

SIPPE

Comment maintenir la fidélité des familles au programme ?

Vous assurez le suivi de la famille Morissette depuis plus de deux ans. Mélanie, 25 ans, et Steve, 23 ans, n'ont pas terminé leurs études secondaires et sont défavorisés au plan économique. Ils ont un enfant, William, 2 ans, qui présente des retards de développement. Depuis peu, la famille annule ses rendez-vous et manifeste moins d'intérêt envers le programme. Vous craignez qu'elle abandonne. Que faire pour favoriser sa rétention dans le programme SIPPE ?

Par **Amélie Guay**, inf., M.Sc., **Linda Bell**, inf., Ph.D., **Chantal Doré**, Ph.D. et **Frances Gallagher**, inf., Ph.D.

Le programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles en contexte de vulnérabilité vise à favoriser la santé et le bien-être de chaque membre de la famille, ainsi qu'à inscrire le développement des enfants dans le projet de vie des parents (MSSS, 2004). Il s'adresse aux femmes enceintes et aux parents sous-scolarisés et à faible revenu ayant un enfant âgé de 0 à 5 ans (Comité SIPPE, 2011). Accompagner ces familles et créer des milieux favorables à la santé sont des composantes des SIPPE (MSSS, 2004). Les interventions infirmières portent sur le développement de l'enfant, le renforcement des habiletés parentales, les conditions de vie familiale, le projet de vie des parents, le suivi psychosocial, l'orientation et l'accompagnement vers des ressources, ainsi que l'affirmation du pouvoir d'agir des personnes et des communautés.

Les programmes tels que les SIPPE ont fait la preuve de leur pertinence auprès des enfants ayant bénéficié des services jusqu'à l'âge de 5 ans (INSPQ, 2010a). En fait, plus longue est l'intervention, plus ses résultats positifs se maintiennent au cours de la petite enfance. Parmi ces effets positifs, notons un meilleur développement de l'enfant (Olds *et al.*, 2004), de meilleures pratiques parentales (Barnet *et al.*, 2007) et une diminution des risques de maltraitance ou de négligence (Olds *et al.*, 1999). Or, pour atteindre ces résultats, les familles doivent recevoir les services pendant la durée et selon la fréquence prévues par le programme.

Les statistiques montrent que la rétention est difficile. En effet, quoique les données québécoises ne soient pas toutes connues, on estime qu'entre 20 % et 67 % des familles ne terminent pas les deux premières années du suivi



© Anna Jurkowska / Dreamstime.com

(INSPQ, 2010b). La recherche de stratégies est donc nécessaire pour que les familles profitent pleinement du programme.

Les stratégies

La littérature fait état de plusieurs stratégies de rétention efficaces auprès des familles. Certaines sont connues des intervenants, par exemple instaurer une relation de confiance avec la famille, privilégier un intervenant pivot (INSPQ, 2010b) et offrir une grande disponibilité (Damashek *et al.*, 2011 ; Ingoldsby, 2010).

Cet article propose des stratégies concrètes, tenant compte de leur faisabilité clinique, qui obtiennent un appui

« La rétention se définit ici comme le maintien de la participation de la famille au programme pour la durée complète de l'intervention. La régularité de sa participation est également un élément important lorsque l'on considère l'effet attendu de ces services. »

scientifique de plus en plus important. Ces stratégies sont présentées selon les quatre dimensions auxquelles elles répondent, soit les familles, les intervenants, le programme et la communauté (INSPQ 2010b).

Stratégies de rétention relatives à la famille :

- Déceler les obstacles à la rétention et trouver des solutions pour les contrer.
- Tenir compte du réseau de soutien de la famille.

Cette dimension désigne les caractéristiques démographiques, socioéconomiques et psychologiques des familles (INSPQ 2010b). Plusieurs obstacles tels que l'horaire des rencontres, un manque de perception des bénéfices et la résistance de l'entourage apparaissent comme des raisons d'abandon pour les familles (Ingoldsby, 2010). Ces considérations importent pour les aider à trouver des solutions qui permettraient de maintenir leur participation au programme.

Dans un premier temps, l'infirmière doit, avec la famille Morissette, évaluer les obstacles à sa rétention. Elle détermine dans quelle mesure ces obstacles nuiront à l'atteinte des objectifs. Pour bien identifier ces obstacles, il convient d'en discuter avec la famille et ainsi mieux saisir comment ils nuisent à sa participation. Idéalement, cette conversation devrait avoir lieu dès le début du suivi et chaque fois que la situation l'exige (Ingoldsby, 2010). Il s'agit d'une occasion de rappeler à la famille les bénéfices du programme et de la motiver à y participer.

Dans un deuxième temps, l'infirmière tente, avec la famille Morissette, de trouver des solutions aux obstacles. Une grande flexibilité s'impose pour y arriver tout en répondant aux attentes de la famille (Damashek *et al.*, 2011). L'infirmière peut utiliser différentes méthodes probantes telles que l'approche systémique familiale, l'approche motivationnelle et l'augmentation du soutien familial.

La présence d'un réseau de soutien émotionnel et social de même que des interventions favorisant un soutien social et intégrant le réseau ont un effet positif sur la rétention (Hilado *et al.*, 2011). Toutefois, un réseau peut aussi se révéler une influence négative, par exemple lorsqu'une personne significative pour la famille ne l'encourage pas à poursuivre le programme. Cette intervention est une barrière importante à la rétention (Hilado *et al.*, 2011).

Conséquemment, il convient de procéder à l'évaluation du soutien social de la famille en tenant compte de l'étendue, la densité, la fréquence et la réciprocité comme caractéristiques du réseau. L'infirmière évalue aussi les sources d'aide et leur soutien respectif. Elle peut contribuer à développer des réseaux par le parrainage et les groupes d'entraide. Elle pourrait également veiller à intégrer Steve dans ses interventions puisque la participation des pères favorise la rétention à long terme (Hayes *et al.*, 2010).

Stratégies de rétention relatives à l'intervenant :

- Faire preuve de compétence culturelle.
- Utiliser l'approche motivationnelle.

Cette dimension concerne les caractéristiques démographiques et professionnelles des intervenants (INSPQ, 2010b). Faire preuve de compétence culturelle consiste à prendre en considération la culture familiale et

à être sensible aux ressemblances et aux divergences de l'identité culturelle de chacun afin de favoriser une relation respectueuse (Jacoby, 1996). Cette prise en compte influence l'estime de la famille pour l'intervenant et sa satisfaction envers le programme.

Or, il faut savoir que la différence culturelle entre les intervenants et la famille émane aussi du statut socioéconomique (Damashek *et al.*, 2012). En tout temps, l'intervenant doit faire preuve de respect envers les croyances et les pratiques de la famille, quelle que soit son origine ethnique. L'infirmière doit prêter attention aux principaux groupes présents dans le quartier tout en étant consciente qu'ils ne constituent pas une entité homogène (Nance, 1995), d'où l'importance de tenir compte de la perspective individuelle.

L'approche motivationnelle est hautement prometteuse pour favoriser la rétention (Damashek *et al.*, 2011 ; Ingoldsby, 2010). Elle fait appel à l'intervention en fonction du stade motivationnel de la personne par rapport au changement souhaité. Elle peut notamment servir à inciter un parent à consulter pour des problèmes de dépendance, de dépression ou de violence (Damashek *et al.*, 2012), améliorant du même coup les résultats du programme. De plus, elle est également utile pour aplanir les obstacles à la rétention (Ingoldsby, 2010).

Il semble aussi que des parents dont la motivation est de faible à modérée, qui profitent d'une intervention motivationnelle combinée à une thérapie sur les interactions parent-enfant, sont plus enclins à rester dans le programme (Chaffin *et al.*, 2009). Ces résultats s'expliqueraient par l'intégration de l'entretien motivationnel à une thérapie comportementale puisqu'il s'agit d'une stratégie active suscitant la participation. Cette approche sert principalement pour accompagner les parents vers un changement de comportement.

En ce sens, l'infirmière doit être bien outillée pour établir le stade motivationnel où Mélanie et Steve se situent. Elle est alors mieux placée pour mener à terme une évaluation compréhensive de la famille par rapport à ses forces, à ses attentes, à ses besoins et aux services dont elle a besoin. Les résultats de son évaluation guident son intervention. Par exemple, si les parents désirent modifier le comportement de leur enfant plutôt que le leur, il importe d'en tenir compte (Ingoldsby, 2010).

Stratégies de rétention relatives au programme :

- Avoir recours à la supervision clinique.
- Favoriser le travail en interdisciplinarité.

Cette dimension concerne la structure, le contenu et l'application des programmes (INSPQ, 2010b).

La supervision clinique assure la formation continue des intervenants, permet le partage des connaissances et une approche réflexive sur les situations préoccupantes (Comité SIPPE, 2011). C'est un moment de soutien entre pairs qui permet d'analyser et de comparer les pratiques et les limites de chacun, de même que la compréhension des attitudes de la famille. Cette démarche outille les intervenants dans l'accompagnement des familles et les aide à progresser. Ainsi, des périodes de supervision de groupe et individuelle, à raison d'une heure par semaine, devraient être prévues particulièrement pour ceux qui ont moins d'expérience

(Chablani et Spinney, 2011). Le cas de la famille Morissette pourrait être abordé et l'issue de la discussion enrichirait le suivi de l'infirmière.

Le travail en interdisciplinarité permet aussi d'analyser des situations cliniques complexes selon des perspectives professionnelles diverses et complémentaires. Les discussions peuvent servir à ajuster le plan d'intervention et également à discuter de ses réussites et de ses difficultés avec les familles (ASSS Montérégie, 2012). Grâce à ces rencontres d'équipe, les intervenants peuvent prendre conscience d'un problème commun et organiser une action collective pour des familles (ASSS Montérégie, 2012). Enfin, quoique l'équipe joue également un rôle de soutien clinique pour l'intervenant, la supervision clinique ne devrait pas être remplacée par des rencontres interdisciplinaires, les deux ayant une visée complémentaire.

Pour ne pas être seule face au problème de la famille Morissette, l'infirmière devrait en discuter en rencontre interdisciplinaire. Elle pourra valider ses interventions en réponse aux problèmes de développement de William par exemple. Les professionnels peuvent mettre à profit leurs compétences, collaborer au plan d'intervention et bonifier le suivi de William. La famille profite ainsi d'interventions diversifiées tout en bénéficiant d'une continuité de services.

Stratégies de rétention relatives à la communauté :

- Assurer une offre diversifiée de ressources.

Cette dimension concerne les caractéristiques de la communauté, telles que l'organisation sociale et le niveau de stress (INSPQ, 2010b).

Un programme tel que les SIPPE ne peut prétendre répondre à l'ensemble des besoins d'une famille vivant en contexte de vulnérabilité, particulièrement celles touchées par des problèmes de santé mentale, de violence et de toxicomanie. Il doit être associé aux autres ressources disponibles pour assurer un environnement favorable à l'atteinte des objectifs.

Idéalement, les services offerts dans la communauté améliorent les conditions de vie des familles et favorisent leur intégration sociale (Theriot *et al.*, 2009). Le programme doit donc évoluer en partenariat avec la communauté afin de bénéficier de toutes les ressources disponibles (Theriot *et al.*, 2009). Une bonne connaissance de ces ressources favorise l'accompagnement des familles. Une visite organisée des organismes du quartier fait partie du travail des intervenants dans des programmes tels que les SIPPE.

Concrètement, l'infirmière doit bien évaluer les besoins de la famille Morissette de même que les obstacles à ce qu'elle poursuive le programme. Elle pourra ensuite l'accompagner dans sa recherche de ressources, cibler les plus adéquates et lui permettre d'établir des liens avec sa communauté.

Cet article présente des stratégies de rétention. Il importe de poursuivre la recherche sur de telles stratégies pour que les programmes d'intervention précoce ayant pour but de favoriser le développement des enfants et de réduire les inégalités sociales soient maintenus et améliorés. ■

Les auteures



Amélie Guay est détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et candidate au programme de certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) en périnatalité. Elle est conseillère et éducatrice en développement professionnel des soins infirmiers de la santé de la femme par intérim au Centre Universitaire de Santé McGill.



Linda Bell est professeure titulaire à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Elle a complété un doctorat en sciences cliniques (volet sciences infirmières) en 2002 et un postdoctorat au Child Development Unit du Children's Hospital Boston en 2004. Elle est directrice des études supérieures de l'École des sciences infirmières.



Chantal Doré est détentrice d'un doctorat en sociologie, professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et chercheuse au Centre affilié universitaire du CSSS-IUGS.



Frances Gallagher est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSS Montérégie). *Rôles, activités clés et compétences de l'intervenante privilégiée des SIPPE*. Longueuil, ASSS Montérégie, 2012, 26 p.
- Barnet, B., J. Liu, M. DeVoe, K. Alperovitz-Bichell et A.K. Duggan. « Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage », *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n° 3, mai/juin 2007, p. 224-232.
- Chablani, A. et E.R. Spinney. « Engaging high-risk young mothers into effective programming: the importance of relationship and relentlessness », *Family Social Work*, vol. 14, n° 4, 2011, p. 369-383.
- Chaffin, M., L.A. Valle, B. Funderburk, R. Gurwitsch, J. Silovsky, D. Bard *et al.* « A motivational intervention can improve retention in PCIT for low-motivation child welfare clients », *Child Maltreatment*, vol. 14, n° 4, nov. 2009, p. 356-368.
- Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE (Comité). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : rapport du comité conseil post-chantiers sur les SIPPE déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Comité, 2011, 36 p.
- Damashek, A., D. Bard et D. Hecht. « Provider cultural competency, client satisfaction, and engagement in home-based programs to treat child abuse and neglect », *Child Maltreatment*, vol. 17, n° 1, févr. 2012, p. 56-66.
- Damashek, A., D. Doughty, L. Ware et J. Silovsky. « Predictors of client engagement and attrition in home-based child maltreatment prevention services », *Child Maltreatment*, vol. 16, n° 1, févr. 2011, p. 9-20.
- Hayes, D., D.A. Jones, L. Bordeaux Silverstein et C.F. Auerbach. « In their own words: early head start fathers », *Psychology of Men and Masculinity*, vol. 11, n° 4, oct. 2010, p. 241-250.
- Hilado, A., L. Kallemeyn, C. Leow, M. Lundy et M. Israel. « Supporting child welfare and parent involvement in preschool programs », *Early Childhood Education Journal*, vol. 39, n° 5, déc. 2011, p. 343-353.
- Ingoldsby, E.M. « Review of interventions to improve family engagement and retention in parent and child mental health programs », *Journal of Child and Family Studies*, vol. 19, n° 5, 1^{er} oct. 2010, p. 629-645.
- Institut national de santé publique (INSPQ). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, Québec, INSPQ, 2010a, 127 p. [En ligne : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1141_efficaciteinterventions-sippe.pdf]
- Institut national de santé publique (INSPQ). *Avis scientifique sur la rétention des clientèles des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, Québec, INSPQ, 2010b, 77 p. [En ligne : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1142_RetentionClientelesSIPPE.pdf]
- Jacoby, B. *Service-Learning in Higher Education: Concepts and Practices*, San Francisco, Jossey-Bass, 1996, 416 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Résumé du cadre de référence*, Québec, MSSS, 2004, 29 p.
- Nance, T.A. « Intercultural communication: finding common ground », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 24, n° 3, mars/avril 1995, p. 249-255.
- Olds, D.L., H. Kitzman, R. Cole, J. Robinson, K. Sidora, D.W. Luckey *et al.* « Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial », *Pediatrics*, vol. 114, n° 6, déc. 2004, p. 1550-1559.
- Olds, D.L., C.R. Henderson Jr., H.J. Kitzman, J.J. Eckenrode, R.E. Cole et R.C. Tatelbaum. « Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings », *Future of Children*, vol. 9, n° 1, printemps/été 1999, p. 44-65.
- Theriot, M.T., K.R. O'Day et K. Hatfield. « Client and service use predictors of successfully completing a child maltreatment prevention program », *Protecting Children*, vol. 24, n° 3, 2009, p. 39-50.