

Critères d'admissibilité aux SIPPE

Le point de vue d'intervenantes quant à leur pertinence pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables

Marie-Josée Mercier, Ph. D., Ghayda Hassan, Ph. D., Annie LeBrun, Ph. D. and Mylène Boivin, Ph. D., PsyD

Volume 31, Number 2, Fall 2020

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1076656ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1076656ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Mercier, M.-J., Hassan, G., LeBrun, A. & Boivin, M. (2020). Critères d'admissibilité aux SIPPE : le point de vue d'intervenantes quant à leur pertinence pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 269–297. <https://doi.org/10.7202/1076656ar>

Article abstract

The SIPPE is a program designed to address risk factors and promote protective practices in preschool children and their families, through early and intensive intervention. However, the applicability of the eligibility criteria of the SIPPE Program when it comes to refugee and immigrant mothers remains unclear. The present study explores the perception that mental health and psychosocial professionals have of these criteria. A total of 17 individual interviews and three focus groups were conducted with 32 professionals from two CSSS in the Montreal region that serve mostly immigrant populations. The qualitative analysis performed with the NVivo software highlights the perception that participants have of some of the existing criteria as being inadequate for accurately identifying vulnerable refugee or immigrant mothers. Difficulties identified by participants relate to the systematic use of strict administrative criteria, created for non-immigrant mothers, to determine the eligibility of immigrant and refugee mothers. Furthermore, participants perceive that administrative constraints within the SIPPE program have a negative impact on how frequently clinical judgment serves as a basis for decision-making. We also present recommendations in favour of facilitating SIPPE access based on existing evidence-based studies on the variety and specificity of vulnerabilities among immigrants and refugees.



P E R S P E C T I V E S

Critères d'admissibilité aux SIPPE

*Le point de vue d'intervenantes
quant à leur pertinence pour
identifier les mères immigrantes
ou réfugiées vulnérables*

Marie-Josée MERCIER, Ph. D.
Psychologue clinicienne
Cabinet privé et Centres Jeunesse

Ghayda HASSAN, Ph. D.
Psychologue clinicienne
Professeure de psychologie
Université du Québec à Montréal

Annie LeBrun, Ph. D.
Candidate au doctorat en psychologie
Université du Québec à Montréal

Mylène Boivin, Ph. D./PsyD
Psychologue en pratique privée
Clinique interdisciplinaire Compleo

Le programme de Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) offre une intervention précoce et intensive qui cible les facteurs de risque et promeut les facteurs de protection chez les enfants d'âge préscolaire et leurs familles. À ce jour, aucune étude n'a évalué la pertinence des critères d'admissibilité au programme pour la clientèle immigrante. La présente étude explore donc la capacité des critères d'admissibilité à identifier les mères réfugiées ou immigrantes vulnérables du point de vue d'intervenantes SIPPE. Les intervenantes identifient certains problèmes soulevés dans le cadre du processus décisionnel actuel. Des recommandations sont émises pour favoriser un processus décisionnel qui tienne compte des besoins spécifiques de la clientèle desservie.

Mots clés : immigration, vulnérabilité, parentalité, prévention et périnatalité.

The SIPPE is a program designed to address risk factors and promote protective practices in preschool children and their families, through early and intensive intervention. However, the applicability of the eligibility criteria of the SIPPE Program when it comes to refugee and immigrant mothers remains unclear. The present study explores the perception that mental health and psychosocial professionals have of these criteria. A total of 17 individual interviews and three focus groups were conducted with 32 professionals from two CSSS in the Montreal region that serve mostly immigrant populations. The qualitative analysis performed with the NVivo software highlights the perception that participants have of some of the existing criteria as being inadequate for accurately identifying vulnerable refugee or immigrant mothers. Difficulties identified by participants relate to the systematic use of strict administrative criteria, created for non-immigrant mothers, to determine the eligibility of immigrant and refugee mothers. Furthermore, participants perceive that administrative constraints within the SIPPE program have a negative impact on how frequently clinical judgment serves as a basis for decision-making. We also present recommendations in favour of facilitating SIPPE access based on existing evidence-based studies on the variety and specificity of vulnerabilities among immigrants and refugees.

Keywords immigration, vulnérabilité, parentalité, prévention et périnatalité

INTRODUCTION

La période périnatale induit des formes de vulnérabilité pouvant interférer avec le développement des bébés et l'exercice du rôle parental. Des programmes d'intervention ont donc été mis en œuvre partout en Amérique du Nord, notamment au Québec, où les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont offerts depuis 2000. Les SIPPE ont depuis fait l'objet d'une série de rapports d'évaluation. Parmi les inquiétudes soulevées figurent des doutes sur sa capacité à tenir compte des vulnérabilités spécifiques au contexte migratoire. On soulève au premier chef le besoin d'évaluer si les critères d'admissibilité aux SIPPE assurent un accès équitable aux mères vulnérables d'immigration récente ou réfugiées.

Notre contribution consiste à documenter ce dernier enjeu en recueillant et en analysant la perspective d'intervenants SIPPE. Nous sommes guidés par deux questions : les critères d'admissibilité sont-ils pertinents en contexte migratoire ? et quelles sont d'après eux les améliorations à apporter ? Pour en rendre compte, nous 1) discutons de l'état des connaissances sur l'immigration, la vulnérabilité en période périnatale et les SIPPE ; 2) détaillons la méthodologie employée ; 3) exposons le point de vue des intervenants et relayons leurs recommandations ; et 4) discutons des propos recueillis à la lumière des recherches existantes.

Immigration et vulnérabilité

D'ici 2030, plus d'un Canadien sur quatre sera né à l'étranger et près de trois sur dix seront issus d'une minorité visible. Actuellement, 20 % des Canadiens sont immigrants, dont 4 % établis au pays depuis moins de 5 ans. Les écrits touchant à la parentalité en contexte d'immigration identifient des facteurs de risque propres au fait migratoire et d'autres découlant de la réalité migratoire ou de l'insertion sociale. Des familles immigrantes font face à des défis et obstacles systémiques : discrimination, pauvreté, problèmes de santé physique et mentale, accès difficile au logement et à l'emploi, etc. (Barn, 2006 ; Dufour *et al.*, 2012 ; Mitchell et Cropanzano, 2005). Cette adversité influence l'exercice du rôle parental, ce qui peut nuire au développement et à l'adaptation psychosociale de l'enfant

(Higginbottom *et al.*, 2015 ; MSSS, 2004a ; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008 ; Winn *et al.*, 2017).

Vulnérabilité

Le concept de « vulnérabilité » véhicule une perspective sociopolitique faisant écho à la « théorie de la vulnérabilité » élaborée par Martha Fineman (1991 ; 2004 ; 2008 ; 2012). L'ambition de Fineman est de renouveler la conception de la lutte contre les inégalités, afin de mettre à profit la capacité d'action de l'État pour favoriser une égalité moins formelle et plus substantielle. Pour y arriver, soutient-elle, il faut d'abord admettre que les humains sont tous vulnérables de la naissance jusqu'à la mort, même les plus forts et mieux nantis étant à chaque instant susceptibles de connaître un revirement de fortune.

Égaux en vulnérabilité, nous sommes inégaux quant aux ressources (« assets », voir Kirby, 2006) dont nous disposons pour empêcher que notre vulnérabilité ne se concrétise – ce que Fineman appelle « résilience ». L'accès à ces ressources détermine les conséquences d'une vulnérabilité donnée. En définitive, ce n'est pas la discrimination rencontrée par un groupe (p. ex. les femmes, les Premiers Peuples, les immigrants ou les personnes LGBT+) qui fonde ce mode d'analyse des inégalités, mais l'examen de la distribution des moyens de résilience par les institutions politiques et sociales (Fineman, 2008, p. 20).

Au Québec, plusieurs initiatives publiques ont pour mission de lutter contre les inégalités sociales (p. ex. l'assurance-maladie, le revenu minimum garanti, les SIPPE). Le propre de la théorie de la vulnérabilité est de se pencher sur les dispositions qui entravent l'atteinte de ce but. Dans le cas qui nous occupe, des inquiétudes ont été émises quant à l'équité dans l'accessibilité aux SIPPE pour les mères issues de l'immigration, ce qui contreviendrait à la mission du programme (MSSS, 2004a). D'où notre enquête et le vocabulaire que nous adoptons.

Le choix de ce concept est aussi pragmatique, dans la mesure où les SIPPE sont issus de la volonté de réduire les inégalités en santé ; mais aussi parce que le terme « vulnérabilité » noyauté la documentation officielle du programme et les propos des participants à notre étude.

Cela dit, cette théorie présente des limites (Butler, 2004 ; Kohn, 2014). Pour nos travaux, le niveau d'analyse de Fineman pose des difficultés pratiques, ses préoccupations

et son langage étant ceux de la philosophie du droit et des études politiques. Pour adapter la notion, nous proposons deux ajustements :

1) Le concept de vulnérabilité est compatible avec le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979 ; 1986), d'après lequel l'organisation sociale où évolue le système familial influence le développement de ses membres. Pour lui, l'intervention est systémique et le développement de l'enfant dépend d'une multitude de facteurs (individuels, familiaux, environnementaux).

2) Sur cette voie, pour Lessick, Woodring, Naber et Halstead (1992), la vulnérabilité correspond à « l'interaction/corrélation entre les aspects actifs et passifs d'un individu et les aspects actifs et passifs de l'environnement [...] et détermine la probabilité d'une personne à être malade ou en santé » (p. 2). Dans cette perspective, la vulnérabilité est un état dynamique qui varie dans le temps et l'espace, ce qui implique de cibler les périodes de la vie coïncidant avec une vulnérabilité accrue (Spini, 2017).

Ensemble, Fineman (2008), Bronfenbrenner (1979, 1986) et Lessick *et al.* (1992) fournissent les outils théoriques pour articuler vulnérabilité, périnatalité et migration.

Vulnérabilité en contexte migratoire

La période entourant la naissance d'un enfant s'accompagne d'un risque accru pour le bébé et la mère d'éprouver des formes de vulnérabilité pouvant se répercuter sur l'exercice du rôle parental (Brotherson, 2007 ; Castel *et al.*, 2008 ; de Montigny *et al.*, 2010 ; Leahy-Warren *et al.*, 2011 ; Lessick *et al.*, 1992 ; Spini, 2017 ; Wilkins, 2006). Cette vulnérabilité peut être exacerbée par l'expérience migratoire. Les facteurs de risque spécifiques aux mères immigrantes et réfugiées ainsi que leur incidence sur la parentalité sont documentés (Battaglini *et al.*, 2000 ; 2002a ; 2002b ; Bernard, 2008 ; Higginbottom *et al.*, 2015 ; Liebkind, 1996 ; Penrose, 2002 ; Wade *et al.*, 2005 ; Winn *et al.*, 2017).

Les travaux de Battaglini *et al.* (2000 ; 2002a ; 2002b) sur les services de périnatalité offerts aux familles immigrantes comparent la vulnérabilité des mères en contexte migratoire et nées au Québec. On y constate que les mères immigrantes sont multipares et détentrices d'un diplôme collégial ou universitaire dans une proportion plus grande que les mères nées au Québec, et qu'elles sont plus âgées. Des études montrent que certaines trajectoires migratoires affectent la vulnérabilité émotionnelle et physique des parents, comme les parcours traumatiques liés à la guerre, la persécution ou une catastrophe

naturelle (Chicoine *et al.*, 1997 ; Massé, 1995 ; Renaud *et al.*, 2004 ; Rousseau *et al.*, 1997 ; 2003). Ces parcours sont associés à la perte ou à la diminution du réseau de soutien, à l'isolement social (Battaglini *et al.*, 2002a ; Liebkind, 1996 ; Bibeau *et al.*, 1992) et à l'éclosion de symptômes divers (p. ex. le stress post-traumatique) (Okitikpi et Aymer, 2003, p. 218).

La littérature accentue aussi l'acquisition d'un statut précaire dans le pays d'accueil (p. ex. réfugié ou demandeur d'asile) et documente son incidence sur la vulnérabilité des mères immigrantes (Hassan *et al.*, 2011 ; Bernard, 2008 ; Wade *et al.*, 2005 ; Winn *et al.*, 2017). Les démarches de régularisation nécessitent beaucoup de temps, ce qui précarise financièrement, génère de l'incertitude face à l'avenir et interfère avec le rôle parental (Van der Veer, 1998 ; Wiese et Burhorst, 2007). Plus ces conditions persistent dans le temps, plus le risque de conséquence psychosociale est élevé (Duval, 1991 ; Legault, 2000 ; Moro, 1994 ; 1999 ; 2002 ; MSSS, 2004a ; 2008 ; 2016a).

Notons finalement que, bien que la population immigrante fasse partie des groupes les plus vulnérables, son accès aux services de santé est déficient (ASSSM, 2014 ; Higginbottom *et al.*, 2015 ; Winn *et al.*, 2017).

Programme SIPPE

Les données probantes confirment que les programmes de visites à domicile par une infirmière ou un professionnel de la santé et des services sociaux sont efficaces et qu'ils améliorent les capacités parentales, le bilan développemental de l'enfant et réduisent le stress parental (Barlow *et al.*, 2006 ; Hassan *et al.*, 2011 ; MacMillan et Groupe canadien d'études sur les soins de santé préventifs, 2000 ; Mikton et Butchart, 2009 ; Olds et Kitzman, 1997 ; Pottie *et al.*, 2011). La plupart des études sur ces programmes ont été menées aux États-Unis. Pour le Canada, mentionnons les travaux de MacMillan (2013), réalisés en Ontario et en Colombie-Britannique, et ceux de Higginbottom *et al.* (2015) et Winn *et al.* (2017), dressant un portrait plus général.

Au Québec, le programme SIPPE cible les familles vivant en contexte de vulnérabilité (MSSS, 2003, 2004a) et leur offre des services multidisciplinaires devant agir sur les causes systémiques perpétuant les inégalités en santé. L'implantation des SIPPE a été documentée dans une série de rapports (Desrochers et Clapperton, 2007 ; Comité-conseil post-chantiers, 2010) et l'actualisation du programme a été évaluée par Gendron *et al.* (2014).

Admissibilité aux SIPPE

Les demandes de services ont diverses sources (référence du CLSC, avis de naissance, médecin, etc.). Lors de la collecte de données, les critères d'admissibilité retenus étaient : 1) le jeune âge de la mère (moins de 20 ans au moment de la grossesse, de la naissance de l'enfant ou de l'inscription au programme) et 2) l'extrême pauvreté, telle que définie par la sous-scolarisation des mères et un revenu se situant sous le seuil du faible revenu établi par Statistique Canada (Lepage et Schoonbroodt, 2006 ; MSSS, 2004a). Ces critères furent déterminés à partir d'études menées auprès de populations blanches et nord-américaines. Appliqués à celles-ci, la littérature suggère que ces critères sont valides, c'est-à-dire qu'ils permettent de rejoindre les familles requérant des interventions (Battaglini *et al.*, 2000 ; Desrochers et Clapperton, 2007 ; Hassan *et al.*, 2011 ; Pampalon, Gamache et Hamel, 2010 ; Pottie *et al.*, 2011 ; Therrien et Mattie, 2011 ; Gendron *et al.*, 2014).

La Collaboration canadienne pour la santé des immigrants et des réfugiés (CCIRH) insiste sur le risque d'une transposition des facteurs de vulnérabilité d'un groupe social à un autre (Geller et Siddiqui, 2011). Ainsi, malgré leur validité pour les mères blanches nord-américaines (Pampalon *et al.*, 2010), ces critères risquent d'exclure les mères immigrantes et réfugiées des SIPPE, faute de correspondance (Battaglini *et al.*, 2000 ; 2002a ; Hassan *et al.*, 2011 ; Pottie *et al.*, 2011).

À la suite de travaux montrant un écart entre la vulnérabilité réelle des mères immigrantes et les critères (Battaglini *et al.*, 2000 ; 2002a ; 2002b), le programme a été ajusté pour tenir compte de la diversité ethnoculturelle des familles montréalaises (MSSS, 2004a). Le cadre de référence qui en est issu identifie l'immigration comme une situation de vulnérabilité par cumul de facteurs de risque devant donner accès au programme. Après quoi un guide a été publié (Durand *et al.*, 2007), abordant les SIPPE à la lumière du contexte migratoire en se conformant aux conclusions des études sur le sujet, dans le but de sensibiliser et d'outiller les intervenants (Bernard, 2008 ; Liebkind, 1996 ; Penrose, 2002 ; Wade *et al.*, 2005).

Le recours au critère de l'immigration récente pour admettre une mère requiert le jugement clinique (JC) de l'intervenant (MSSS, 2004a). Toutefois, les déterminants du JC ne sont pas établis aussi clairement que les critères officiels. L'utilisation de ce critère est donc variable et repose sur des facteurs difficiles à contrôler (Battaglini, 2002a). Des documents-cadres (MSSS, 2017, 2019) ont apporté des précisions mais, faute d'étude empirique, leur impact sur le terrain reste incertain à ce jour. Or, la mésinterprétation des

conditions de vulnérabilité est l'un des déterminants de l'accès inégal des familles immigrantes ou réfugiées aux services de santé (Pottie *et al.*, 2011). Ainsi, le CCIRH recommande 1) l'adaptation des programmes de visites à domicile aux caractéristiques et vulnérabilités spécifiques des familles immigrantes ou réfugiées ; et 2) l'évaluation de leur efficacité.

À ce jour, les critères d'admissibilité aux SIPPE n'ont pas été examinés pour documenter l'accessibilité équitable au programme pour les mères immigrantes et réfugiées vulnérables. À la lumière des travaux sur les facteurs de risque associés à cette population, il est nécessaire de procéder à cet examen (Bernard, 2008 ; Higginbottom *et al.*, 2015 ; Liebkind, 1996 ; Penrose, 2002 ; Wade *et al.*, 2005 ; Winn *et al.*, 2017). La présente étude vise à contribuer à cet effort, en se penchant sur le point de vue des intervenants. Acteurs sur le terrain, ils peuvent fournir des informations précieuses et émettre des opinions avisées quant à l'efficacité des critères officiels et à la pertinence du critère de l'immigration récente.

Nos objectifs sont les suivants : 1) explorer le point de vue d'intervenants quant à la pertinence des critères SIPPE, dont celui de l'immigration récente, pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables ; 2) documenter les recommandations d'intervenants pour améliorer les critères d'admissibilité aux SIPPE, s'il y a lieu.

MÉTHODOLOGIE

Échantillon et recrutement

Pour être admissibles¹, les intervenants devaient faire partie de l'équipe SIPPE ou avoir fait des interventions de type SIPPE. Aucune variable liée aux intervenants n'a été contrôlée (âge, sexe, expérience, etc.). Le recrutement s'est fait par une annonce expliquant le projet aux chefs de service de six Centres locaux de services communautaires (CLSC) de Montréal appartenant à deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) desservant une population majoritairement immigrante. La participation requise pour ce projet pilote consistait en une entrevue individuelle ou un *focus group*. Avant quoi les participants devaient signer un formulaire de consentement.

1. Le projet a reçu l'approbation du comité éthique de la recherche de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal le 19 décembre 2012 ainsi qu'une attestation de recherche des deux CSSS participant à la collecte de données.

L'échantillon comprend 32 participantes² (réparties en 17 entrevues individuelles et 3 *focus groups*), toutes de sexe féminin et répondant aux profils professionnels suivants : travailleuse sociale, infirmière et nutritionniste. Ces intervenantes cumulaient plusieurs années d'expérience d'intervention en contexte multiethnique.

Le recours à deux types de *focus groups* – le premier composé d'intervenantes aux SIPPE et le deuxième de professionnelles d'autres services en périnatalité – visait à élargir le portrait des familles rencontrées. En effet, les intervenantes exclusivement SIPPE peuvent avoir une représentation partielle des familles concernées, puisqu'elles interviennent auprès de celles qui sont déjà admises. Des intervenantes d'autres services peuvent fournir des informations sur les familles qui auraient pu bénéficier de SIPPE, mais n'y ont pas eu accès.

Le Tableau 1 présente des éléments de profil des 18 participantes aux entrevues individuelles. La moyenne d'âge est de 42 ans ; 6 participantes sont nées à l'extérieur du Québec ; 2 ont des responsabilités de gestion ; la moyenne d'années d'expérience est de 17 ; et 8 participantes ont suivi une formation en intervention interculturelle. La majorité des participantes des *focus groups* ayant aussi été interrogées lors des entrevues individuelles, le tableau est représentatif de l'ensemble de l'échantillon.

2. Les 17 intervenantes rencontrées individuellement œuvrent dans le cadre des programmes SIPPE et Enfance Famille Jeunesse.

TABLEAU 1 : PROFIL DES 18 PARTICIPANTES AUX ENTREVUES INDIVIDUELLES

Participant	Âge	Lieu de naissance	Profession	Années d'expérience intervention famille-enfance (exp. SIPPE)	Formation en intervention interculturelle
1	58	Québec	Travail social	34 (n. d.)	Oui
2	56	Québec	Infirmière	30 (7)	Non
3	29	Québec	Travail social	5 (3)	Oui
4	40	Colombie	Travail social	14 (1,5)	Oui
5	29	Québec	Infirmière	8 (1,25)	Oui
6	47	Québec	Infirmière	22 (7)	Non
7	59	Viêt Nam	Travail social	25 (5)	Non
8	37	Québec	Infirmière	14 (0,75)	Non
9	40	Arménie	Infirmière (gestionnaire provisoire)	20 (3)	Non
10	46	Québec	Nutritionniste	21 (3,5)	Oui
11	38	Québec	Travail social	16 (4)	n. d.
12	36	Cameroun	Infirmière	8 (3)	Oui
13	61	Québec	Travail social	26 (23)	Oui
14	24	Haïti	Travail social	2,5 (2,25)	Non
15	37	Québec	Infirmière	11 (5)	Non
16	47	Québec	Infirmière	22 (6,5)	Non
17	25	Maroc	Travail social	4 (0,6)	Non
18	51	Québec	Nutritionniste (chef de programme)	22 (21)	Oui

Collecte

La collecte des données s'est déroulée en deux temps. Pour le premier CSSS (de septembre 2012 à janvier 2013), 9 entrevues individuelles ont été réalisées ainsi qu'un *focus group* avec l'équipe SIPPE regroupant 8 intervenantes. Pour le second CSSS (de mai à juillet 2013), 8 entrevues individuelles ont été menées et deux *focus groups*, l'un avec l'équipe du programme SIPPE regroupant 9 participantes et l'autre avec 3 intervenantes œuvrant dans un programme régulier de périnatalité. Les entrevues individuelles duraient entre 60 et 90 minutes, les *focus groups* environ 120 minutes.

Aucune différence significative n'étant ressortie lors de la lecture préliminaire des entrevues, l'ensemble du corpus a été regroupé pour construire un seul arbre thématique.

Gestion des données

Les données ont été recueillies sur support numérique. Pendant la transcription, les données ont été anonymisées puis importées sur NVivo 10. Ce logiciel a permis de contrôler le processus et d'accroître la vérifiabilité et la crédibilité des constats. Seuls les membres de l'équipe de recherche avaient accès aux transcriptions et aux données.

Entrevues et analyses

Les grilles d'entrevue individuelle et de *focus group* ont été construites à partir des discussions du comité de recherche avec les collaborateurs³ du projet. Les thématiques étaient les suivantes : 1) les perceptions générales des intervenantes quant aux SIPPE ; 2) les perceptions générales des familles immigrantes desservies par les SIPPE ; 3) les critères de sélection utilisés pour référer une famille immigrante aux SIPPE ; 4) l'accès et la rétention des familles au sein des SIPPE.

Les données ont été analysées sur NVivo avec la méthode qualitative de Paillé et Mucchielli (2012). Une analyse thématique verticale a été menée pour chaque entrevue, suivie d'une analyse transversale du corpus en quatre étapes (attribution de thèmes, inventaires, modifications et regroupements). D'où une thématisation à l'efficacité croissante et des thèmes de plus en plus stables et hiérarchisés.

Étape 1 : Sur les 17 entrevues individuelles, une première entrevue sélectionnée au hasard a été analysée par un groupe de trois doctorantes. Les thèmes relevés ont constitué les prémisses de l'arbre thématique. Un accord interjuges a été conclu afin de confirmer l'objectivité et la précision de la démarche.

Étape 2 : Trois autres entrevues sélectionnées au hasard ont été analysées individuellement, puis un accord interjuges a été conclu en équipes de deux. L'analyse de ces quatre premières entrevues a permis de réaliser un arbre thématique synthétisant les thèmes relevés.

Étape 3 : L'analyse individuelle des 16 autres entrevues a enrichi l'arbre thématique. Dans une deuxième phase d'analyse thématique, des recoupements entre les thèmes ont été faits pour discerner répétitions, oppositions et complémentarités. Les thèmes ont alors été

3. Intervenantes, chefs de programme et gestionnaires des CSSS.

positionnés ou regroupés en fonction de leurs interrelations. Une révision des 17 entrevues individuelles et des 2 *focus groups* a ensuite été réalisée à partir des nouveaux nœuds de l'arbre thématique. Après quoi a été menée une analyse transversale comparative portant sur les 20 entrevues (17 individuelles et 3 *focus groups*).

Étape 4 : L'examen des nœuds par regroupements théoriques, mené par deux doctorantes à partir de l'arbre thématique final, a mené à l'analyse interprétative du discours ainsi que l'établissement de liens avec les connaissances existantes.

Cette démarche a permis de recueillir des informations sur les critères d'admissibilité aux SIPPE et sur l'intervention SIPPE en contexte multiethnique. Dans ce qui suit, nous nous concentrons sur les résultats qui concernent les critères. Les données recueillies sur l'intervention seront abordées en détail dans un autre article.

RÉSULTATS

Point de vue des intervenantes sur la pertinence des critères pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables

Critères du jeune âge et de faible scolarité

Reconnaissant la pertinence des critères du jeune âge et de la pauvreté pour déterminer la vulnérabilité d'une mère, les participantes jugent que la vulnérabilité découle de multiples facteurs. Elles distinguent bien les situations de vulnérabilité correspondant aux critères officiels de celles découlant de l'immigration récente.

D'après elles, les critères d'admissibilité officiels sont peu pertinents pour évaluer la vulnérabilité des mères immigrantes et réfugiées : « seulement avec ces critères-là, il y en a beaucoup qui nous échappent ». Les doutes quant au sous-critère de la faible scolarité sont particulièrement fréquents :

Je ne suis pas sûre que la scolarité est celui qui vient en haut de la liste pour les femmes immigrantes.

J'en ai dans ma charge de cas des mamans qui sont universitaires, mais c'est la catastrophe, qui sont là depuis 2009, depuis 2008, théoriquement ne répondent pas aux critères, là.

Faible revenu, aucun problème [...] faible scolarité... on avait beaucoup de difficulté avec ça, parce qu'on voyait beaucoup de clientèle d'immigration récente, parcours migratoire difficile, mais avec une scolarité plus élevée qu'un secondaire 5, et qui en arrachaient énormément ici.

De la même manière, le critère du jeune âge ne permet pas de déterminer la vulnérabilité de mères qui ont souvent plus de 20 ans.

Les intervenantes sont d'avis que l'utilisation des critères officiels pour cette clientèle risque de bloquer son accès au programme. Elles estiment que sa vulnérabilité se traduit souvent par un cumul de facteurs de risque – p. ex. « les problèmes de santé mentale », « [avoir] plusieurs enfants en bas âge », « [les situations] d'abus et de violence conjugale » et « l'immigration récente ». Une participante illustre : « un père de famille [...] qui vit beaucoup de stress et qui est confronté à une culture différente, c'est tout un contexte, je pense que c'est plusieurs facteurs mis ensemble ». C'est pourquoi elles se tournent vers le critère de l'immigration récente :

moins de 5 ans, les demandeurs d'asile, les sans-papiers... un parcours traumatique, [celles qui ont été] violées [ou] persécutées dans leur pays. Alors ça, c'est les critères d'admissibilité pour les familles immigrantes dans les SIPPE.

Le Tableau 2 expose les facteurs de risque identifiés par les participantes. Il distingue les facteurs relatifs au vécu pré-migratoire, au parcours migratoire et au vécu post-migratoire.

TABLEAU 2 : FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ SPÉCIFIQUES À L'IMMIGRATION
D'APRÈS LES PARTICIPANTES

Conditions pré-migratoires	Conditions entourant l'immigration	Conditions post-migratoires
<ul style="list-style-type: none"> • Histoire familiale • Statut social (niv. d'éducation) • Réseau familial et social • Indices de traumatismes • Motifs du projet migratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Statut migratoire à l'arrivée • Nombre d'enfants • Conditions ayant motivé l'immigration • Indices de traumatismes liés à la migration 	<ul style="list-style-type: none"> • Langues parlées • Âge : >30 ans • État du réseau de soutien • Normes sociales • Statut socioéconomique • Déqualification professionnelle

Les intervenantes ajoutent que si l'application systématique des critères officiels peut être discriminatoire pour des familles en réel besoin, elle peut aussi faire en sorte que des mères soient admises au programme sans réelle vulnérabilité.

On peut se retrouver à accepter les mamans qui n'ont pas leur secondaire 5 [...], mais ce sont des mamans qui ont la capacité [...] de se débrouiller [...], qui sont bien intégrées [...] et, techniquement, elles n'auraient pas besoin de SIPPE.

Critère de l'immigration récente

En dépit de la reconnaissance officielle des situations de vulnérabilité par cumul de facteurs de risque, et du fait que l'utilisation du critère de l'immigration récente est encouragée dans le cadre de référence du programme et dans le *Guide d'intervention auprès des familles immigrantes récentes* (Durand *et al.*, 2007 ; MSSS, 2005), les participantes évoquent un revirement survenu il y a quelques années dans la gestion administrative des critères d'admissibilité au programme, en faveur d'une application systématique des deux critères officiels.

Quand il y avait ce critère, nouvelle immigrante [...], lors de l'évaluation téléphonique, c'était considéré un critère même avec un secondaire 5 de complété.

Quand je suis arrivée, il y avait eu des consignes que la porte était fermée complètement [pour l'immigration récente], puisqu'on ne prenait que ceux qui répondaient aux critères [officiels].

Les participantes n'ont pas fourni de date précise pour ce revirement administratif : « un moment donné, le critère immigration, parcours migratoire difficile [ne] comptait plus. Le critère de base, c'était la faible scolarité, faible revenu. »

Les intervenantes soutiennent que ce changement met de la pression sur la décision d'admettre une mère immigrante et soulève un malaise éthique. Pour certaines, faire l'impasse sur les caractéristiques spécifiques des familles d'immigration récente, c'est ignorer les données probantes. Face à quoi les intervenantes hésitent et adoptent des postures contrastantes :

on ne peut pas dire que l'immigration est clairement prise en compte dans les critères officiels. Parfois on va tricher, c'est là où on va avoir des familles très en besoin.

moi non, je n'ai pas [référé de clients qui ne correspondaient pas aux critères officiels], non. C'était toujours les critères officiels de niveau d'éducation, pauvreté extrême.

Plusieurs estiment que le recours au critère de l'immigration récente n'est pas encouragé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM). « Ce n'est pas toujours une frontière très claire. » Se sentant exposées à la remise en question, elles cherchent la validation auprès de collègues et supérieurs, ce qui brouille le concept de JC.

Ce n'est pas toujours évident de dire « j'assume », je la propose [en suivant] mon jugement clinique.

Souvent, d'arriver en discussion de cas, c'est parce qu'y'a, la gestionnaire a accepté.

En fait, c'est des discussions, souvent [...] la gestionnaire va étudier la demande. Elle va décider, des fois seule, des fois avec un intervenant.

Celles qui recourent au JC témoignent de démarches lourdes retardant le processus décisionnel, engendrant un sentiment d'incompétence et de faible autonomie professionnelle.

Dans ce contexte, la fréquence du recours au critère de l'immigration récente ne peut être précisée (« ce n'est pas super courant, là ») et on note des variations dans l'usage du JC. Le niveau de pression institutionnelle dans un milieu donné semble avoir un impact considérable sur ces variations. Certaines pensent que l'expérience sur le terrain du chef de programme facilite le recours au JC.

il [le chef de programme] est très sensible à ce qu'on lui amène en termes de vision lorsqu'on croit que ça devrait être SIPPE, habituellement, là, il va nous appuyer.

[Mon chef de programme] a longtemps travaillé dans le SIPPE, il croit au programme et a été heurté qu'on enlève le critère du parcours migratoire difficile.

Bref, des intervenantes dérogent aux exigences administratives, d'autres non. Toutes s'accordent sur la pertinence du critère de l'immigration récente, mais expriment un sentiment de faible autonomie professionnelle quand vient le temps d'y recourir. En effet, les intervenantes se considèrent compétentes pour évaluer la vulnérabilité, mais l'absence de balises claires pour le JC tend à les confondre. Considérant qu'il leur était par le passé possible de déterminer des situations de vulnérabilité par cumul de facteurs de risque, plusieurs perçoivent le changement comme une atteinte à leur autonomie.

Il faut pas que ça soit si rigide, je pense le programme SIPPE, je pense qu'il faudrait que ça soit laissé au jugement du professionnel parce qu'on a quand même toutes, on est toutes des professionnelles. On est capable de penser et de voir, cette cliente elle a vraiment besoin.

Recommandations des intervenantes

Les participantes formulent trois recommandations : élargir les critères d'admissibilité pour inclure les situations de vulnérabilité spécifiques aux familles immigrantes et réfugiées, baliser et soutenir le JC et revoir les indicateurs de rendement.

Utilité du critère de l'immigration récente

Les participantes estiment souhaitable d'élargir la définition de la vulnérabilité pour la rendre plus adaptable aux réalités rencontrées sur le terrain. « Le concept de vulnérabilité devrait être redéfini selon le contexte dans lequel tu travailles. » Elles conseillent l'officialisation du critère « familles d'immigration récente [moins de 5 ans] qui cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité liés à leur parcours migratoire ». « Nouveaux arrivants, c'est une priorité [...] c'est un très bon critère. »

Baliser et soutenir le JC

Pour les participantes, le JC est trop variable, ce qui rend le processus décisionnel partiellement aléatoire et opaque. Les décisions par JC sont traitées au cas par cas en collaboration avec le chef de programme. Le manque de balises génère de la confusion chez les intervenantes quand les critères correspondent mal à une famille en besoin de SIPPE. L'interprétation des critères est donc variable en fonction des intervenantes, des équipes et de la culture locale.

ici on s'est basé sur, euh, ma collègue, euh, qui est allée à une rencontre SIPPE et que là elle a eu la formation que selon notre jugement clinique, on pourrait référer des clients qui ne répondent pas nécessairement aux critères, euh, officiels. On a commencé à le faire, mais on ne sait pas jusqu'à combien de, le nombre qu'on pourrait référer. C'est pour ça qu'on voudrait que ce soit officiel.

Pour pallier ce problème, des intervenantes proposent une grille de sous-critères pour guider le JC et favoriser une certaine uniformité d'application. Parmi ces sous-critères, elles accentuent les contextes et statuts migratoires précaires, les problèmes de santé mentale et le stress post-traumatique.

Le parcours [...] migratoire difficile [...], le statut de réfugié ou les sans-statut, ceux qui ont vécu des parcours très difficiles, persécutés dans leur pays.

Celles qui ont beaucoup de traumatismes dans leurs histoires et beaucoup d'isolement, elles sont plus à risque d'être négligentes envers leur enfant ou de ne pas prendre soin de leur grossesse parce qu'elles ne sont pas disponibles.

Elles suggèrent aussi de tenir compte de l'insertion sociale des familles, surtout quant à l'existence d'un réseau de soutien. « Moi, je pense que l'isolement pourrait en être un ; le fait d'être isolé, de ne pas avoir de réseau, de famille proche [...] de personnes-ressources autour. » Elles évoquent en outre la monoparentalité, le fait d'avoir des enfants avant l'arrivée au pays, le nombre et l'âge des enfants ainsi que le climat familial et conjugal.

Finalement, les participantes proposent une série de facteurs de risque ou de protection relatifs aux connaissances et compétences du parent. Au premier chef, sa maîtrise d'une langue officielle du pays et sa compréhension du fonctionnement des institutions et services gouvernementaux, des lois et des droits.

En outre, les intervenantes considèrent que l'ajout de sous-critères devrait s'accompagner d'un soutien clinique accru pouvant prendre plusieurs formes – p. ex. la formation continue, des consultations ethnoculturelles ou la présence d'un coordonnateur clinique avec qui discuter les cas.

Revoir les indicateurs de rendement

Les critères d'admissibilité au programme SIPPE convenant peu aux familles immigrantes récentes et le JC manquant de balises, il est difficile de compiler des statistiques ou d'évaluer le rendement des équipes. Les décisions ne peuvent donc ni être analysées, ni servir de référence aux décideurs, intervenants ou gestionnaires, ni orienter la création de balises ou lignes directrices, ni contribuer au progrès de la qualité des services.

D'après les participantes, le système I-CLSC devrait être révisé afin de répertorier les étapes du JC et les facteurs de risque rencontrés. Il deviendrait dès lors un outil précieux.

DISCUSSION

Nous avons cherché à rendre compte du point de vue des participantes quant à la pertinence des critères d'admissibilité régissant l'admission aux SIPPE lorsque la clientèle est immigrante ou réfugiée. Les sujets rencontrés avaient à la fois une opinion favorable des SIPPE et une bonne connaissance des critères d'admission en usage. Les positions exprimées par les participantes sur ces critères font ressortir trois questions sensibles : des critères souvent inadéquats, dont les lacunes sont compensées par des JC peu balisés, ce qui rend difficile l'uniformisation d'un processus décisionnel équitable pour les mères issues de l'immigration.

Critères souvent inadéquats

Les participantes font valoir la multiplicité des facteurs de vulnérabilité qu'apporte la diversité des trajectoires migratoires et des origines des parents. Face à cette abondance, il est difficile de se faire une idée générale de la vulnérabilité en période périnatale et improbable d'identifier toutes les personnes vulnérables sur la base de deux critères. Il se peut qu'on ait surévalué ces critères en raison d'un défaut de méthode, c'est-à-dire en formulant des généralisations fondées sur l'étude de mères issues de la majorité. À cette échelle, les particularités et différences sont effacées (Lepage et Schoonbroodt, 2006 ; Battaglini *et al.*, 2000). La transposition de facteurs de vulnérabilité à la population immigrante serait l'une des causes déterminantes de l'accès inégal aux services de santé des familles immigrantes ou réfugiées (Hassan *et al.*, 2011). Or, ce potentiel d'iniquité contrevient à l'esprit des SIPPE, qui visent la réduction des inégalités sociales (Pottie *et al.*, 2011).

Les participantes considèrent que les SIPPE doivent se doter de critères appropriés pour assurer l'accès des groupes démunis. Les vulnérabilités évoquées par les participantes sont documentées (Battaglini *et al.*, 2000 ; Hassan *et al.*, 2011 ; Pottie *et al.*, 2011). L'évaluation multifactorielle qu'elles préconisent comprend :

1) L'association entre les statuts migratoires précaires et un risque de vulnérabilité sous forme de fragilisation de l'exercice de la parentalité (Bernard, 2008 ; Penrose, 2002 ; MSSS, 2004a ; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008 ; Wade *et al.*, 2005).

2) L'association entre des traumatismes vécus dans le cadre de l'immigration et un risque plus élevé d'isolement affectif et social, d'éclosion ou d'aggravation d'un problème de santé mentale et de difficultés d'adaptation (Battaglini *et al.*, 2002a ; Desrochers et Clapperton, 2007 ; Lepage et Schoonbroodt, 2006).

Conséquemment, les participantes sont favorables à la reconnaissance officielle du critère de l'immigration récente en tant que situation de vulnérabilité par cumul de facteurs de risque (Battaglini *et al.*, 2000 ; 2002a ; Desrochers et Claperton, 2007 ; Gordie et Walz, 2012 ; Gendron *et al.*, 2013a ; 2013b ; 2014 ; Hassan *et al.*, 2011 ; Therrien et Mattie, 2011).

Baliser et soutenir la primauté du JC

Faisant écho à nos participantes, Fortin et Le Gall (2012) mettent en garde quant aux risques d'une politique d'application systématique de critères pour déterminer l'accès aux programmes de santé publique. Selon eux, ce mode de gestion favorise l'uniformité aux dépens des besoins réels des clientèles et risque de déshumaniser les services. D'où l'importance du JC.

Si la majorité des participantes dénonce l'application systématique des critères officiels, les sentiments à l'égard du JC sont partagés. Les membres des équipes SIPPE tendent à le valoriser et à l'encourager, mais les intervenantes des services de périnatalité plus généraux se montrent réticentes à l'idée de déroger aux directives. Les participantes relèvent donc un paradoxe : le JC permet de compenser des iniquités d'accès, mais son application variable engendre des iniquités. Ce paradoxe est documenté (Battaglini *et al.*, 2000 ; Bernard, 2008 ; Desrochers et Clapperton, 2007 ; Gendron *et al.*, 2014 ; Lepage et Schoonbroodt, 2006 ; MSSS, 2004b ; Penrose, 2002 ; Vatz Laaroussi et Bessong, 2008 ; Wade *et al.*, 2005).

La recherche d'un équilibre paraît devoir s'imposer. Certaines intervenantes proposent l'adoption d'une grille clinique de sous-critères pour guider le JC dans le cadre d'une gestion plus flexible (Battaglini *et al.*, 2002a ; Desrochers et Clapperton, 2007). Des efforts ont été menés en ce sens dans les dernières années (MSSS, 2019).

Comme le relèvent plusieurs participantes, la complexité des cas requiert des connaissances, de l'expérience et de l'écoute, ce qu'une grille ne peut fournir à elle seule. D'après elles, l'autonomisation des effectifs peut résoudre cet enjeu dans une large mesure ; à la fois élément officiel de la philosophie d'intervention des SIPPE et clé du JC. Pour être fonctionnelle, l'autonomisation doit reposer sur une gestion collaborative entre les décideurs et les équipes locales, une valorisation officielle du JC et une grille de sous-critères relayant les plus récents résultats de recherche (Bernard, 2008 ; Desrochers et Clapperton, 2007). Parmi les autres mesures d'autonomisation évoquées par les intervenantes, notons une supervision clinique mieux coordonnée, l'accès facilité aux consultants en santé mentale et immigration et la formation continue (voir Gendron *et al.*, 2014).

Ajoutons que ces considérations exigent des recherches complémentaires. Il faudrait comparer systématiquement le point de vue des intervenantes avec celui des gestionnaires, chefs d'équipe et parents à la lumière des documents-cadres les plus récents (MSSS, 2016 ; 2017 ; 2019). Pour notre part, nous avons pu recueillir le point de vue d'un seul gestionnaire et chef d'équipe, et son avis sur le sujet ne montre pas de divergence particulière.

Revoir les indicateurs pour mesurer le recours au JC

Alors que les critères d'admissibilité aux SIPPE conviennent peu aux familles immigrantes récentes, le manque de balises pour le recours au JC rend difficile de compiler des statistiques fiables. En outre, les conclusions de Beauregard, Comeau et Poissant (2010) et de Gendron *et al.* (2013a ; 2013b ; 2014) viennent appuyer les réserves de nos participantes au sujet du système I-CLSC : les indicateurs quantitatifs existants doivent être complétés par des indicateurs qualitatifs pour mieux refléter la réalité sur le terrain (Desrochers et Clapperton, 2007 ; Gendron *et al.*, 2014 ; Gordie et Walz, 2012). Ces informations permettraient entre autres de mieux comprendre et de distinguer les profils de vulnérabilité associés aux trajectoires migratoires, de fournir une base de comparaison pour des indicateurs de performance et de favoriser l'uniformité du recours au JC.

Limites et recommandations

Nos travaux visent à contribuer à l'évaluation des SIPPE en ciblant l'enjeu de l'équité, la clientèle immigrante et réfugiée, et le point de vue des intervenants du programme. Il s'agissait de donner la parole aux acteurs en contact avec les familles immigrantes. La taille de l'échantillon s'avère suffisante et les secteurs choisis sont appropriés eu égard aux questions de recherche. Nos résultats sont donc assez robustes pour servir de référence sur des territoires accueillant une large population immigrante ou réfugiée. Cette extrapolation ne peut cependant s'appliquer au-delà des paramètres de l'étude ; l'échantillon étant trop restreint pour généraliser les résultats à l'ensemble des intervenants SIPPE de la province et ces derniers ne pouvant s'exprimer au nom des autres acteurs impliqués.

En insistant sur des difficultés d'ordre administratif, les participantes mettent en évidence le besoin de documenter le point de vue des gestionnaires. Cela permettrait de préciser ces difficultés en exposant les éventuelles divergences et points d'accord. De la même façon, en évoquant la complexité de la situation sur le terrain, les participantes mettent en évidence le besoin d'approcher les parents.

Finalement, la collecte de données s'étant achevée en 2013, notre étude ne tient pas compte des changements survenus depuis. Le *Guide de pratiques pour accompagner les familles* (MSSS, 2016b) et le *Guide de pratiques à l'accompagnement clinique* (MSSS, 2017) accordent une attention considérable à l'immigration récente. Les *Balises de l'intervention* (MSSS, 2019) ne l'envisagent qu'indirectement, mais précisent les conditions du recours au JC. Les deux premiers documents reconduisent les positions du *Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente* (2007), le troisième recommande le même guide sans adopter de position explicite. Cela indique que les considérations et recommandations du *Guide 2007* sont officiellement maintenues, d'une part, et que l'encadrement du JC a progressé, d'autre part. Pour savoir si ces publications accompagnent des transformations sur le terrain, des recherches complémentaires doivent être menées. En outre, ces documents présentent deux angles morts eu égard à nos résultats :

1) Ils ne répondent pas au besoin, identifié par les participantes, d'officialiser le critère de l'immigration récente.

2) Ils n'envisagent pas l'effet des contraintes internes, politiques et administratives, sur l'application des guides et grilles par les intervenants.

CONCLUSION

Notre étude soulève d'abord la persistance de difficultés quant à l'admissibilité des mères immigrantes au programme SIPPE. Les intervenantes soutiennent qu'à eux seuls, les critères officiels ne permettent pas d'évaluer avec justesse les situations de vulnérabilité spécifiques de ces mères. Pour y remédier et offrir un accès équitable aux familles en besoin de SIPPE, elles privilégient le JC.

Or, les intervenantes notent aussi un changement d'orientation de la gestion administrative, favorisant l'usage plus strict des critères officiels et décourageant le JC. Il en résulte des difficultés d'arrimage entre la perspective des décideurs et des équipes locales, et de la confusion quant à l'exercice du JC.

En offrant partout dans la province une intervention précoce et intensive pour améliorer les conditions de vie des femmes enceintes, les SIPPE visent à aplanir les conséquences des inégalités sociales sur la santé et le développement des enfants. Puisque les familles immigrantes figurent parmi les groupes les plus vulnérables, le programme devrait être compatible avec leur réalité. Or, ce n'est pas ce que constatent les participantes. L'amélioration de l'accès de cette clientèle au programme repose en partie sur des critères appropriés et des JC bien balisés. Cependant, critères et balises sont condamnés à rester incomplets eu égard aux enjeux pragmatiques rencontrés sur le terrain. Améliorer le processus décisionnel et favoriser l'uniformité au sein des CSSS doivent donc passer aussi par une forme d'autonomisation des équipes SIPPE, de manière à consolider les capacités de JC.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL [ASSSM]. (2014). *État de situation sur la santé des Montréalais et ses déterminants*. Montréal : auteur.
- BARLOW, A., VARIPATIS-BAKER, E., SPEAKMAN, K., GINSBURG, G., FRIBERG, I., GOKLISH, N., WALKUP, J. (2006). Home-Visiting Intervention to Improve Child Care Among American Indian Adolescent Mothers : a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(11), 1101-1107.
- BARN, R. (2006). Improving services to meet the needs of minority ethnic children and families. *ECM Research and Practice Briefings : children and families*, 13, 1-8.

- BATTAGLINI, A., GRAVEL, S., BOUCHERON, L. ET FOURNIER, M. (2000). *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles ! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- BATTAGLINI, A., GRAVEL, S., BOUCHERON, L., FOURNIER, M., BRODEUR, J.-M., POULIN, C., HENEMAN, B. (2002a). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenants et des mères immigrantes. *Service social*, 49(1), 35-69.
- BATTAGLINI, A., GRAVEL, S., POULIN, C., FOURNIER M. ET BRODEUR, J.-M. (2002b). Migration et paternité ou réinventer la paternité. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(1), 165-179.
- BEAUREGARD, D., COMEAU, L. ET POISSANT J. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- BERNARD, A. (2008). Les immigrants dans les régions. *L'emploi et le revenu en perspective*, 9(1), 5-16.
- BUTLER, J. (2004). *Precarious Life : The Power of Mourning and Violence*. New York et Londres : Verso Books.
- BIBEAU, G., CHAN-YIP, A. M., LOCK, M., ROUSSEAU, C., STERLIN, C. ET FLEURY, H. (1992). *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *Ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development : Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- BROTHERSON, S. E. (2007). From Partners to Parents : Couples and the Transition to Parenthood. *The International Journal of childbirth education*, 22(2), 7-12.
- CHICOINE, N., CHARBONNEAU, J., ROSE, D. ET RAY, B. (1997). Le processus de reconstruction des réseaux sociaux des femmes immigrantes dans l'espace montréalais. *Recherches féministes*, 10(2), 27-48.
- COMITÉ-CONSEIL POST-CHANTIERS SUR LES SIPPE. (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. Québec : Direction du développement des individus et des communautés.
- DE MONTIGNY, F., DEVAULT, A., LACHARITÉ, C. ET DUBEAU, D. (2010). À la rencontre des parents : des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne*, 6(2), 1-5.
- DESROCHERS, M. ET CLAPPERTON, I. (2007). *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Réponse aux préoccupations des intervenants et des gestionnaires œuvrant à l'implantation des SIPPE (rapport synthèse)*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

- DUFOUR, S., HASSAN, G. ET LAVERGNE, C. (2012). Mauvais traitements et diversité culturelle : Bilan des connaissances et implications pour la pratique. Dans M.-H. Gagné, S. Drapeau et M.-C. Saint-Jacques (dir.), *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (p. 143-171). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- DURAND, D., GRAVEL, S., DESJARDINS, N., FORTIER, M., BOURQUE, R., MANSEAU, S., ADRIEN, A. (2007). *Naître ici et venir d'ailleurs. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- DUVAL, M. (1991). *Symposium québécois de recherche sur la famille : Comprendre la famille*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- FINEMAN, M. A. (1991). *The Illusion of Equality*. Chicago : University of Chicago Press.
- FINEMAN, M. A. (2004). *The Autonomy Myth. A Theory of Dependency*. New York : The New Press.
- FINEMAN, M. A. (2008). The Vulnerable Subject : Anchoring Equality in the Human Condition. *Yale Journal of Law & Feminism*, 20(1), 1-23.
- FINEMAN, M. A. (2012). Beyond Identities : The Limits of an Antidiscrimination Approach to Equality. *Boston University Law Review*, 92, 1713-1770.
- FORTIN, S. ET LE GALL, J. (2012). La parentalité et les processus migratoires. Dans F. de Montigny, A. Devault et C. Gervais (dir.), *La naissance d'une famille* (p. 178-196). Montréal : Éditions Chenelière.
- GELLER, C. ET SIDDIQUI, S. (2011). Nouveaux immigrants et réfugiés : Dépistage et soins de santé. *Module de formation de la Fondation pour l'éducation médicale continue*, 19(12). Récupéré du site de la Foundation for Medical Practice Education : <https://fmpe.org/>
- GENDRON, S., DUPUIS, G., MOREAU, J., LACHANCE-FIOLA, J. et DUPUIS, F. (2013a). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 1. Évaluation de l'actualisation du PSJP : Axe Accompagnement des familles* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- GENDRON, S., MOREAU, J., DUPUIS, G., LACHANCE-FIOLA, J. ET CLAVIER, C. (2013b). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 3. Modélisation de cibles d'action du PSJP : Le développement des enfants et les parcours de vie des jeunes parents* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

- GENDRON S., DUPUIS, G., MOREAU, J., CLAVIER, C., LACHANCE-FIOLA, J., DUPUIS, F. (2014). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Résumé : Principaux résultats de la recherche évaluation et piste de réflexion pour l'action* (rapport de recherche adressé au MSSS). Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- GORDIE, B. ET WALZ, L. (2012). Une anthropologue au pays des SIPPE, périnatalité et petite enfance. *Revue du CREMIS*, 5(3). Repéré à www.cremis.ca/revue-du-cremis/recherche/perinatalite-et-petite-enfance-une-anthropologue-au-pays-des-sippe.
- HASSAN, G., THOMBS, B. D., ROUSSEAU, C., KIRMAYER, L. J., FEIGHTNER, J, UEFFING, E. ET POTTIE, K. (2011). Appendix 12 : Child Maltreatment : Evidence Review for Newly Arriving Immigrants and Refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 1-15.
- HIGGINBOTTOM, G. M. A., MORGAN, M., ALEXANDRE, M., CHIU, Y., FORGERON, J., KOCA, D. ET BAROLIA, R. (2015). Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada : a systematic review using a narrative synthesis. *Systematic Reviews*, 4(13), 1-30.
- KIRBY, P. (2006). *Vulnerability and Violence. The Impact of Globalisation*. Londres : Pluto Press.
- KOHN, N. A. (2014). Vulnerability Theory and the Role of Government. *Yale Journal of Law & Feminism*, 26(1), 1-27.
- LEAHY-WARREN, P., MCCARTHY, G. ET CORCORAN, P. (2011). Postnatal depression in first-time mothers : prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(33), 174-184.
- LEGAULT, G. (2000). *L'intervention interculturelle*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- LEPAGE, M.-C. ET SCHOONBROODT, C. (2006). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Processus d'implantation et pratiques d'interventions liées à la composante Accompagnement des familles (Partie 1)*. Beauport : Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.
- LESSICK, M., WOODRING, B., NABER, S. ET HALSTEAD, L. (1992). Vulnerability : a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 9(3), 1-14.
- LIEBKIND, K. (1996). Acculturation and Stress : Vietnamese Refugees in Finland. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(2), 161-181.
- MACMILLAN, H. L. (2013). Protecting children from maltreatment : a Canadian call to action. *Paediatrics & Child Health*, 18(8), 409-410.

- MACMILLAN, H. L. ET GROUPE CANADIEN D'ÉTUDES SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. (2000). Preventive health care, 2000 update : prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 163(11), 1451-1458.
- MASSÉ, R. (1995). *Culture et santé publique : Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- MIKTON, C. ET BUTCHART, A. (2009). Child maltreatment prevention : a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 353-361.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS]. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Direction générale de la santé publique du MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS]. (2004a). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Québec : auteur.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS]. (2004b). *La consolidation des éléments essentiels à la mise en œuvre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec : auteur.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS]. (2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à un an*. Québec : auteur.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS]. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Québec : auteur.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS]. (2016a). *Politique gouvernementale de prévention en santé publique, Dernière modification*. Québec : auteur.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2016b). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide de pratiques pour accompagner les familles*. Québec : auteur.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2017). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Guide de pratiques à l'accompagnement clinique*. Québec : auteur.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2019). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Balises de l'intervention*. Québec : auteur.
- MITCHELL, M. S. ET CROPAZANO, R. (2005). Social Exchange Theory : An interdisciplinary Review. *Journal of Management*, 31(6), 874-900.
- MORO, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : Presses Universitaires de France.

- MORO, M. R. (1999). Devenir père, devenir mère, en exil... Dans C. Boulard, P. Dutil, C. Mestre, S. Ibrahim et M. R. Moro (dir.), *Devenir parent en exil*. Toulouse : Érés.
- Moro, M. R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs : Naître et grandir en France*. Paris : La Découverte.
- OKITIKPI, T. ET AYMER, C. (2003). Social work with African refugee children and their families. *Child & Family Social Work*, 8(3), 213-223.
- OLDS, D. L. ET KITZMAN, H. (1997). Review of Research on Home Visiting for Pregnant Women and Parents of Young Children. *The Future of Children*, 3(3), 53-92.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ [OMS]. (2013). *La recherche pour la couverture sanitaire universelle (Rapport sur la santé dans le monde)*. Genève : auteur.
- PAILLÉ, P. ET MUCCHIELLI, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris : Armand Colin.
- PAMPALON, R., GAMACHE, P. ET HAMEL, D. (2010). *Indice de défavorisation matérielle et sociale du Québec. Suivi Méthodologique de 1991 à 2006*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- PENROSE, J. (2002). Nations States and Homelands : territory and territoriality in nationalist thought. *Journal of the Association for the Study of Ethnicity and Nationalism*, 8(3), 277-297.
- POTTIE, K., GREENAWAY, C., FEIGHTNER, J., WELCH, V., SWINKELS, H., RASHID, M., NARASIAH, L., HASSAN, G. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 824-925.
- RENAUD, J., GERMAIN, A. ET LELOUP, X (dir.). (2004). *Racisme et discrimination : Permanence et résurgence d'un phénomène inavouable*. Sainte-Foy, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- ROUSSEAU, C., MOREAU, S., DRAPEAU, A. ET MAROTTE, C. (1997). *Politique d'immigration et santé mentale : Impact des séparations familiales prolongées sur la santé mentale des réfugiées* (rapport de recherche). Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- ROUSSEAU, C., DRAPEAU, A. ET RAHIMI, S. (2003). The Complexity of Trauma Response : A Four-Year Follow-Up of Adolescents Cambodian Refugees. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1277-1290.
- SPINI, D., BERNARDI, L. ET ORIS, M. (2017). Vulnerability Across the Life Course. *Research in Human Development*, 14(1), 1-4.
- STATISTIQUE CANADA. (2016). *Enquête nationale auprès des ménages*. Ottawa : auteur.
- THERRIEN, N. ET MATTIE, A. (2011). Improving medical care for detained immigrants : a call for a legislative solution. *Journal of health care for the poor and underserved*, 22(2), 437-449.
- VAN DER VEER, G. (1998). *Counseling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma*. Chichester : John Wiley and Sons.

- VATZ LAAROUSSI, M. ET MESSE BESSONG, J. M. (2008). *Être parents en situation d'immigration : défis, enjeux et potentiels*. Dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau et È. Pouliot (dir.), *Visages multiples de la parentalité* (p. 255-286). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- WADE, J., MITCHEL, F. ET BAYLIS, G. (2005). *Unaccompanied Asylum Seeking Children : The Response of Social Work Services*. Londres : British Association for Adoption and Fostering (BAAF).
- WIESE, E. B. ET BURHORST, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 596-613.
- WILKINS, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2), 169-180.
- WINN, A., HETHERINGTON, E. ET TOUGH, S. (2017). Systematic Review of Immigrant Women's Experiences With Perinatal Care in North America. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 46, 764-775.