destinés aux femmes enceintes et aux mères a montré qu'un élément clé de la prestation efficace des services est la coordination entre des services généralement distincts et peu regroupés/intégrés, notamment les services de santé mentale et de traitement de la consommation de substances, les services de protection de l'enfance, les soins prénataux, ainsi que les services médicaux et de soins primaires (Urbanoski et coll., 2018).
- De nombreuses commissions nationales et de nombreux rapports nationaux soulignent l'impact néfaste des pensionnats sur les familles autochtones (Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019; Tait, 2003; Commission de vérité et réconciliation, 2015) tout en insistant sur la nécessité de mettre en place des programmes de guérison culturelle fondés sur la globalité, l'équilibre et l'harmonie qui correspondent aux visions du monde autochtones (Castellano, 2006).
- Les répercussions intergénérationnelles des pensionnats ont fracturé les familles et les communautés, ce qui signifie que les femmes autochtones qui sont enceintes ou mères et qui cherchent de l'aide pour des problèmes de consommation de substances portent souvent le fardeau supplémentaire d'avoir été historiquement coupées ou dépossédées de leur culture (Tait, 2003). Alors que certaines femmes autochtones peuvent avoir grandi en vivant pleinement leur culture, d'autres n'auront pas eu cette appartenance. Les services aux personnes autochtones qui utilisent une optique et une programmation culturelles peuvent servir d'intervention et de guérison (Christian, 2010; Dell et Acoose, 2015; McCormick, 2000).

À l'échelle du Canada, bon nombre de communautés ont mis sur pied des programmes de type « guichet unique » présentant peu d'obstacles et offrant aux femmes enceintes et aux jeunes mères, ainsi qu'à leurs enfants, un éventail de service d'aide en matière de santé, de bien-être, de besoins fondamentaux, de culture et de société. Si certains de ces programmes multiservices ont été évalués, d'autres ne l'ont pas été ou ne l'ont pas été depuis leurs premières années².

Le projet Co-création des preuves visait à combler cette lacune en entreprenant une évaluation prospective et multisite sur l'efficacité de huit programmes canadiens destinés aux femmes ayant une consommation de substances et des problèmes complexes.

Sites des programmes et brèves descriptions

Les programmes participant au projet d'évaluation Co-création des preuves étaient situés dans six provinces et territoires du Canada (figure 1). Une brève description de chaque programme est présentée à la figure 2.

Figure 1 : Emplacement des sites des programmes



² Parmi les exceptions notables, mentionnons les évaluations de Sheway (Poole, 2000), de Breaking the Cycle (Pepler et coll., 2002; Motz et coll., 2005; Pepler et coll., 2014), de H.E.R. (Wodinski, Wanke et Khan, 2013); et de HerWay Home (Nota Bene Consulting Group, 2017).

Figure 2 : Descriptions succinctes des programmes participant au projet CCP
Services de base, en nature, sous contrat et/ou regroupés offerts à compter de mars 2020



HERWAY HOME • Victoria, C.-B. • Ouvert en 2013 après 5 ans de planification.

Financé et géré par la régie de santé Island Health, avec un financement supplémentaire de la Children's Health Foundation of Vancouver Island.

Services/programmes de base

- Services d'approche
- Groupes de jour/bien-être
- Groupes de soutien et counseling – substances et traumatismes
- Soutien individuel dans divers domaines de la vie
- Groupe prénatal/postnatal
- Soutien pour l'alimentation/nutrition et les besoins fondamentaux

Services en nature sur place

Santé primaire : Médecin de première ligne; médecins spécialisés en dépendance aux substances et en soins de maternité; infirmière de santé publique; infirmière praticienne
Santé et bien-être : Nutritionniste communautaire; hygiéniste dentaire
Santé des enfants : Infirmière de santé publique, vaccinations, examens de santé des bébés

Services sous contrat

Logement : Suppléments pour le loyer; 4 lits pour soins à l'intention des femmes de 16 à 24 ans

Services regroupés

S. O.



SHEWAY • Vancouver, C.-B. • Ouvert en 1993 – Premier programme en son genre au Canada. Financé et géré par la régie de santé Vancouver Coastal Health, avec des ressources supplémentaires du ministère de l'Enfance et de la Famille de la C.-B., de la Vancouver Native Health Society, du ministère du Logement et du Développement social de la C.-B., et du YWCA.

Services/programmes de base

- Services d'approche; groupes de jour et groupes sur le rôle parental
- Groupes de soutien et counseling – substances
- Soutien individuel dans divers domaines de la vie
- Santé primaire : Médecins de première ligne; médecin spécialisé en dépendance aux substances et en soins de maternité; infirmières; psychiatre.
- Protection de l'enfance : Travailleuse sociale de la protection de l'enfance du gouvernement de la C.-B.
- Programmes culturels
- Soutien pour l'alimentation/nutrition et les besoins fondamentaux

Services en nature sur place

Santé et bien-être : Hygiéniste dentaire; ergothérapeute; physiothérapeute
Soutien au revenu : Spécialiste de l'intervention communautaire
Santé des enfants : Pédiatre; orthophoniste

Services sous contrat

Santé et bien-être :

Musicothérapeute

Légal : Avocat

Services regroupés

Logement : Logement avec services de soutien du YWCA

Garde d'enfants : Garderie du YWCA



MAXXINE WRIGHT • Surrey, C.-B. • Ouvert en 2005 après une planification communautaire exhaustive.

Financé et géré par la régie de santé Fraser, soutien supplémentaire en nature du ministère de l'Enfance et de la Famille et du ministère du Développement social et de la Réduction de la pauvreté de la C.-B.

Services/programmes de base

- Santé primaire : infirmière de santé publique, infirmière praticienne, ordonnances, traitement par agonistes opioïdes
- Counseling sur la consommation de substances
- Services prénataux/postnataux
- Santé des enfants : vaccinations, poids des bébés, examens de santé des bébés

Services en nature sur place

Santé primaire : Obstétricien; médecine materno-fœtale
Santé et bien-être : Psychiatre/psychiatrie de la reproduction
Soutien au revenu : Travailleuse du soutien au revenu du gouvernement de la C.-B.
Santé des enfants : Pédiatre; développement du jeune enfant
Protection de l'enfance : Travailleuse sociale de la protection de l'enfance du gouvernement de la C.-B.

Services sous contrat

Santé et bien-être :

Doulas; sages-femmes

Services regroupés : Atira Women's Resource Society

Soutien alimentaire; rôle parental : groupes de jour; repas quotidien

Prénatal/postnatal : Travailleuse d'approche pour les femmes enceintes

Logement : Logement avec services de soutien

Garde d'enfants : Garderie Atira

Culturel : Services d'aînées



H.E.R. Programme de grossesse • Edmonton, Alberta • Ouvert en 2011.

Financé principalement par Alberta Health Services et exploité par Streetworks, un organisme communautaire sans but lucratif.

Services/programmes de base

- Services d'approche; groupe de jour hebdomadaire
- Soutien individuel dans divers domaines de la vie
- Prénatal/postnatal : tests de dépistage des ITS et de grossesse sur place
- Soutien par rapport à la protection de l'enfance
- Soutien pour l'alimentation/nutrition et les besoins fondamentaux; transport et accompagnement

Services en nature sur place

S. O.

Services regroupés : Boyle Street Community Services

Santé et bien-être : Bien-être

Santé des enfants :

« Santé pour deux »

Protection de l'enfance : Travailleuse sociale de la protection de l'enfance du gouvernement de l'Alberta

Culturel : Services d'aînées



RAISING HOPE • Regina, Saskatchewan • Ouvert depuis 2013; seul programme entièrement résidentiel de l'étude CCP. Financé par le ministère des Services sociaux, la régie de santé de la Sask. et le ministère de la Justice du Canada; géré par SWAP, une agence communautaire en partenariat avec un organisme de logement autochtone.

Services/programmes de base

- Logement avec services de soutien (immeuble de 18 appartements)
- Counseling - santé mentale/traumatismes
- Programmes culturels
- Soutien pour l'alimentation/nutrition et les besoins fondamentaux
- Service de garderie
- Groupe de jour/relations entre pairs

Services en nature sur place

Santé primaire : Médecin de première ligne
Santé et bien-être : Conseiller en consommation de substances; thérapeute du bien-être
Protection de l'enfance : Travailleuse sociale de la protection de l'enfance du gouvernement de la Sask.
Rôle parental : Regina Early Learning Centre – Programme Triple P

Services sous contrat

Santé et bien-être : Psychologue, art-thérapeute, compétences de vie et guérison

Services regroupés

S. O.



MOTHERING PROJECT • Winnipeg, Manitoba • Ouvert en 2013, programme de la clinique Mount Carmel. Financé par Enfants en santé Manitoba et la régie de santé régionale de Winnipeg.

Services/programmes de base

- Services d'approche, de transport et d'accompagnement; groupes de jour
- Counseling sur la consommation de substances
- Groupes sur les aptitudes à la vie quotidienne et santé mentale/traumatismes
- Soutien individuel dans divers domaines de la vie
- Programmes culturels
- Soutien pour l'alimentation/nutrition et les besoins fondamentaux

Services en nature sur place

Santé primaire : Infirmière; infirmière de santé publique
Santé et bien-être : Conseillère en traumatismes; orthophoniste
Garde d'enfants : Travailleuse familiale – spécialiste de l'inclusion à la garderie
Rôle parental : Programme de soutien aux parents et aux élèves; Families First

Services sous contrat

S. O.

Services regroupés :

Clinique Mount Carmel
Santé primaire : Médecin de première ligne; infirmière praticienne; infirmière de santé publique, sage-femme



BREAKING THE CYCLE • Toronto, Ontario • Ouvert en 1995, géré par Mothercraft (société à but non lucratif) et financé par l'Agence de la santé publique du Canada et le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires de l'Ontario.

Services/programmes de base

- Services d'approche sur la grossesse
- Counseling - substances; groupes de prévention des rechutes
- Groupes sur les aptitudes à la vie quotidienne et santé mentale/traumatismes
- Soutien pour l'alimentation/nutrition et les besoins fondamentaux
- Service de garderie
- Groupes de soutien/rôle parental
- Visites hebdomadaires à domicile sur le rôle parental
- Services d'intervention précoce auprès des enfants

Services en nature sur place

Santé primaire : Infirmière de santé publique
Santé et bien-être : Travailleuse sur les dépendances
Santé des enfants : Pédiatre du développement (et de l'évaluation de l'ETCAF); orthophonie; développement du bébé
Protection de l'enfance : Une travailleuse sociale de la protection de l'enfance du gouvernement de l'Ont. participe aux réunions d'équipe aux deux semaines
Services correctionnels : Agente de probation

Services sous contrat

Santé et bien-être : Associée en psychologie; pédopsychologue clinique

Services regroupés

S. O.



BABY BASICS • New Glasgow, N.-É. • Ouvert en 1999; programme de Kids First, un organisme communautaire et financé principalement par les programmes du PCNP et du PACE de l'Agence de santé publique du Canada.

Services/programmes de base

- Groupes de jour prénataux/postnataux et relations entre pairs
- Soutien pour l'alimentation/nutrition et les besoins de base; soutien au transport pour accéder aux programmes
- Garde d'enfants
- Aide à domicile au besoin

Services en nature sur place

Santé primaire : Infirmière de santé publique
Santé et bien-être : Programme de soutien au rôle parental tenant compte des traumatismes; groupes sur la violence conjugale et les relations saines

Services sous contrat

S. O.

Services regroupés

S. O.

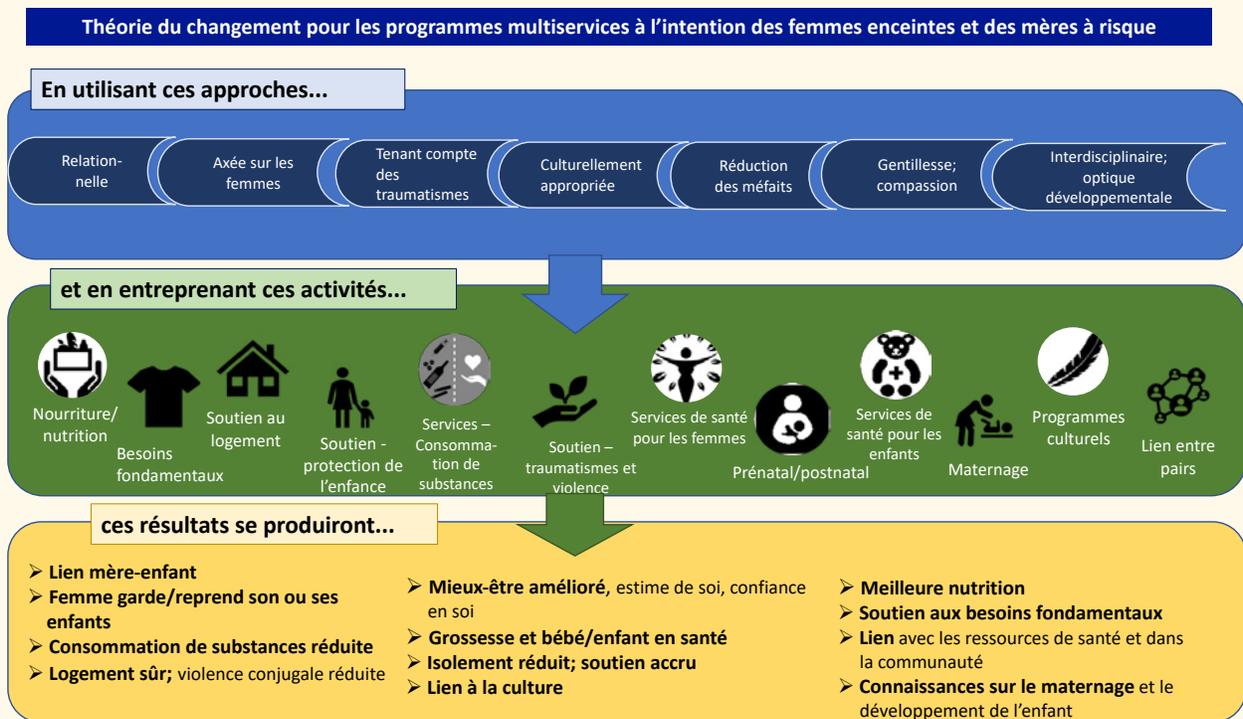
Théorie du changement

Dans le cadre de l'évaluation d'un programme, une théorie du changement est souvent élaborée pour montrer les interrelations entre le contexte du programme (situation actuelle des clientes/participantes), les intrants, les activités et les résultats prévus à court et à moyen terme, ainsi que les impacts à plus long terme.

Dans le cadre de la phase de développement de ce projet, l'équipe du projet et les coordonnateurs/gestionnaires de programme des huit sites participants ont collaboré afin de définir une théorie du changement pour guider le reste des activités d'évaluation. Lors de ces discussions, les responsables des programmes ont également déterminé plusieurs problèmes et défis importants qui touchent les femmes au moment de l'admission. Il s'agissait notamment de la consommation de substances, de logements non sécuritaires ou inadéquats, de la pauvreté, d'expériences de violence ou de traumatismes, d'une mauvaise santé physique, de l'isolement, de la séparation mère-enfant, des répercussions de la colonisation et des pensionnats, et du manque d'accès aux soins de santé et aux services sociaux.

La théorie du changement du projet Co-Création des preuves (CCP) est présentée à la figure 3.

Figure 3 : Théorie du changement du projet Co-Création des preuves





2 Processus de recherche

Processus de recherche : Principaux points

- L'équipe du projet a rendu visite à chaque programme deux fois, entre le printemps 2018 et l'automne 2019, pour interviewer les clientes, le personnel et les partenaires des programmes.
- En tout, 462 entrevues ont été menées : 256 avec des clientes, 108 avec des membres du personnel des programmes et 60 avec des partenaires de services.
- Les programmes ont également soumis des données dépersonnalisées sur les clientes et les résultats chaque trimestre, pendant 18 mois.

Aperçu et questions de recherche

L'étude a eu recours à une méthodologie mixte impliquant des données qualitatives et quantitatives; une approche collaborative servait de guide. Un comité consultatif national s'est réuni une à deux fois par an, pour fournir des orientations sur les principaux aspects du projet.

Voici les questions de recherche du projet :

- Quels sont les éléments communs de ces programmes diversifiés et multiservices?
- Comment ces programmes tiennent-ils compte du contexte de leur communauté?
- Quelles sont les composantes les plus utiles des programmes, selon les femmes?
- Quels sont les résultats obtenus et quelles sont les mesures pertinentes pour les prouver?

Méthodes de collecte des données

Les données ont été collectées selon deux méthodes :

- 1 L'équipe du projet a rendu visite aux huit programmes au printemps 2018 et à l'automne 2019, a mené des entrevues avec les clientes et a répondu à des questionnaires destinés aux clientes, ainsi que des entrevues avec le personnel du programme et les partenaires de services; et
- 2 Le personnel des sites des programmes a réuni des données quantitatives sur les résultats, ainsi que des données sur l'admission qui permettaient de présenter des « instantanés » sur les clientes, tous les trois mois, d'avril 2018 à septembre 2019. Pour chaque femme participant au programme au cours du trimestre, la base de données sur les clientes contenait des données démographiques et des données de résultats de haut niveau dépersonnalisées, produisant des « instantanés » des résultats en matière de logement, de consommation de substances et de protection de l'enfance.

Des renseignements supplémentaires sur la méthodologie de l'étude et l'analyse des données sont présentés à l'annexe A.

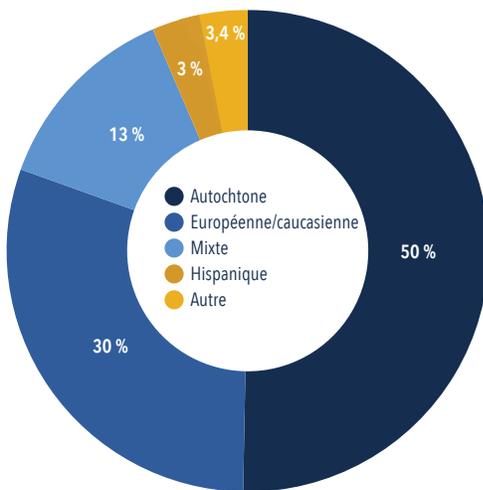
Entrevues avec les participantes

Comme le montre le **tableau 1**, 424 entrevues ont été menées en tout.

Tableau 1 : Nombre d'entrevues réalisées, par période et par groupe de participantes

	Période 1 (Avril-juil. 2018)	Période 2 (Sept.-déc. 2019)	Total
Entrevues/questionnaires destinés aux clientes	125	131	256*
Entrevues avec les membres du personnel	61	47	108
Entrevues avec les partenaires de services	42	18	60

* Vingt-neuf clientes ont été interrogées et ont rempli le questionnaire destiné aux clientes à la période 1 et à la période 2. Leurs réponses au questionnaire lors de la période 2 ont été utilisées pour les analyses de données.



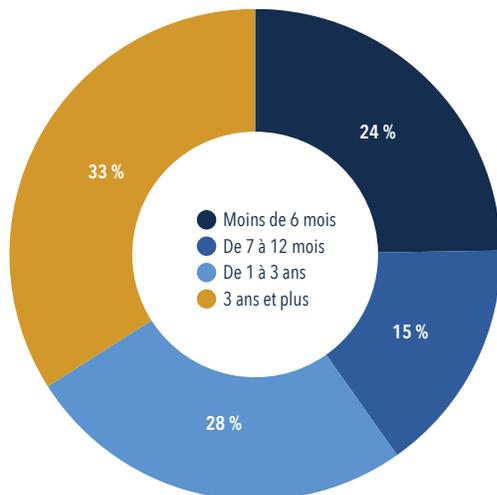
Informations sociodémographiques sur les clientes

Voici les informations démographiques des 226 clientes qui ont participé aux entrevues en personne et qui ont répondu au questionnaire destiné aux clientes.

Figure 4 : Ethnicité des clientes participant aux entrevues

Genre : La majorité (225) des participantes ont indiqué être de sexe féminin, et une personne s'est identifiée comme « ne se conformant pas au genre ».

Ethnicité : La majorité des clientes (50 %) ont indiqué que leur origine culturelle était autochtone, bien que cette proportion varie de 94 %, pour le programme à l'intention des Autochtones du centre-ville de Winnipeg, à 7 %, pour le programme situé dans une région rurale de la Nouvelle-Écosse.



Âge : La majorité des clientes ayant participé aux entrevues avaient plus de 30 ans; 20 % avaient entre 16 et 24 ans, 26 % entre 25 et 30 ans et 55 % avaient plus de 31 ans.

Durée de la participation à un programme : La durée de participation des clientes à leur programme a varié, allant de moins d'un mois à trois ans et plus.

Figure 5 : Durée de la participation des clientes à leur programme

Cette différence peut être attribuée en partie aux politiques des programmes individuels. Par exemple, dans plusieurs programmes, les clientes peuvent participer jusqu'à ce que leur enfant soit d'âge scolaire, alors que dans d'autres programmes, les clientes mettent fin à leur participation officielle entre 6 et 12 mois après l'accouchement.



Personnel du programme participant aux entrevues ou aux groupes de discussion

Dans l'ensemble des huit programmes du projet CCP, les 108 membres du personnel qui ont participé à des entrevues ou à un groupe de discussion provenaient de divers milieux professionnels. Il s'agissait, notamment :

- de gestionnaires de programmes;
- d'infirmières praticiennes;
- de conseillères;
- de travailleuses de soutien à la participation des clientes;
- d'intervenantes en services de soutien aux pairs;
- de directrices générales;
- de sages-femmes;
- d'aînées;
- d'agentes de liaison avec les Autochtones;
- d'intervenantes en soutien familial pour les Autochtones;
- de médecins;
- de travailleuses sociales;
- de travailleuses d'approche;
- de travailleuses en développement du jeune enfant;
- d'éducatrices de garderie.



3 Contexte des programmes

Quelles sont les origines et les approches des programmes?

Comme mentionné dans l'introduction, les huit programmes participant à l'étude du projet CCP ont été élaborés en réponse à des influences et à des enjeux locaux. Sept des programmes ont été élaborés en reconnaissant la nécessité d'adopter des approches holistiques pour traiter la consommation problématique de substances chez les femmes enceintes et les mères de leurs communautés. Une déclaration de consensus sur les 10 éléments fondamentaux pour la prévention de l'ETCAF, préparée par un réseau canadien de chercheurs et de praticiens, a souligné l'importance de ces approches (Network Action Team on FASD Prevention from a Women's Health Determinants Perspective, 2010). L'accès à des services sociaux et de santé spécialisés représente une caractéristique centrale de ces programmes, et les concepteurs de programmes ont cherché à remédier à la fragmentation des services au sein du système de soins de santé, ainsi qu'entre les secteurs de la santé et des services sociaux. Le huitième programme a été élaboré pour répondre au besoin d'un groupe de femmes à faible revenu qui souhaitent disposer d'un espace sûr et de ressources pour les familles. Au fil du temps, le programme a évolué et a intégré les enjeux de la consommation de substances à son orientation générale des services aux jeunes mères aux prises avec la pauvreté, l'isolement et des difficultés avec divers systèmes, le tout aggravé par la pénurie de ressources pertinentes dans la région. Bon nombre de ces programmes sont situés dans des zones urbaines comptant un pourcentage élevé de femmes et de familles autochtones. Ces programmes donnent donc la priorité à la sécurité et à la programmation culturelle autochtone.

Même s'ils ont été mis sur pied à différentes époques et dans différentes régions du pays, comme indiqué dans la théorie du changement, les programmes sont guidés par un ensemble d'approches philosophiques/théoriques similaires au sujet de leur travail. Lors d'une réunion en personne avec l'équipe de projet et les responsables des programmes en juin 2017, cet ensemble d'approches philosophiques/théoriques a été défini en collaboration. En voici les dimensions : 1) relationnelle; 2) centrée sur les femmes; 3) réduction des méfaits; 4) tenant compte des traumatismes; 5) fondée sur la culture; 6) empreinte de bonté et de compassion; et 7) interdisciplinaire avec une optique visant le développement. Les entrevues qualitatives avec les clientes et les membres du personnel des programmes ont révélé deux approches supplémentaires : 1) exempte de jugement, sécuritaire et axée sur les forces; et 2) axée sur la communauté. En fait, nous avons découvert que ces approches philosophiques sont au cœur du fonctionnement des programmes, et représentent ce que les clientes apprécient dans ces programmes.

Le **tableau 2** présente une brève définition de chacune de ces approches et illustre la manière dont les clientes et les membres du personnel les ont vécues dans la pratique.

Tableau 2 : Approches philosophiques/théoriques employées par les programmes

Approche	Définition (réunion en personne)	Point de vue des clientes	Points de vue du personnel
Exempte de jugement; sécuritaire; axée sur les forces	S. O.	<i>Les gens qui travaillent là ne portent pas de jugement. Je me sens comme une participante à [programme], pas comme une ratée.</i>	<i>Offrir un environnement sûr où les femmes ne sont pas jugées et peuvent obtenir l'aide nécessaire ou souhaitée.</i>
Relationnelle	Mettre l'accent sur des relations sûres, respectueuses, sans jugement, et sur des relations positives et de confiance avec les fournisseurs de services.	<i>Être capable de faire confiance. Il n'y a pas de jugement. Sauf quand c'est nécessaire. [La gestionnaire du programme] et la D^{re} A. ne mâchaient pas leurs mots. Elles me disaient les choses comme j'avais besoin de les entendre.</i>	<i>Les relations que nous établissons sont essentielles; elles sont l'intervention. Notre approche relationnelle est la clé du succès et de l'obtention de nos résultats. Les femmes ont peur lorsqu'elles se présentent pour la première fois, c'est pourquoi il est important d'établir une relation.</i>
Centrée sur les femmes	Les femmes fixent leurs propres buts au sujet des services.	<i>Le personnel; sans lui, je ne me serais pas rétablie pareillement. ... Elles savent jusqu'où aller avec moi et quand j'ai besoin d'un recul.</i>	<i>Les femmes choisissent les aspects du programme qu'elles veulent. Nous donnons des suggestions, mais nous nous concentrons vraiment sur les objectifs et les orientations des femmes.</i>
Réduction des méfaits	Minimiser les méfaits et encourager la sécurité.	<i>Le personnel (...) me fait comprendre que je peux poser mes propres questions ou faire part de mes préoccupations en toute sécurité, sans craindre d'être jugée ou dénoncée.</i>	<i>Nous prenons les femmes au stade où elles en sont et les aidons de manière sûre. Nous comprenons que les femmes peuvent faire des rechutes et c'est normal.</i>
Tenant compte des traumatismes	Comprendre que de nombreuses femmes ont subi de graves traumatismes.	<i>Le personnel est exceptionnel, cohérent et digne de confiance dans son approche. Le [programme] est très sécuritaire.</i>	<i>Tenir compte des traumatismes, ce n'est pas demander « qu'est-ce qui cloche avec elle? », mais plutôt « que lui est-il arrivé? ». Faire preuve de respect, se concentrer sur le comportement et non sur la personne.</i>
Fondée sur la culture	Utilisation d'approches et de programmes culturels autochtones et prise en compte des impacts multigénérationnels de la colonisation.	<i>La culture et les tambours. Quand j'ai commencé ici, j'ai recommencé à chanter. ... Ce programme m'a aidée à renouer avec ma culture, et c'était important.</i>	<i>L'esprit est une approche. Le sacré influence la façon dont nous parlons ici. Le message « vous êtes sacrées » est un élément clé de la guérison.</i>
Gentillesse; compassion	Utiliser un langage centré sur la personne et déstigmatisant; minimiser la honte et la culpabilité.	<i>Ici, on n'est pas stigmatisées. Peu importe d'où vous venez, vous êtes traitée avec respect et chaleur. Vous n'êtes pas une simple statistique.</i>	<i>Faire preuve de gentillesse, se montrer accueillant. Les femmes ont le sentiment qu'elles peuvent faire confiance. Un grand nombre de femmes sont stigmatisées dans leur vie. Elles peuvent être ici et ne pas être jugées.</i>
Interdisciplinaire; optique visant le développement	Répondre aux besoins des femmes et des enfants de manière holistique.	<i>Tout ce que j'ai à faire dans une semaine se trouve à [programme] : les soins de santé, l'aide au revenu, l'aide au logement, la garderie, le counseling. Tout est au même endroit.</i>	<i>Les femmes ont des relations différentes avec différents membres du personnel. Elles comptent sur l'existence d'une communication transparente entre les membres du personnel.</i>
Axée sur la communauté	S. O.	<i>Il y a un sentiment de communauté; la communauté est vraiment saine ici.</i>	<i>Les relations. Elles ont un endroit où aller. Les femmes redonnent à la communauté.</i>

Quels sont les modèles des programmes?

Bien que les huit programmes soient fondés sur le même ensemble d'approches, la façon dont les programmes et les services sont offerts varie d'un programme à l'autre. Comme chaque programme a été conçu et mis en œuvre à partir d'un ensemble particulier de facteurs communautaires, cela se comprend. L'équipe du projet CCP a développé une approche multidimensionnelle pour décrire le modèle de chaque programme (figure 6) qui reflète également ses caractéristiques uniques. La figure 7 fournit une représentation visuelle de deux des modèles de programmes; les modèles des autres programmes sont présentés à l'annexe B. Elle est suivie d'exemples de la façon dont les programmes mettent en pratique les dimensions centrales de leur modèle.

Figure 6 : Cartographie des modèles des programmes de Co-création des preuves : Une approche multidimensionnelle



LÉGENDE

HWH ▶ HerWay Home

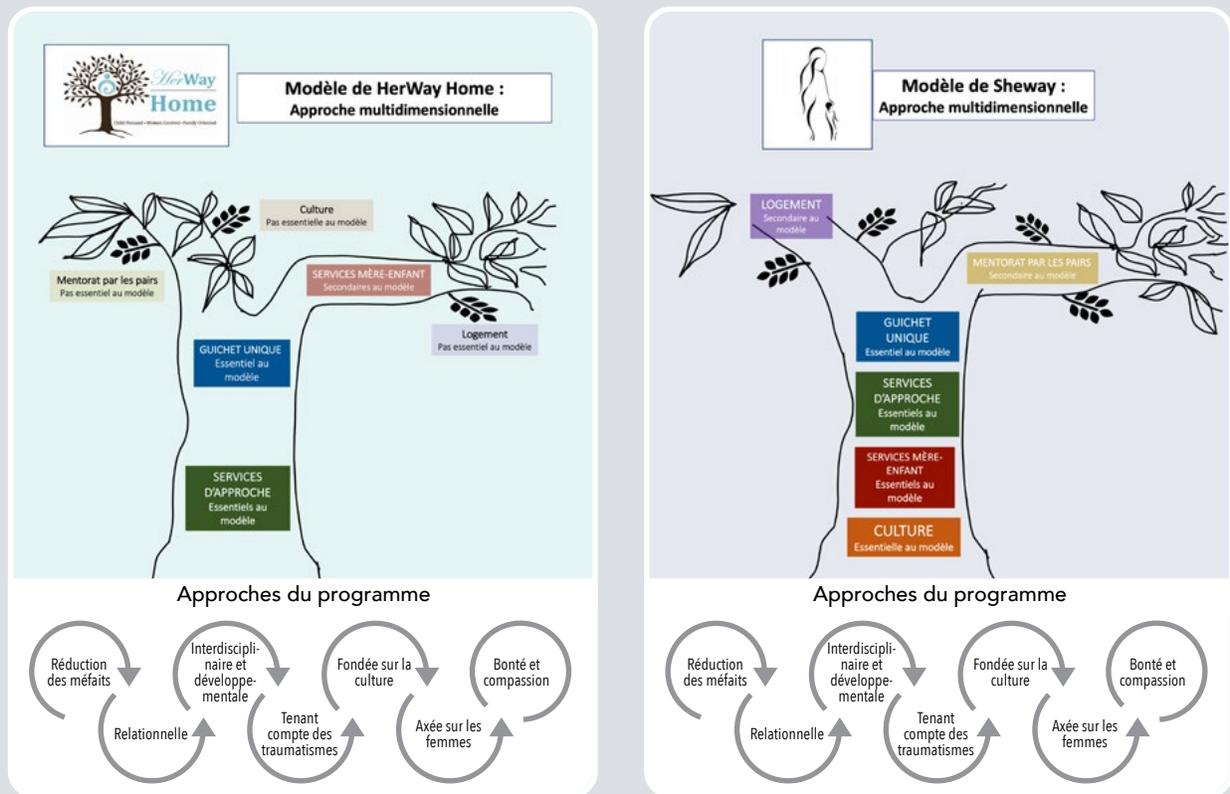
HER ▶ H.E.R. Pregnancy Program

BTC ▶ Breaking The Cycle
SW ▶ Sheway

RH ▶ Raising Hope
BB ▶ Baby Basics

MW ▶ Maxxine Wright
MP ▶ Mothering Project

Figure 7 : Modèles des programmes de HerWay Home et Sheway



Guichet unique : Pour six de ces programmes, il était essentiel d'offrir une expérience de guichet unique aux clientes, c'est-à-dire de réunir plusieurs services accessibles en un seul endroit. Par exemple, **Sheway**, le plus important programme participant à l'étude, est situé dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, en Colombie-Britannique; le programme se trouve au rez-de-chaussée, les services de santé au troisième étage et le service de logement Crabtree Corner Housing du YWCA aux quatrième et cinquième étages. Les clientes de **Sheway** peuvent se présenter tous les jours pour prendre un repas chaud préparé dans la cuisine sur place, assister à des rendez-vous avec divers membres du personnel ou participer à des programmes de groupe. **Herway Home**, qui dispose d'un espace dans un centre de santé communautaire à Victoria, en Colombie-Britannique, offre également un éventail de services en un seul endroit. Par exemple, des médecins de première ligne, des médecins spécialisés en consommation de substances, des infirmières praticiennes, des infirmières de santé publique, une nutritionniste et une hygiéniste dentaire ont tous des horaires réguliers sur place, et le programme offre également un groupe de bien-être sans rendez-vous, un groupe prénatal et un groupe de rétablissement de la consommation de substances et des traumatismes.

Services d'approche : Cinq programmes mettent l'accent sur les services d'approche. Par exemple, **Mothing Project**, qui est situé dans la zone nord de Winnipeg, au Manitoba, occupe ses propres locaux, tout en étant rattaché à la clinique Mount Carmel. Le programme compte deux ou trois travailleuses d'approche ayant chacune une charge de travail pouvant aller jusqu'à 15 femmes, qu'elles rencontrent individuellement dans la communauté. L'objectif général des travailleuses d'approche est de rester en contact avec les clientes, de les conduire à leurs rendez-vous, de les rencontrer de manière informelle en prenant un café pour cultiver des relations et prendre de leurs nouvelles, voir comment elles vont et s'assurer qu'elles reçoivent l'aide dont elles ont besoin.



Mentorat par les pairs : Quatre programmes mettent le mentorat par les pairs au centre de leur modèle. À titre d'exemple, **Baby Basics** est un petit programme situé en Nouvelle-Écosse. Il est rattaché à Kids First, un centre de ressources familiales. Kids First a pignon sur rue dans une rue principale de New Glasgow, en Nouvelle-Écosse. À l'avant de l'édifice, un espace ouvert, aménagé avec des divans confortables en demi-cercle, sert de lieu de rencontre pour les groupes. Les femmes se réunissent une fois par semaine pour parler de questions qui leur tiennent à cœur; les groupes sont animés par la coordonnatrice du programme **Baby Basics**, qui est considérée comme un modèle puisqu'elle a déjà participé au programme Kids First. À **H.E.R.** à Edmonton, en Alberta, les travailleuses d'approche ont vécu des expériences similaires à celles des clientes, comme la pauvreté, la violence conjugale, les traumatismes et la consommation problématique de substances. Cela donne une base pour établir des relations de confiance et susciter la participation des clientes.



Culture : Pour quatre programmes, la programmation culturelle autochtone constitue une dimension centrale. L'intégration d'activités et d'approches culturelles tient compte de la population autochtone desservie par ces quatre programmes. Par exemple, **Mothering Project** dispose d'une salle de guérison où les femmes peuvent participer à des activités cérémonielles comme la purification, les cercles de discussion et les enseignements traditionnels. Les employées autochtones offrent des conseils et du soutien aux femmes, selon une optique culturelle. Dans l'espace d'accueil de jour, on propose des activités artisanales comme la fabrication de jupes et d'autres projets artistiques. À **Sheway**, l'intervenante en soutien familial pour les Autochtones et les aînées invitées proposent des activités traditionnelles sur le rôle parental, des cérémonies d'accueil des bébés et d'autres activités, tant en groupe qu'individuellement. Des aliments traditionnels, par exemple du saumon et de la bannique, sont servis régulièrement par le programme de repas chauds. En plus de soutenir les participantes au programme, la présence des aînées constitue un moyen unique de soutenir les membres du personnel de **Sheway** par rapport aux traumatismes et au deuil entraîné par la crise des surdoses d'opioïdes.



Services mère-enfant : Pour quatre programmes, la programmation culturelle autochtone constitue une dimension centrale. L'intégration d'activités et d'approches culturelles tient compte de la population autochtone desservie par ces quatre programmes. Par exemple, **Mothering Project** dispose d'une salle de guérison où les femmes peuvent participer à des activités cérémonielles comme la purification, les cercles de discussion et les enseignements traditionnels. Les employées autochtones offrent des conseils et du soutien aux femmes, selon une optique culturelle. Dans l'espace d'accueil de jour, on propose des activités artisanales comme la fabrication de jupes et d'autres projets artistiques. À **Sheway**, l'intervenante en soutien familial pour les Autochtones et les aînées invitées proposent des activités traditionnelles sur le rôle parental, des cérémonies d'accueil des bébés et d'autres activités, tant en groupe qu'individuellement. Des aliments traditionnels, par exemple du saumon et de la bannique, sont servis régulièrement par le programme de repas chauds. En plus de soutenir les participantes au programme, la présence des aînées constitue un moyen unique de soutenir les membres du personnel de **Sheway** par rapport aux traumatismes et au deuil entraîné par la crise des surdoses d'opioïdes.



Logement : Pour deux programmes, le logement est une dimension centrale. Plus précisément, il s'agit de **Raising Hope** et de **Maxxine Wright** (également appelé **Maxx Wright**). **Raising Hope** est situé dans un édifice de 18 logements à Regina, en Saskatchewan. Le rez-de-chaussée abrite les bureaux du programme, un espace de réunion et une cuisine d'usage collectif, ainsi qu'un espace réservé à la garde des enfants. Les femmes et leurs familles se voient attribuer des appartements d'une ou deux chambres, au deuxième et au troisième étage. Les femmes acceptées par le programme ont des problèmes de consommation de substances, d'insécurité du logement, de violence conjugale possible, et sont soit enceintes, soit mères depuis très peu (période postnatale). La plupart des femmes ont également des démêlés avec les services provinciaux de protection de l'enfance. L'une des exigences du programme **Raising Hope** à l'égard de toutes les résidentes est qu'elles doivent participer à un programme quotidien structuré qui consiste en des rendez-vous individuels et la présence à des groupes axés sur la santé, les dépendances, la culture, le rôle parental et la santé mentale. L'aide au transport est fournie aux résidentes, pour leur permettre de se rendre aux services dans la communauté. Au programme **Maxx Wright**, la composante du logement est offerte par un partenaire, Atira Women's Resource Society. **Maxx Wright** et Atira partagent les mêmes locaux, offrant des services regroupés sur le même étage. En outre, Atira gère des logements de transition et des logements de seconde étape, tous deux situés sur la même propriété.

Qui sont les bailleurs de fonds des programmes?

Les programmes ont un vaste éventail de bailleurs de fonds, qui peuvent changer au fil du temps. En règle générale, les partenaires financiers comprennent ou ont compris des organisations fédérales et provinciales, comme l'Agence de la santé publique du Canada, le Programme d'action communautaire pour les enfants, le ministère de la Justice du Canada, les régies de santé provinciales et régionales, les ministères provinciaux de la Protection de l'enfance, les organismes de santé et de services sociaux autochtones, la santé publique, ainsi que les organisations et fondations communautaires. Les sources de financement locales contribuent à combler les lacunes, à établir des liens entre les programmes et la communauté, à permettre d'offrir des activités et programmes créatifs et, en général, à permettre aux programmes de compléter leurs services.

Quels sont les services offerts et comment les services des programmes sont-ils fournis?

La moitié des programmes sont gérés par une régie de santé et les quatre autres par un organisme communautaire (à savoir, un organisme sans but lucratif). Le **tableau 3** décrit l'éventail de services offerts sur place dans chaque programme. Ensemble, ces services constituent des éléments clés de l'approche du guichet unique.

Tableau 3 : Services et activités offerts sur place par le personnel d'un programme, services regroupés, en nature ou sous contrat

D'avril 2018 à septembre 2019, des données de sortie ont été réunies sur les huit programmes, au sujet du nombre de femmes qui ont accédé aux services suivants : logement, besoins fondamentaux, santé et bien-être, consommation de substances, violence et traumatismes, et activités de soutien social. Cette information a donné une indication de la structure de chaque programme.

Géré par	Régie de santé				Organisme communautaire				
	Programme	HWH	SW	MW	MP	HER	RH	BTC	BB
Accent sur les femmes enceintes et les jeunes mères à risque	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Services fournis									
Alimentation, nutrition	★	★	⊙	★	★	★	★	★	★
Besoins fondamentaux, transport compris	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Logement	◆	◆⊙	⊙	◆	◆	★	◆	◆	
Soutien par rapport à la protection de l'enfance	★	⊙	⊙	★	★	⊙	◆		
Consommation de substances – en groupe, individuel	★	★	★⊙	★	★⊙	⊙	★	◆	
Santé mentale/violence et soutien pour les traumatismes	★	★	◆★	★	◆★	★	★	★⊙	
Soins primaires	★	★	★	⊙	◆	◆★	◆	◆	
Prénatal/postnatal	★	★	★	★	◆★	◆⊙	◆	◆★	
Santé de l'enfant	★	★	★	★	◆	★	★	◆	
Évaluation/intervention précoce – enfant	◆⊙	★⊙	⊙	★	◆	◆★	★	◆	
Garderie sur place	★	★	⊙	★		★	★	★	
Programmes sur le rôle parental	◆★	★	★⊙	★	◆	⊙	★	★	
Programmes culturels	◆	★	⊙	★	⊙	★	◆		
Groupe de jour/relations entre pairs	★	★	★⊙	★	★	★	★	★	

✗ Jeunes femmes enceintes ou mères, de 16 à 24 ans
 ★ Services fournis sur place par le personnel/programme

◆ Services accessibles dans la communauté, au moyen d'un partenariat formel ou informel

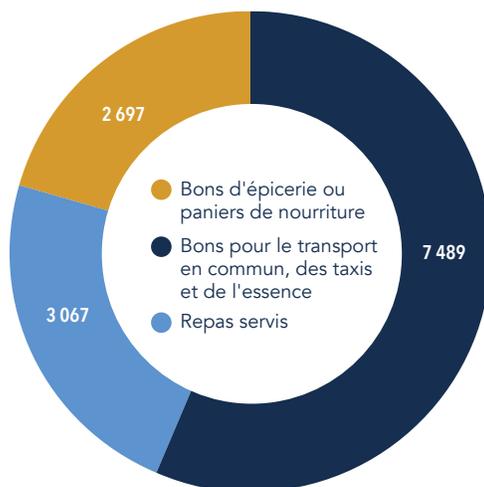
⊙ Services fournis sur place grâce à une combinaison de dons en nature, par un bailleur de fonds ou un partenaire du programme, un contrat rémunéré et/ou un service regroupé

Bien que les huit programmes offrent des groupes, leur orientation et leur degré d'intensité varient; certains offrent principalement des groupes de jour sans rendez-vous, tandis que d'autres combinent aux groupes de jour sans rendez-vous des groupes thématiques ou à durée limitée. À titre d'exemple, Raising Hope, un programme ayant le logement comme dimension centrale et dont on s'attend à ce que les clientes participent quotidiennement aux programmes, proposait des groupes quotidiens. Sheway proposait également un nombre important de groupes, la majorité étant des groupes de bien-être sans rendez-vous. Les types de groupes offerts variaient en fonction des besoins des clientes et des ressources du programme; par exemple, Sheway n'offrait pas de groupes prénataux/postnataux, parce que les clientes obtenaient des services prénataux/postnataux lors de rendez-vous individuels avec le personnel ou avec des professionnels de la santé sur place. En revanche, les groupes prénataux/postnataux de HerWay Home représentaient 70 % de sa programmation de groupe offerte pendant la période d'évaluation.

De même, bien que tous les programmes offrent un soutien aux besoins fondamentaux, le type et le niveau varient, en particulier en ce qui concerne le transport (p. ex., conduire les femmes, billets/bons de transport) et la nourriture (p. ex., repas, bons d'épicerie) (figure 9). Sheway, Maxx Wright, Mothering Project et Breaking the Cycle servaient un repas chaud quotidien, tandis que d'autres ne le faisaient que pendant les programmes de groupe. HerWay Home sert des repas chauds deux à trois fois par semaine. H.E.R. et Baby Basics offrent un repas chaud hebdomadaire. Raising Hope dispose d'une cuisine commune, et le personnel et les clientes préparaient régulièrement des repas, même si les femmes les mangeaient principalement dans leur appartement avec leur famille. La même variation a été observée pour l'aide au transport. Baby Basics, qui dessert une vaste zone géographique où les transports en commun sont limités, fournit des bons de taxi, ce qui était essentiel pour aider les femmes à participer au programme. D'autres programmes, comme HerWay Home et H.E.R., conduisaient et accompagnaient régulièrement les femmes à des rendez-vous et à des services dans la communauté.



Figure 8 : Total des repas, des bons d'épicerie ou paniers de nourriture, et des bons pour le transport, accordés dans les huit programmes de l'étude de CCP, 2018-2019

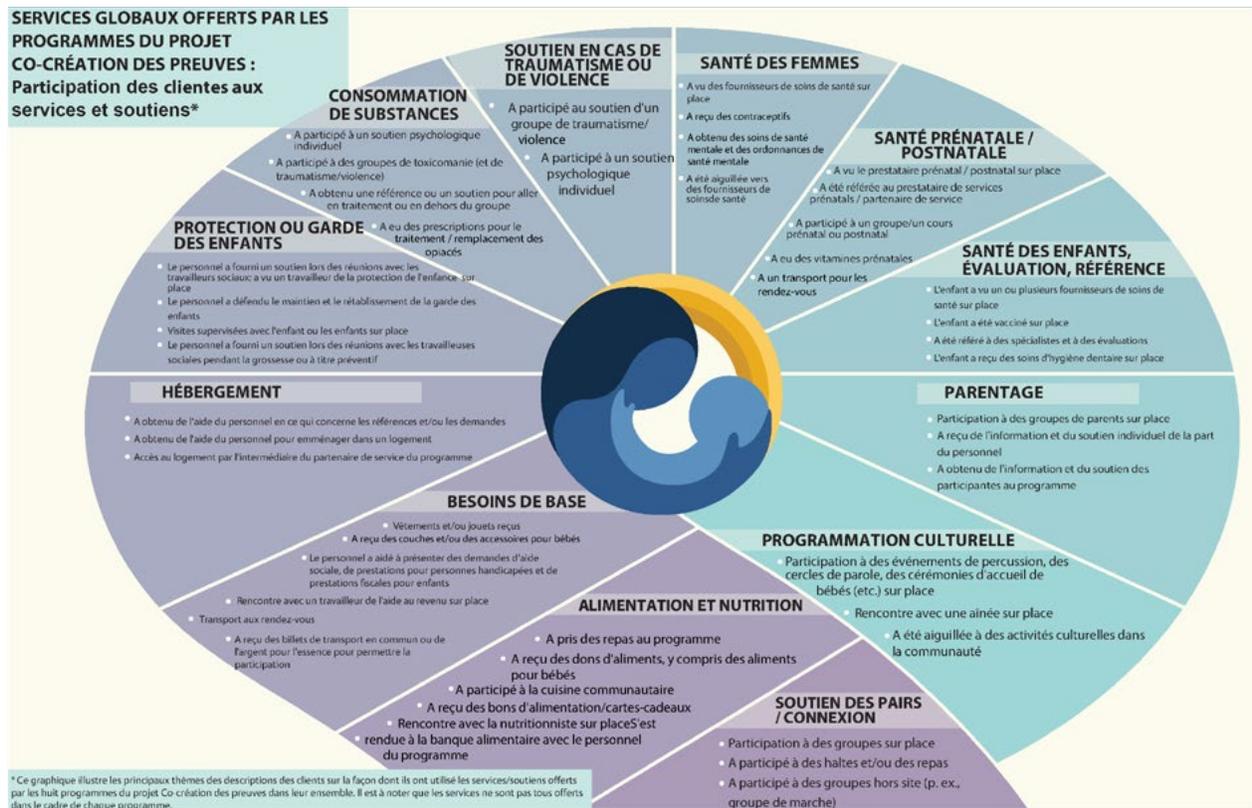


D'avril 2018 à septembre 2019 :

- Six programmes ont distribué des repas, des bons d'épicerie ou des paniers de nourriture, d'une valeur de **26 000 \$** (deux programmes ne collectaient pas cette information).
- Sept programmes ont distribué des bons pour le transport en commun, des taxis et de l'essence, d'une valeur de **18 100 \$** (un programme ne collectait pas cette information).

Indépendamment de la manière dont les services étaient structurés ou fournis, l'intention était de faire en sorte que les clientes aient une expérience homogène et surmontent peu d'obstacles d'accès aux services. La **figure 9** illustre l'éventail des services globaux³ offerts collectivement par les programmes, en citant les clientes qui évoquent comment elles ont eu recours aux diverses formes de soutien et de services offertes.

Figure 9 : Services globaux offerts par les programmes du projet CCP



Partenariats de services

Pour fournir les services globaux, les partenariats formels et informels et les relations de partenariat avec d'autres secteurs et disciplines étaient essentiels. Des accords formels permettent de définir les rôles, les limites de la confidentialité et de faciliter le partage des informations. Les partenariats informels ou les accords de collaboration étaient guidés par des objectifs communs et une clientèle partagée, ils reposaient sur la confiance et un objectif commun. L'**encadré 1** décrit les relations de partenariat et les activités de partenariats courantes au sein des huit programmes, ainsi que celles qui l'étaient moins. Les variations illustraient les caractéristiques uniques des programmes.

³ L'approche globale de la prestation de services a été définie comme un mode d'intervention complet, souple et axé sur les clientes, qui place les besoins et les objectifs déterminés par les clientes elles-mêmes au centre des services (National Wraparound Initiative, sans date). Voici les attributs essentiels des services globaux : holistiques, fondés sur l'équipe et empreints de collaboration (Homelessness Hub, 2019).

En général, les programmes gérés par les régies de santé ont établi des relations de partenariat avec des programmes de services sociaux, tandis que les programmes gérés par des organismes communautaires ont eu tendance à établir des relations de partenariat avec des services de soins primaires et de santé maternelle. Cinq programmes partageaient des locaux avec d'autres organismes et services (p. ex., logement, soins de santé primaires), ce qui complétait leurs services de base. La stratégie d'intégrer du personnel d'autres organismes (p. ex., protection de l'enfance, aide au revenu, développement du jeune enfant, aînées autochtones) au sein d'un programme est utilisée par quatre programmes.

Encadré 1 : Partenariats et activités courantes de partenariat

Partenaires habituels	
	Services de protection de l'enfance
	Services de soins de santé prénataux/postnataux, p. ex. santé publique, sages-femmes, médecins de première ligne
	Services de santé spécialisés, p. ex., médecine materno-fœtale, grossesse et consommation de substances, traitement par agonistes opioïdes
	Services pour consommation de substances et de santé mentale
Partenaires moins habituels	
	Services liés au logement
	Désintoxication
	Services de santé liés à la santé des autochtones
	Développement du tout-petit/santé de l'enfant
	Aide au revenu
	Aide juridique
	Services de probation

Activités les plus courantes de la relation de partenariat	
	Partage des ressources, p. ex., personnel, connaissances, information
	Aiguillages réciproques
	Échange/partage d'informations sur les programmes et les clientes
	Conférence sur les cas ou réunions conjointes de planification de cas
	Services fournis dans les locaux du programme
Activités moins courantes de la relation de partenariat	
	Séances de formation ou d'information parrainées par le programme
	Comités interorganismes/communautaires et/ou comités consultatifs
	Soutien culturel
	Soutien à la recherche et/ou autre expertise donné au personnel
	Élaboration et prestation des programmes conjointes
	Revendication d'un changement systémique

Exemples de partenariat

Les citations suivantes sont des exemples de partenariats externes qui ont permis d'étendre les services offerts par les programmes :

Le Y[MCA] nous aide à offrir un abonnement aux familles. Nous indiquons au Y qui est admissible, en fonction du revenu, et il fournit un laissez-passer. Cela donne aux familles un abonnement à bas prix qu'elles peuvent utiliser à la piscine.

Un nouveau partenariat a débuté en 2017 avec le marché fermier local. Pendant sept mois, les femmes reçoivent 100 \$/mois de « dollars du marché fermier », pour y faire des achats. Elles peuvent dépenser ces « dollars » comme elles le souhaitent au marché.

Le jeudi, une agente de probation est sur place pour rencontrer les femmes qui ont une ordonnance de probation active. Cette approche a fait toute la différence, en permettant aux femmes d'être en sécurité tout en respectant les exigences de leur probation, ce qui réduit considérablement la probabilité d'avoir plus de problèmes avec le système de justice pénale en violant leur ordonnance de probation.

Quels sont les points forts des programmes du point de vue du personnel et des partenaires?

Les entrevues avec le personnel des programmes et les partenaires de services ont permis de dégager des thèmes communs forts sur ce qu'ils considèrent comme les principaux points forts de leur programme :

- Les approches philosophiques du programme;
- Les caractéristiques du personnel du programme, notamment ses connaissances, son engagement, l'importance qu'il accorde aux relations, le fait qu'il passe à l'action et son esprit d'équipe;
- La prestation de services de type « guichet unique » ou globale, y compris la présence de prestataires de soins médicaux et de santé sur place;
- Les relations solides avec les partenaires de services, par exemple les services de protection de l'enfance et les soins de santé; et
- la souplesse et la réactivité de la prestation de services.

De plus, les partenaires de services ont souligné un autre point fort des programmes, à savoir le fait qu'ils rejoignent et soutiennent les femmes qui ont des défis et des besoins complexes et qui sont généralement mal desservies par d'autres services.



Quels sont les défis des programmes du point de vue du personnel et des partenaires?

Nous avons également demandé au personnel et aux partenaires d'indiquer ce qu'ils considéraient comme des défis à relever pour les programmes. Comme pour les points forts, nous avons constaté une certaine cohérence dans leurs réponses, les deux groupes estimant qu'il fallait :

- Un financement stable et adéquat des programmes;
- Plus de personnel;
- De meilleurs espaces physiques correspondant aux besoins des programmes.

Les deux groupes ont également mentionné les défis associés à la collaboration entre les systèmes et les disciplines, notamment les obstacles au partage de l'information et les différences de mandats, de délais et/ou d'approches entre les divers systèmes de soins. Ces défis ont nui à la capacité des clientes de s'y retrouver dans les services.

Le personnel et les partenaires ont également souligné les défis systémiques, c'est-à-dire les problèmes dont la résolution dépasse la portée des programmes individuels. Les deux groupes ont mentionné que les multiples problèmes auxquels les clientes sont aux prises, par exemple les traumatismes, la consommation de substances (dépendance), la crise des opioïdes, ajoutent une complexité encore aggravée par le manque de logements sûrs et abordables et le peu de soutien à long terme disponible pour les femmes et les familles.

Contexte des programmes - Principaux points à retenir

- Les huit programmes étaient guidés par un ensemble similaire d'approches théoriques, tenant compte des traumatismes, relationnelles, axées sur les femmes, fondées sur la culture et réduisant les méfaits, entre autres.
- Un modèle multidimensionnel a été élaboré et met en évidence les caractéristiques uniques et communes des huit programmes.
- Les dimensions qui étaient le plus souvent centrales aux modèles des programmes étaient le guichet unique; les services d'approche; le mentorat par les pairs; et la culture. Les dimensions moins courantes de ces modèles étaient l'optique du « client double » (à savoir, considérer la mère et l'enfant tous deux comme clients) et le logement.
- Pour fournir les services globaux, les partenariats formels et informels et les relations de partenariat avec d'autres secteurs et disciplines étaient essentiels.
- Au nombre des points forts des programmes, mentionnons leurs approches philosophiques; les services globaux et de type guichet unique comprenant des services médicaux et de santé; des partenariats solides avec d'autres prestataires de services; la flexibilité et la réceptivité aux besoins des clientes.





4 Contexte des services globaux selon une optique culturelle autochtone

Comment les approches autochtones sur le bien-être s'harmonisent-elles avec les programmes qui offrent des services globaux?

Tous les programmes ayant participé à l'étude Co-Création des preuves ont utilisé une approche holistique des déterminants sociaux pour soutenir les femmes, selon laquelle de multiples services peuvent être obtenus pour répondre aux divers aspects de la situation de vie d'une femme. Cette approche correspond aux visions du monde des sociétés autochtones, où la personne entière est considérée dans le contexte de la famille, de la communauté et de la nation, et où l'équilibre est recherché pour atteindre le bien-être (Bartlett, 2005).

Les sociétés autochtones du Canada ont des enseignements anciens considérant la personne « entière » en relation avec les autres, la terre, l'air, l'eau, les animaux, les plantes et le monde des esprits. Toutes ces entités sont interreliées. Par exemple, les Nuuchah Nulth de la région ouest de l'île de Vancouver donnent à leur perspective du monde le nom de « Heshook-ish Tsawalk », ce qui signifie que tout est un et que toutes les réalités existent en relation les unes avec les autres, tant dans le monde physique que métaphysique (Atleo, 2004). De même, les Anishinaabe utilisent le cercle et la roue médicinale pour enseigner aux nouvelles mères que chaque individu est né avec des dons sacrés. Le cercle symbolise la complétude et l'interdépendance. Il s'agit d'une ressource qui permet d'envisager la vie de manière holistique, et ses enseignements guident les futures mères vers la santé et l'harmonie dans la vie (Van Bibber, 1997).

Le cadre de réceptivité culturelle de la Federation of Saskatchewan Indigenous Nations a été élaboré à partir d'une optique autochtone, afin de s'assurer que le système de soins de santé de la Saskatchewan respecte les cultures des peuples des Premières Nations et reconnaît les systèmes de guérison autochtones communautaires comme jouant un rôle fondamental dans la bonne santé et le bien-être (Sasakamoose et coll., 2017). Le cadre reconnaît que la guérison passe par le rétablissement de l'équilibre dans les domaines de la santé spirituelle, émotionnelle, mentale et physique. Pour donner vie à cette vision, il faut un espace éthique dans lequel divers partenaires et gouvernements peuvent travailler ensemble dans un cadre de respect, de compréhension et d'équité pour favoriser la santé et le bien-être, tout en reconnaissant les droits inhérents des peuples autochtones (Sasakamoose et coll., 2017).

En quoi les aînées, les gardiennes du savoir, le personnel, les mentors et les femmes représentent-ils une ressource?

Les programmes culturels comprennent des cérémonies, des enseignements traditionnels et des activités qui reflètent une vision du monde où « l'intégralité, l'équilibre, l'harmonie, la relation, le rapport avec la terre et l'environnement » est un processus de guérison qui dure toute la vie (Castellano, 2006, 115). La participation à des activités comme la cérémonie d'accueil des bébés, le temps passé avec les aînées, les aliments traditionnels, l'artisanat, l'art, les chansons et le tambour produit des sentiments de bien-être et met les femmes autochtones en rapport avec leur identité et leur sentiment d'estime de soi. L'approche philosophique « fondée sur la culture » s'exprime surtout dans les programmes dont la majorité des participantes sont autochtones. Sur les huit programmes ayant participé à l'étude Co-Création des preuves, il s'agissait de Raising Hope, H.E.R., Mothering Project et Sheway. Dans ces quatre programmes, l'approche fondée sur la culture est intégrée aux approches tenant compte des traumatismes, qui réduisent les méfaits et sont axées sur les clientes, au lieu d'être une approche autonome. Les approches culturelles autochtones renforcent un sentiment positif d'identité en tant que ressource pour la guérison des expériences traumatiques passées et présentes.

La programmation culturelle varie d'un programme à l'autre, afin de tenir compte des cultures locales et régionales, ainsi que du fait que les femmes qui accèdent aux programmes sont issues de nombreuses nations différentes. Par exemple, Raising Hope utilise un langage qui souligne le caractère sacré des femmes et des bébés, avec des cérémonies et des enseignements traditionnels. Les approches culturelles et spirituelles sont axées sur la création d'un espace sûr, un lieu où, pour citer le personnel, « les femmes peuvent être aimées jusqu'à ce qu'elles puissent s'aimer elles-mêmes ». Raising Hope considère l'approche spirituelle comme un élément fondamental de la guérison. Les travailleuses d'approche de H.E.R., dont certaines sont autochtones, ont une expérience vécue et jouent un rôle de mentors auprès des femmes. En raison de l'exiguïté des locaux de H.E.R., le personnel et les clientes participent à des événements culturels communautaires comme des sueries et des activités sur les terres. La salle de guérison de Mothering Project est un espace sacré où les participantes peuvent se purifier et prendre part à des cérémonies. Il s'agit également d'un espace sûr où le counseling peut avoir lieu ou où le personnel peut se ressourcer et étoffer leurs relations, à l'aide de la cérémonie. À Sheway, le fait que le personnel comprend les défis historiques et immédiats que doivent relever les femmes autochtones, ainsi que ses relations respectueuses et son soutien à l'égard de ces femmes, font partie des fondements du programme. De plus, l'approche intégrée de l'équipe de Sheway permet de soutenir les femmes sans les coincer ou les cloisonner dans leurs rôles. La membre du personnel qui entretient une relation avec la femme aide à la mettre en contact avec les services de Sheway et de la communauté en général.

Dans cinq programmes, les aînées jouent un rôle clé dans la programmation culturelle, au moyen d'enseignements traditionnels, de cérémonies, d'artisanat et de soutien individuel aux participantes et au personnel. Le plus souvent, la présence des aînées est possible grâce à la collaboration d'organisations partenaires.



Programmes de services globaux et réconciliation

Les soins fondés sur la culture tiennent compte des traumatismes, des forces et de la spiritualité, ce qui permet de respecter et de restaurer les modes d'existence autochtones. Les programmes de services globaux, en particulier ceux qui sont fondés sur la culture, offrent des exemples positifs pour combler l'écart entre la santé des Autochtones et celle de la population canadienne en général. Dans la présente étude, la sécurité culturelle dans les services sociaux et de santé est respectée par le personnel du programme et ses partenaires, grâce à la collaboration et aux possibilités de formation culturelle. Les cercles de discussion rassemblent les femmes et le personnel dans une atmosphère propice aux relations et à l'équité. Les programmes culturels renforcent la fierté, l'estime de soi et l'identité autochtone des femmes (Rowan et coll., 2014). De même, les protocoles traditionnels des cérémonies reposent sur une approche de réduction des méfaits avec peu d'obstacles selon laquelle les femmes sont les bienvenues, même si elles consomment des substances.

Au Canada, de nombreux rapports et commissions recommandent la culture comme moyen de guérir les traumatismes passés et intergénérationnels. Il convient de mentionner les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation (2015), soit l'appel à l'action no 5, qui demande *d'élaborer des programmes d'éducation qui sont destinés aux parents et qui sont adaptés à la culture des familles autochtones*, l'appel à l'action n° 22, qui vise à *reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones*, et l'appel à l'action n° 33, qui porte sur la *prévention de l'ETCAF, demandant des programmes de prévention [de l'ETCAF] qui sont adaptés à la culture autochtone*.

En donnant aux femmes autochtones la chance de renouer avec la culture, on s'attaque aux séquelles de la rafle des années soixante et à la surreprésentation des enfants autochtones dans les foyers nourriciers. Permettre aux familles autochtones de rétablir leurs relations au moyen des enseignements culturels est l'une des voies à suivre pour reconstruire les familles et les communautés autochtones (Christian, 2010).

Contexte des services globaux selon une optique culturelle autochtone - Principaux points à retenir

- Les sociétés autochtones enseignent depuis longtemps que les personnes, les plantes, les animaux, la terre et les esprits sont interreliés et que le bien-être consiste à se trouver en équilibre.
- Il existe des parallèles entre les approches globales utilisées par les programmes de l'étude Co-création de preuves (CCP) et les philosophies holistiques de la santé que l'on trouve dans les sociétés autochtones. De même, les approches axées sur les traumatismes et la réduction des méfaits s'entrecroisent avec les pratiques culturellement sûres.
- Tous les programmes de l'étude CCP ont travaillé à établir des liens et des partenariats avec les aînées, les gardiennes du savoir et les programmes et services communautaires dirigés par des autochtones, afin de pouvoir intégrer la culture à la guérison et à la santé des femmes. Les programmes culturels sont tout autant une ressource de guérison que d'intervention.





5 Contexte des clientes et de leur expérience des programmes

Quelle était la situation des clientes au moment de l'admission (démographie, grossesse, logement, consommation de substances)?

Selon la base de données de l'étude sur les clientes, entre avril 2018 et septembre 2019 :

1 004 clientes ont participé, en tout, aux huit programmes.

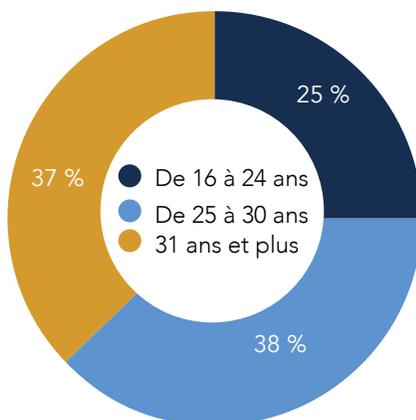
En moyenne, 649 clientes ont participé aux huit programmes par trimestre.

En tout, 55 % des clientes étaient autochtones. Dans l'ensemble des programmes, le pourcentage de clientes autochtones variait de 93 % à 1 %.

Âge à l'admission : Dans l'ensemble, la majorité des clientes des programmes (75 %) étaient âgées de 25 ans ou plus (Baby Basics, le programme destiné aux femmes de moins de 25 ans, était l'exception à cette règle). Voici l'âge des clientes à l'admission, pour les huit programmes :

Figure 10 : Âge des clientes à l'admission au sein des huit programmes

- 25 % étaient âgées de 16 à 24 ans
- 38 % étaient âgées de 25 à 30 ans
- 37 % avaient plus de 31 ans⁴.



Grossesse, logement et consommation de substances à l'admission :

Selon les résultats obtenus à partir de la base des données sur les clientes :

- 85 % des clientes étaient enceintes au moment de l'admission; pour l'ensemble des programmes, le pourcentage allait de 98 % à 57 %.
- 58 % des clientes vivaient dans un logement insalubre ou précaire au moment de l'admission; pour l'ensemble des programmes, le pourcentage allait de 78 % à 29 %.
- 64 % des clientes avaient une consommation problématique d'alcool et d'autres substances ou étaient en phase de rétablissement depuis peu au moment de l'admission; toutefois, le pourcentage de l'ensemble des programmes était considérable, allant de 85 % à 6 %.

⁴ Ces résultats montrent que la répartition par âge et par origine ethnique des clientes interviewées dans le cadre de l'étude correspond à peu près aux caractéristiques démographiques de l'ensemble des clientes des programmes.

Quels étaient les principaux problèmes des clientes à l'admission?

Lors des entrevues qualitatives menées auprès des clientes (n = 256), nous leur avons demandé de décrire leur situation avant de participer à leur programme. En parallèle avec les résultats de la base de données sur les clientes, voici les deux thèmes qui sont ressortis le plus souvent des entrevues avec les clientes :

- un logement insalubre et/ou inadéquat, le sans-abrisme;
- aux prises avec une consommation de substances, mais (travaillant à devenir) prête pour le changement.

Au nombre des autres principaux thèmes, mentionnons :

- un soutien social limité/l'isolement;
- des problèmes de santé physique, maternelle et/ou mentale;
- la séparation mère-enfant et/ou le recours aux services de protection de l'enfance; et
- la violence, les traumatismes, la violence conjugale.

La consommation de substances et les dépendances sont des problèmes complexes, souvent liés à des expériences actuelles et/ou passées de violence, de traumatismes, de logement inadéquat, de sans-abrisme, de violence conjugale, de racisme, de pauvreté et de démêlés avec les services de protection de l'enfance.

Pour la majorité des clientes, plusieurs de ces problèmes étaient interreliés, notamment le logement inadéquat, la consommation de substances, les problèmes de santé mentale, la violence et les traumatismes, l'isolement et la séparation mère-enfant. Dans tous les programmes, les femmes ont révélé avoir été victimes d'une forme de violence, de mauvais traitement et/ou de traumatismes, que ce soit par le passé ou récemment.

J'étais enceinte. J'ai arrêté de consommer pendant l'été, mais je subissais de la violence, et j'étais aux prises avec la dépression, l'anxiété et la codépendance.

Je fuyais une relation abusive. J'étais en mauvaise santé mentale. J'étais dépendante et je ne prenais pas soin de moi.

Je vivais dans un [logement avec services de soutien], j'étais enceinte et j'ai accouché. J'étais déprimée et je voulais m'attaquer à ma consommation de substances et d'alcool. Mon fils a été appréhendé à la naissance.

Dans tous les programmes, les femmes ont également exprimé un fort désir d'apporter des changements dans leur vie, afin d'améliorer leur santé, leur sécurité, les résultats à leur accouchement et/ou leur relation avec leur(s) enfant(s). De plus, les femmes sont arrivées à leur programme avec de nombreuses forces et résiliences, des ressources intérieures qu'elles ont utilisées dans leur cheminement vers le bien-être et l'acquisition de compétences parentales.



Quelles ont été les expériences des clientes lors de leur participation à leur programme?

En majorité écrasante, les clientes qui ont rempli le questionnaire destiné aux clientes ont déclaré qu'elles se sentaient physiquement et émotionnellement en sécurité, qu'elles faisaient confiance au personnel et que leurs besoins avaient été satisfaits par leur programme. Il s'agit là de toutes les dimensions d'une pratique tenant compte des traumatismes (Fallot et Harris, 2009), une approche considérée comme fondamentale dans tous les programmes de l'étude.

Figure 11 : Expérience des clientes par rapport à leur programme, selon les résultats du questionnaire destiné aux clientes



Pour étoffer les résultats de ce questionnaire, en parlant de ce qu'elles aiment et apprécient dans leur programme, les clientes ont mentionné ce qui leur donne un sentiment de sécurité, de respect et de confiance de la part des employées. Voici quelques-uns de leurs commentaires, regroupés par thèmes.

Ce qui crée la sécurité, la fiabilité et le sentiment de respect

- **Des personnes qui ne portent pas de jugement — les employées et les participantes au programme**

Les employées. Elles font preuve de compassion, ne portent pas de jugement et sont de véritables défenseuses. Ici, vous êtes un être humain. Je peux être honnête. Je peux m'exposer.

Les mères qui se rétablissent et qui sont là pour leur sobriété. Il y a une connaissance et une expérience communes de ce que c'est que de cesser de consommer des substances — à quel point cela peut être difficile.

C'est vraiment bien d'avoir des groupes et des endroits où aller pour obtenir de la nourriture, des couches, des fruits et des légumes, des vêtements pour bébés, sans jugement.

- **Sentiment qu'on se soucie des participantes**

Je suis en sécurité ici. Elles sont ouvertes et ne portent pas de jugement. Les employées sont très attentionnées. L'ambiance est personnelle, pas du tout clinique.

Savoir qu'il y a des gens qui se soucient de vous, qu'il y a une communauté. Cela m'aide à faire des choix positifs. Cela me donne envie de faire mieux.

- **Environnement agréable et accueillant et communauté de type familial**

L'environnement est sécuritaire et encourageant. Je ne me sens pas isolée et seule quand je suis ici.

C'est très agréable, et familial. Vous pouvez vous asseoir, manger votre dîner et parler avec le personnel. Si vous traversez une crise, vous pouvez vous présenter et en parler. Je ne crains jamais rien en venant ici. C'est différent de ce que je ressens dans d'autres programmes et endroits.

Je les considère toutes comme une famille pour moi. [Travailleuse du programme] est comme une grand-mère pour mon bébé. Les employées sont comme des tantes. Il y a du cœur dans les coulisses du programme.

- **Les employées « se dépassent » dans leur travail**

Les employées. Le fait qu'elles ne portent pas de jugement et qu'elles comprennent. Elles en font plus que leur description de tâches. Elles sont vraiment attentionnées. En dehors [du programme], je n'ai aucun soutien.

Contexte des clientes et de leur expérience des programmes – Principaux points à retenir

- D'avril 2018 à septembre 2019, 1 004 clientes ont participé aux huit programmes selon la base de données des clients; la majorité d'entre elles (55 %) étaient autochtones, bien que cela varie considérablement d'un programme à l'autre (de 1 % à 93 %).
- Au moment de leur admission au programme, la majorité des femmes vivaient de nombreux problèmes interreliés, notamment une consommation problématique de substances, de la violence et des traumatismes, un logement dangereux ou inadéquat, des problèmes de santé ou la séparation avec un enfant.
- La très grande majorité des clientes ont fait état d'expériences positives dans le cadre de leur programme. En particulier, elles se sentaient en sécurité physiquement et émotionnellement, elles faisaient confiance au personnel, elles avaient beaucoup de choix quant aux services qu'elles recevaient, elles avaient l'impression que le personnel se souciait d'elles et elles estimaient que leur programme avait répondu à leurs besoins.
- Les clientes apprécient également le fait que leur programme ne porte pas de jugement, qu'il offre un environnement accueillant et une communauté de type familial.



6 Principales conclusions : Résultats et preuves

Cette section présente les principales conclusions relatives aux résultats des programmes pour les femmes et leurs enfants, du point de vue des clientes, du personnel et des partenaires du programme. Les preuves de ces résultats proviennent à la fois de données qualitatives (entrevues avec les clientes, le personnel et les partenaires de services) et de données quantitatives (questionnaires destinés aux clientes, ainsi que des données d'admission et des données « instantanées » au fil du temps provenant de la base de données des clientes).

Qu'est-ce que les femmes espéraient obtenir en participant à leur programme?

Nous avons demandé aux clientes ce qu'elles espéraient obtenir de leur participation au programme. Les thèmes étaient souvent interreliés, les femmes précisant généralement plusieurs raisons de participer au programme. Leurs commentaires ont également permis d'illustrer le lien étroit entre la situation des femmes au moment de l'admission et les résultats des programmes.

Par exemple, le thème qui revient le plus souvent — exprimé par près de la moitié des clientes interviewées — est que les femmes cherchaient à obtenir de l'aide pour régler leur problème de consommation de substances. Cependant, pour de nombreuses femmes, ce thème était interrelié au désir d'obtenir de l'aide pour faire face aux effets des traumatismes résultant de leurs expériences de violence ou de mauvais traitements.

Parallèlement au désir des femmes d'obtenir du soutien pour leur consommation de substances, elles souhaitaient obtenir de l'aide pour garder ou ravoir la garde de leur(s) enfant(s), et/ou pour avoir une relation mère-enfant solide. De plus, les femmes ont exprimé leur désir d'obtenir de l'aide pour accéder à un logement sécuritaire et stable, car elles reconnaissent le lien inextricable entre le logement et les préoccupations des services de protection de l'enfance en matière de sécurité.

Pour ce qui est des principaux thèmes mentionnés en réponse à la question « Qu'espérez-vous obtenir de votre participation au programme? » (par ordre de fréquence), les femmes ont indiqué qu'elles souhaitaient obtenir de l'aide ou du soutien pour ce qui suit :

- leur consommation problématique de substances et/ou leur traumatisme;
- des problèmes avec les services de protection de l'enfance;
- la grossesse (p. ex., information, soutien et/ou obtention de soins prénataux);
- le logement;
- les soins de santé (p. ex., être mises en contact avec des prestataires);
- établir des relations saines avec des pairs.

Un échantillon des commentaires des clientes illustrant ces thèmes est présenté dans l'encadré 2.

Encadré 2 : Principaux thèmes et échantillons des réponses des clientes à la question « Qu'espérez-vous obtenir en participant à votre programme? »

Thème	« Qu'espérez-vous obtenir en participant à votre programme? », citations des clientes
Aide pour la consommation de substances et/ou des traumatismes	<i>Je voulais devenir sobre. Je voulais retrouver mes enfants, ma famille. ... Je consommait de la drogue et de l'alcool. Je traversais une période difficile – je rompais avec mon partenaire, qui était violent mentalement et émotionnellement.</i>
Aide avec les services de protection de l'enfance ou la relation mère-enfant	<i>Je voulais obtenir de l'aide et ramener mon enfant à la maison, et avoir une relation parentale avec elle, en adoptant un mode de vie sain pour elle et pour moi.</i> <i>Je voulais être sobre et apprendre à élever mes enfants; j'avais perdu leur garde.</i>
Aide et information au sujet de la grossesse	<i>Au départ, je ne savais pas où et comment j'allais faire, avec ma grossesse. J'avais besoin d'aide et de conseils.</i>
Aide avec le logement	<i>J'étais dans une situation vraiment merdique. Je vivais avec une amie. Elle prenait de la drogue. J'ai abouti dans un refuge. J'avais besoin de ressources pour m'aider à mener à bien ma grossesse et à élever mon bébé. Et je voulais de l'aide pour trouver un autre logement.</i>
Aide pour avoir accès à des soins de santé ou à des soins prénataux	<i>Ma médecin de famille m'a mise en contact avec un obstétricien spécialiste des femmes qui consomment des substances. Elle m'a suggéré de prendre contact avec quelqu'un. J'avais peur que les infirmières de l'hôpital voient mes antécédents médicaux et que je prends de la suboxone, qu'elles me jugent et qu'elles appellent les services de protection de l'enfance</i>
Relations saines avec des pairs	<i>Je voulais avoir des relations avec d'autres mères et savoir s'il y avait des groupes que je pouvais fréquenter et qui m'aideraient à être une mère aux prises avec un traumatisme et une consommation de substances.</i>

Quels sont les résultats obtenus? Quelle différence le programme a-t-il eue, du point de vue des clientes?

« Changement(s) le(s) plus important(s) » pour les femmes : Point de vue des clientes

L'un des éléments clés de l'entrevue qualitative consistait à demander aux clientes quels avaient été le ou les changements les plus importants pour elles et leur famille depuis le début de leur participation au programme. Comme c'était le cas pour les autres questions ouvertes de l'entrevue, les réponses des femmes contenaient souvent plusieurs thèmes, et ceux-ci étaient interreliés.



Trois principaux points à retenir

- 1 Le thème du « changement le plus important » qui revient le plus souvent est que les femmes ont cessé ou réduit leur consommation de substances, et de nombreuses clientes attribuent à leur programme le mérite de les avoir aidées à cesser de consommer.
- 2 Le deuxième thème principal, mentionné par presque autant de clientes, était que les femmes avaient une relation plus forte avec leur(s) enfant(s). Ce thème mettait l'accent sur la préservation de la relation mère-enfant.
- 3 Le troisième thème principal est que les femmes ont conservé et/ou récupéré la garde de leurs enfants. Comme en témoignent les commentaires des clientes, cela s'est presque toujours produit en tandem avec d'autres changements cruciaux dans leur vie, comme la réduction ou l'arrêt de leur consommation de substances, l'accès à un logement stable et le fait d'être libérées d'une situation de vie à haut risque.



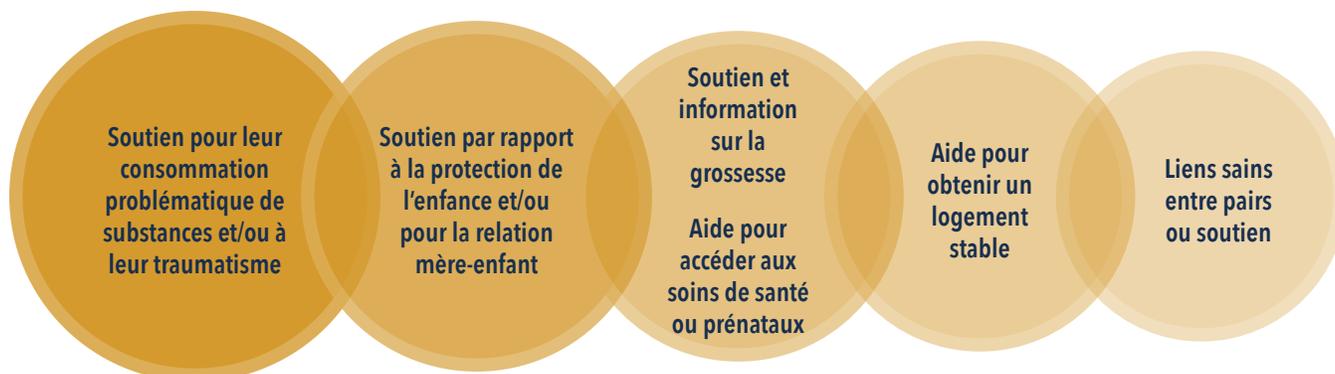
Les autres thèmes liés au « changement le plus important » des clientes sont (par ordre de fréquence) :

- le soutien accru;
- un meilleur logement, plus sûr;
- une réduction de l'isolement; une meilleure relation avec les pairs et renouer avec la culture;
- l'amélioration du bien-être, de la santé mentale et/ou de la santé;

Comme le montre la **figure 12**, il existe un lien clair entre ce que les femmes espéraient obtenir de leur participation au programme et le ou les changements les plus importants pour elles-mêmes et leur(s) enfant(s) depuis leur participation.

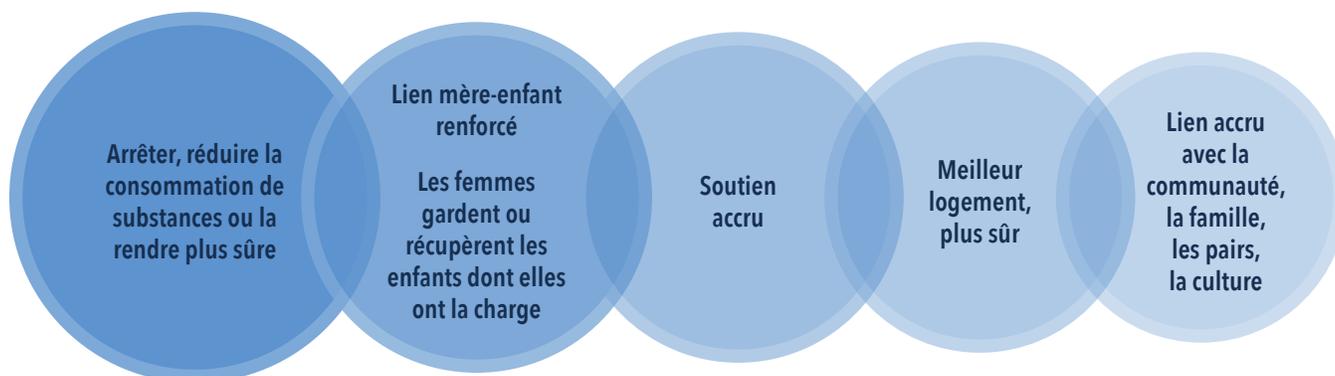
Figure 12 : Principaux thèmes de « ce que les femmes espéraient obtenir en participant à leur programme » et du « changement le plus important » des clientes depuis leur participation au programme

Ce que les femmes espéraient obtenir en participant à leur programme - Thèmes principaux



[Je voulais] un meilleur logement, du soutien pour m'éloigner de la drogue et de l'alcool, et de l'aide pour la nutrition. [Je voulais] garder mon bébé.

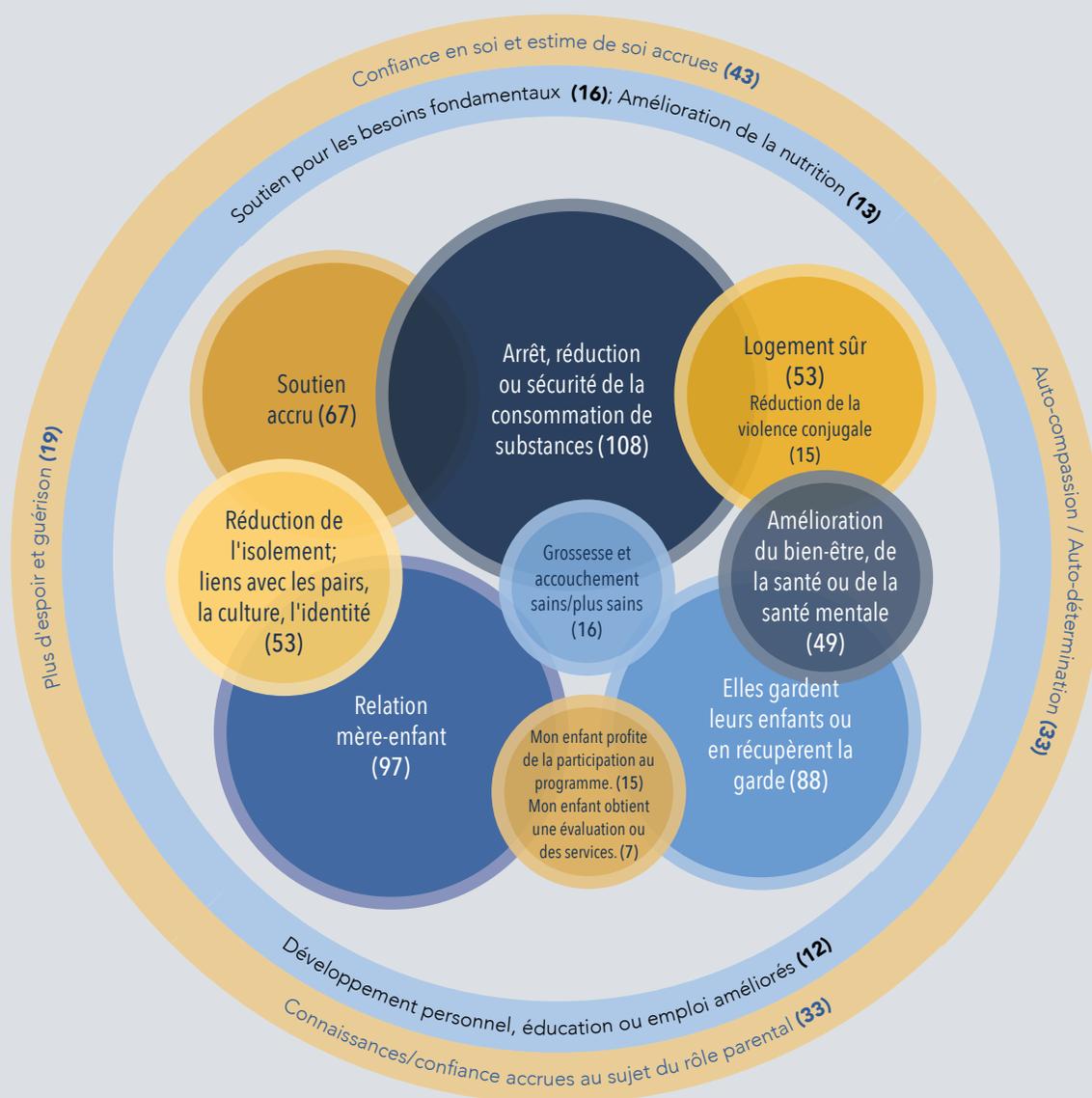
Changement « le plus important » pour les femmes depuis leur participation au programme - Thèmes principaux



Si je n'avais pas participé à ce programme, il aurait été difficile de rester sobre et mon bébé serait allé vivre chez ma mère.

En plus des thèmes principaux du « changement le plus important » des clientes, plusieurs autres thèmes importants ont émergé; ils s'alignent étroitement sur les résultats prévus dans la théorie du changement du projet. La **figure 13** donne une représentation graphique de l'ensemble des résultats relatifs au « changement le plus important », les thèmes les plus fréquemment exprimés sont représentés par des « bulles » plus grandes (les chiffres représentent le nombre de femmes ayant mentionné le thème).

Figure 13 : Représentation graphique des thèmes émergents de la question « Quel a été le changement le plus important, pour vous et votre famille, de votre participation à votre programme »?



Résultats du questionnaire destiné aux clientes concernant les résultats et l'utilité du programme

Les résultats du questionnaire destiné aux clientes ont renforcé les conclusions des entrevues avec les clientes.

Comme l'illustre le **tableau 4**, les **principaux points à retenir** comprennent ce qui suit :

- Un pourcentage élevé de clientes est d'accord/très d'accord avec le fait que des résultats clés et/ou des changements de vie positifs ont eu lieu depuis qu'elles ont participé à leur programme, ainsi qu'avec le fait que leur programme a été utile pour les aider à atteindre le résultat.
- En particulier, pour chaque résultat, un pourcentage très élevé de clientes a déclaré que leur programme leur avait été utile, même si le résultat spécifique n'avait pas été atteint.

Le **tableau 5** présente également les principaux résultats du questionnaire destiné aux clientes concernant l'acquisition des compétences, la confiance en soi, l'espoir, le soutien social et les contacts dans la communauté. D'autres résultats du questionnaire destiné aux clientes sont présentés à l'**annexe C**.

Tableau 4 : Principaux résultats du questionnaire destiné aux clientes concernant les résultats pour les clientes et leurs familles⁵		
Depuis leur participation à ce programme...	% se disant « d'accord » ou « tout à fait d'accord »	% déclarant le programme « utile » ou « très utile » pour les résultats ⁶
 <p>CONSOMMATION DE SUBSTANCES J'ai arrêté ou réduit ma consommation de substances, ou je l'ai rendue plus sûre. J'ai eu accès à des services ou de l'aide au sujet de ma consommation de substances.</p>	<p>81 % 78 %</p>	<p>95 % 93 %</p>
 <p>LIEN MÈRE-ENFANT J'ai un meilleur lien avec mon ou mes enfants. Mon ou mes enfants vivent maintenant avec moi ou avec ma famille.</p>	<p>73 % 72 %</p>	<p>91 % 90 %</p>
 <p>SOUTIEN ACCRU Je me sens soutenue et moins isolée; j'ai du soutien social.</p>	<p>93 %</p>	<p>96 %</p>
 <p>SANTÉ, BIEN-ÊTRE, ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ J'ai un meilleur accès aux services de santé. J'ai fait des progrès par rapport à mes objectifs de santé. J'ai eu de l'aide par rapport à un traumatisme ou de la violence.</p>	<p>88 % 89 % 67 %</p>	<p>96 % 91 % 87 %</p>
 <p>LOGEMENT J'ai un meilleur logement.</p>	<p>78 %</p>	<p>82 %</p>
 <p>SOINS PRÉNATAUX ET POSTNATAUX; ACCOUCHEMENT SAINI J'ai eu des soins prénataux et postnataux. Ma grossesse a été saine; le bébé était en bonne santé à la naissance.</p>	<p>86 % 79 %</p>	<p>97 % 93 %</p>
 <p>SANTÉ DES ENFANTS; INFO ET CONFIANCE AU SUJET DU MATERNAGE Le développement de mon enfant est évalué par une ISP. J'ai plus d'information sur le développement de l'enfant et le maternage. Mon enfant a des activités de socialisation positive.</p>	<p>82 % 90 % 82 %</p>	<p>96 % 94 % 91 %</p>
 <p>ALIMENTATION/NUTRITION Je sais où trouver de la nourriture abordable et de qualité. Ma famille et moi mangeons mieux.</p>	<p>91 % 81 %</p>	<p>92 % 86 %</p>
 <p>(R)ÉTABLIR DES LIENS AVEC LA CULTURE Je participe à des activités culturelles, si je le souhaite.</p>	<p>59 %</p>	<p>71 %</p>

⁵ N = 224. Les données manquantes varient d'un élément à l'autre mais, pour tous les éléments du questionnaire, elles étaient inférieures à 4 %.

⁶ Dans cette colonne, les réponses de type sans objet (S. O.) ont été retirées du dénominateur utilisé pour le calcul des pourcentages.

Tableau 5 : Résultats du questionnaire destiné aux clientes concernant l'acquisition des compétences, le soutien et les contacts dans la communauté⁷

Depuis leur participation à ce programme...	% se disant « d'accord » ou « tout à fait d'accord »
Acquisition des compétences, confiance en soi et espoir	
J'ai plus d'espoir.	94 %
J'ai acquis des compétences que j'utiliserai dans mon rôle parental et/ou dans ma vie personnelle.	93 %
J'ai augmenté ma confiance en mes propres capacités.	91 %
J'ai amélioré mon estime de soi.	84 %
Soutien social et contacts avec les ressources communautaires	
J'ai rencontré des personnes à qui je fais confiance et vers qui je me tournerais si j'avais des problèmes.	96 %
J'ai rencontré des personnes sur lesquelles je peux compter en cas d'urgence.	86 %
J'ai plus de contact avec les ressources communautaires.	84 %
J'ai amélioré l'aide pratique et/ou matérielle, y compris le transport.	84 %

Quelle a été l'issue de la grossesse pour les bébés?

Sur la base des analyses des données des clientes d'avril 2018 à septembre 2019 impliquant des clientes dont l'issue de la grossesse était connue (n = 408), la majorité des femmes ont eu un accouchement sain. Plus précisément, pour l'ensemble des huit programmes à l'étude :

- **73 %** des bébés avaient un poids de naissance sain;
- **76 %** des bébés avaient connu une gestation saine.

De plus, environ la moitié des bébés des clientes (51 %) n'ont pas eu besoin d'être placés dans une unité de soins intensifs néonataux (USIN). En ce qui concerne l'exposition prénatale à des substances :

- **33 %** des bébés n'ont pas été exposés à des substances;
- **51 %** des bébés ont été exposés à des substances;
- et, pour **17 %** des bébés, l'exposition à des substances pendant la période prénatale n'était pas connue.

Ces résultats en matière d'issue de la grossesse pour les bébés sont conformes aux conclusions d'études d'évaluation antérieures de programmes à services globaux destinés aux femmes enceintes ayant une consommation de substances et des problèmes complexes, notamment Breaking the Cycle (Pepler et coll., 2002) et Sheway (Poole, 2000).

⁷ Pour ces éléments du questionnaire, les clientes n'ont pas été interviewées sur l'utilité perçue de leur programme.

Comment le logement, la consommation de substances et le statut auprès des services de protection de l'enfance des clientes ont-ils évolué au fil du temps?

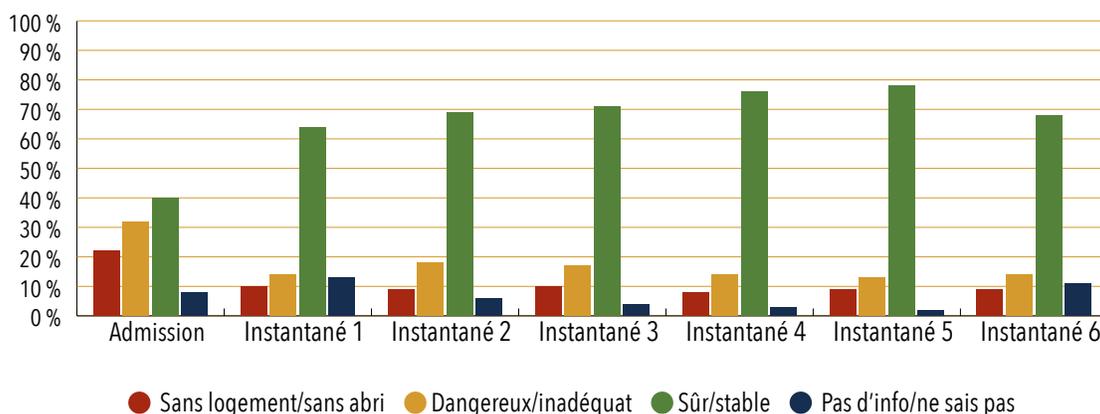
Tout d'abord, voici quelques mises en garde concernant les analyses...

- Les résultats présentés au début de cette section sont basés sur les clientes pour lesquelles nous avons au moins **quatre** points de données (l'admission et au moins trois « instantanés » ultérieurs).
- Dans le cas de deux programmes, les données n'étaient pas suffisantes (HER et Raising Hope) pour effectuer ces analyses; par conséquent, ces programmes ont été exclus des analyses lorsque cela était indiqué. HER et Raising Hope étant des programmes de plus petite taille et de plus courte durée, il est probable qu'ils comptaient peu de clientes avec plus de trois trimestres de données permettant de produire des « instantanés ».
- Afin d'inclure tous les programmes dans les analyses, les données ont été analysées à nouveau. Cette fois, les clientes pour lesquelles il y avait des données d'admission et au moins **un** instantané supplémentaire ont été incluses. Ces résultats incluent donc les clientes qui ont pu avoir une participation plus intermittente à leur programme, plus précisément qu'elles pourraient ne pas avoir participé pendant un certain nombre de mois, puis avoir recommencé à y participer.

Changements par rapport à la situation du logement des clientes au fil du temps

Dans l'ensemble, d'après l'analyse des données de six programmes⁸ dont des clientes avaient au moins quatre « instantanés » de données, nous avons constaté des améliorations substantielles de la situation du logement des clientes au fil du temps, plus particulièrement entre l'admission et le premier instantané (figure 14). Comme le montre l'annexe C, les améliorations du logement des clientes étaient plus frappantes dans certains programmes (par exemple, HerWay Home, Sheway et Maxx Wright); néanmoins, des changements positifs en matière de logement ont eu lieu dans les six programmes.

Figure 13 : Logement des clientes au fil du temps, pour les clientes avec quatre points de données (6 programmes combinés, n = 321)



Une nouvelle analyse des instantanés de données sur le logement, afin d'inclure les clientes ayant au moins deux points de données plutôt que quatre ou plus, a révélé une tendance similaire à celle que présente la figure 14 : après avoir participé à leur programme, plus de clientes avaient un logement

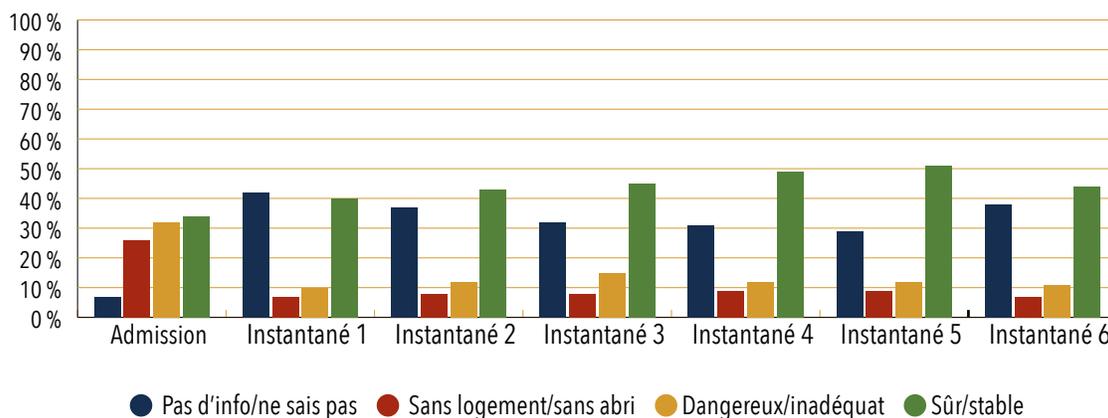
⁸ Ces résultats sont basés sur les six programmes pour lesquels il y avait un nombre suffisant de clientes ayant au moins quatre instantanés de données; HER et Raising Hope n'ont pas pu être inclus dans ces analyses en raison de l'absence de quatre points de données ou plus.

sécuritaire/stable et moins de clientes avaient un logement dangereux/inadéquat ou étaient sans logement; de plus, ces résultats se sont maintenus dans le temps. La **figure 15** montre l'évolution du logement des clientes au fil du temps, pour les clientes des huit programmes ayant deux points de données ou plus.

Il y avait deux différences importantes entre les résultats concernant les clientes ayant au moins quatre points de données (n = 321) et les résultats concernant les celles qui avaient au moins deux points de données (n = 749) :

- Pour la plupart des programmes et pour les trois variables (logement, consommation et de substances et statut du bébé par rapport aux services de protection de l'enfance) pour lesquelles ces analyses « instantanées dans le temps » ont été réalisées, les résultats positifs étaient substantiellement plus élevés dans les analyses portant sur des clientes ayant quatre points de données ou plus.
- Dans les analyses portant sur des clientes n'ayant que deux points de données ou plus, il y avait un pourcentage plus élevé de clientes dont le statut en matière de logement (ou de consommation de substances ou par rapport aux services de protection de l'enfance) était inconnu.

Figure 15 : Logement des clientes au fil du temps, pour les clientes avec deux points de données (8 programmes combinés, n = 749)



Changements dans la consommation de substances des clientes au fil du temps

Comme pour le logement, les données d'admission des clientes et les instantanés de données ont montré des changements notables dans la consommation de substances — plus précisément, moins de clientes avaient une consommation problématique et plus de clientes étaient en phase de rétablissement ou d'abstinence — au fil du temps (en particulier à HerWay Home, Sheway, Breaking the Cycle et Maxx Wright). Comme pour le logement, les changements du statut de la consommation de substances des clientes étaient plus prononcés dans la période entre l'admission et le premier instantané.

La **figure 16** présente ces résultats pour les clientes des six programmes ayant quatre points de données ou plus, et la **figure 17** présente les résultats pour les clientes des huit programmes ayant au moins deux points de données. Comme pour le logement, la tendance des résultats est similaire, mais dans l'analyse portant sur les clientes ayant quatre points de données ou plus :

- Plus de clientes (c.-à-d., un pourcentage plus élevé) avaient réduit ou cessé leur consommation de substances par rapport au groupe de clientes analysées et n'ayant que deux points de données ou plus.
- Les renseignements concernant la consommation de substances des clientes étaient beaucoup plus susceptibles d'être connus du personnel.

D'autres résultats spécifiques aux programmes sont fournis à l'**annexe C**.

Figure 16 : Consommation de substances des clientes au fil du temps, pour les clientes avec quatre points de données (6 programmes combinés, n = 321)

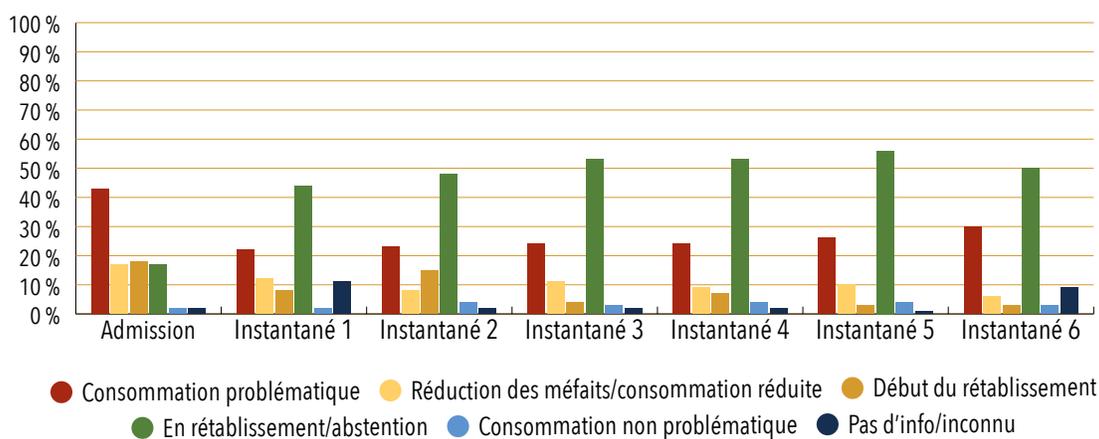
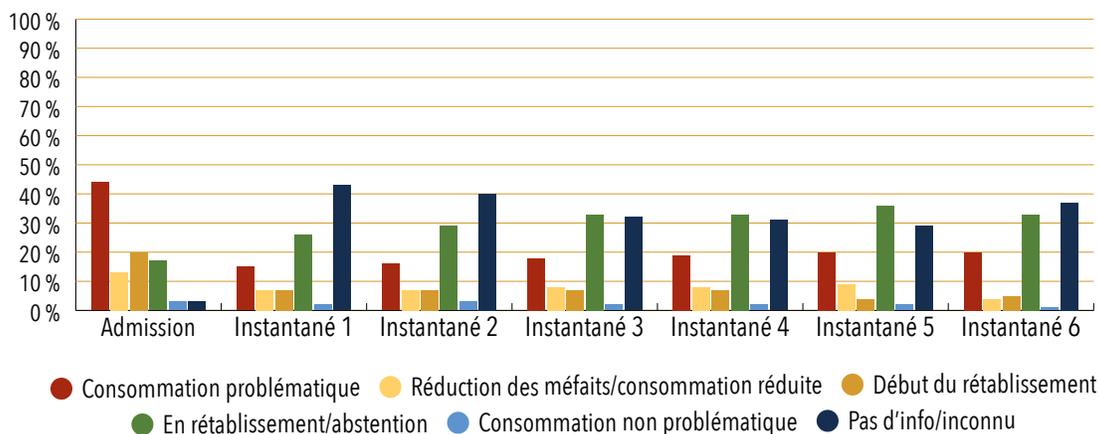


Figure 17 : Changements dans la consommation de substances des clientes au fil du temps, pour les clientes avec deux points de données (8 programmes combinés, n = 749)



Changements dans la situation des clientes par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps

Les données sur l'admission des clientes et sur les instantanés ont montré que, entre l'admission et les instantanés ultérieurs, le nombre de bébés confiés à la garde de leur mère a considérablement augmenté (voir les figures 18 et 19; les résultats spécifiques aux programmes sont présentés à l'annexe C).

Comme pour les analyses précédentes, les résultats sont plus marqués chez les clientes ayant quatre points de données ou plus (figure 18) : un pourcentage plus élevé de ces bébés étaient sous la garde de leur mère et le personnel connaissait le statut du groupe de clientes ayant deux instantanés de données ou plus (figure 19) par rapport à la garde de leurs enfants.

Figure 18 : Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance, pour les clientes avec quatre points de données (6 programmes combinés, n = 321)

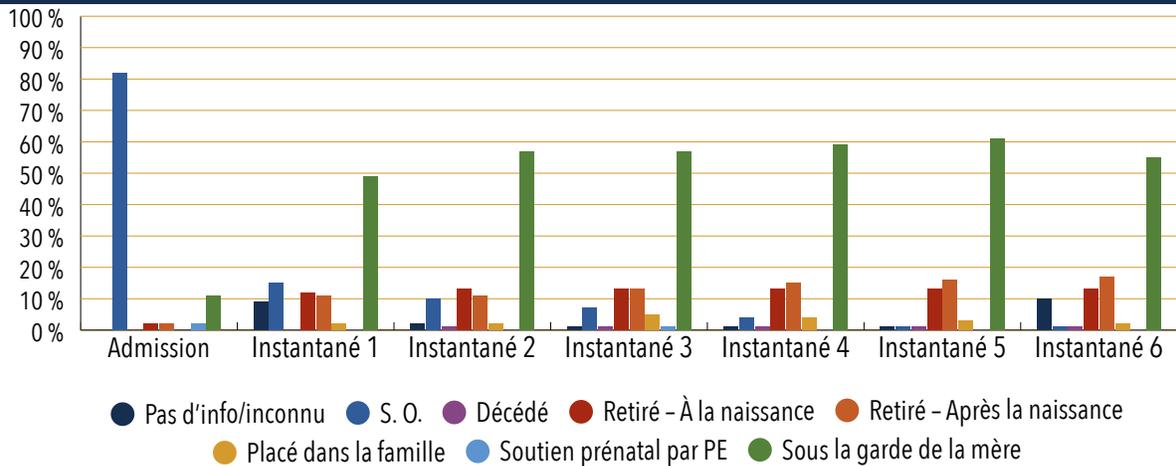
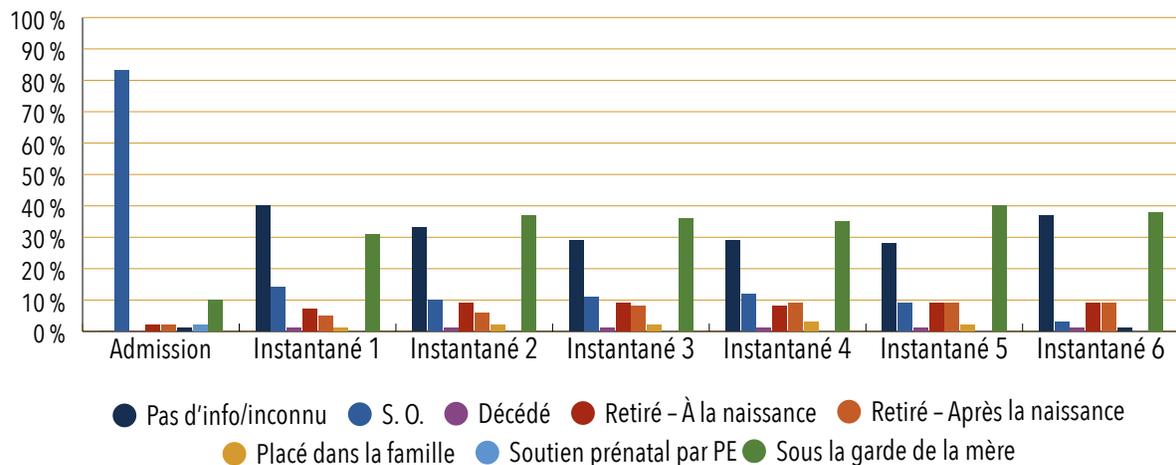


Figure 19 : Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance, pour les clientes avec deux points de données (8 programmes combinés, n = 749)



Quelle différence les programmes ont-ils eue pour les clientes, du point de vue du personnel et des partenaires?

Au cours des entrevues et des groupes de discussion, nous avons demandé au personnel et aux partenaires de services de tous les programmes quelle différence ils pensaient que le programme avait eue pour les femmes et leurs familles.

Comme le montre l'**encadré 3**, les principaux thèmes des résultats mentionnés par le personnel étaient très similaires à ceux indiqués par les partenaires de services et correspondaient également aux thèmes du « changement le plus important » précisés par les clientes. En particulier, les clientes, le personnel et les partenaires ont tous considéré les résultats liés à la protection de l'enfance comme étant des impacts clés du programme.

Encadré 3 : Thèmes principaux des résultats des clientes, du point de vue du personnel et des partenaires (thèmes énumérés par ordre de fréquence)	
Points de vue du personnel (n = 108)	Points de vue des partenaires de services (n = 60)
Les femmes conservent ou récupèrent la garde de leurs enfants.	Les femmes conservent ou récupèrent la garde de leurs enfants.
Relation mère-enfant.	Relation mère-enfant.
Les femmes ont un meilleur accès aux soins de santé et/ou aux services communautaires.	Les femmes se sentent soutenues; bénéficient d'un soutien accru.
Les femmes ont des grossesses et des accouchements sains/plus sains.	Les femmes ont un meilleur accès aux soins de santé et/ou aux services communautaires.
Les femmes développent des relations de confiance.	Les femmes améliorent leur confiance en elles et leur estime de soi.
Les femmes améliorent leur développement personnel, leur éducation et leur emploi.	Les femmes arrêtent, réduisent leur consommation de substances, ou la rendent plus sûre.
Les femmes arrêtent, réduisent leur consommation de substances, ou la rendent plus sûre.	Les femmes ont des grossesses et des accouchements sains/plus sains.
Les femmes ont un meilleur logement.	Les femmes ont amélioré leurs connaissances et/ou leur confiance au sujet de leur rôle parental.
Les femmes se sentent soutenues; bénéficient d'un soutien accru.	Les enfants ont accès à une évaluation et à des services de développement.
Les femmes ont amélioré leurs connaissances et/ou leur confiance au sujet de leur rôle parental.	Les femmes ont un meilleur logement.

En même temps, comme on peut le voir en comparant l'**encadré 3** et la **figure 13**, quelques thèmes importants mentionnés par le personnel des programmes et les partenaires de services n'ont pas été indiqués par les clientes comme étant leur « changement le plus important ». De plus, certains résultats ont été mentionnés avec plus de force ou plus fréquemment par les clientes que par le personnel ou les partenaires. Par exemple :

Des points de vue légèrement différents

- Alors que le personnel et les partenaires de services ont mis l'accent sur les résultats en matière de protection de l'enfance et sur l'accès et les contacts des femmes avec les services et les soins, selon les clientes, le thème le plus fort du « changement le plus important » était le fait d'avoir « arrêté, réduit leur consommation de substances, ou de l'avoir rendue plus sûre ».
- Le personnel et les partenaires de services ont indiqué qu'un des résultats principal était que « les femmes ont un meilleur accès aux soins de santé et/ou aux services communautaires ». Le personnel a aussi mentionné que « les femmes développent des relations de confiance » était un résultat clé, un résultat qui est souvent l'élément central de la réalisation d'autres changements positifs dans la vie des femmes. Les clientes n'ont pas indiqué ces résultats comme des thèmes principaux, encore qu'elles ont mentionné un thème parallèle, à savoir « un soutien accru ».
- Le personnel et les partenaires de services ont mentionné plus fréquemment que les clientes le fait que les accouchements en bonne santé/en meilleure santé étaient l'un des principaux résultats. Cela peut tenir compte du fait que les clientes supposent qu'elles auront un accouchement en bonne santé, et donc que cela ne leur vient pas à l'esprit comme un « changement des plus importants ».

Quelles sont les composantes (les plus utiles) des programmes, selon le point de vue des clientes?

Lors des entrevues, deux questions liées à cette importante question de recherche ont été posées aux clientes. Voici ces questions :

- Qui — ou quel élément — a participé à la réalisation du changement (le plus important)?
- Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans votre programme?

Les figures 20 et 21 présentent les principaux thèmes qui ont émergé dans les réponses à ces questions.

Figure 20 : Représentation graphique des thèmes émergeant de la question « Qui ou quel élément a participé à la réalisation du changement le plus important pour vous? » – Point de vue des clientes

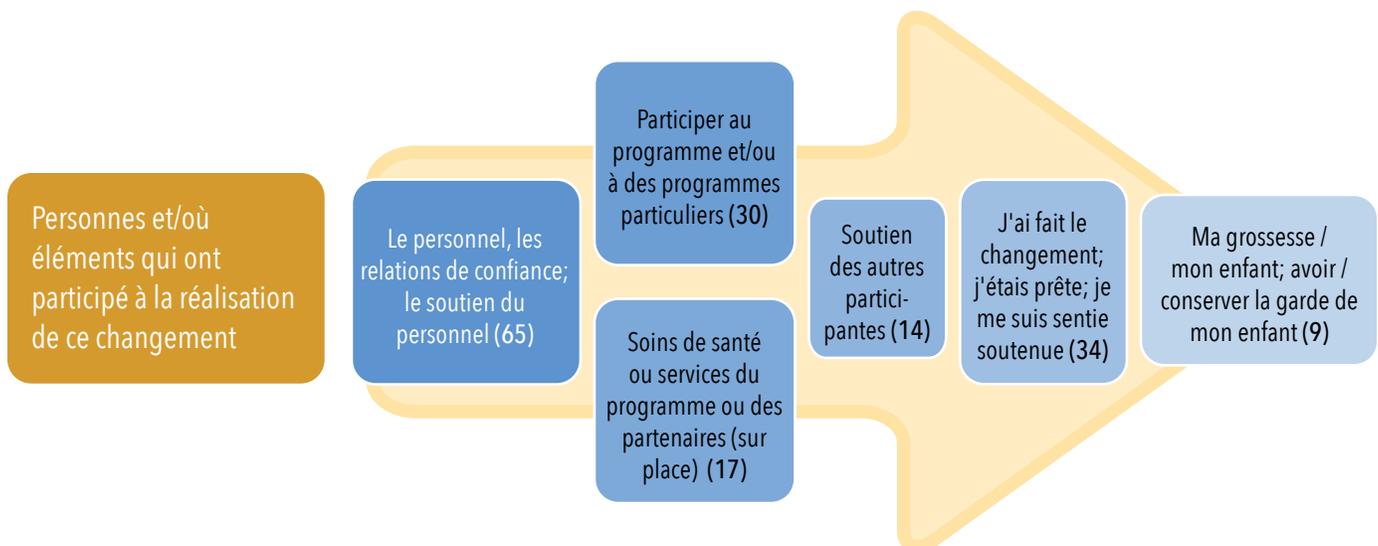


Figure 21 : Représentation graphique des thèmes émergents de la question « Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans votre programme? » – Point de vue des clientes



Comme on peut le constater, les thèmes les plus forts en réponse aux deux questions sont similaires. D'abord et avant tout, le personnel des programmes — et, en particulier, les approches employées par le personnel, notamment le fait de ne pas porter de jugement et de favoriser la sécurité et les relations de confiance — a été mentionné comme étant à la fois l'aspect le plus important du programme et le moteur de changements significatifs dans la vie des femmes. Dans le même ordre d'idées, le deuxième thème le plus fréquent en réponse aux deux questions était que le programme était de type communautaire, accessible et offrait de multiples services et types de soutien à un seul endroit, y compris des soins de santé et de santé mentale sur place et d'autres programmes répondant aux besoins des femmes. Les relations avec les autres participantes, et le soutien de celles-ci, constituent un autre thème clé associé à « ce qui a été nécessaire pour que le changement se produise » et « ce qui était le plus important dans leur programme ». Notamment, de nombreuses clientes ont également déclaré que leur propre état de préparation et/ou leur expérience d'avoir du soutien leur a permis d'apporter un ou plusieurs changements dans leur vie.

Quels sont les résultats/impacts des programmes pour les partenaires et les organisations partenaires?

Au cours des entrevues, les membres du personnel et les partenaires de tous les programmes ont été interviewés sur les avantages de la collaboration et sur la différence que le programme avait, à leur avis, eue pour les partenaires de services et les organisations partenaires. Les points de vue du personnel et des partenaires étaient très semblables, et les deux groupes de participantes ont mis l'accent sur l'amélioration des connaissances des partenaires et sur la collaboration intersectorielle accrue résultant de leur participation et de leur relation avec le programme. Voici les éléments des thèmes, combinés :

- des objectifs et une vision en commun entre les disciplines;
- une collaboration accrue en matière de planification et de coordination des services entre les secteurs, p. ex., les prestataires de soins de santé, les services de protection de l'enfance;
- des connaissances accrues et un apprentissage partagé sur :

L'une des belles choses, c'est que j'ai l'impression que nos objectifs sont les mêmes : soutenir ces femmes de la meilleure façon possible et les mettre en contact avec des ressources, pour éviter qu'on leur retire leurs bébés. Nous avons la même vision à cet égard, même si nous venons d'horizons différents.

- les rôles et programmes de chacun;
- les problèmes et obstacles systémiques, et les possibilités de défense des droits;
- la consommation de substances et les déterminants sociaux de la santé des femmes;
- une approche de pratiques exemplaires dans le travail avec les femmes qui consomment des substances;

Le partenariat permet d'améliorer la gestion des cas pour déterminer les lacunes conjointement. Atira voit les choses sous l'angle du logement et nous les voyons sous l'angle de la santé. Ensemble, nous pouvons déterminer plus rapidement les difficultés d'une femme ou les risques pour les enfants. Nous pouvons être l'expert en matière de santé, et [Atira peut] s'occuper de l'aspect social. C'est plus efficace.

- un sentiment accru de soutien; une plus grande tranquillité d'esprit et un élargissement de la portée des services des partenaires.
- la réduction des obstacles aux services.

Voici un échantillon de commentaires du personnel et des partenaires illustrant ces thèmes.

[Le programme] est une ressource à laquelle nous pouvons accéder pour les femmes qui peuvent être difficiles à trouver ou à soutenir. Savoir que ces femmes peuvent être soutenues à l'extérieur, même si elles ne veulent pas me rencontrer en tant que travailleuse sociale de l'hôpital, cela m'aide.
- Membre du personnel d'un programme

Nos travailleuses blâment moins; elles reconnaissent que ce que nous voyons est le résultat d'un traumatisme plutôt qu'une non-conformité intentionnelle. - Partenaire de services

Il m'a aidé à mieux comprendre certaines des nuances en termes de bien-être et de protection de l'enfance, ainsi que la manière de travailler avec les [services de la protection de l'enfance] à un niveau systémique. - Membre du personnel d'un programme

Je pense que nous faisons un effort plus conscient pour collaborer. Nous reconnaissons de plus en plus qu'il vaut mieux avoir plus de têtes autour de la table et que la présence de tous est bénéfique pour les femmes et leurs familles. - Partenaire de services



Principales conclusions : Résultats et preuves – Principaux points à retenir

- Principalement, les clientes ont participé à leur programme pour avoir de l'aide par rapport à la consommation de substances et/ou aux services de protection de l'enfance, ainsi que pour obtenir des soins de santé et/ou un logement.
- Parallèlement, du point de vue des clientes, les changements les plus significatifs depuis leur participation à leur programme ont été d'arrêter ou de réduire leur consommation de substances, d'avoir un lien fort avec leurs enfants et/ou de conserver la garde de leur bébé.
- Selon les « instantanés » de données sur les clientes, des améliorations notables en matière de consommation de substances et de logement des clientes se sont produites; de même, un grand pourcentage de clientes ont conservé la garde de leurs enfants en bas âge. De plus, ces résultats sont plus marqués chez les clientes qui participent à leur programme depuis plus longtemps et/ou plus régulièrement, de sorte que leur situation peut être suivie sur une plus longue période.
- Le personnel des programmes — et les approches employées par le personnel, notamment le fait de ne pas porter de jugement et de favoriser la sécurité et les relations de confiance — a été mentionné comme étant à la fois l'aspect le plus important du programme et le moteur de changements significatifs dans la vie des femmes.
- Les programmes ont également eu des résultats importants pour les partenaires des services, ce qui a permis aux prestataires de soins travaillant dans divers domaines et secteurs de services d'acquérir des connaissances et de collaborer.





7 Discussion

Les résultats de l'étude Co-création de preuves ont montré que les programmes participants ont eu des retombées positives et significatives pour les femmes et leurs familles. Les clientes ont réduit ou cessé leur consommation problématique de substances, ont amélioré leur santé physique et mentale et leur accès aux services de santé, ont conservé la garde de leur enfant et/ou ont renforcé le lien avec leurs enfants, ont amélioré leur logement et ont vécu des grossesses et des accouchements plus sains. Le fait que les clientes aient mentionné la réduction ou l'arrêt de leur consommation de substances comme étant leur changement le plus important est d'autant plus remarquable qu'il ne s'agit pas de programmes dont le service principal est le traitement de ce problème.

L'étude a montré que les femmes enceintes et les jeunes mères qui ont des problèmes de consommation de substances et d'autres problèmes complexes bénéficient de programmes qui comprennent les éléments suivants :

❶ Des **services globaux** qui reconnaissent le vaste éventail des besoins des clientes et l'importance des déterminants sociaux de la santé en intégrant les services médicaux et de santé, ainsi que les services de protection de l'enfance et d'autres services sociaux cruciaux, sous un même toit et/ou en facilitant l'accès à ces derniers dans la communauté. En raison des résultats de l'étude confirmant des recherches existantes, une approche globale peut être considérée comme une pratique exemplaire (Greaves et coll., 2015; Nathoo et coll., 2013). L'étude a également cerné des défis, plus particulièrement en ce qui concerne le travail entre des secteurs dont les mandats et les autorités législatives diffèrent. Le succès des huit programmes, par rapport au développement et à l'augmentation de leurs services globaux dans la mesure du possible, témoigne de leurs efforts fructueux pour forger et maintenir leurs partenariats et leurs relations.

❷ Un **personnel des programmes bien renseigné et empathique**, qui a fait preuve d'une profonde compréhension de la situation des clientes et qui a mis en pratique les approches théoriques des programmes. La gentillesse, la compassion, la profondeur et l'étendue des connaissances et des compétences du personnel, ainsi que son souci de favoriser la sécurité et les relations de confiance, ont été très appréciées. Les femmes ont appris de leurs interactions avec le personnel et entre elles, et ont pu s'exprimer sur le type de programme qu'elles veulent. Les clientes considéraient systématiquement le personnel comme la raison la plus importante de leur participation continue et comme ce qu'elles aimaient le plus dans leur programme. Ces résultats amplifient la littérature montrant l'importance d'une approche relationnelle et centrée sur la cliente/femme (Motz et coll., 2020).

③ Un **(r)établissement des liens avec la culture**, soit comme composante autonome, soit dans le contexte des activités du programme. L'inclusion de pratiques et de programmes culturels, ainsi que de membres du personnel ou de ressources autochtones, comme les aînées, a permis de reconnaître la valeur et l'importance de la culture comme intervention favorisant la guérison. En effet, les approches globales, fondées sur les relations, tenant compte des traumatismes et axées sur la réduction des méfaits employées par les programmes concordent avec les philosophies de la santé des sociétés autochtones et sont considérées comme des pratiques judicieuses lorsqu'on travaille avec des clientes autochtones (Christian, 2010; Dell et Acoose, 2015; McCormick, 2000).

④ Des **possibilités de soutien communautaire/par les pairs**, pour que les femmes puissent établir des relations les unes avec les autres dans une atmosphère accueillante et sans jugement, et constituer des réseaux de soutien social sains pour elles-mêmes et leurs enfants. Les femmes ont apprécié la possibilité d'entrer en contact avec des pairs qui les comprenaient et dont la vie se recoupait avec leur propre vécu. En conséquence, bon nombre d'entre elles se sont senties moins isolées et plus proches de leur communauté. Il s'agit là d'un autre domaine dans lequel l'étude a apporté une contribution unique, notamment en soulignant l'importance des relations entre pairs dans un environnement sécuritaire et sain. Il serait utile de mener des recherches sur les types de possibilités de soutien par les pairs qui ont le plus d'impact, afin d'aider les programmes à déterminer plus précisément la meilleure façon de créer et de maintenir des relations positives entre pairs.

Les résultats du projet Co-Création des preuves ont également démontré que les éléments suivants sont des caractéristiques importantes qui ont contribué au succès des programmes :

⑤ Des **approches bien conceptualisées et fondées sur les preuves**, à commencer par un fondement théorique, pour les huit programmes, qui comprenait des approches relationnelles, axées sur les clientes/femmes, tenant compte des traumatismes, réduisant les méfaits et fondées sur la culture. Toutes ces approches sont considérées comme faisant partie des pratiques exemplaires (BC Centre of Excellence for Women's Health, s. d.; Motz et coll., 2006; Nathoo et coll., 2013; Pepler et coll., 2014). L'une des clés du succès était que les méthodes de travail du personnel tenaient compte des valeurs fondamentales de leur programme. En même temps, il est important de reconnaître que la mise en pratique de ces approches au quotidien peut s'avérer difficile et nécessite une réflexion constante, notamment en raison de la complexité et de la diversité des situations des femmes. Par exemple, travailler dans une perspective de réduction des méfaits tout en respectant le fait que certaines clientes ne veulent pas participer à des services avec des femmes qui consomment activement des substances peut avoir un impact sur la prestation des services, la participation des clientes et la rétention. De même, le recoupement entre la réduction des méfaits, la consommation de substances et des préoccupations en matière de sécurité pouvait être difficile à gérer, en particulier pour les femmes qui s'occupaient activement de leurs enfants. Néanmoins, la grande majorité des clientes ont déclaré que leur programme offrait un environnement sécuritaire et compatissant et que, grâce à cela, elles avaient établi des relations de confiance avec le personnel qui les ont amenées à partager leurs expériences, à poser des questions, à décider de leurs objectifs, à obtenir de l'aide dans de multiples domaines et, finalement, à apporter des changements importants dans leur vie. Cela illustre des nuances de la pratique qui pourraient bénéficier de recherches et de discussions plus approfondies.

⑥ Des **relations de partenariat solides** qui ont permis à de multiples services de se rallier à un objectif commun et de servir des clientes mutuelles. Sans ces relations de partenariat et ces collaborations intersectorielles, l'approche globale aurait été beaucoup plus difficile à réaliser. En effet, la capacité des programmes à rassembler efficacement diverses composantes des services sociaux/de protection de l'enfance, des services de santé et des services de consommation de substances dans le but de répondre aux besoins des clientes a été une réalisation importante. Les relations entre partenaires ont également

été mutuellement bénéfiques, dans la mesure où toutes les parties ont amélioré leur compréhension des rôles et responsabilités de chacune. Le fait de documenter les partenariats des programmes et leurs résultats a constitué une contribution unique de l'étude, car les études antérieures ont surtout été réalisées du point de vue des programmes de traitement ou ont abordé la nécessité pour les services de consommation de substances et de protection de l'enfance de travailler ensemble pour soutenir les femmes (Drabble et Poole, 2011; Urbanoski et coll., 2018).

⑦ Des **modèles flexibles et multidimensionnels** qui permettaient d'intégrer des éléments uniques en termes de programmes pour répondre aux besoins de la communauté, notamment en mettant l'accent sur l'approche, le logement, la culture et/ou l'unité mère-enfant considérée comme un client double et des volets de services pour la femme et son bébé ou ses enfants. Le modèle flexible reflétait les facteurs pertinents à l'histoire et à la communauté de chaque programme, notamment la disponibilité des ressources et des partenaires, tout en permettant de modifier les services des programmes au fil du temps, en fonction des besoins et des possibilités. À la connaissance des auteures, c'est la première fois que de tels modèles multidimensionnels et flexibles ont été conçus pour des programmes travaillant avec cette clientèle. De plus, les dimensions des modèles peuvent être utiles pour la recherche, la mise sur pied et l'évaluation de programmes, avec des modifications au besoin, pour d'autres programmes intégrés travaillant avec des populations spécialisées comme les jeunes ayant des besoins complexes.

⑧ **Maintenir la participation des clientes au fil du temps**, ce qui a été associé à des tendances positives dans trois domaines clés de résultats pour les clientes : réduction de la consommation de substances, amélioration du logement et maintien de la garde de leur bébé par les femmes. Ces résultats soutiennent la littérature existante (Andrews et coll., 2018) qui a constaté que les clientes obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'elles participent à leur programme pendant une période plus longue et/ou ont plus de contacts avec les prestataires de services. Les résultats indiquent également qu'il peut y avoir des avantages à travailler avec les clientes plus longtemps, à avoir une approche « porte ouverte » qui favorise une nouvelle participation des clientes après une absence et/ou à avoir des niveaux de service comparables prénataux et postnataux.



Pour résumer, lorsque les éléments ci-dessus sont combinés, ils indiquent qu'un programme multiservices idéal pour les femmes enceintes et les mères ayant des problèmes de consommation de substances et d'un autre ordre serait fondé sur les approches de pratiques exemplaires mentionnées auparavant dans le texte (p. ex., tenant compte des traumatismes, fondées sur la culture, relationnelles, visant la réduction des méfaits, axées sur la cliente) et offrirait une expérience de type « guichet unique » ou globale. Les services offerts comprendraient un éventail de services de santé primaires, prénataux et postnataux, de traitement de consommation de

substances, d'aide pour les traumatismes, d'intervention, d'aide avec la protection de l'enfance, ainsi que des programmes culturels et/ou des mesures qui aident par rapport aux déterminants sociaux des facteurs de santé d'une manière qui tient compte des influences locales/régionales et les respecte. De plus, il serait idéal que le programme soit doté d'un logement sur place, soit comme élément de base du programme, soit au moyen d'un partenariat avec une autre organisation. Enfin, l'idéal serait que les clientes puissent participer au programme pendant 18 mois ou plus, afin d'avoir le temps d'établir des relations avec le personnel et leurs pairs, et de pouvoir atteindre pleinement leurs objectifs.



8 Implications pour la pratique, l'élaboration de programmes, les politiques et le financement

L'étude Co-Création des preuves a fourni des preuves convaincantes que les programmes offrant des services globaux sont bénéfiques pour les femmes enceintes et les mères qui consomment des substances et ont d'autres problèmes complexes. En guise de conclusion au présent rapport, nous présentons ci-dessous les implications pour la pratique, le développement de programmes, les politiques et le financement.

Implications pour la pratique

- 1 Il est impératif que les programmes multiservices comme ceux qui ont fait l'objet de cette étude, ainsi que les organisations et les partenaires qui les parrainent, continuent de s'appuyer sur leur important travail consistant à fournir **des soins et des services de soutien globaux**, à intégrer leurs services et à utiliser leurs approches fondamentales en les adaptant au contexte local et régional.
- 2 Dans le cadre de cette étude, les femmes se sont montrées intéressées et prêtes à franchir des étapes vers le rétablissement de la consommation de substances d'une manière qui peut éclairer le développement d'autres services intégrés. Il en découle une implication pratique clé pour les services existants et émergents qui travaillent avec les femmes enceintes et les nouvelles mères, à savoir **qu'il est primordial d'écouter attentivement les femmes**, particulièrement en ce qui concerne leurs besoins et leur état de préparation au moment de la participation; comment cet état de préparation évolue à mesure que leur rapport avec le programme s'approfondit; et ce qu'elles considèrent comme le changement le plus important pour elles-mêmes et leur famille.
- 3 Étant donné les solides résultats obtenus par les femmes de cette étude en matière de rétablissement de la consommation de substances, les services de traitement de la consommation de substances devraient **privilégier les partenariats avec des programmes offrant des services globaux** dans leur pratique, afin d'améliorer ces résultats.
- 4 La participation des femmes **au soutien et au mentorat par les pairs a été un facteur déterminant** de leur croissance et de leur changement, ainsi que de ceux de leurs pairs; ainsi, pour les programmes offrant des interventions de groupe, il est très important de créer des occasions menant au leadership, au co-apprentissage et au soutien par les pairs.

5 Les programmes offrant des services globaux peuvent constituer un moyen accessible de renforcer la capacité relationnelle des mères qui ont vécu des traumatismes et d'autres défis intimidants dans leur vie; de plus, les relations des femmes avec leurs enfants et d'autres personnes peuvent entraîner des changements dans la consommation de substances et dans d'autres domaines de leur vie. Pour les programmes conçus pour faire participer les femmes enceintes et les nouvelles mères, **l'utilisation d'une approche relationnelle est une pratique exemplaire essentielle**. Pour approfondir ce point, mentionnons que le développement de relations de collaboration avec les services globaux qui soutiennent l'unité mère-enfant peut être considéré comme une priorité absolue en matière de pratique et de politique pour les travailleuses de la protection de l'enfance.

6 Si l'étude a confirmé que la réduction des méfaits est une pratique exemplaire, elle a également montré qu'il peut être difficile de trouver le juste équilibre entre une approche de réduction des méfaits et la sécurité des femmes et des enfants, en particulier pour les programmes qui offrent le logement à titre de service regroupé. En conséquence, il est essentiel de **prendre le temps de discuter des pratiques en matière de réduction des méfaits**, y compris avec les partenaires des services de protection de l'enfance.

7 Une dernière implication pour la pratique est l'importance de reconnaître et d'honorer les services globaux pour leurs **approches transdisciplinaires et multisectorielles**, et leur travail continu d'intégration de la sagacité théorique et pratique des domaines autochtone, médical, du développement du fœtus et de l'enfant, de la santé des femmes et de la justice sociale et économique.

Implications pour les planificateurs et les responsables des systèmes de santé

1 Il est essentiel d'établir **des relations étroites entre la santé maternelle/infantile et les services de traitement de la consommation de substances**. L'activation, le soutien et l'amélioration de ces relations doivent être une priorité absolue pour les planificateurs des systèmes de santé, afin que les services de santé maternelle/infantile deviennent plus aptes à servir les femmes ayant des problèmes de consommation de substances et que les services de consommation de substances deviennent plus aptes à servir les femmes enceintes et les nouvelles mères.

2 **Les possibilités d'apprentissage continu, axées sur une pratique relationnelle intégrée, fondée sur la culture et tenant compte des traumatismes**, sont importantes pour les praticiens de tous les domaines et doivent être activement soutenues. Les prestataires qui ont une connaissance approfondie de la mise en pratique de ces approches, comme ceux qui ont participé à cette étude, seraient bien placés pour enseigner et encadrer d'autres praticiens dans tout le système de santé.

3 De même, la **création d'occasions d'apprendre des femmes ayant des problèmes de consommation de substances** au sujet de leurs besoins et de la façon dont elles peuvent participer est à la base d'une bonne planification. Pour approfondir ce point, il convient de mentionner que l'optique de l'« analyse comparative fondée sur le sexe, le genre, l'équité et l'inclusion » (ACSG+) dans toute planification de la santé doit être mise en œuvre comme pratique standard.

4 Il est important que les modèles de soins impliquant les femmes enceintes et les nouvelles mères et leurs enfants soient structurés de manière à ce que le **programme couvre la période allant de la naissance à au moins deux ans**. Cela permettra de renforcer la confiance, l'attachement précoce, les gains en matière de santé et de rétablissement, ainsi que les connaissances et la confiance par rapport au rôle parental, avant que les clientes ne passent à d'autres niveaux de soutien communautaire. Cela signifie également que les relations entre les services liés à la grossesse, les services d'aide au rôle parental auprès des jeunes enfants et les services préscolaires doivent être activement encouragés, afin d'assurer un continuum de soutien sans faille pour les nouvelles mères et leurs enfants.

5 Pour les femmes enceintes et les mères aux prises avec des problèmes de consommation de substances et d'un autre ordre, le logement est impératif; sans logement sécuritaire, les femmes risquent de se faire retirer leurs enfants et de continuer à consommer des substances. Il est d'une importance vitale que **tous les niveaux de gouvernement investissent pour faire du programme Logement d'abord et du logement avec services de soutien une priorité et une réalité**.

Implications pour les décideurs politiques et les bailleurs de fonds

- 1 Étant donné la contribution des programmes offrant des services globaux à un large éventail d'objectifs stratégiques des gouvernements (p. ex., en matière de santé publique, de protection de l'enfance, de consommation de substances, de réduction de la stigmatisation, de santé mentale, d'itinérance, de soins primaires et de bien-être des Autochtones), il incombe à tous les niveaux de gouvernement de fournir un financement adéquat pour le développement de programmes offrant des services globaux dans de nombreuses autres communautés à travers le Canada.
- 2 Les bailleurs de fonds et les décideurs doivent reconnaître la complexité croissante des besoins des femmes en matière de santé, en particulier le recoupement des problèmes de santé mentale, de consommation de substances, de traumatismes et de violence. Étant donné que les programmes offrant des services globaux contribuent à rendre les soins accessibles aux femmes ayant des besoins complexes, il faut accorder la priorité à l'augmentation du financement pour des services supplémentaires tenant compte des traumatismes.
- 3 Il est urgent de remédier au décalage qui existe depuis longtemps entre le domaine de la protection de l'enfance et celui de la consommation de substances. L'harmonisation entre les deux systèmes devrait inclure un soutien sans jugement, proactif et adapté aux besoins des femmes, afin de réduire ou d'arrêter leur consommation de substances; du soutien au développement de la capacité parentale fondé sur la compréhension des traumatismes comme facteur fondamental de la dépendance; et un engagement renouvelé à prévenir le retrait des enfants en améliorant la disponibilité et l'accès au soutien pour le rôle parental. Dans le même ordre d'idées, il est tout aussi important de s'attaquer au manque de contacts entre les systèmes de services de santé maternelle et de consommation de substances. L'une des mesures importantes consiste à reconnaître et à soutenir les avancées positives, comme les modèles de cohabitation, afin que les femmes qui consomment des substances puissent vivre des expériences positives lors de l'accouchement, être soutenues dans l'établissement d'un attachement précoce avec leur enfant et faire une transition en douceur vers le soutien fourni par les services globaux communautaires.
- 4 Les besoins des femmes enceintes et des parents ayant des problèmes de dépendance sont uniques et se recoupent dans plusieurs systèmes de soins. C'est pourquoi on encourage les gouvernements à s'engager à effectuer des analyses de type ACSG+ et à mettre en place un traitement équitable selon le sexe et des mesures de réduction des méfaits, à faire la promotion de la santé et à offrir des services de prévention dans tous les systèmes de soins liés à la consommation de substances.
- 5 Les programmes qui offrent des services globaux, en particulier ceux qui sont axés sur la culture, contribuent grandement à répondre aux appels à l'action en matière de santé et de protection de l'enfance préconisés par la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Parallèlement, les programmes s'appuient généralement sur la participation à temps partiel d'aînées ou de gardiennes du savoir autochtones pour donner des enseignements culturels, organiser des cérémonies et d'autres activités propices à l'élaboration des relations. Bien que cela soit d'une valeur inestimable et doive se poursuivre, il est également utile de disposer de postes permanents à temps plein dont les titulaires sont chargés d'aider les femmes à (r)établir des liens avec la culture et les traditions autochtones, si elles le souhaitent. Les dirigeants qui souhaitent agir pour combattre le racisme et soutenir les appels à l'action feraient bien de s'assurer que les programmes offrant des services globaux sont financés et que ces programmes disposent des ressources nécessaires pour permettre la mise en place de postes pour établir ou rétablir les liens avec la culture.
- 6 Enfin, un financement stable pour les programmes communautaires offrant des services globaux est indispensable. Comme indiqué tout au long de ce rapport, la prestation de services globaux est un travail difficile qui exige du temps. Le personnel doit être compétent dans de nombreux domaines; il faut du temps pour trouver et forger des partenariats, et ils doivent être continuellement cultivés. Néanmoins, les programmes analysés dans cette étude ont travaillé avec des gouvernements et d'autres services à regrouper les financements, afin qu'un large éventail de services « englobe » les femmes et les enfants. Les gouvernements peuvent contribuer, en créant des mécanismes de financement holistiques qui réduisent la charge que représentent l'obtention de financement et la reddition de comptes pour les services qui fonctionnent de manière holistique.



9 Références

Andrews, N.C.Z., Motz, M., Pepler, D.J., Jeong, J., et Khoury, J. (2018). Engaging mothers with substance use issues and their children in early intervention: Understanding use of service and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 83, 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.06.011>

Atleo, E.R. (2004). *Tsawalk. A Nuu-chah-nulth Worldview*. UBC Press.

Bartlett, J.G. (2005). Health and well-being for Métis women in Manitoba. *Canadian Journal of Public Health Revue canadienne de santé publique*, 96, S22-S27. www.jstor.org/stable/41994445.

BC Centre of Excellence for Women's Health (s. d.). *Soin et traitement des femmes enceintes qui consomment de l'alcool et/ou d'autres drogues : Information à l'intention des fournisseurs de services*. Coalescing on Women and Substance Use. http://bcewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/08/FASD-Sheet-4_Alcohol-Pregnancy-Tx-Care-Dec-6.pdf

Boyd, S. C., et Marcellus, L. (2007). *With child. Substance use during pregnancy: A Woman-Centred Approach*. Fernwood Publishing.

Boyer, Y. (2017). Healing racism in Canadian health care. *Canadian Medical Association Journal*. 189(46). E1408-E1409; N° DOI : <https://doi.org/10.1503/cmaj.171234>

Castellano, M.B. (2006). *Un cheminement de guérison : Le rétablissement du mieux-être. Rapport final de la Fondation autochtone de guérison. Volume 1*. Fondation autochtone de guérison.

Christian, W. (2010). If you truly believe children are our future – the future is now! *First Peoples Child and Family Review*, 5(1), 10-14.

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. www.nctr.ca

Dell, C., et Acoose, S. (2015). Indigenous culture as intervention in addiction treatment. *Drug & Alcohol Dependence*, 146. e261. 10.1016/j.drugalcdep.2014.09.176.

Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place : Sommaire du rapport final*. <https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-final-volume-1a.pdf>

Fallot, R., et Harris, M. (2009). *Creating Cultures of Trauma-Informed Care (CCTIC) : A Self-Assessment and Planning Protocol*. Community Connections.

Federation of Saskatchewan Indian Nations (s.d.). *Culturally responsive framework*. Auteur. <https://wellnesswheel.ca/wp-content/uploads/2020/03/CRF-Final-Cosy.pdf>

Finnegan, L. (2013). *Toxicomanie au Canada. Consommation de drogues licites et illicites durant la grossesse : Répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile*. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Fonti, S., Davis, D., et Ferguson, S. (2016). The attitudes of healthcare professionals towards women using illicit substances in pregnancy: A cross-sectional study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(4), 330-335.

Greaves, L., Poole, N., et Boyle, E. *Transforming Addiction: Gender, Trauma, Transdisciplinarity*: Routledge.

Homelessness Hub. (2019). Livraison globale et autres modèles basés sur l'équipe. <https://www.rondpoint-delitinerance.ca/solutions/livraison-globale-et-autres-mod%C3%A8les-bas%C3%A9s-sur-l%C3%A9quipe>

Hubberstey, C., Rutman, D., Schmidt, R.A., Van Bibber, M., et Poole, N. (2019). Multi-service programs for pregnant and parenting women with substance use concerns: Women's perspectives on why they seek help and their significant changes. *Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 3299. N° DOI : 10.3390/ijerph16183299

Latuskie, K. A., Leibson, T., Andrews, N. C., Motz, M., Pepler, D. J., et Ito, S. (2018). Substance use in pregnancy among vulnerable women seeking addiction and parenting Support. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17, 137–150. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0005-7>.

McCormick, R. (2000). Aboriginal traditions in the treatment of substance abuse. *Canadian Journal of Counselling*, 34(1). <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ603069.pdf>

Motz, M., Leslie, M., Pepler, D., Moore, T., et Freeman, P. (2006). Breaking the cycle: Measures of progress 1995–2005. Special Supplement. *Journal of FAS International*, 4, (e22, numéro supplémentaire spécial).

Motz, M., Reynolds, W., et Leslie, M. (2020). *Programme Breaking the Cycle, volume 2 – Guérir grâce aux relations*. Mothercraft Press.

Nathoo, T., Poole, N., Bryans, M., Dechief, L., Hardeman, S., Marcellus, L., Poag, B., et Taylor, M. (2013). Voices from the community: Developing effective community programs to support pregnant and early parenting women who use alcohol and other substances. *First Peoples Child and Family Review*, 8, 94–107.

National Wraparound Initiative. (sans date). Wraparound basics or what is wraparound: An Introduction. <https://nwi.pdx.edu/wraparound-basics/>

Network Action Team on FASD Prevention from a Women's Health Determinants Perspective. (2010). *Consensus on 10 Fundamental Components of FASD Prevention from a Women's Health Determinants Perspective*. BC Centre of Excellence for Women's Health.

Nota Bene Consulting Group. (2017). *HerWay Home final evaluation report*. Nota Bene Consulting Group. <http://www.notabeneconsulting.ca/publications-and-presentations/>

Ordean, A., et Kahan, M. (2011). Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. *Canadian Family Physician*, 57, e430-e435.

Pepler, D., Motz, M., Leslie, M., Jenkins, J., Espinet, S., et Reynolds, W. (2014). *A focus on relationships*. Mothercraft Press.

Pepler, D., Moore, T., Motz, M., et Leslie, M. (2002). *Breaking the cycle: The evaluation report (1995–2000)*. Breaking the Cycle.

Poole, N. (2000). *Evaluation report of the Sheway project for high risk, pregnant and parenting women*. BC Centre of Excellence for Women's Health.

Poole, N., Schmidt R.A., Green, C., et Hemsing, N. (2016). Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Current Canadian efforts and analysis of gaps. *Substance Abuse: Research and Treatment*. <https://doi.org/10.4137/SART.S34545>

Rowan M., Poole, N., Shea, B., Gone, J.P., Mykota, D., Farag, M., Hopkins, C., Hall, L., Mushquash, C., et Dell C. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: Findings from a scoping study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9(34), 2-26. www.substanceabusepolicy.com/content/9/1/34.

Rutman, D., Hubberstey, C., Poole, N. Schmidt, R.A., et Van Bibber, M. (2020). Multi-service prevention programs for pregnant and parenting women with substance use and multiple vulnerabilities: Program structure and clients' perspectives on wraparound programming. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20, 441. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03109-1>

Rutman, D., et Hubberstey, C. (2019). National evaluation of Canadian multi-service FASD prevention programs: Interim findings from the Co-Creating Evidence study, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1767. doi:10.3390/ijerph16101767

Sasakamoose, J., Bellegarde, T., Sutherland, W., Pete, S., et McKay-McNabb, K. (2017). Miyo-pimatisiwin Developing Indigenous Cultural Responsiveness Theory (ICRT): Improving Indigenous Health and Well-Being. *The International Indigenous Policy Journal*, 8(4), 1. <https://doi.org/10.18584/iipj.2017.8.4.1>

Sword, W., Niccols, A., et Fan, A. (2004). "New Choices" for women with addictions: Perceptions of program participants. *BMC Public Health*, 4, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-4-10>

Tait, C. (2003). *Syndrome d'alcoolisation fœtale chez les peuples autochtones du Canada* : Examen et analyse des répercussions intergénérationnelles liées au régime des pensionnats. Fondation autochtone de guérison.

Urbanoski, K., Joordens, C., Kolla, G., et Milligan, K. (2018). Community networks of services for pregnant and parenting women with problematic substance use. *PLoS ONE*, 13(11): e0206671. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206671>

Van Bibber, M. (1997). *It takes a community. A resource manual for community-based prevention of FASD*. Aboriginal Nurses Association of Canada.

Wodinski, L., Wanke, M., et Khan, F. (2013). *Impact evaluation of the Healthy, Empowered and Resilient (H.E.R.) program—Stakeholder perceptions final report*. Alberta Centre for Child, Family & Community Research.

À propos des auteures

Deborah Rutman, Ph. D.

Deborah est l'une des cofondatrices et directrices de Nota Bene Consulting Group. Elle possède une vaste expérience de la recherche et de l'évaluation de programmes axés sur les besoins des personnes atteintes de l'ETCAF en matière de services de soutien, tout particulièrement au sujet de l'éducation des enfants, du système juridique et de la consommation d'alcool et de substances; sur les jeunes placés en famille d'accueil ou qui en sont sortis; sur le bien-être des enfants autochtones; et sur l'évaluation des programmes destinés aux femmes enceintes et aux mères qui consomment de l'alcool et des substances, qui ont subi des traumatismes et qui ont des problèmes complexes. Deborah est professeure associée à l'École de travail social de l'Université de Victoria et membre du CanFASD Research Network. Elle vit à Victoria, en Colombie-Britannique.

Carol Hubberstey, M. A.

Carol est l'une des cofondatrices et directrices de Nota Bene Consulting Group. Depuis plus de 25 ans, Carol mène des recherches et des évaluations qualitatives et quantitatives, et gère des projets. Elle s'est consacrée aux besoins des jeunes qui passent d'un foyer nourricier ou d'un établissement à la vie en société; l'évaluation de programmes liés à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale; le bien-être des enfants autochtones; les pratiques de mentorat au sein des organismes autochtones sans but lucratif; et l'évaluation d'initiatives visant à renforcer les services et l'aide aux femmes qui ont subi de la violence et des traumatismes. Carol vit à Victoria, en Colombie-Britannique.

Marilyn Van Bibber

Marilyn est l'une des directrices du Nota Bene Consulting Group et chercheuse communautaire possédant une vaste expérience de travail avec les Premières Nations du Yukon et de la Colombie-Britannique. Les travaux de Marilyn ont porté sur la santé communautaire, les droits conférés par traité, l'éthique, l'ETCAF, la sécurité culturelle et l'adaptation aux changements climatiques. À l'heure actuelle, elle est membre du CanFASD Research Network et membre fondatrice de la Canadian Indigenous Nurses Association. Marilyn appartient au Clan des loups des Tutchone du Nord et vit à Qualicum Beach, en Colombie-Britannique.

Nancy Poole, Ph. D.

Nancy est directrice de la prévention au sein du CanFASD Research Network, qui guide un réseau pancanadien de chercheurs, de prestataires de services, d'analystes de politiques et d'intervenants communautaires œuvrant à la prévention de l'ETCAF. Nancy dirige également le Centre of Excellence for Women's Health (CEWH), un centre de recherche virtuel sans but lucratif ayant acquis une réputation internationale pour son leadership en matière de genre et de santé. Dans ses fonctions de directrice du CEWH, Nancy est responsable du transfert des connaissances, de l'établissement de réseaux et de la recherche visant à améliorer les politiques et la prestation des services destinés aux filles et aux femmes aux prises avec des problèmes de santé et sociaux, dont la consommation de substances. Nancy vit à Victoria, en Colombie-Britannique.

Rose Schmidt, M. A. (santé publique)

Rose est coordonnatrice de la recherche et étudiante au doctorat à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. Sa recherche à méthodologies mixtes est axée sur la réduction des méfaits et les approches tenant compte des traumatismes, auprès des mères qui consomment des substances durant la période périnatale. Elle s'intéresse aux déterminants sexospécifiques de l'inégalité en matière de santé et intègre la méthodologie de l'épidémiologie sociale à ses recherches appliquées sur les politiques. Rose vit à Toronto, en Ontario.



10 Annexes

Annexe A : Renseignements supplémentaires sur la méthodologie de l'étude

Approche collaborative

À titre d'activité initiale du projet, l'équipe du projet a convoqué une réunion en personne d'une journée en juin 2017, à Victoria, en Colombie-Britannique, avec les huit chefs de programme. L'un des principaux objectifs de la réunion consistait à déterminer, en collaboration, une théorie du changement et à définir collectivement les fondements théoriques, les approches, les activités clés et les résultats attendus des programmes.

Tout au long du projet, des téléconférences virtuelles ont été organisées avec les sites des programmes, pour discuter de questions clés liées à la collecte et à l'analyse des données, ainsi que pour obtenir les commentaires des programmes concernant les nouveaux résultats du projet et le transfert des connaissances. Les réunions virtuelles avec les coordonnatrices/gestionnaires de programmes ont également donné aux programmes la possibilité d'échanger des informations sur les pratiques prometteuses, les programmes, les nouveaux défis et les questions importantes de l'heure (p. ex., la crise actuelle des opioïdes et son impact sur les clientes, le personnel et la prestation des programmes).

Approbations sur le plan de l'éthique

L'étude a obtenu les approbations suivantes sur le plan éthique : Bureau d'éthique de la recherche de l'Université de la Colombie-Britannique (H17-02168), régie de santé Vancouver Coastal Health, régie de santé Island Health, régie de santé Fraser Health et Université York. Toutes les participantes ont donné leur consentement éclairé par écrit pour prendre part à l'étude; toutes étaient âgées de plus de 18 ans et étaient aptes à donner leur propre consentement.

Méthodes et outils de collecte des données

Collecte des données sur place réalisée par l'équipe du projet

L'équipe du projet a visité chaque site à deux reprises au cours de l'étude, une fois au printemps 2018, et une seconde fois à l'automne 2019. Les entrevues ont été menées en personne avec les clientes, le personnel et les partenaires du programme. Les dispositions au sujet des visites des sites ont été prises en collaboration par l'équipe du projet et le personnel du programme. Environ un mois avant la visite de l'équipe de recherche sur place, le personnel a apposé une affiche et informé les clientes de la possibilité de participer à une entrevue en personne. Le matériel de recrutement comprenait des renseignements sur la confidentialité et l'anonymat.

Des guides d'entrevue ont été préparés pour cette étude. Le guide d'entrevue à l'intention des clientes contenait des questions ouvertes portant sur les points suivants : comment la femme avait appris l'existence du programme et ce qu'elle espérait retirer de sa participation; sa situation de vie au moment où elle a participé pour la première fois au programme; si et comment elle a utilisé les différents services offerts par son programme; sa satisfaction à l'égard du programme; et quel avait été le changement le plus important pour elle et/ou sa famille depuis sa participation au programme. L'équipe de recherche a mené des entrevues individuelles et a répondu à des questionnaires avec les clientes, dans un bureau privé et confortable de chaque site du programme. Les entrevues qualitatives ont été menées à l'aide d'une « approche de conversation guidée », qui encourageait les femmes et leur permettait de parler librement de questions et d'expériences importantes pour elles.

Immédiatement après l'entrevue, les femmes étaient invitées à répondre au questionnaire destiné aux clientes, qui était le plus souvent donné verbalement par la chercheuse. Même si le questionnaire destiné aux clientes avait été rédigé expressément pour la présente étude, il comprenait également des éléments de questionnaire standardisés qui ont été utilisés dans des évaluations de programmes axés sur les traumatismes et/ou la réduction des méfaits.

Toutes les clientes participant à l'étude ont reçu des honoraires pour avoir pris part à l'entrevue et répondu au questionnaire, ce qui représentait environ 30 à 40 minutes pour les deux ensemble. De plus, le personnel du programme était disponible par la suite pour répondre aux préoccupations des clientes au sujet de l'entrevue, s'il y avait lieu.

Les entrevues et les groupes de discussion avec le personnel du programme se sont concentrés sur les perspectives du personnel et des gestionnaires sur les objectifs du programme, les principes et approches fondamentaux, les questions d'ordre opérationnel pour le programme (p. ex., la dotation en personnel, la formation, la supervision, le financement), les partenariats du programme et les impacts du programme sur les clientes, les familles et les partenaires communautaires. Les entrevues avec les partenaires du programme ont porté sur les perspectives des partenaires sur le partenariat et les impacts du partenariat, ainsi que sur les perspectives des partenaires sur les forces, les défis et les résultats du programme.

Entrevues avec les participantes

Voici les critères d'admissibilité des clientes au sujet de la participation à l'entrevue/au questionnaire :

- La cliente devait bénéficier des services du programme au cours du mois de la collecte des données.
- La cliente devait être âgée de 16 ans ou plus.
- La cliente devait parler anglais.

Le nombre d'entrevues avec les clientes a varié d'un site à l'autre, allant de $n = 39$ dans l'un des grands sites à $n = 6$ dans un site plus petit. La variation du nombre d'entrevues réalisées par site reflète la taille et l'ampleur des programmes et correspond à peu près proportionnellement au nombre de clientes par site. Des événements extérieurs au programme, notamment des crises dans la communauté et/ou dans la vie des clientes, ont également eu une incidence sur la réponse à l'invitation à participer à l'étude.

Bases de données prospectives sur les clientes et les résultats

Les données quantitatives sur les résultats et les clientes ont été collectées de manière prospective sur une période de 18 mois, à partir de février 2018. Les sites du projet ont réuni des données sur le programme et sur les résultats des femmes/clientes qui participaient à leur programme pendant la période de collecte des données; une employée désignée envoyait ensuite les données chiffrées à l'équipe du projet tous les trois mois (sous forme d'« instantanés » trimestriels). Les données collectées pour la base de données sur les clientes étaient anonymisées de manière irréversible et ne contenaient pas d'éléments d'identification comme le nom, l'adresse, le numéro de carte d'assurance maladie ou la date de naissance. Afin de faciliter l'analyse des données au fil du temps, un code unique a été créé pour chaque cliente.

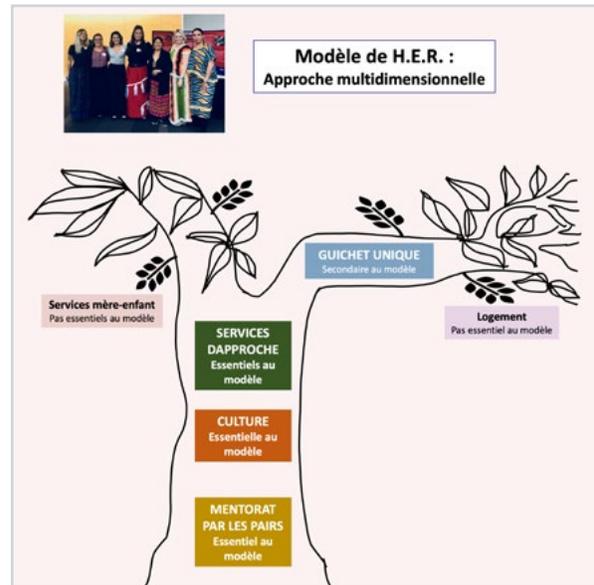
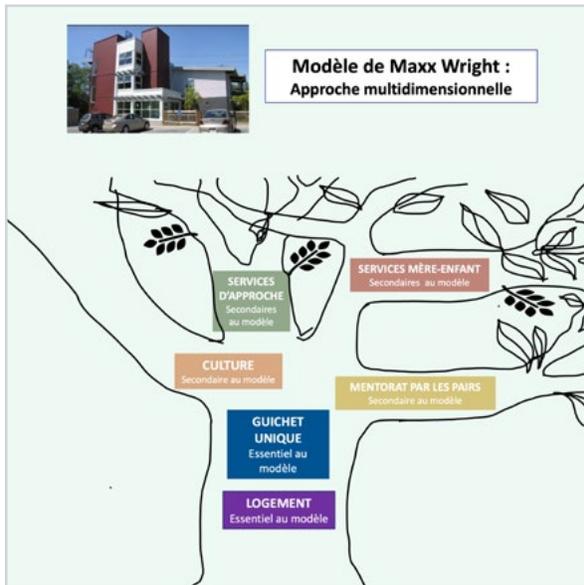
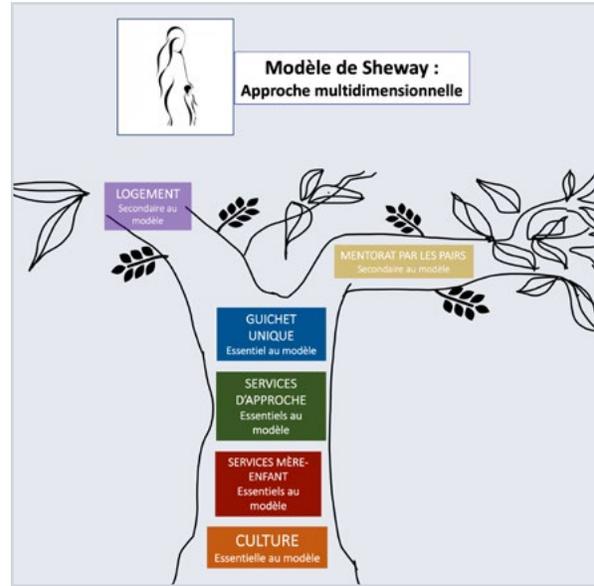
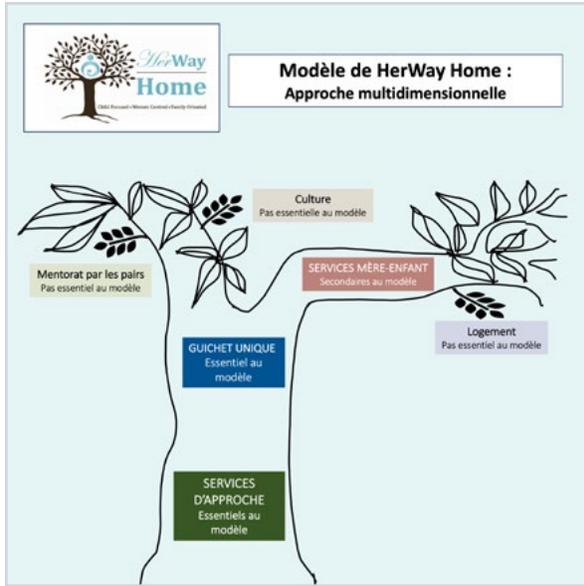
Analyse des données

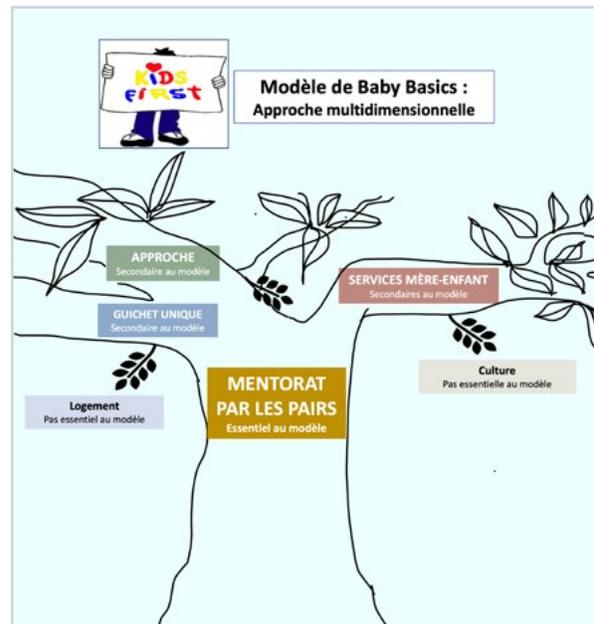
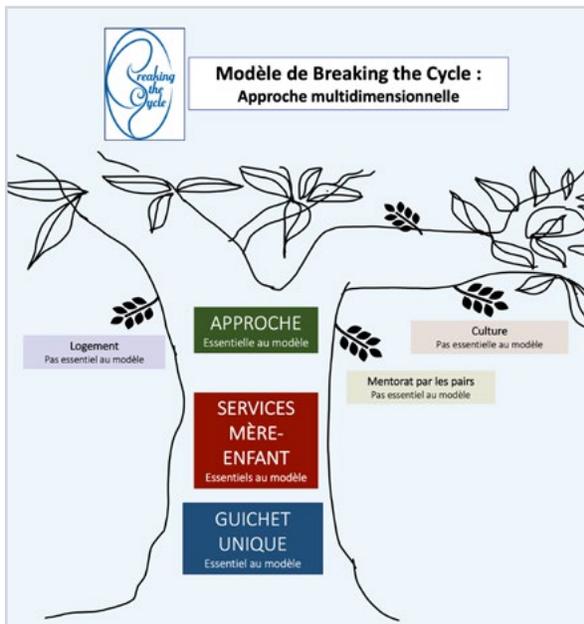
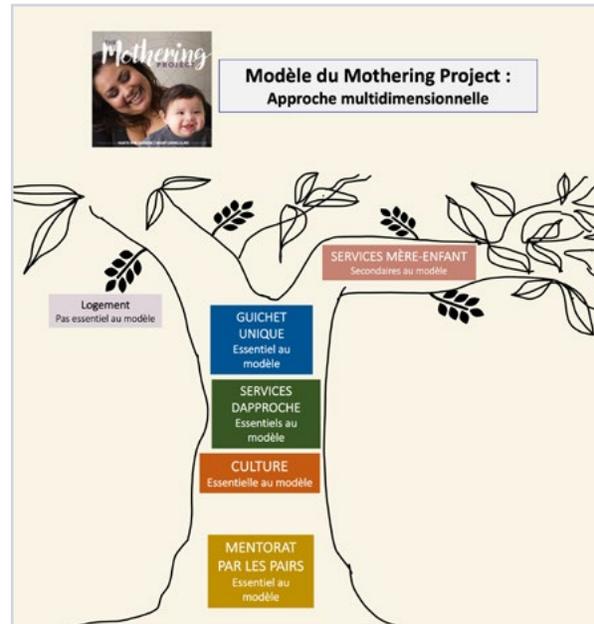
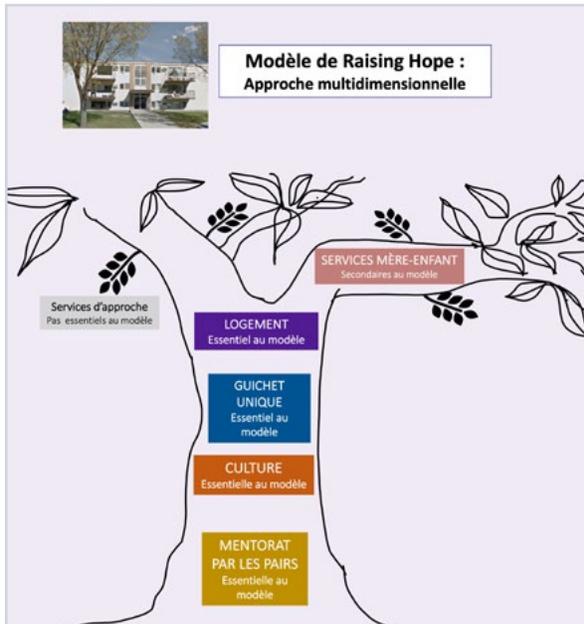
Comme les entrevues avec les clientes, le personnel et les partenaires de service comportaient des questions ouvertes, des techniques d'analyse qualitative des données ont été utilisées, et le logiciel d'analyse qualitative des données NVivo 12 a été utilisé pour effectuer les analyses. En ce qui a trait aux données quantitatives tirées des questionnaires destinés aux clientes, ainsi que des données sur les clientes et sur les résultats, des analyses de fréquence ont été effectuées pour décrire les activités et les résultats du programme, la grossesse de la cliente, sa consommation de substances, sa situation par rapport à la protection de l'enfance et au logement au moment de son admission à chaque programme, et cette même situation chaque trimestre suivant (à savoir, un « instantané »). Ces analyses ont été effectuées avec le logiciel SPSS 26 d'IBM.

Limites méthodologiques

La présente étude d'évaluation multisite a utilisé une approche d'échantillonnage volontaire pour la collecte des données relatives aux clientes d'un site (à savoir, les entrevues avec les clientes). Nous reconnaissons que cette approche aurait pu entraîner un biais, dans la mesure où les clientes ayant une opinion plus positive de leur programme auraient pu être disproportionnellement enclines à participer à l'étude d'évaluation. De plus, en raison du nombre limité de journées consacrées à chaque visite d'un site, les clientes disposaient d'une possibilité de participer serrée dans le temps. Néanmoins, nous n'avons aucune raison de croire que les clientes qui avaient des perspectives moins positives étaient peu enclines à participer à l'étude. De plus, l'approche confidentielle et conversationnelle adoptée lors des entrevues a également été propice au partage, de la part des participantes, de leurs diverses expériences et perspectives.

Annexe B : Représentations visuelles des modèles de chacun des huit programmes de CCE





Annexe C : Renseignements supplémentaires sur les principales conclusions de l'étude

Tableau 1 : Principaux résultats du questionnaire destiné aux clientes concernant les résultats pour les clientes et leurs familles

Depuis votre participation à ce programme...	« D'accord » ou « Tout à fait d'accord »	« Neutre »	« En désaccord » ou « Tout à fait en désaccord »	« S. O. »	% déclarant le programme « utile » ou « très utile » pour les résultats ¹
J'ai un meilleur logement.	78 %	9 %	5 %	9 %	82 %
J'ai eu des soins prénataux et postnataux.	86 %	2 %	0 %	13 %	97 %
Ma grossesse a été saine; mon bébé était en bonne santé à la naissance.	79 %	7 %	5 %	9 %	93 %
J'ai un meilleur accès aux services de santé.	88 %	5 %	0 %	7 %	96 %
J'ai fait des progrès par rapport à mes objectifs de santé.	89 %	3 %	2 %	6 %	91 %
Mon enfant a fait l'objet d'évaluations régulières de son développement par la santé publique.	82 %	3 %	1 %	14 %	96 %
Mon enfant a eu la possibilité de participer à des activités de socialisation positive et se développe sur ce plan.	82 %	5 %	1 %	13 %	91 %
J'ai plus d'information sur le développement de l'enfant et le maternage.	90 %	5 %	1 %	5 %	94 %
Mon ou mes enfants vivent maintenant avec moi ou avec ma famille.	72 %	3 %	8 %	16 %	90 %
J'ai eu mon mot à dire sur les décisions concernant la garde de mon enfant ou la planification de la sécurité.	80 %	6 %	2 %	13 %	90 %
J'ai un meilleur lien avec mon ou mes enfants.	73 %	3 %	8 %	16 %	91 %
J'ai eu de l'aide par rapport à un traumatisme ou de la violence.	67 %	12 %	7 %	14 %	87 %
J'ai eu accès à des services ou de l'aide au sujet de ma consommation de substances.	78 %	4 %	3 %	15 %	93 %
J'ai arrêté ou réduit ma consommation de substances, ou je l'ai rendue plus sûre.	81 %	2 %	2 %	16 %	95 %
Je participe à des activités culturelles et je vis ma culture (si désiré).	59 %	15 %	5 %	21 %	71 %
Je me sens soutenue et moins isolée; j'ai du soutien social	93 %	4 %	2 %	1 %	96 %
Je sais où trouver de la nourriture abordable et de qualité.	91 %	8 %	0 %	1 %	92 %
Ma famille et moi mangeons mieux.	81 %	13 %	3 %	3 %	86 %

¹ Dans cette colonne, les réponses de type « sans objet » (S. O.) ont été retirées du dénominateur utilisé pour le calcul des pourcentages.

Tableau 2 : Principaux résultats du questionnaire destiné aux clientes concernant l'utilité des programmes pour atteindre les résultats

Dans quelle mesure le programme vous a-t-il aidée dans ce domaine de votre vie?	« Utile » ou « Très utile »	« Neutre »	« Pas très utile » pi « Pas du tout utile »	« S. O. »	« Utile » ou « Très utile », avec exclusion de « S. O. »
J'ai un meilleur logement.	64 %	12 %	2 %	22 %	82 %
J'ai eu des soins prénataux et postnataux.	82 %	3 %	0 %	16 %	97 %
Ma grossesse a été saine; mon bébé était en bonne santé à la naissance.	74 %	3 %	2 %	20 %	93 %
J'ai un meilleur accès aux services de santé.	86 %	3 %	1 %	10 %	96 %
J'ai fait des progrès par rapport à mes objectifs de santé.	84 %	7 %	1 %	7 %	91 %
Mon enfant a obtenu des évaluations développementales (santé publique)	74 %	2 %	1 %	23 %	96 %
Mon enfant a eu la possibilité de participer à des activités de socialisation positive et se développe sur ce plan.	77 %	8 %	0 %	15 %	91 %
J'ai plus d'information sur le développement de l'enfant et le maternage.	87 %	5 %	0 %	8 %	94 %
J'ai eu mon mot à dire sur les décisions concernant la garde de mon enfant ou la planification de la sécurité.	80 %	6 %	2 %	13 %	91 %
Mon ou mes enfants vivent maintenant avec moi ou avec ma famille.	62 %	3 %	4 %	31 %	90 %
J'ai un meilleur lien avec mon ou mes enfants.	76 %	5 %	2 %	17 %	91 %
J'ai eu de l'aide par rapport à un traumatisme ou de la violence.	71 %	8 %	2 %	19 %	87 %
J'ai eu accès à des services ou de l'aide au sujet de ma consommation de substances.	72 %	4 %	2 %	22 %	93 %
J'ai arrêté ou réduit ma consommation de substances, ou je l'ai rendue plus sûre.	78 %	4 %	0 %	18 %	95 %
Je participe à des activités culturelles et je vis ma culture (si désiré).	50 %	16 %	5 %	29 %	71 %
Je me sens soutenue et moins isolée; j'ai du soutien social	93 %	4 %	0 %	2 %	96 %
Je sais où trouver de la nourriture abordable et de qualité.	86 %	7 %	1 %	6 %	92 %
Ma famille et moi mangeons mieux.	78 %	10 %	2 %	10 %	86 %

Consommation de substances et situation du logement des femmes au fil du temps

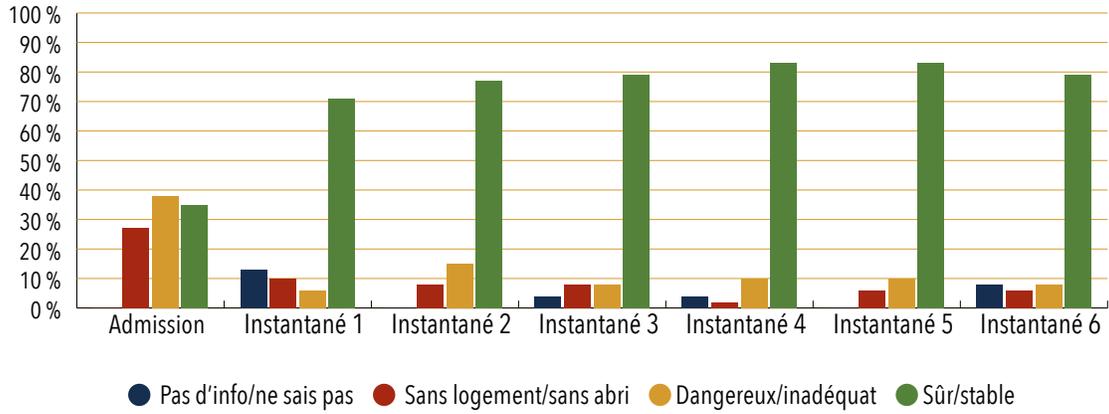
Logement

En fonction d'analyses statistiques portant sur des clientes pour lesquelles il y avait au moins **quatre** points de données (l'admission et au moins **trois** « instantanés » ultérieurs), les résultats ont montré des améliorations substantielles en matière de logement au fil du temps dans plusieurs programmes (en particulier à HerWay Home, Sheway et Maxx Wright), plus particulièrement entre l'admission et le premier instantané.

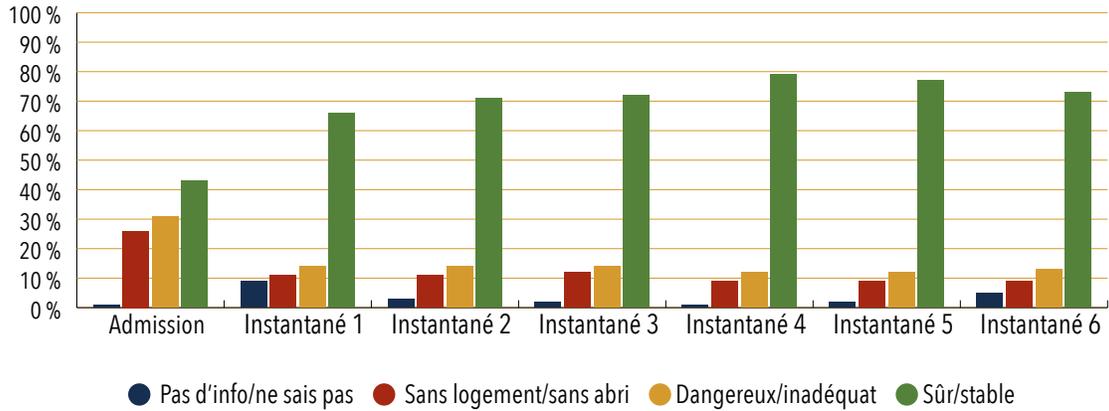
Tableau 3 : Situation du logement des clientes au fil du temps, pour les clientes pour lesquelles il y avait quatre points de données ou plus (n = 321) (six programmes)

	Admission	Instantané 1 Juin 2018	Instantané 2 Sept. 2018	Instantané 3 Déc. 2018	Instantané 4 Mars 2019	Instantané 5 Juin 2019	Instantané 6 Sept. 2019
HerWay Home (n = 48)							
Sans logement/sans abri	27 %	10 %	8 %	8 %	2 %	6 %	6 %
Dangereux/inadéquat	38 %	6 %	15 %	8 %	10 %	10 %	8 %
Sûr/stable	35 %	71 %	77 %	79 %	83 %	83 %	79 %
Pas d'info/ne sais pas	0 %	13 %	0 %	4 %	4 %	0 %	8 %
Sheway (n = 196)							
Sans logement/sans abri	26 %	11 %	11 %	12 %	9 %	9 %	9 %
Dangereux/inadéquat	31 %	14 %	14 %	14 %	12 %	12 %	13 %
Sûr/stable	43 %	66 %	71 %	72 %	79 %	77 %	73 %
Pas d'info/ne sais pas	1 %	9 %	3 %	2 %	1 %	2 %	5 %
Maxx Wright (n = 24)							
Sans logement/sans abri	0 %	0 %	0 %	4 %	4 %	0 %	4 %
Dangereux/inadéquat	0 %	8 %	17 %	13 %	17 %	8 %	13 %
Sûr/stable	21 %	83 %	58 %	63 %	67 %	88 %	50 %
Pas d'info/ne sais pas	79 %	8 %	25 %	21 %	13 %	4 %	33 %
Mothering project (n = 29)							
Sans logement/sans abri	14 %	17 %	14 %	7 %	24 %	31 %	28 %
Dangereux/inadéquat	59 %	31 %	41 %	38 %	24 %	21 %	17 %
Sûr/stable	24 %	45 %	34 %	55 %	52 %	48 %	41 %
Pas d'info/ne sais pas	3 %	7 %	10 %	0 %	0 %	0 %	14 %
Breaking the Cycle (n = 14)							
Sans logement/sans abri	14 %	0 %	0 %	14 %	0 %	0 %	0 %
Dangereux/inadéquat	21 %	7 %	21 %	29 %	29 %	14 %	36 %
Sûr/stable	43 %	50 %	71 %	57 %	64 %	86 %	36 %
Pas d'info/ne sais pas	21 %	43 %	7 %	0 %	7 %	0 %	29 %
Baby Basics (n = 10)							
Sans logement/sans abri	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Dangereux/inadéquat	60 %	40 %	30 %	30 %	20 %	20 %	20 %
Sûr/stable	30 %	20 %	50 %	50 %	70 %	70 %	40 %
Pas d'info/ne sais pas	10 %	40 %	20 %	20 %	10 %	10 %	40 %
Les six programmes							
Sans logement/sans abri	22 %	10 %	9 %	10 %	8 %	9 %	9 %
Dangereux/inadéquat	32 %	14 %	18 %	17 %	14 %	13 %	14 %
Sûr/stable	40 %	64 %	69 %	71 %	76 %	78 %	68 %
Pas d'info/ne sais pas	8 %	13 %	6 %	4 %	3 %	2 %	11 %

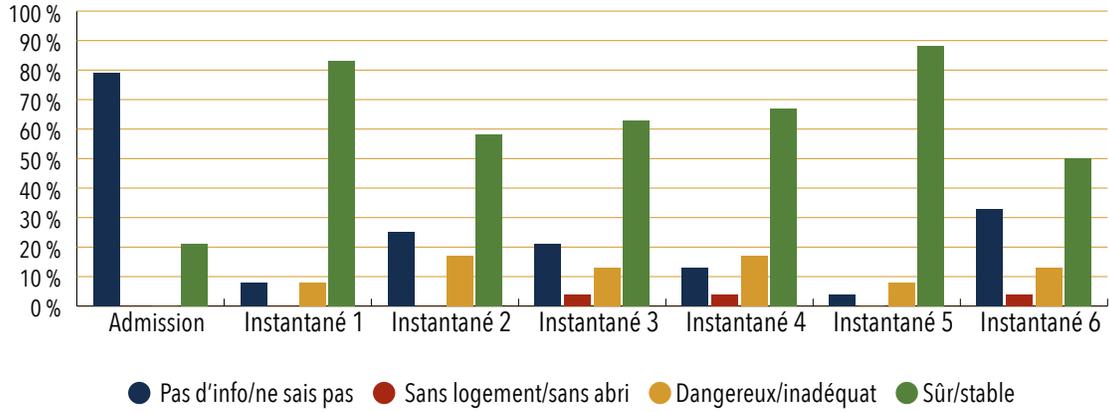
Logement au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
HerWay Home (n = 48)



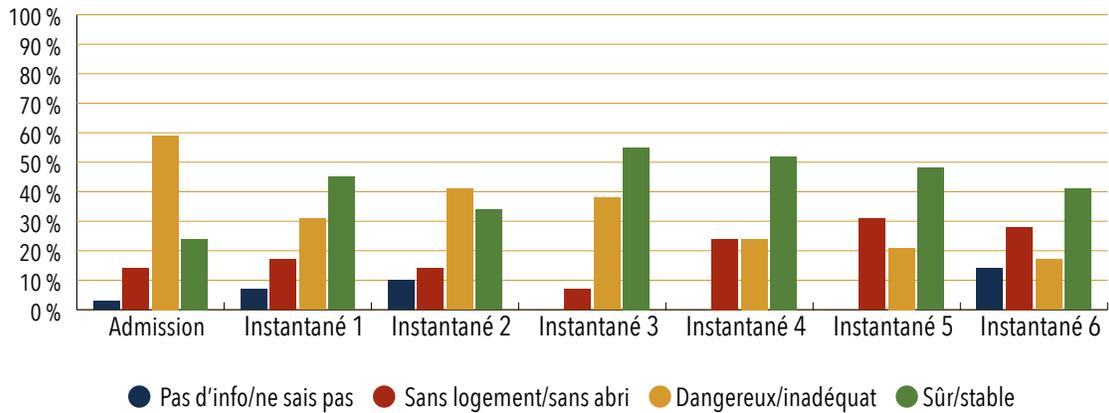
Logement au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
Sheway (n = 196)



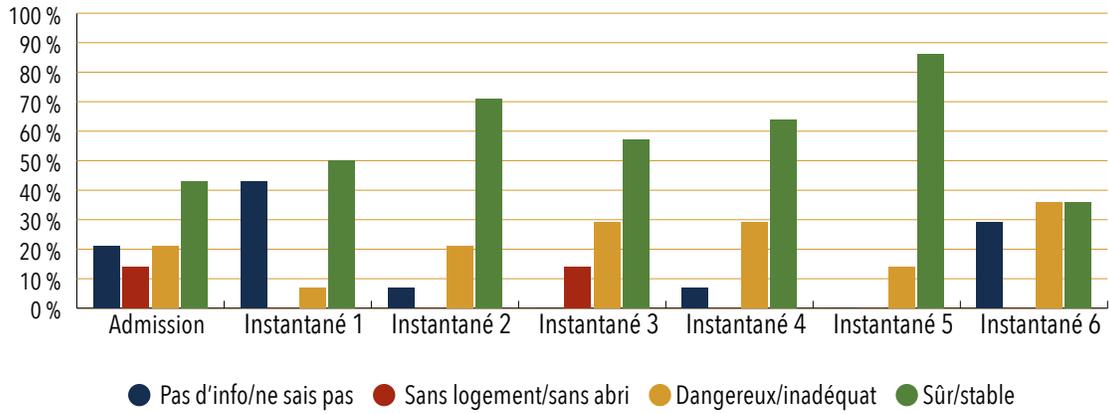
Logement au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
Maxx Wright (n = 24)



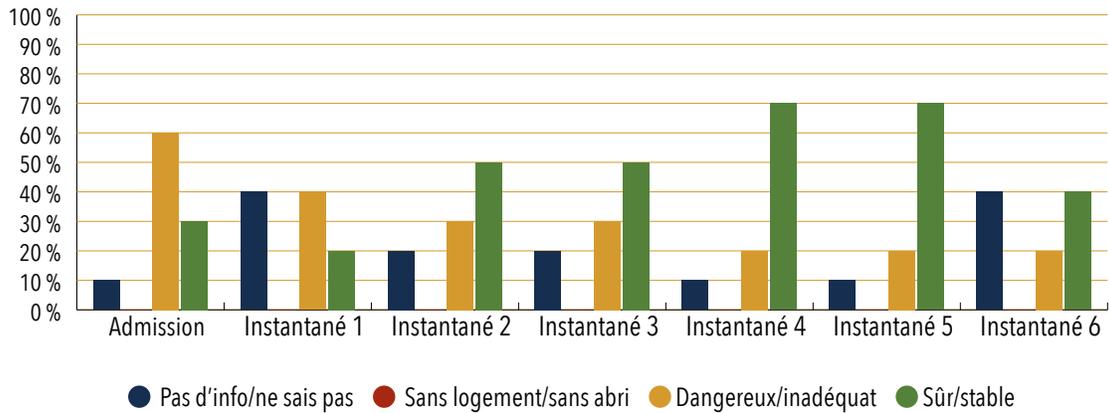
Logement au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
Mothering Project (n = 29)



Logement au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
Breaking the Cycle (n = 14)

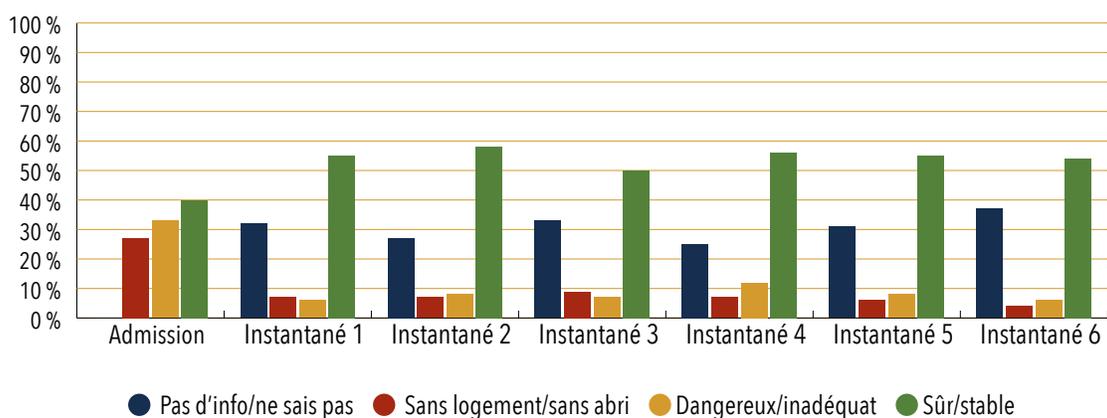


Logement au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
Baby Basics (n = 10)

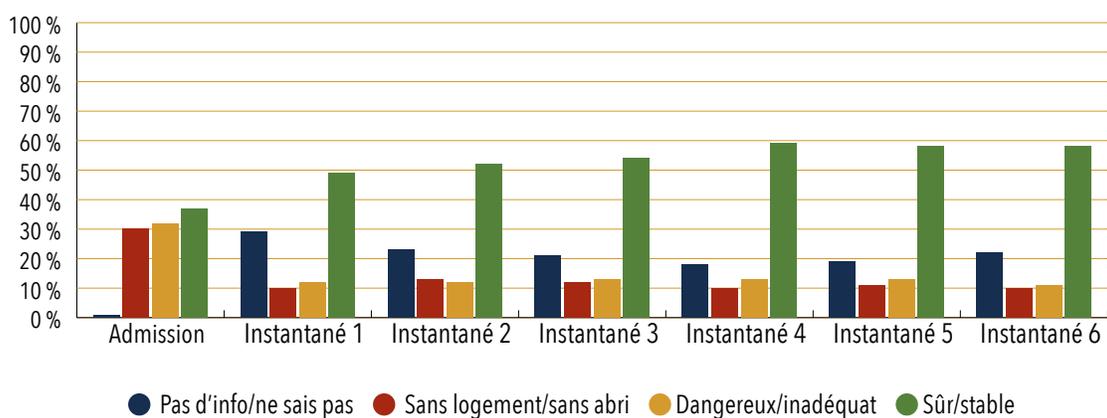


En fonction d'analyses statistiques portant sur des clientes pour lesquelles il y avait au moins **deux** points de données (l'admission et au moins **un** « instantané » ultérieur), les résultats ont montré une tendance similaire — à savoir des améliorations du logement au fil du temps dans plusieurs programmes, plus particulièrement entre la situation des femmes à l'admission et au premier instantané. Cependant, ces résultats ont également montré qu'il y avait un nombre important de femmes dont la situation de logement était inconnue du personnel du programme.

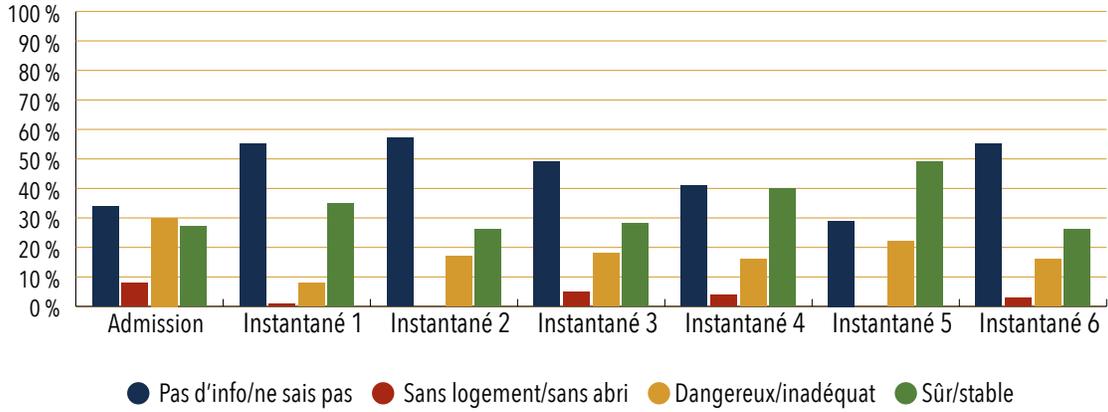
Logement au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — HerWay Home (n = 109)



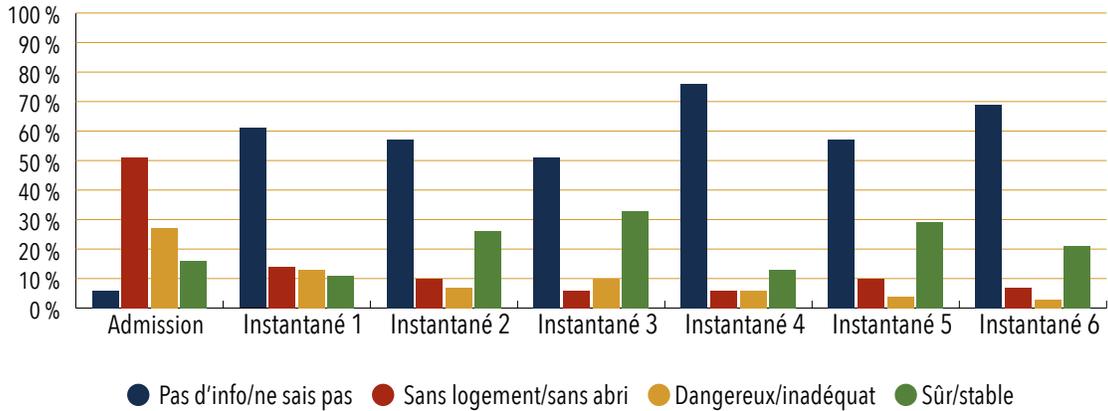
Logement au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — Sheway (n = 307)



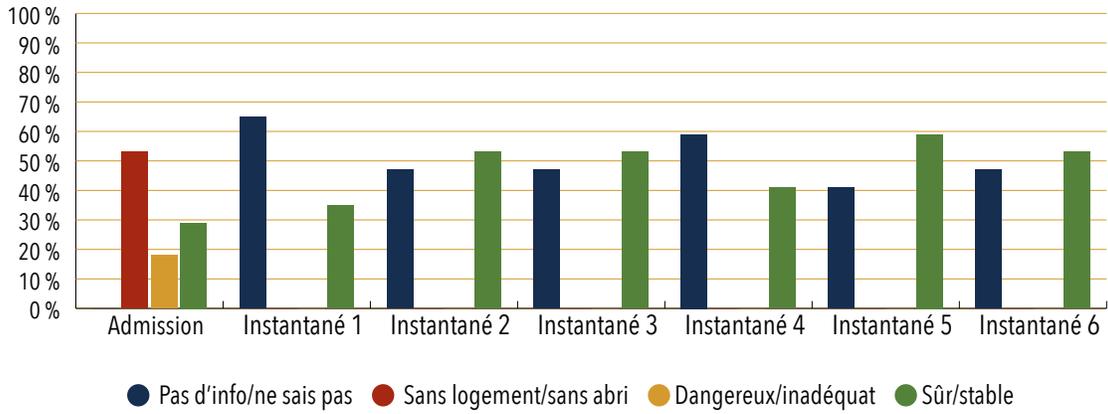
Logement au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
Maxx Wright (n = 96)



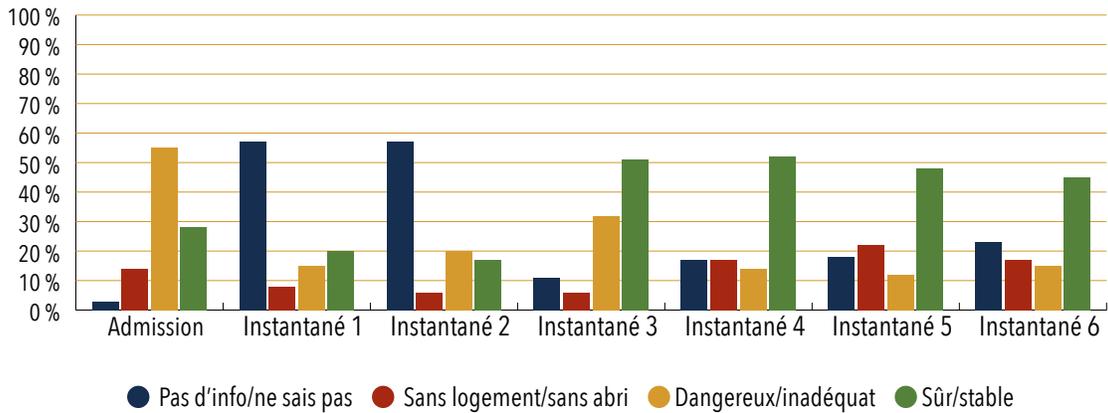
Logement au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
H.E.R. (n = 70)



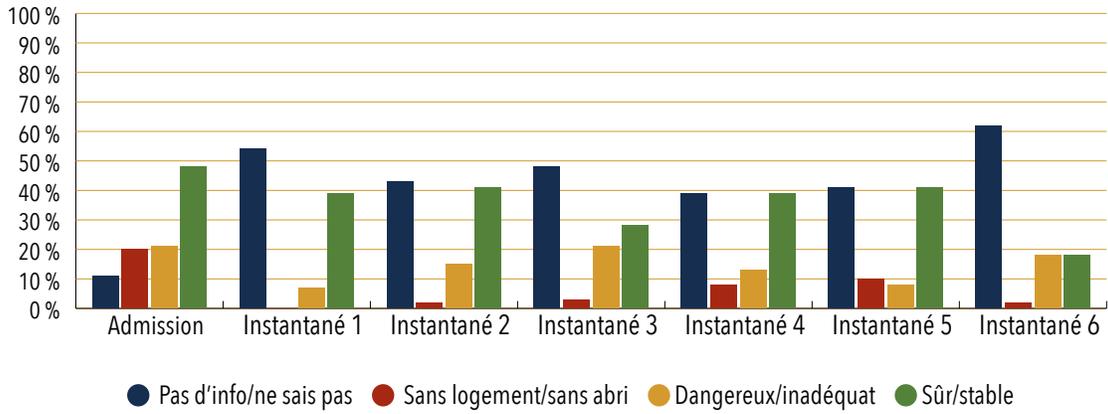
Logement au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
Raising Hope (n = 17)



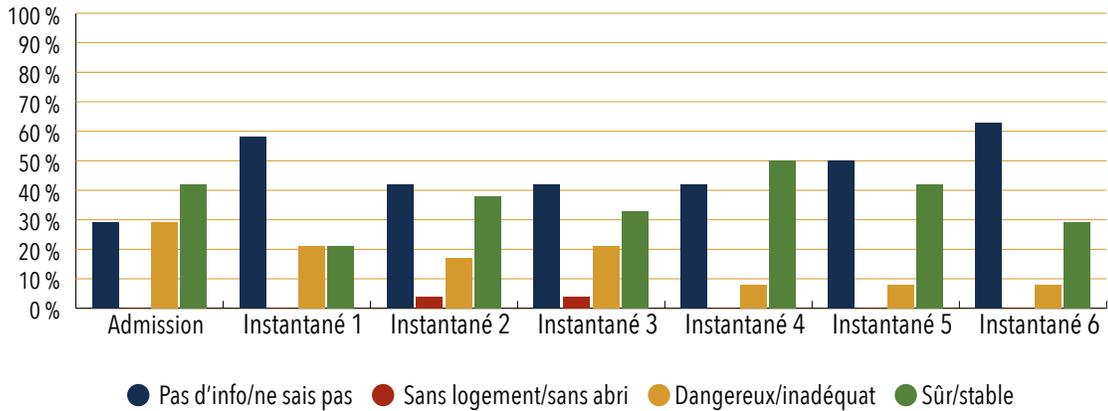
Logement au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
Mothering Project (n = 65)



Logement au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
Breaking the Cycle (n = 61)



Logement au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
Baby Basics (n = 24)



Consommation de substances

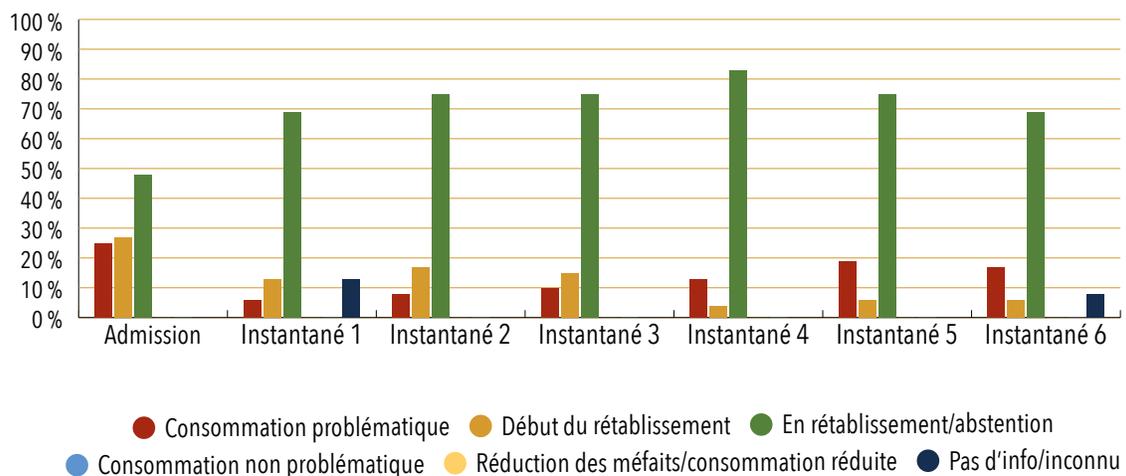
Les données relatives à l'admission des clientes et aux instantanés ont montré que, pour les clientes disposant d'au moins quatre points de données, il y a eu des changements substantiels au fil du temps dans plusieurs programmes (en particulier à HerWay Home, Sheway, Breaking the Cycle et Maxx Wright), notamment entre la situation des femmes à l'admission et au premier instantané.

Tableau 4 : Consommation de substances des clientes au fil du temps, pour les clientes pour lesquelles il y avait quatre points de données ou plus (n = 321) (six programmes)

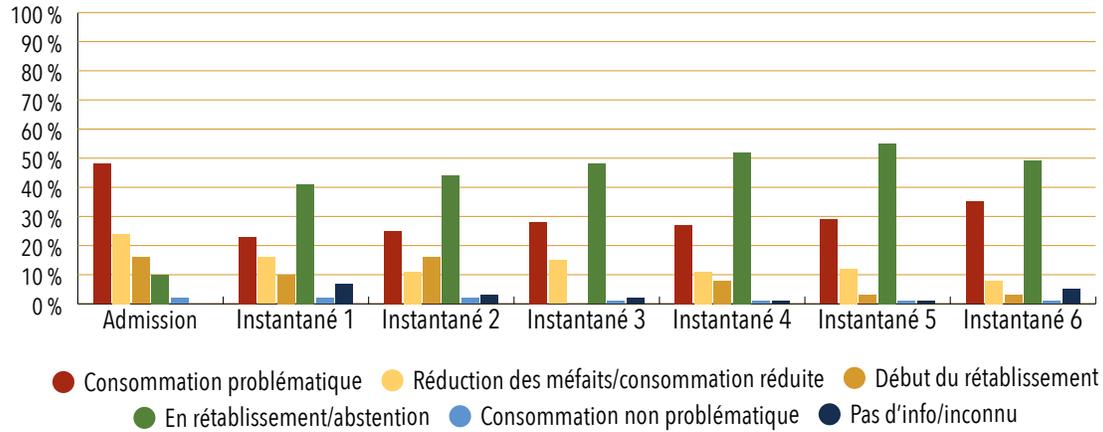
	Admission	Instantané 1 Juin 2018	Instantané 2 Sept. 2018	Instantané 3 Déc. 2018	Instantané 4 Mars 2019	Instantané 5 Juin 2019	Instantané 6 Sept. 2019
HerWay Home (n = 48)							
Consommation problématique	25 %	6 %	8 %	10 %	13 %	19 %	17 %
En rétablissement/Abstention	48 %	69 %	75 %	75 %	83 %	75 %	69 %
Début du rétablissement	27 %	13 %	17 %	15 %	4 %	6 %	6 %
RM/consommation réduite	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Consommation non problématique	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Pas d'info/ne sais pas	0 %	13 %	0 %	0 %	0 %	0 %	8 %
Sheway (n = 196)							
Consommation problématique	48 %	23 %	25 %	28 %	27 %	29 %	35 %
En rétablissement/Abstention	10 %	41 %	44 %	48 %	52 %	55 %	49 %
Début du rétablissement	16 %	10 %	16 %	0 %	8 %	3 %	3 %
RM/consommation réduite	24 %	16 %	11 %	15 %	11 %	12 %	8 %
Consommation non problématique	2 %	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Pas d'info/ne sais pas	0 %	7 %	3 %	2 %	1 %	1 %	5 %
Maxx Wright (n = 24)							
Consommation problématique	21 %	17 %	13 %	8 %	8 %	0 %	4 %
En rétablissement/Abstention	50 %	67 %	63 %	75 %	63 %	88 %	63 %
Début du rétablissement	21 %	4 %	21 %	17 %	13 %	4 %	4 %
RM/consommation réduite	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	8 %
Consommation non problématique	4 %	4 %	0 %	0 %	0 %	4 %	0 %
Pas d'info/ne sais pas	4 %	8 %	0 %	0 %	17 %	4 %	21 %
Mothering project (n = 29)							
Consommation problématique	79 %	62 %	62 %	52 %	55 %	48 %	59 %
En rétablissement/Abstention	0 %	10 %	21 %	24 %	10 %	24 %	21 %
Début du rétablissement	3 %	0 %	3 %	3 %	0 %	0 %	3 %
RM/consommation réduite	17 %	14 %	10 %	14 %	21 %	21 %	0 %
Consommation non problématique	0 %	7 %	0 %	3 %	14 %	7 %	0 %
Pas d'info/ne sais pas	0 %	7 %	0 %	3 %	0 %	0 %	17 %
Breaking the Cycle project (n = 14)							
Consommation problématique	14 %	0 %	0 %	7 %	7 %	7 %	7 %
En rétablissement/Abstention	14 %	64 %	79 %	93 %	71 %	71 %	57 %
Début du rétablissement	50 %	0 %	21 %	0 %	7 %	0 %	0 %
RM/consommation réduite	21 %	7 %	0 %	0 %	7 %	21 %	7 %
Consommation non problématique	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Pas d'info/ne sais pas	0 %	29 %	0 %	0 %	7 %	0 %	29 %

	Admission	Instantané 1 Juin 2018	Instantané 2 Sept. 2018	Instantané 3 Déc. 2018	Instantané 4 Mars 2019	Instantané 5 Juin 2019	Instantané 6 Sept. 2019
Baby Basics (n = 10)							
Consommation problématique	0 %	0 %	0 %	0 %	10 %	10 %	0 %
En rétablissement/Abstention	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Début du rétablissement	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
RM/consommation réduite	10 %	0 %	10 %	10 %	0 %	0 %	0 %
Consommation non problématique	30 %	10 %	90 %	90 %	70 %	80 %	70 %
Pas d'info/ne sais pas	60 %	90 %	0 %	0 %	10 %	10 %	40 %
Les six programmes (n = 321)							
Consommation problématique	43 %	22 %	23 %	24 %	24 %	26 %	30 %
En rétablissement/Abstention	17 %	44 %	48 %	53 %	53 %	56 %	50 %
Début du rétablissement	18 %	8 %	15 %	4 %	7 %	3 %	3 %
RM/consommation réduite	17 %	12 %	8 %	11 %	9 %	10 %	6 %
Consommation non problématique	2 %	2 %	4 %	3 %	4 %	4 %	3 %
Pas d'info/ne sais pas	2 %	11 %	2 %	2 %	2 %	1 %	9 %

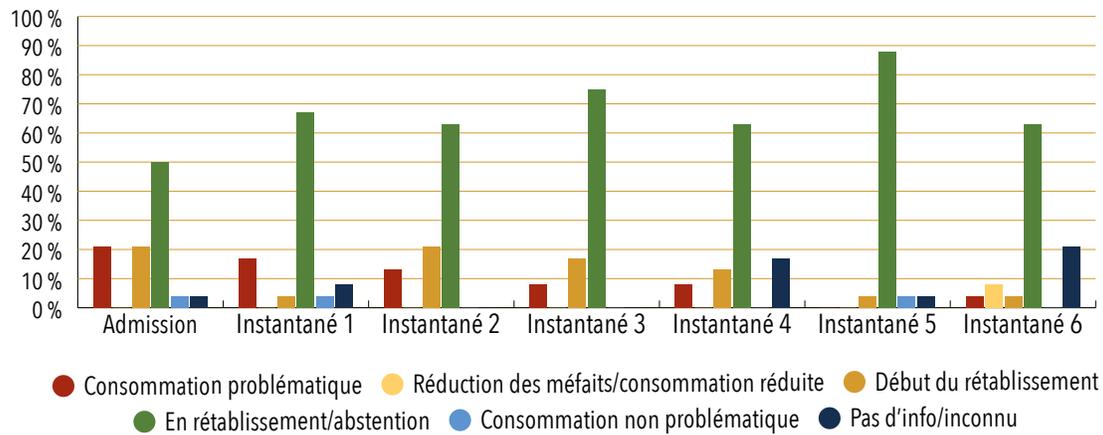
Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
HerWay Home (n = 48)



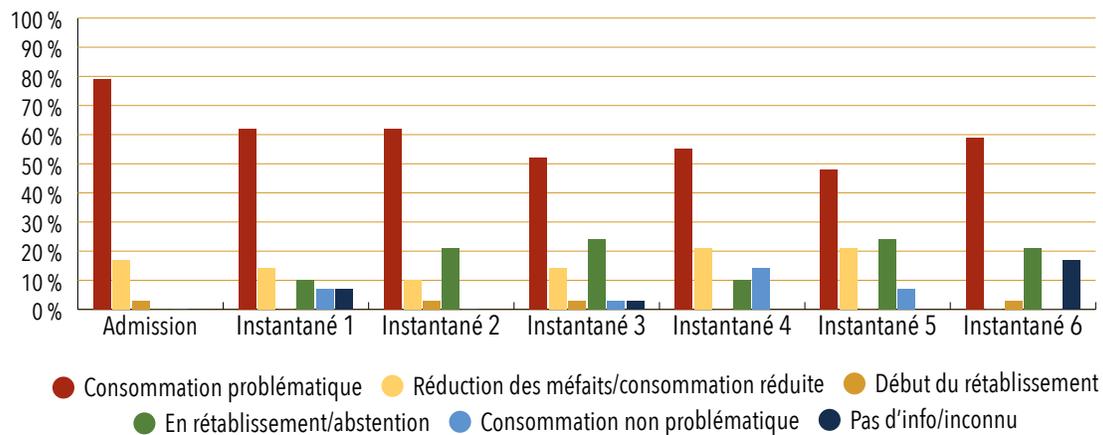
Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
Sheway (n = 196)



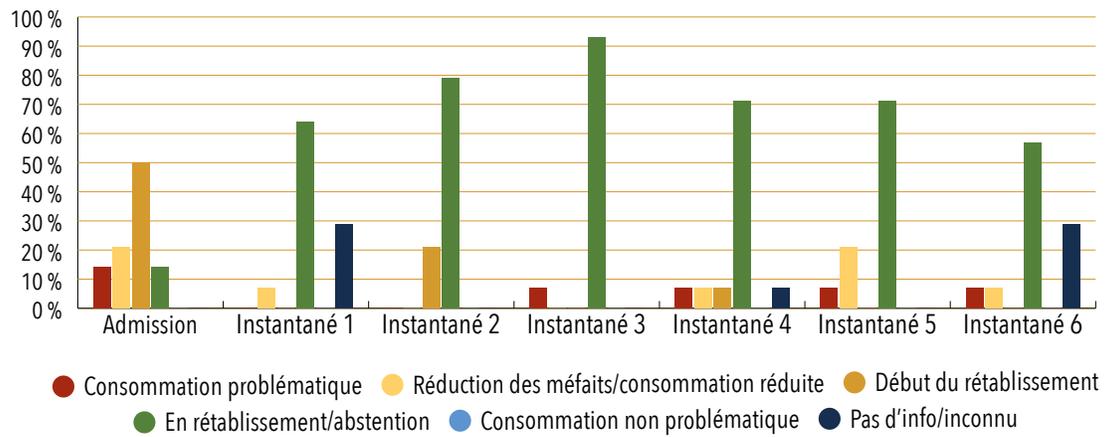
Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
Maxx Wright (n = 24)



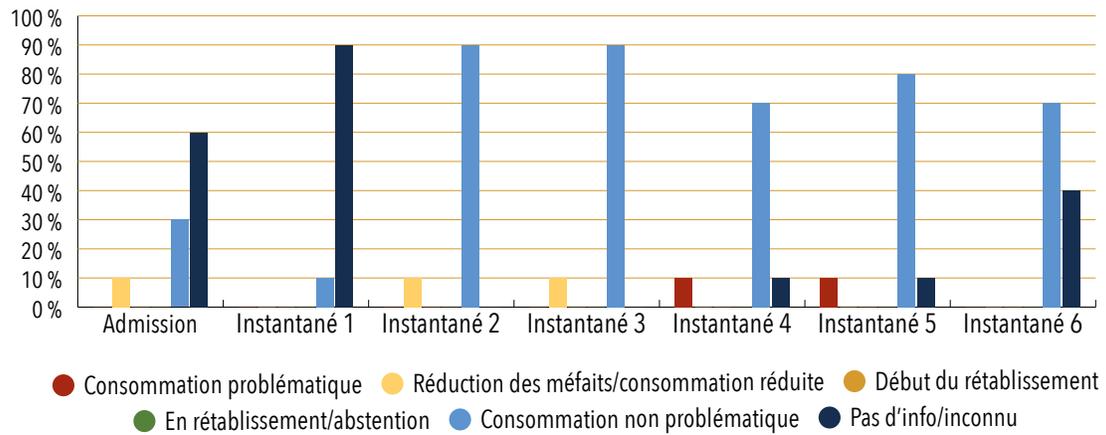
Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
Mothering Project (n = 29)



Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
Breaking the Cycle (n = 14)

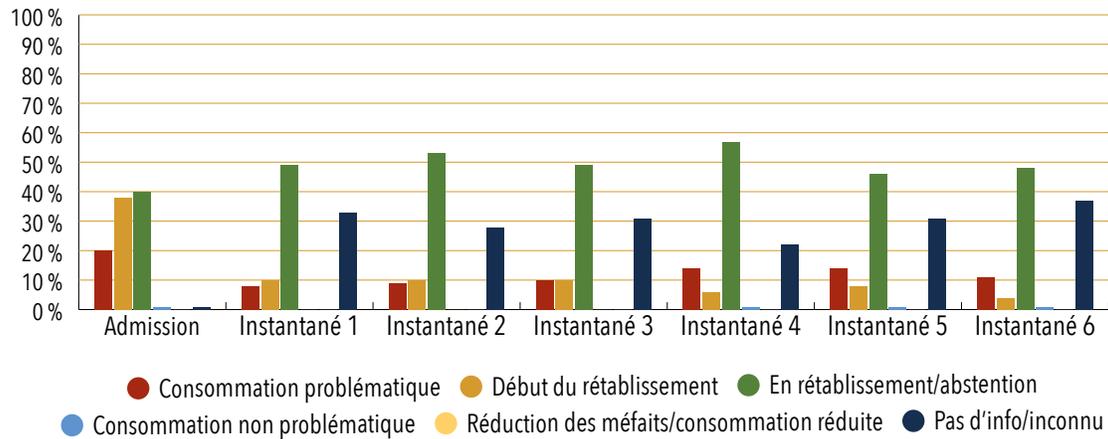


Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données —
Baby Basics (n = 10)

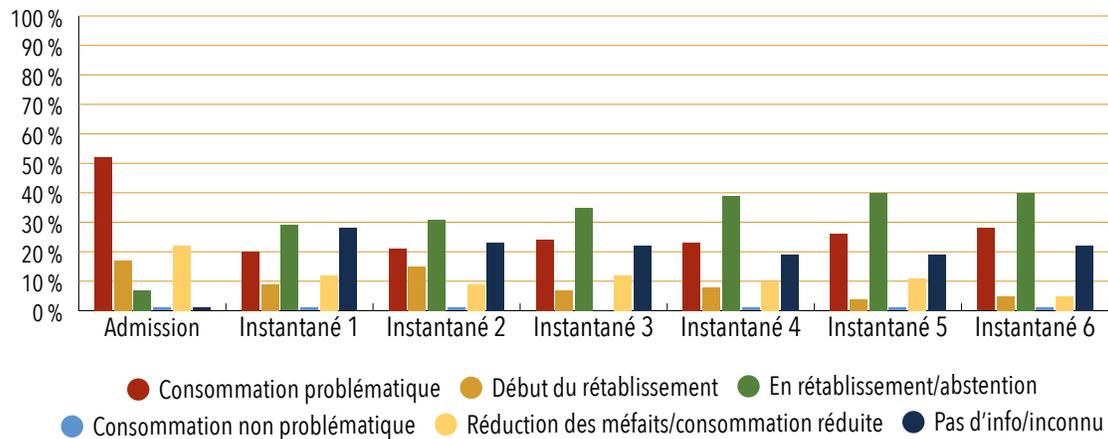


En fonction d'analyses statistiques portant sur des clientes pour lesquelles il y avait au moins **deux** points de données (l'admission et au moins **un** « instantané » ultérieur), les résultats ont montré une tendance similaire — des améliorations de la consommation de substances au fil du temps dans plusieurs programmes, plus particulièrement entre la situation des femmes à l'admission et au premier instantané. Cependant, ces résultats ont également montré qu'il y avait un nombre important de femmes dont la consommation de substances était inconnue du personnel du programme.

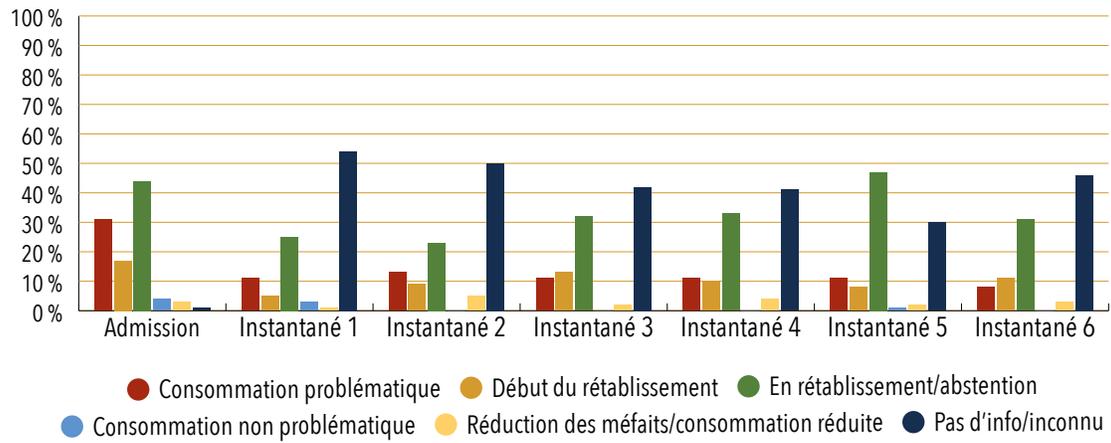
Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — HerWay Home (n = 109)



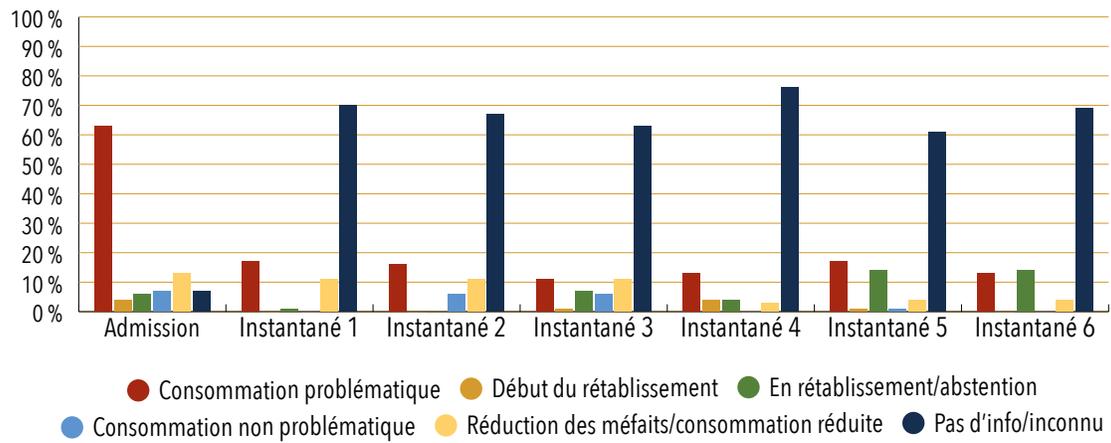
Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — Sheway (n = 307)



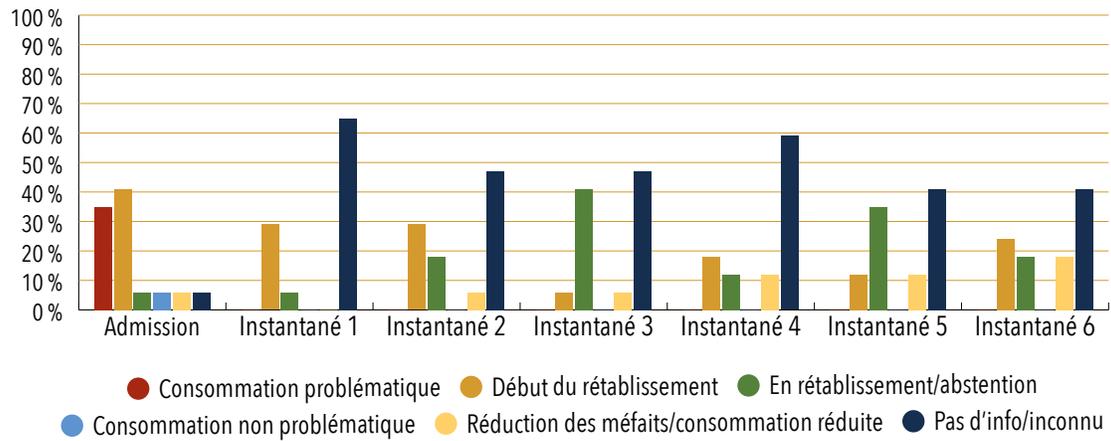
Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
Maxx Wright (n = 96)



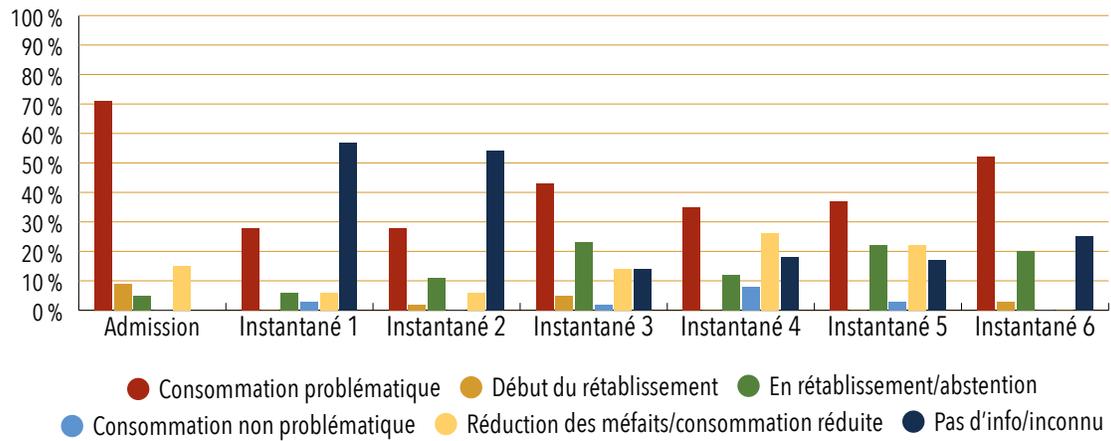
Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
H.E.R. (n = 70)



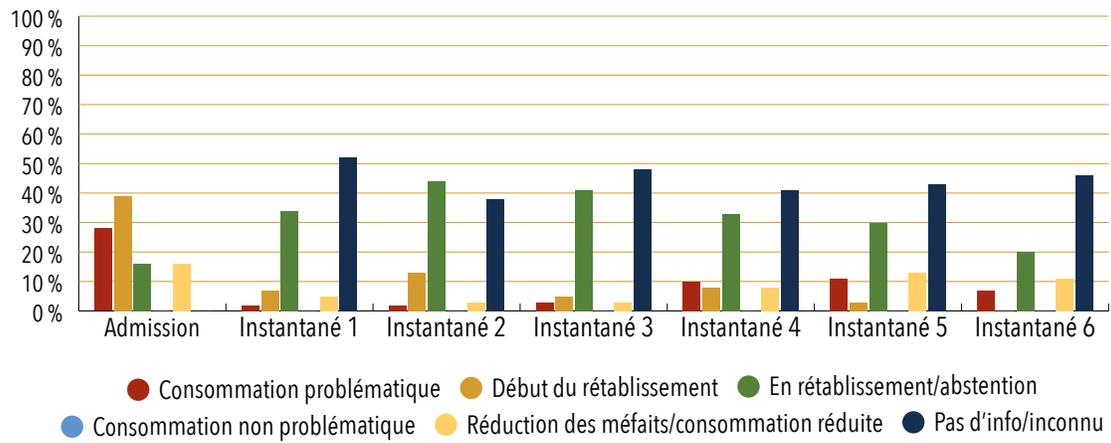
Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
Raising Hope (n = 17)



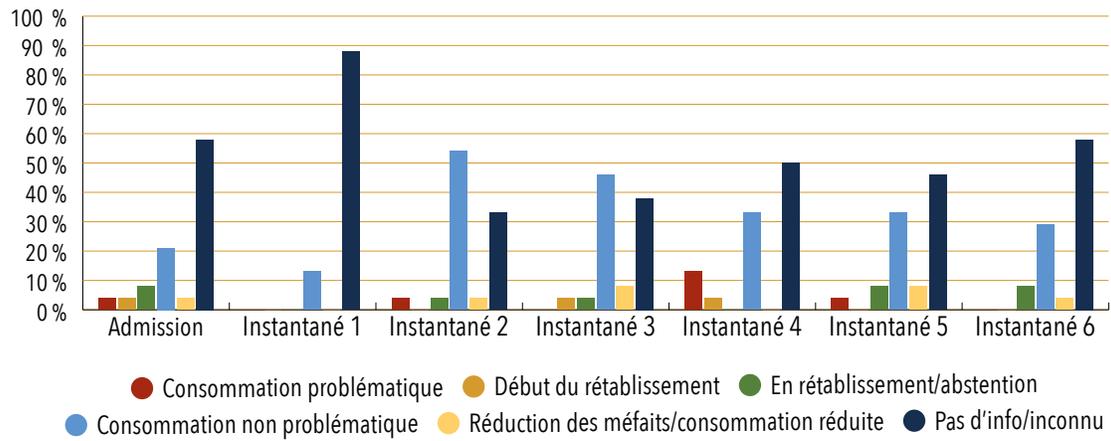
Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
Mothering Project (n = 65)



Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
Breaking the Cycle (n = 61)



Consommation de substances au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données —
Baby Basics (n = 24)

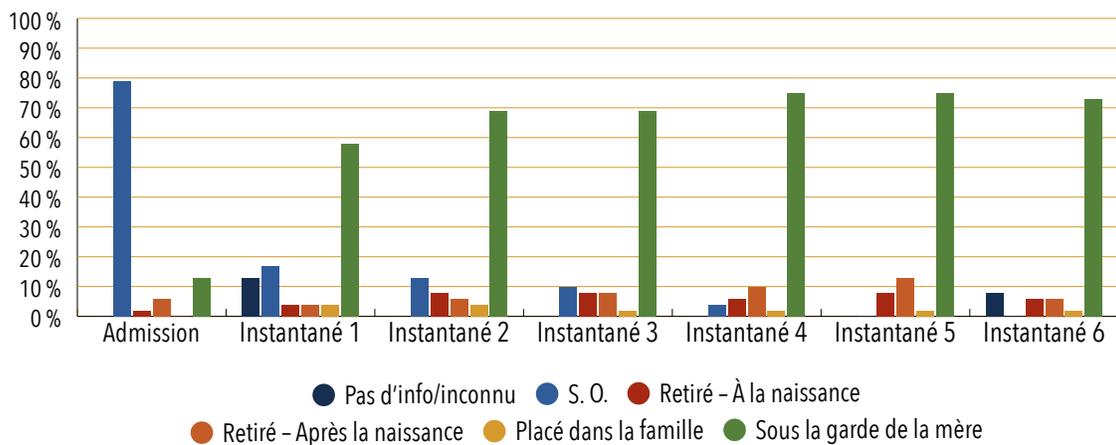


Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance

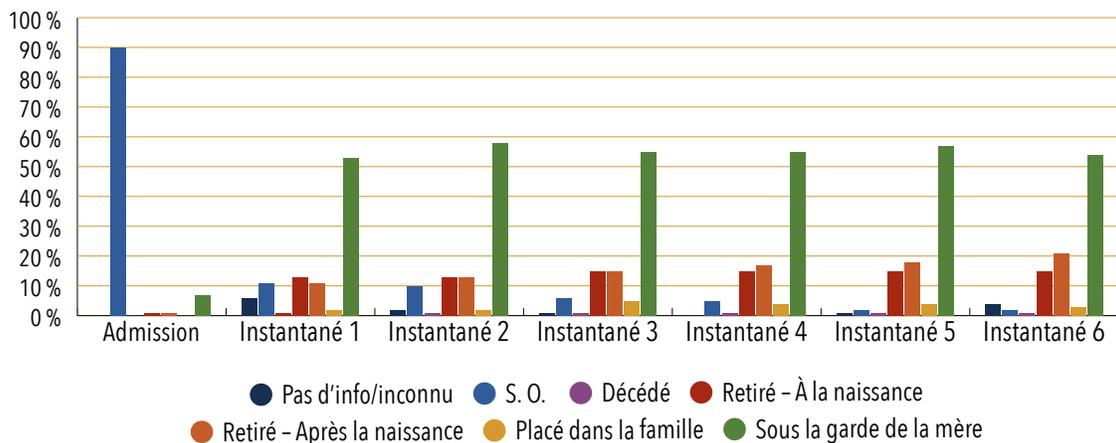
En fonction d'analyses sur des clientes pour lesquelles nous avons des données à l'admission et pour au moins quatre « instantanés », les résultats montrent qu'entre l'admission et les instantanés suivants, il y a eu une augmentation substantielle du nombre de bébés confiés à la garde de leur mère. Cette tendance des résultats était plus évidente dans certains programmes (particulièrement HerWay Home, Sheway, Breaking the Cycle et Maxx Wright) que dans d'autres.

Néanmoins, il est important de garder à l'esprit que, dans le cas de presque tous les programmes, même une petite augmentation du nombre de clientes qui ont pu garder leur bébé constitue un résultat important, étant donné que les femmes qui participent à ces programmes courent généralement un risque élevé de se voir retirer la garde de leur bébé, en raison de leur consommation de drogues, d'un logement dangereux et d'autres facteurs.

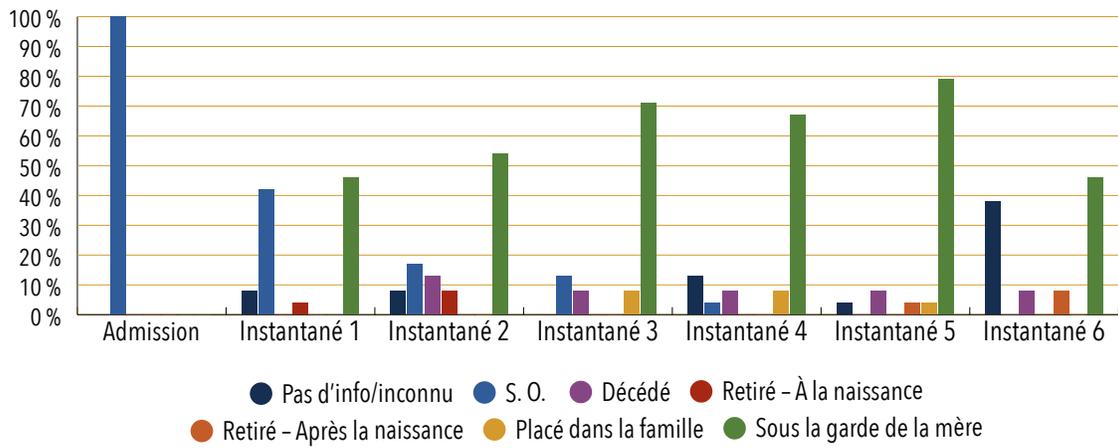
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données — **HerWay Home (n = 48)**



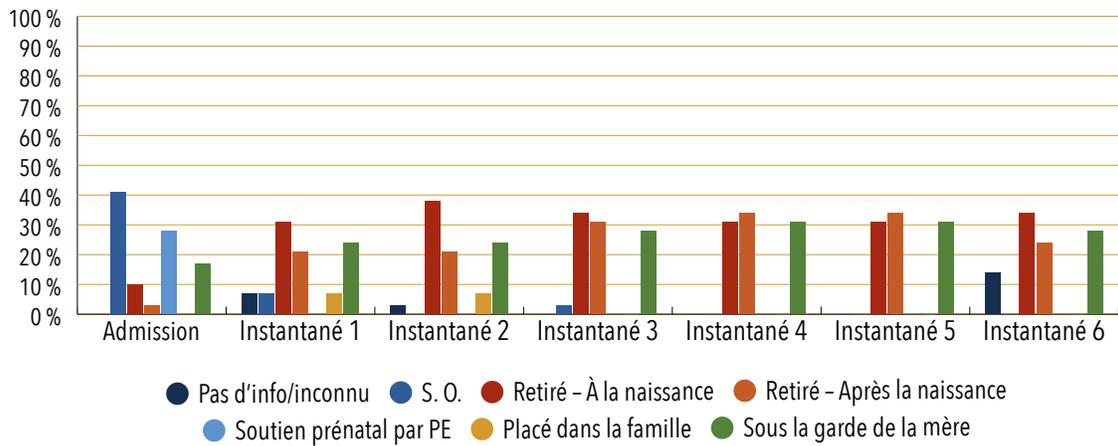
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données — **Sheway (n = 196)**



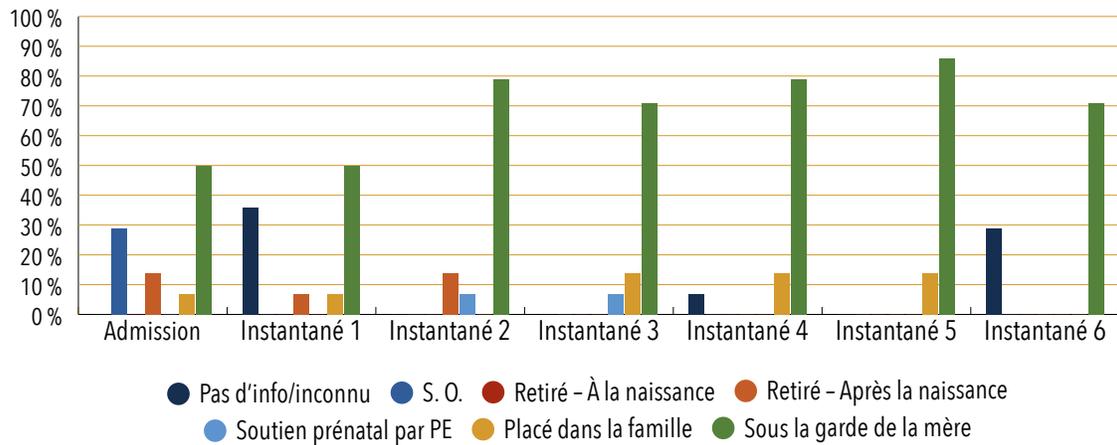
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données — **Maxx Wright (n = 24)**



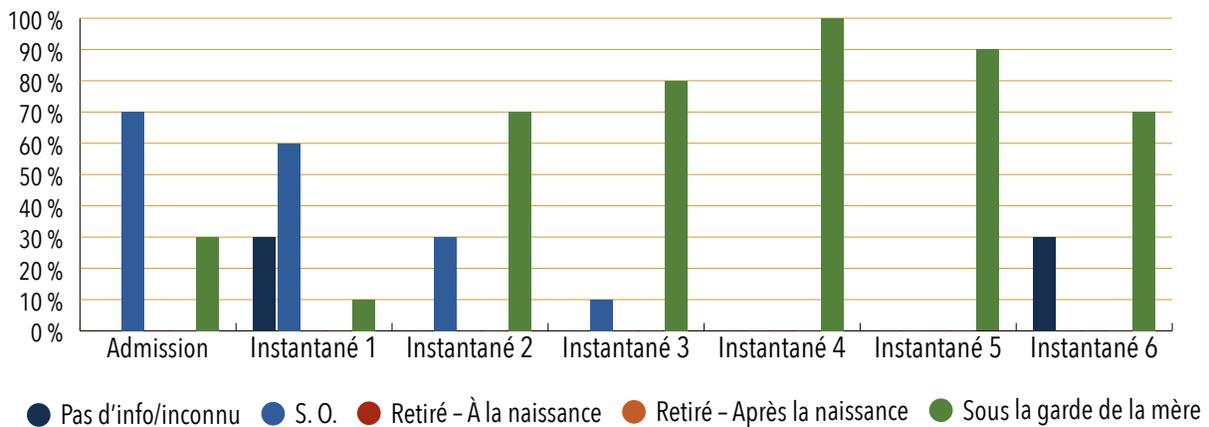
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données — **Mothering Project (n = 29)**



Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données — **Breaking the Cycle (n = 14)**



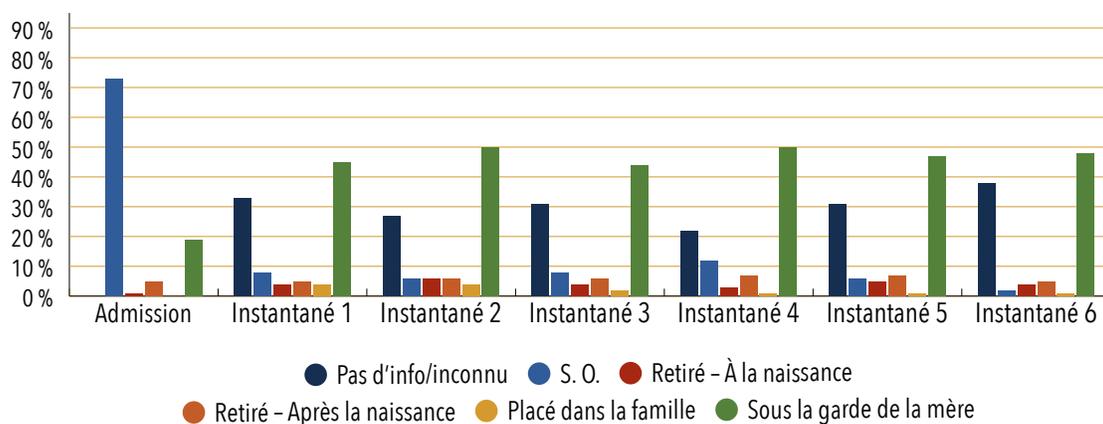
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 4 points de données — **Baby Basics (n = 10)**



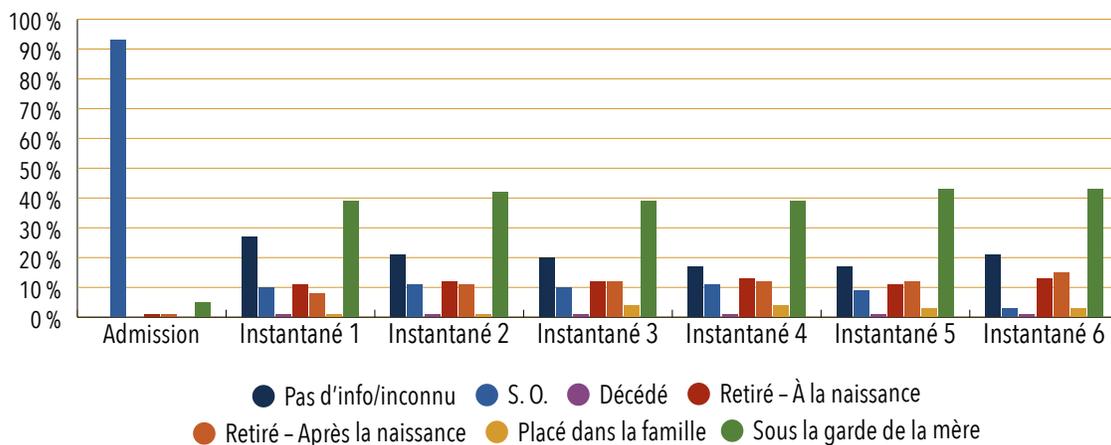
Comme dans le cas des autres analyses, les résultats concernant les clientes pour lesquels il y avait au moins **deux** points de données (plutôt que quatre) ont généralement montré une tendance similaire, c'est-à-dire une augmentation du nombre de bébés dont la mère avait la garde, bien que cette tendance ne soit pas aussi forte que celle des clientes avec quatre points de données ou plus. Outre cela, il y avait un pourcentage élevé de clientes pour lesquelles le statut du bébé par rapport aux services de protection de l'enfance était inconnu.

De plus, comme dans le cas des analyses sur des femmes avec quatre points de données, la tendance des résultats était plus marquée dans certains programmes (notamment HerWay Home, Sheway, Breaking the Cycle et Maxx Wright) que dans d'autres.

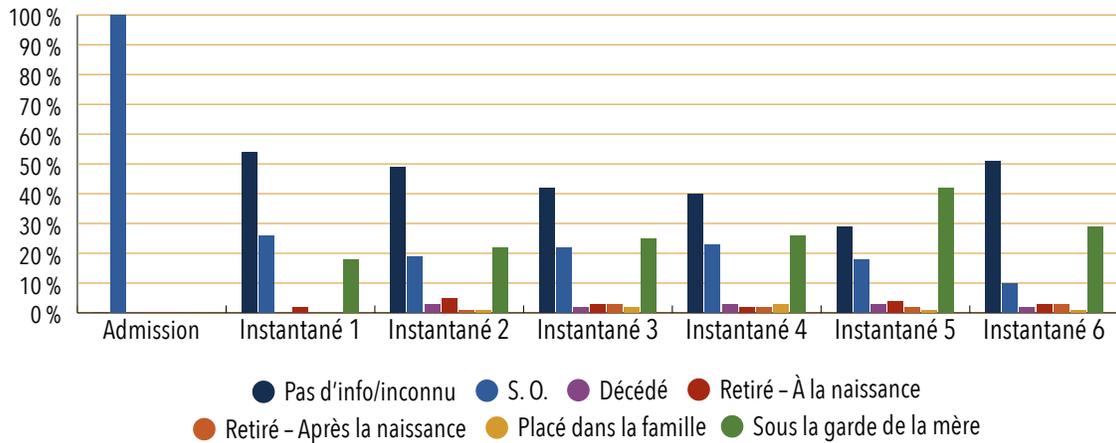
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — **HerWay Home (n = 109)**



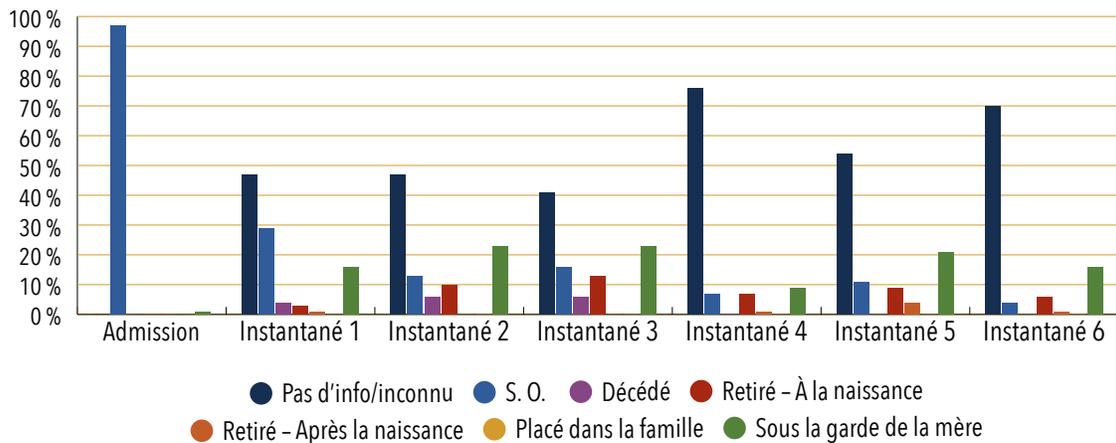
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — **Sheway (n = 307)**



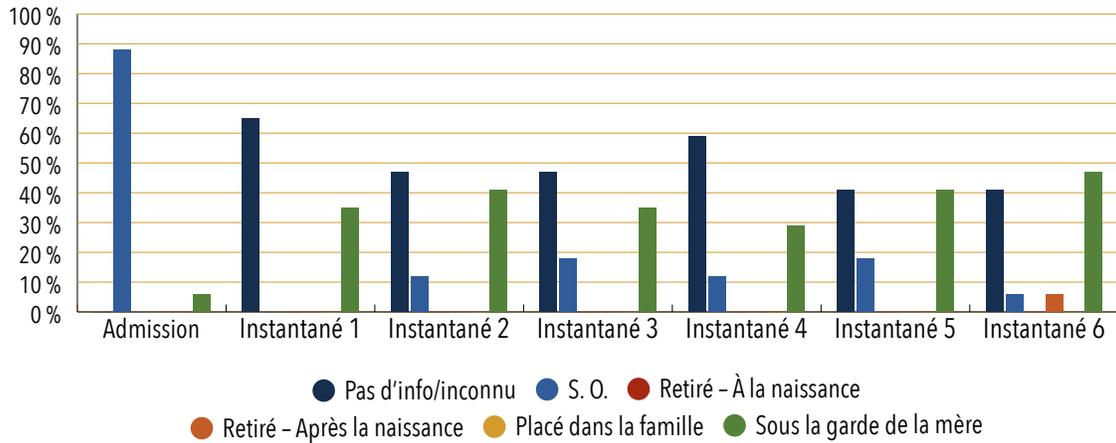
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — **Maxx Wright (n = 96)**



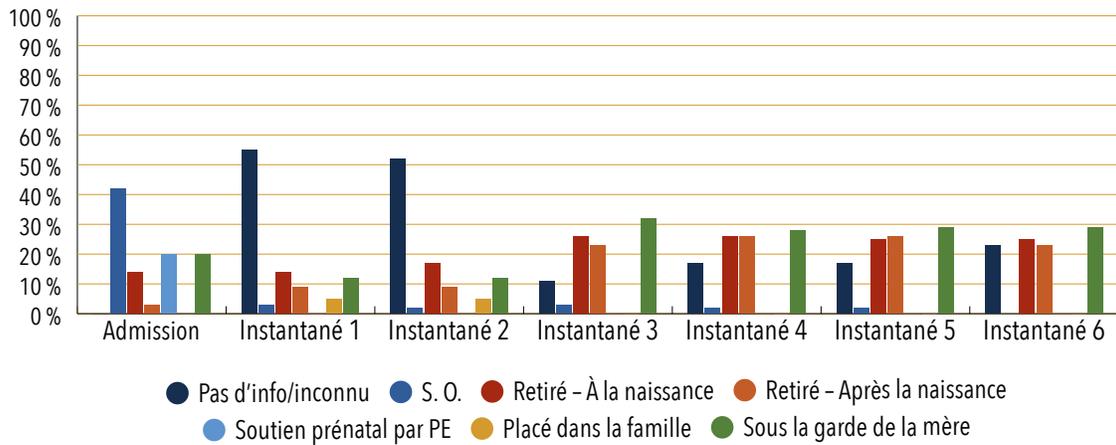
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — **H.E.R. (n = 70)**



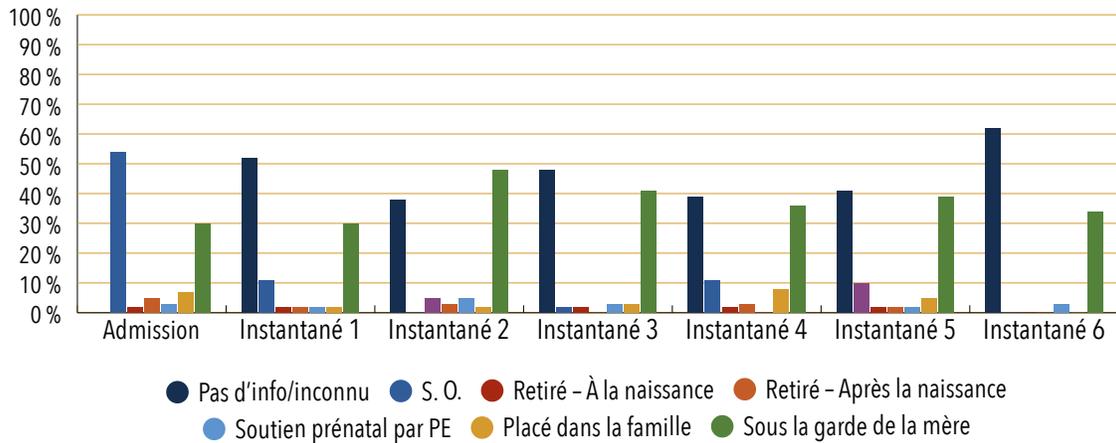
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — **Raising Hope (n = 17)**



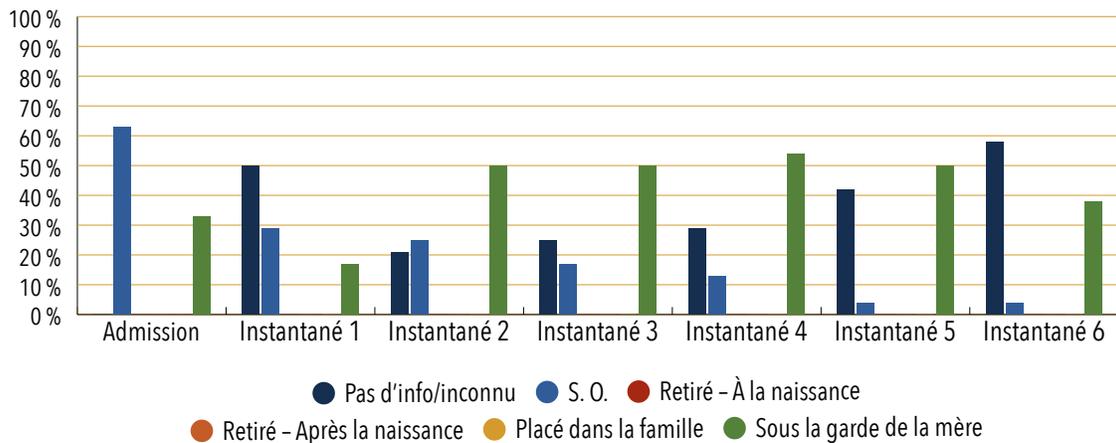
Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — **Mothering Project (n = 65)**



Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — **Breaking the Cycle (n = 61)**



Statut des bébés étudiés par rapport aux services de protection de l'enfance au fil du temps, pour les clientes avec 2 points de données — **Baby Basics (n = 24)**





Nota Bene Consulting Group
notabengroup@shaw.ca
www.notabeneconsulting.ca



**Co-Creating
Evidence**

Évaluation nationale des programmes
multiservices pour les femmes
enceintes à risque