

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-JOSÉE BEAUCHEMIN

ÉTUDE DE PERCEPTION DE L'IMPACT ET DE SATISFACTION
AUPRÈS DES MÈRES DU PROJET APPRENTI-SAGE

AVRIL 1996

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Le projet Apprenti-Sage, mis en place en 1984, avait pour but de vérifier l'efficacité d'un programme d'intervention, appliqué précocement et à long terme, destiné à, prévenir l'inadaptation scolaire et sociale chez un groupe d'enfants considérés à risque élevé de développer ces difficultés et, à accroître les compétences parentales. Les enfants du groupe expérimental ont donc fréquenté un centre de jour, deux journées par semaine, de leur première année de vie jusqu'à leur entrée en maternelle (5 ans). Le programme d'intervention et les activités ont été conçus en tenant compte du développement global de l'enfant et en fonction des besoins généraux relatifs à chacun des stades de développement. Les parents ont fait l'objet d'interventions individuelles à domicile et en petits groupes au centre de jour. La présente étude, intégrée à un groupe de recherche, est une étude d'impact, ayant comme objectif de recueillir l'opinion des mères quant aux effets du programme sur leur enfant et sur elles-mêmes ainsi que leur satisfaction envers ses différentes composantes. Pour ce faire, une entrevue semi-structurée touchant l'évaluation de l'impact du programme sur l'enfant ainsi que sur le parent et l'évaluation des services a été réalisée. Les résultats concernant l'impact font état de plusieurs effets positifs du service sur les enfants et sur leur parent surtout au niveau de l'acquisition de connaissances et de la socialisation. Les rares impacts négatifs perçus par les mères concernent l'immaturité chez l'enfant ainsi que des sentiments de culpabilité, d'incompétence et de stress chez leur parent. Pour ce qui est de la satisfaction, beaucoup d'éléments satisfaisants ont été rapportés principalement à propos du temps de répit et de la relation avec

l'intervenante. Les insatisfactions se rapportent surtout à la relation avec les autres participants, les rencontres de parents, la relation avec l'intervenante et le manque de transparence dans les informations.

Table des matières

Liste des figures	vi
Introduction	1
Chapitre 1: Contexte théorique et expérimental	4
L'évaluation de programme	5
Le projet Apprenti-Sage	11
La valeur des données qualitatives dans l'évaluation.....	20
La perception des parents de l'impact du programme	25
La satisfaction	26
Problématique	51
But de la recherche.....	53
Chapitre 2: Méthode.....	54
Sujets	55
Procédure	56
Instrument.....	57
Chapitre 3: Traitement des données et analyse des résultats	62
Traitement des données.....	63
Résultats	67
Impact	67
Satisfaction.....	75

Chapitre 4: Discussion.....	84
Impact.....	85
Satisfaction	92
Conclusion.....	106
Références	109
Appendices	117
Appendice A: Protocole de l'entrevue.....	118
Appendice B: Extrait de texte verbatim d'entrevue.....	138
Appendice C: Exemple de figure d'impact	142
Appendice D: Exemple de figure de satisfaction.....	144

Liste des figures

Figure

1	Impact chez les enfants au plan scolaire	68
2	Impact chez les enfants au plan personnel	70
3	Impact chez les mères dans le rôle parental	72
4	Impact chez les mères au plan personnel	74
5	Exemple d'une représentation graphique des impacts perçus par une mère et leurs attributions.....	143
6	Exemple d'une représentation graphique des éléments de satisfaction d'une mère et les secteurs auxquels ils se rapportent	145

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à Monsieur Bertrand Roy, professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, directeur de cette recherche, pour son assistance constante et éclairée. Ces remerciements s'adressent également à Madame Christiane Piché, professeure à l'École de psychologie de l'Université Laval, co-directrice de cette recherche, pour ses conseils judicieux et sa coopération inestimable. Finalement, l'auteure tient à remercier Monsieur Germain Couture, assistant de recherche au GREDEF de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa précieuse collaboration, sa disponibilité et son support.

Introduction

Depuis quelques années, des investissements de temps et d'argent ont été de plus en plus consacrés à la prévention de l'apparition des problèmes de victimisation et de marginalisation chez les jeunes. Quant à la probabilité d'apparition de handicaps au cours de l'enfance, certains auteurs ont identifiés des facteurs de risque bien spécifiques (Kass, Sigman, Bromwich & Parmelee, 1976). Afin d'éliminer ces facteurs de risque ou de diminuer leur impact, plusieurs projets ayant comme fondement la stimulation précoce, l'attention soutenue et des soins appropriés ont été mis de l'avant. Parmi eux, le projet Apprenti-Sage visant la prévention de l'inadaptation scolaire et sociale, a été mis en place à Trois-Rivières et à Shawinigan de 1984 à 1991.

Pour vérifier l'atteinte des objectifs initiaux du programme, une étude d'impact à long terme s'avère nécessaire. Le groupe de recherche dans lequel la présente étude s'intègre a donc comme mandat d'évaluer le projet Apprenti-Sage et d'en étudier les impacts.

Plus spécifiquement, la présente recherche a pour objectif de recueillir, auprès des parents des enfants ayant fait l'objet de l'intervention, leur perception de l'impact du projet ainsi que leur appréciation des services reçus. Cette étude a la particularité de colliger les impacts perçus par les parents à partir d'une méthode qualitative plutôt que quantitative, comme c'est généralement le cas. À ceci s'ajoute une étude de satisfaction, toujours de nature qualitative, permettant l'établissement de liens entre les impacts perçus et les éléments de satisfaction ou

d'insatisfaction. La relation entre ces types de données confère également un caractère particulier à cette recherche.

Le premier chapitre présente des notions plus théoriques sur l'évaluation de programme, la description du projet Apprenti-Sage dans ses grandes lignes, l'évaluation qualitative et la recension des écrits sur les études de la perception par les parents de l'impact d'un programme ainsi que sur les études de satisfaction.

Le chapitre 2 décrit la méthode employée, c'est-à-dire la procédure et l'instrument utilisé pour la cueillette des données ainsi que les sujets concernés.

Le troisième chapitre s'attarde au traitement des données et aux résultats.

Finalement, la partie «discussion» permet de commenter les résultats.

Chapitre 1

Contexte théorique et expérimental

Ce premier chapitre expose tout d'abord un bref historique, la nature de l'évaluation de programme ainsi que son développement. Quelques définitions se rapportant à ce concept ainsi que ses buts sont aussi présentés. Le projet Apprenti-Sage, faisant l'objet d'une évaluation dans la présente recherche, est par la suite détaillé. Dans un autre temps, les apports de l'évaluation qualitative sont expliqués; plus spécifiquement, la place de la perception des parents dans le processus d'évaluation est accentuée. Le concept de satisfaction est par la suite défini et expliqué. Les diverses critiques aux études de satisfaction sont décrites ainsi que les objections à ces critiques. Des appuis additionnels aux études de satisfaction sont apportés. En fin de chapitre, la revue de la documentation guide la formulation des questions relatives à la présente recherche.

L'Évaluation de Programme

Depuis le début des programmes fournissant des services au public, une préoccupation constante est d'en démontrer l'efficacité. Ainsi, il n'est pas étonnant de constater que les recherches évaluatives se sont développées parallèlement au mouvement de service public. L'histoire des recherches évaluatives reflète une combinaison de trois facteurs majeurs: (1) la nature des problèmes sociaux du temps; (2) l'organisation administrative des services publics en cours; et (3) la structure et le fonctionnement de la société, incluant les valeurs courantes (Suchman, 1967). L'état des connaissances des principes et des procédures des recherches évaluatives affecte également la quantité et la qualité des évaluations.

Un bref historique

C'est dans les secteurs de la santé et de l'éducation que l'on retrouve, avant la guerre 1914-18, les premiers efforts concernant l'évaluation de programmes (Rossi & Freeman, 1989). Dans les années 1930, alors que les évaluations devenaient de plus en plus fréquentes, de nombreux scientifiques en sciences sociales insistent pour que des méthodes rigoureuses soient appliquées pour évaluer les programmes communautaires. À partir de ce moment, la recherche appliquée en sciences sociales croît à un rythme accéléré. Durant la deuxième guerre mondiale, on se sert de l'évaluation pour surveiller le moral des soldats et des civils ainsi que pour évaluer les politiques d'emploi et les techniques de propagande. Une série de petites recherches se déroulent simultanément pour évaluer l'efficacité du contrôle des prix et des tentatives de modification des habitudes alimentaires des Américains.

Les théories et pratiques de l'évaluation des années 1960 ont été influencées par des travaux antérieurs, spécialement ceux de Tyler (1935) en éducation, Lewin (1948) en psychologie et Lazarsfeld (1955) en sociologie (voir Shadish, Cook & Leviton, 1991). Elles proviennent également de la rapide croissance économique qui survient après la deuxième guerre mondiale. Durant cette période, le gouvernement des États-Unis prend un rôle interventionniste. On voit surgir des programmes à grande échelle pour répondre aux besoins du développement urbain, du logement, de l'éducation technologique et culturelle, de l'entraînement professionnel et des activités de santé préventives (Rossi & Freeman, 1989). Les dépenses encourues étant très importantes, on réclame beaucoup d'information sur les résultats de ces programmes. À la fin des années 50, les évaluations de programme à grande échelle étaient chose

courante dans les pays industrialisés (États-Unis, Europe et autres) et même dans certaines nations moins développées. Les connaissances sur les méthodes de recherches sociales, incluant les sondages et les procédures statistiques complexes, s'étaient répandues. Dans les années 60, la plupart des programmes sociaux tentant de réduire les effets de la pauvreté sur l'éducation, la sécurité du revenu, le logement, la santé et la justice sont lancés à la hâte, avec de grandes attentes et des investissements financiers énormes (Shadish & al., 1991). Malheureusement une bonne partie de ces programmes, souvent mis en place précipitamment, ont été pauvrement conçus, implantés incorrectement et administrés de façon inefficace. Posavac et Carey (1992) considèrent que ces tentatives ambitieuses, bienveillantes mais dispendieuses pour lutter contre les effets de la pauvreté ont été relativement inefficaces. Ces résultats, démontrant l'efficacité limitée et suscitant des interrogations sur le ratio bénéfices/coûts, ont démontré l'importance d'évaluer un programme avant de le mettre en place de façon permanente ou de le diffuser (Rossi & Freeman, 1989). Souvent, seules des évaluations superficielles et symboliques sont entreprises. On retrouve aussi des programmes dont la durée est continuellement prolongée avant même qu'il n'y ait de la documentation sur leur efficacité. C'est au cours des années 70 qu'une attention considérable est portée à ce sujet (Posavac & Carey, 1992). La prolifération de publications, de sessions de formation et de conférences ainsi que la formation d'associations professionnelles sur la recherche évaluative témoignent des développements rapides qui sont survenus par la suite. Ces efforts avaient, et ont encore aujourd'hui, pour but d'améliorer, de raffiner et de promouvoir les activités évaluatives.

Quelques définitions

Selon Nadeau (1981), l'évaluation consiste en l'utilisation de la méthode scientifique pour colliger les données concernant le degré d'atteinte d'un effet désiré par une activité spécifique. Il considère que l'évaluation comporte la formulation de jugements sur la valeur des méthodes et du matériel utilisés dans un but précis. Pour Patton (1986), l'évaluation de programme est une collecte systématique d'information à propos des activités, des caractéristiques et des résultats d'un programme devant être utilisée par des gens spécifiques pour réduire des incertitudes, améliorer l'efficacité et prendre des décisions relatives aux réalisations et à l'influence de ce programme. Suchman (1967) définit l'impact d'un programme comme la force de l'influence exercée sur les individus soumis à un programme ou à une activité. Cet impact peut être considérable, affectant de façon marquée les pensées et les actions des gens concernés. Cependant, le programme ou l'activité peuvent être jugés inefficaces si l'impact est confiné à une petite partie du groupe que l'on tentait d'atteindre et d'influencer. L'évaluation de l'impact, pour sa part, a été définie comme l'évaluation du degré de changement causé par un programme dans une direction désirée chez une population-cible (Rossi & Freeman, 1989). Ce concept implique un ensemble d'objectifs spécifiques définis opérationnellement et des critères de succès.

Les buts de l'évaluation

L'évaluation a souvent été catégorisée de façon dichotomique en fonction de ses buts sommatifs ou formatifs. Le but de l'évaluation sommative est de déterminer l'efficacité des programmes (Hauser-Cram, 1990; Patton, 1986). Ce type d'évaluation

tente de vérifier si les buts du programme ont été atteints en termes de gains positifs pour les participants (Hauser-Cram, 1990). L'information recueillie concerne les éléments variés du programme, le processus et les résultats. Elle est particulièrement importante dans les prises de décisions à propos de la poursuite d'un programme expérimental ou d'un projet de démonstration (Patton, 1986). Cette évaluation est souvent utile aux fournisseurs de fonds. Au niveau de la méthode, elle privilégie le devis expérimental. Les résultats sont donc mesurés statistiquement. Cette évaluation est orientée vers les conclusions.

L'évaluation formative met l'accent sur les façons d'améliorer les programmes au moment de leur développement initial ainsi qu'à n'importe quel moment de leur évolution (Hauser-Cram, 1990; Patton, 1986). Ces évaluations fournissent de l'information particulièrement utile aux administrateurs, aux fournisseurs de services, aux employés et aux participants. Les visites du site, l'observation directe des activités du programme et l'entrevue en profondeur sont les méthodes préconisées par cette forme d'évaluation (Patton, 1986). Cette dernière est orientée vers l'action.

Cette dichotomie a cependant été critiquée pour son caractère trop simpliste. Selon Beer et Bloomer (1986), même si cette distinction a le mérite d'avoir attiré l'attention sur le processus et l'impact, elle ne fournit pas à elle seule de conseils pour planifier et conduire une telle évaluation. Ces auteures suggèrent plutôt l'utilisation de différents types d'évaluation selon trois niveaux. Le premier est associé aux programmes au stade de projets-pilotes, le second aux programmes déjà implantés et le troisième aux suivis des programmes complétés en ce qui concerne leur pertinence et leur utilité. Chacun de ces niveaux tente de répondre à une question précise. Le

premier s'efforce de savoir quelles sont les révisions majeures qui sont nécessaires avant la mise en place du programme. Le second niveau cherche à savoir si les participants ont atteint les objectifs fixés par le programme et s'il répond aux besoins des participants. Le dernier niveau veut vérifier si les participants utilisent ce qu'ils ont appris dans le programme, quels sont les objectifs transmis ou non et, dans ce dernier cas, pourquoi il en est ainsi. Comme la présente étude est un suivi de recherche, le troisième niveau s'applique ici. Celui-ci sera maintenant détaillé davantage. Ce troisième niveau comporte, tel que mentionné précédemment, l'évaluation des transferts des habiletés, connaissances ou attitudes du programme à la vie quotidienne (Beer & Bloomer, 1986). On retrouve donc en priorité des aspects de l'évaluation sommative (la décision de continuer ou d'interrompre le programme) et également des aspects formatifs (la possibilité que le programme soit encore modifié, si nécessaire, pour continuer à être offert dans une certaine forme). Ainsi, les résultats de cette évaluation valideront le programme actuel ou mettront en lumière les révisions nécessaires pour satisfaire les besoins des participants. Ce type d'évaluation identifie les problèmes, distingue les recommandations qui doivent prévaloir et remet en question la pertinence des objectifs. Les collectes de données associées à ces informations sont l'observation des participants dans une situation réelle, la table ronde, l'entrevue ou les questionnaires par la poste. Ces dernières méthodes sont utilisés avec les participants-mêmes et avec leurs proches.

La prochaine section décrit le programme évalué dans la présente étude. Cette description permet de comprendre l'orientation du suivi de recherche qui est présenté par la suite.

Le Projet Apprenti-Sage

Le projet d'intervention précoce évalué dans cette recherche se nomme Apprenti-Sage et a été mis en place en 1984 (Piché, Roy & Couture, 1992). Cette étude longitudinale avait pour objectif premier d'étudier un problème potentiel: l'évolution d'un groupe d'enfants à risque élevé de développer des difficultés à caractère scolaire et social. Elle devait ensuite tenter de diminuer l'intensité du problème par une intervention précoce avant qu'il ne se manifeste à l'intérieur d'une structure sociale, l'école, et finalement, évaluer l'efficacité de cette intervention. Pour participer à ce programme, des familles dont les enfants cibles étaient âgés entre 4 et 15 mois ont été recrutées puis réparties comme suit : un groupe à hauts risques psychosociaux faisant l'objet d'une intervention (projet Apprenti-Sage) (groupe expérimental: N=35), un groupe d'enfants comparables pouvant bénéficier des services gouvernementaux habituels (groupe contrôle: N=35) et un groupe d'enfants non à risque (groupe témoin: N=32). Le critère d'inclusion dans les deux groupes à risque était la présence de quatre facteurs de risque¹ ou plus. Le devis de recherche est

¹ Les facteurs de risque retenus:

- a) Facteurs relatifs à la grossesse et à la naissance: prématurité ou petit poids à terme; maladie néonatale, traumatisme ou malformation congénitale; maladie de la mère pendant la grossesse; stress important pendant la grossesse (départ du conjoint, décès, perte de revenu, grossesse multiple).
- b) Facteurs relatifs au parentage:
antécédents: mère adolescente; parents ayant été placés en famille d'accueil pendant leur enfance ou leur adolescence; parents ayant séjourné en institution de réadaptation; parents ayant été traités pour maladie nerveuse.
actuels: séparation mère-enfant prolongée; besoin de support formel (C.S.S., C.L.S.C., ou autre); autres enfants placés en famille d'accueil; autres enfants éprouvant des difficultés d'adaptation scolaire; enfants ayant fait l'objet de mesures de la part de la Direction de la Protection de la Jeunesse.
- c) Facteurs relatifs à la situation économique: faible revenu; statut d'emploi faible; niveau de scolarité faible; monoparentalité.
- d) Facteurs relatifs au climat familial: maladie chronique ou handicap important d'un membre de la famille immédiate; violence du conjoint; consommation abusive de drogues ou d'alcool; démêlés avec la justice (délinquance et violence du milieu); isolement de la famille et faible support social.

quasi expérimental puisque les enfants à risque n'ont pas été répartis aléatoirement dans les groupes expérimental et contrôle.

Les enfants du groupe expérimental ont fréquenté le pavillon Reynald-Rivard, un centre de jour offrant des services préscolaires, deux jours par semaine jusqu'à leur entrée en maternelle. À ce moment, le nombre d'enfants participant toujours au projet était de 26 pour le groupe expérimental, 25 pour le groupe contrôle et 30 pour le groupe témoin. La diminution du nombre de participants au cours des années est attribuable aux éléments suivants: déménagement en dehors du territoire desservi, refus des parents de poursuivre leur participation lorsque confrontés à des pratiques négligentes ou abusives envers leur enfant, exclusion de sujets en raison de problèmes médicaux graves nécessitant des soins spécialisés et décès d'enfants.

Des psychotechniciens qualifiés ont évalué les enfants des trois groupes à tous les six mois, dès leur entrée dans le programme. Les évaluations s'effectuaient à domicile et portaient sur le développement intellectuel (en utilisant le Bayley et le Stanford-Binet) et le développement socio-affectif (Vineland). À chaque année, la qualité de l'environnement familial a été évaluée à l'aide du HOME.

L'équipe d'intervention était composée d'une coordonnatrice de la programmation-intervenante, d'un superviseur de l'intervention en milieu familial, de psychotechniciens (personnel rattaché à la recherche), de deux intervenantes et de deux préposées aux bénéficiaires (personnel rattaché à l'institution).

Intervention auprès des enfants du groupe expérimental

Les enfants du groupe expérimental fréquentaient le centre de jour 2 journées par semaine, 11 mois par année. Ils étaient recueillis à leur domicile et véhiculés par minibus. En plus du chauffeur, il y avait toujours une intervenante présente lors du transport des enfants afin de veiller à leur sécurité et de maintenir une discipline. À chaque jour de fréquentation, les enfants passaient 6 heures au Pavillon, réparties entre l'avant-midi et l'après-midi. Le dîner et les collations leur étaient offerts gratuitement.

La durée moyenne de fréquentation pour l'ensemble du groupe atteint presque 4 ans. Le même intervenant était assigné à un enfant pour toute la durée du programme afin de faciliter l'établissement et le maintien d'une relation de confiance. Par contre, sur les trois postes d'intervenantes, un poste a été occupé par différentes personnes au cours du projet. C'est pourquoi, quelques familles se sont vues attribuer plus d'une intervenante.

Le programme d'intervention avait été conçu en tenant compte du développement global de l'enfant. Les activités destinées aux enfants étaient donc susceptibles de les aider à devenir compétents sur les plans perceptivo-moteur, sensoriel, cognitif, social et affectif.

Des profils développementaux ont été établis pour chacun des enfants dès les premiers mois d'application du programme. Ces évaluations servaient à déterminer leurs forces et faiblesses individuelles afin de planifier et de réajuster l'intervention en

conséquence pour chaque enfant. De plus, la programmation des activités était établie en fonction des besoins généraux relatifs à chacun des stades de développement traversés par les enfants. Enfin, une attention particulière a été accordée aux enfants afin de leur procurer des conditions de vie susceptibles de combler les lacunes et les carences inhérentes à leur situation d'enfants à risque.

Ainsi, dès le début du projet, l'établissement d'un lien affectif stable entre l'enfant et l'intervenante s'avérait d'une grande importance. La stabilité de ce lien a pu s'établir par une routine dans les activités quotidiennes (bains, périodes de repas et de jeux, siestes, changements de couches) et de longs moments à bercer chaque enfant ou à lui raconter des histoires. De plus, chacun des enfants s'était vu attribuer un jouet-réconfort dont il avait l'usage exclusif. Au cours des deux premières années de fréquentation du programme, l'accent a aussi été mis sur le développement du langage. Les nombreuses expériences structurées et les réactions d'approbation et de plaisir des intervenantes envers les enfants ont permis à plusieurs de ces derniers de réactiver les processus exploratoires qui paraissaient inhibés.

Au début de la troisième année d'intervention, les enfants ont bénéficié conjointement de sessions intensives axées sur le développement psychomoteur et d'un apport vitaminique fourni en vue de pallier aux lacunes de l'alimentation à domicile. Comme plusieurs de ces enfants sont élevés dans un espace restreint les limitant dans l'exploration de leur environnement, ce type d'activités a eu rapidement des répercussions sur d'autres aspects du développement (cognition, autonomie, développement socio-affectif).

Finalement, lors de la quatrième année d'intervention, la préoccupation importante des intervenants a été de préparer les enfants au milieu scolaire. Ceci a été mis en place par des activités préalables à la lecture, l'écriture et aux mathématiques en plus d'inclure des interactions avec l'ordinateur. Les notions de politesse, de bonnes manières et d'écoute des consignes étaient aussi au programme.

Intervention auprès des parents de groupe expérimental

L'intervenante qui était affectée à l'enfant avait aussi pour charge de maintenir le lien entre le pavillon et la famille. Par des visites à domicile, environ aux deux mois (plus souvent en période de crise ou selon les besoins de la famille), l'intervenante informait les parents du développement de leur enfant au moyen d'un profil développemental complété au Centre. De plus, elle discutait avec eux des divers besoins de l'enfant au niveau de l'alimentation, de l'hygiène, des activités sensorimotrices, de l'affectivité, de la motricité globale, du langage, etc. Ceci permettait à l'intervenante de recueillir des informations sur le climat familial et sur les comportements de l'enfant dans son milieu naturel. Comme les pères étaient soit absents, soit présents sporadiquement, les contacts ont été entretenus surtout avec les mères. Au cours de ces rencontres, la mère était conseillée et aidée par l'intervenante, dans ses pratiques éducatives et ses attitudes face à l'enfant.

C'est ainsi que dans plusieurs cas, un lien privilégié s'est établi entre la mère et l'intervenante. La mère pouvait ainsi discuter avec l'intervenante de ses problèmes personnels (relations avec le conjoint, la belle-famille, problèmes de santé, retour aux

études, démarches pour trouver un emploi, etc.) tout en ayant un soutien affectif. Par contre, dans certains milieux, la relation de confiance n'a jamais été établie, limitant la collaboration des parents ou, pis encore, l'annihilant complètement. Dans certains cas où la sécurité de l'enfant était compromise, les intervenantes ont dû entreprendre et maintenir des contacts avec divers intervenants sociaux (D.P.J., C.S.S.). Lorsque des enfants ont dû être placés en centre d'accueil, la fréquentation du service a tout de même été maintenue. Dans pareils cas, le centre a établi des contacts avec les parents d'accueil et a entretenu les liens avec les parents naturels.

Un autre mode d'intervention a aussi été employé auprès des parents: les rencontres de groupe. Ces rencontres avaient également lieu au pavillon Reynald-Rivard, approximativement aux deux mois, et alternaient avec les rencontres à domicile. Elles visaient à informer les parents sur différents aspects du développement de l'enfant et à leur permettre de discuter entre eux de ces sujets. Le déroulement des rencontres a été modifié en cours d'intervention. Au départ, une douzaine de parents étaient invités et ils assistaient à une présentation faite par le superviseur de l'intervention en milieu familial, accompagné des intervenantes. À la demande des parents, la formule a été modifiée afin de diminuer le nombre de parents présents à chaque rencontre. Ils venaient donc trois ou quatre à la fois, regroupés selon leurs affinités. De plus, le déroulement des rencontres a été remanié de façon à permettre aux parents d'être en interaction avec leur enfant, sous supervision, pendant une partie de la réunion. Le contenu des rencontres était axé sur les besoins des enfants et les façons de bien y répondre.

Entre ces rencontres de groupe et les visites planifiées à domicile, le centre maintenait le contact avec la famille au moyen d'appels téléphoniques. Qui plus est, des visites impromptues en milieu familial pouvaient être faites si des changements soudains de comportements survenaient chez l'enfant ou si celui-ci fournissait des informations au sujet du climat familial.

En cours d'intervention, les parents avaient aussi l'occasion de rencontrer le psychologue de l'équipe dans une perspective de counseling personnel.

Résultats sommaires

Les résultats obtenus à la fin de la période d'intervention indiquent que les enfants du groupe expérimental ont atteint et maintenu un développement intellectuel (Bayley et Stanford-Binet) significativement supérieur à celui du groupe contrôle (Piché & al., 1992). Au plan du développement social-affectif (Vineland) aucune différence significative entre les deux groupes à risque n'a été constatée. Toutefois, après un an d'intervention, les filles ayant participé au programme présentent plus de comportements prosociaux et moins de comportements agressifs (Questionnaire d'Évaluation des Comportements au Préscolaire) que les filles du groupe contrôle. Au niveau familial (HOME), aucune différence significative n'a été repérée globalement; cependant la qualité de l'interaction s'est significativement améliorée entre les enfants et les mères du groupe expérimental. Par ailleurs, ces dernières sont ressorties comme étant plus stressées tant sur le plan psychologique

(Mesure du Stress Psychologique) que dans l'exercice de leur rôle parental (Index de Stress Parental).

Résultats sommaires du suivi de recherche

L'étude d'impact a démontré qu'au niveau du développement intellectuel, tel que mesuré par le Stanford-Binet, les effets du programmes se maintiennent quatre ans après la fin de l'intervention. Les enfants du groupe expérimental obtiennent donc des résultats significativement plus élevés que ceux du groupe contrôle même si l'écart entre les deux groupes tend à diminuer.

Pour ce qui est de l'évaluation du comportement en classe, les résultats au Conners' Teacher Rating Scale (CTRS) indiquent que les enfants qui ont participé au programme d'intervention manifestent davantage de problèmes de comportement en classe notamment en ce qui a trait à la manifestation d'hyperactivité, de problèmes de conduite et de problèmes d'attention. Le comportement de l'enfant a aussi été évalué par la mère à l'aide du Conners Parent Rating Scale (CPRS). Deux évaluations ont eu lieu soit vers la fin des années scolaires 91-92 et 92-93. Lors de la première évaluation, aucune différence significative entre les groupes expérimental et contrôle n'a été observée, tant chez les garçons que chez les filles. La seconde évaluation donne sensiblement les mêmes résultats. Cependant, les filles du groupe expérimental présentent des scores significativement plus élevés à l'échelle «Difficultés d'apprentissage». Les résultats laissent donc croire à une absence d'effet du programme en ce qui concerne l'adaptation comportementale des enfants.

L'adaptation scolaire a fait aussi l'objet d'étude. Cette mesure renvoie à l'attribution de services d'adaptation scolaire aux enfants de l'échantillon, ou encore aux mesures leur étant destinées dans le milieu scolaire en raison de difficultés d'adaptation. Au cours des trois années couvertes par l'étude d'impact, 60% des enfants du groupe expérimental ont reçus des services d'adaptation scolaire tandis que cette proportion atteint 54,2% pour le groupe contrôle. Ces résultats similaires indiquent que le programme n'a pas eu d'effet à moyen terme sur l'adaptation scolaire des enfants.

En résumé, le seul effet positif observé chez les enfants expérimental, quatre ans après la fin du programme d'intervention précoce, est une amélioration du développement intellectuel par rapport au groupe d'enfants contrôle. La prévention des difficultés d'adaptation scolaire ne s'est pas concrétisée selon les résultats de cette étude.

La présente étude s'inscrit à l'intérieur d'un suivi de recherche conduit par un groupe de recherche. La tâche de l'évaluation a donc été répartie dans le groupe. Comme il a été décrit antérieurement, les résultats quantitatifs concernant l'impact du programme sont déjà connus. Alors, la présente étude a pour objectif de documenter les aspects plus qualitatifs. La prochaine section traitera par conséquent de l'importance de recueillir des informations quantitatives et qualitatives, puis, plus spécifiquement, de la valeur des données qualitatives dans l'évaluation de programmes d'intervention précoce.

La Valeur des Données Qualitatives dans l'Évaluation

De multiples critiques ont été faites sur les devis d'évaluation pour les programmes d'intervention précoce. Selon Smith (1986), on retrouve dans ces critiques la présomption que l'étude expérimentale de l'impact du traitement est la méthode d'évaluation la plus acceptable. Gray et Wandersman (1980) considèrent cette méthode trop restrictive en ce qui concerne l'évaluation des interventions à domicile. Smith (1986) ajoute que, même si les études expérimentales sont reconnues importantes, il arrive dans certains cas qu'elles soient irréalisables ou non appropriées. C'est le cas pour les évaluations qui tentent de répondre à des questions se rapportant à la valeur ou à la qualité d'un programme comme: «quel est le coût du programme», «est-ce que le traitement a été effectué comme prévu?», «est-ce que les parents soutiennent le programme et sentent que celui-ci aide leur enfant?».

Par surcroît, lorsque les évaluations de programme sont conçues selon la méthode expérimentale, plusieurs problèmes peuvent survenir (Korteland & Cornwell, 1991). D'abord, les pourvoyeurs de services peuvent faire face à un problème d'éthique puisque, au nom de la rigueur scientifique, ils n'offrent alors des services qu'à une partie de la population (Greene, 1994; Korteland & Cornwell, 1991). Ensuite, le nombre de clients servis par les programmes est généralement trop petit pour garantir l'utilisation adéquate des techniques statistiques traditionnelles (Korteland & Cornwell, 1991). Et finalement, les petits échantillons ne permettent pas de conclure que leurs caractéristiques sont distribuées selon la loi normale.

Compte tenu de ces observations, plusieurs considèrent que les évaluateurs doivent combiner les stratégies quantitatives et qualitatives (Caro & Derevensky, 1991; Korteland & Cornwell, 1991; Ramey, Krauss & Simeonsson, 1989; Gray & Wandersman, 1980). La combinaison des ces données peut servir à déterminer les besoins de la famille, à découvrir ce que les usagers estiment comme les variables importantes dans le programme et à établir l'efficacité de l'intervention (Eayrs & Jones, 1992).

Dans le cas des méthodes qualitatives, Greene (1994) soutient que ces méthodes sont compatibles avec les autres méthodes d'évaluation de programme et qu'elles ont beaucoup à offrir étant donné leur approche idéologique ouverte. Ainsi, elles peuvent donner la parole aux groupes normalement silencieux, renseigner sur ce qui est ordinairement caché et aider les évaluateurs à mettre en lumière d'autres voies possibles ou des plans d'action.

Dans le contexte plus précis des programmes d'intervention précoce, Korteland et Cornwell (1991) considèrent que les recherches qualitatives utilisant les études de cas, les observations et les techniques d'entrevues peuvent être soigneusement développées pour évaluer les composantes du programme et les effets de l'intervention sur les familles.

Pourtant, dans le processus global d'évaluation, on fait abondamment confiance aux mesures de quotient intellectuel et de quotient développemental de l'enfant comme méthode principale pour évaluer l'impact d'un programme (Upshur, 1988).

Cette pratique a été critiquée premièrement pour ses limites dans l'évaluation de l'enfant (Sheehan & Keogh, 1981; Travers & Light, 1982; Zigler & Balla, 1982). Les enfants pauvres et les minorités réussissent moins bien ces tests comparativement aux autres enfants, ce qui est qualifié de biais culturel par Travers et Light (1982). De leurs côtés, Sheehan et Keogh (1981) rapportent que les données recueillies par ces mesures traditionnelles peuvent être réellement influencées par les variations du temps, de l'environnement, de la source d'information utilisée et de la formation professionnelle de l'évaluateur. Ils ajoutent que ces mesures manquent de flexibilité, ce qui est essentiel pour examiner les effets de l'intervention précoce. Zigler et Balla (1982) abondent dans le même sens en reprochant aux mesures du quotient intellectuel de ne pas être sensibles aux petites quantités de changements qui surviennent chez les enfants sévèrement handicapés.

Deuxièmement, cette pratique ne fait pas l'unanimité compte tenu de son incapacité à évaluer l'impact sur la famille (Simeonsson, Cooper & Scheiner, 1982; Travers & Light, 1982; Zigler & Balla, 1982). En effet, Korteland et Cornwell (1991) soutiennent qu'il faut éviter de tirer des conclusions concernant la famille à partir de mesures conçues pour évaluer le développement de l'enfant. De même, Travers et Light (1982) affirment que le fait de focaliser l'évaluation sur les traits individuels, tel que le QI, éloigne de l'impact sur le fonctionnement de la famille. Ces impacts sont d'une grande importance puisqu'ils ne sont pas bons seulement en eux-mêmes, mais peuvent, par leurs retombées, bénéficier à l'enfant.

Dans le même sens, les programmes ayant les parents comme cible d'intervention, ne peuvent généraliser leurs résultats aux autres membres de la famille.

À ce propos, Harman et Brim (1980) se sont penchés sur les programmes d'éducation des parents qui sont destinés à avoir un impact sur leurs pratiques éducatives et, en conséquence, à produire des résultats bénéfiques sur l'un ou l'autre des aspects du développement de l'enfant. Ils recommandent que les programmes d'éducation aux parents ne soient jugés efficaces que si les améliorations sont documentées chez l'enfant aussi bien que chez le parent. Comme l'enfant est sujet à de nombreuses influences, le fait d'isoler une de ses caractéristiques et de la relier à l'éducation du parent devient extrêmement compliqué. Même si le principe général veut que les comportements d'un parent envers son enfant l'influencent dans son développement, ceci demeure un axiome général ne pouvant être détaillé suffisamment dans les recherches actuelles. Ainsi, à moins qu'une évaluation ne démontre une corrélation entre l'éducation du parent et le développement de l'enfant, l'efficacité ultime du programme ne peut être établie avec certitude.

Comme il a été vu précédemment, évaluer seulement les personnes-cibles d'une intervention comporte des limites puisque les influences d'un programme peuvent survenir non seulement chez ces dernières, mais aussi chez ceux qui les entourent. Les recherches dans ce domaine sont pourtant relativement rares. En effet, Simeonsson et al. (1982), dans une revue et une analyse de l'efficacité des programmes d'intervention précoce, indiquent que seulement une étude sur 27 avait inclus des mesures s'étendant au-delà de l'enfant, c'est-à-dire sur la famille ou la fratrie. Ils soutiennent que les mesures doivent être augmentées dans ce secteur puisque les changements dans l'ajustement et le fonctionnement des parents et de la fratrie constituent une mesure appropriée et essentielle de l'efficacité, spécialement lorsque l'unité familiale est un objectif de l'intervention. Dans le même sens, Hauser-

Cram (1988), dans une méta-analyse de l'impact de 31 programmes d'intervention précoce chez les enfants handicapés, a constaté que les résultats concernant les parents étaient si rares qu'elle devait restreindre son analyse aux résultats des enfants. Cette auteure déplore cette situation car elle croit que les effets les plus marqués de ces programmes peuvent être justement chez les parents. De même, pour Zigler et Balla (1982), inclure, dans une évaluation, les effets possibles sur la famille pourrait fournir la plus grande preuve des bénéfices et de l'efficacité d'un programme. Comme l'expliquent Sheehan et Keogh (1981), les attitudes des parents et leurs perceptions des habiletés des enfants influencent leurs attentes et leurs décisions face à l'éducation. Les changements dans les attentes et les attitudes des parents sont d'importants facteurs dans le développement de l'enfant et méritent de la considération lorsqu'on documente les effets d'un programme .

Conformément à nos conclusions précédentes, la famille ne doit pas être qu'un centre d'intervention mais une source d'information évaluative (Katz, 1989). Comme elle seule est en mesure d'identifier ses besoins (Tingey, 1986), une évaluation qui lui donne la parole, permet de savoir jusqu'à quel point le service répond à ses besoins et ce qu'elle estime important pour fournir un service de qualité (Eayrs & Jones, 1992).

Avant d'examiner plus profondément les évaluations qui donnent aux participants ou à leur entourage la chance de s'exprimer, nous tenterons d'établir la valeur de la perception de ces derniers dans le processus d'évaluation de programme. Étant donné qu'il est question ici de programmes d'intervention précoce, la perception étudiée sera donc celle des parents.

La Perception des Parents de l'Impact du Programme

Selon Denner et Halprin (1974b), il y a une augmentation du nombre de recherches indiquant que même les clients les plus troublés peuvent assumer le rôle de client et faire des déclarations rationnelles et informatives à propos de la qualité du service.

Dans cet ordre d'idées, une recherche de Walter (1971) valide la perception des parents. Cette étude visait à établir l'efficacité d'un programme d'éducation des parents pour modifier les comportements agressifs de leur garçon. À la fin de la période d'intervention, les parents des groupes contrôle et expérimental devaient rapporter les symptômes qu'ils reconnaissaient chez leur enfant. Le chercheur a relevé que les données sur les symptômes des enfants recueillies auprès des parents des deux groupes corroboraient les données récoltées auprès des professionnels.

De plus, selon Weiss (1988), la collecte d'informations en profondeur sur la perception et l'expérience des parents avec le programme est utile pour comprendre comment les résultats du programme se dessinent. Cette collecte permet l'identification des composantes les plus importantes du programme ou les conséquences négatives de la participation. À cet effet, Gray et Wandersman (1980) considèrent que, malgré l'absence possible de mesure adéquate de la perception d'une intervention par les participants, il est tout de même utile de procéder à des entrevues avec les parents. Ainsi, il est possible d'obtenir leurs perceptions des buts du projet, de l'approche utilisée et de ce que devait être leur rôle. De toute évidence, pour comprendre comment une intervention réussit et quand elle échoue, il est nécessaire

d'évaluer les perceptions des participants et d'analyser comment différentes perceptions affectent l'impact de l'intervention.

D'autres croient qu'il est non seulement utile mais essentiel d'interroger les mères sur leurs perceptions de leur expérience avec le programme et ses effets (Andrews & al., 1982). En effet, les entrevues permettent d'identifier les composantes saillantes du groupe critique et d'établir des liens entre les résultats positifs et les composantes du programme. De plus, elles peuvent mettre en lumière les effets des variables dans le processus, tels que de faibles ou de forts taux de rotation d'employés et le rôle du taux d'absentéisme.

La Satisfaction

D'après Lebow (1983), la satisfaction est définie comme l'étendue à laquelle les services répondent aux besoins et aux désirs des clients envers le traitement incluant l'adéquation ressentie du traitement et du milieu environnant. Les aspects spécifiques peuvent inclure les réactions à la qualité des soins, à l'aide apportée par ces soins, à leurs coûts et à leur continuité, à la disponibilité et à l'accessibilité des praticiens et aux services de soutien.

Pour McPhee, Zusman et Joss (1975), un concept hiérarchique et multidimensionnel de la satisfaction est nécessaire pour assurer une mesure valide de celle-ci. La satisfaction envers le coût, l'accessibilité, la compétence professionnelle,

l'interaction client-employé et l'environnement physique doit être considérée en plus des relations traditionnelles de la satisfaction du client envers les résultats du service.

Selon Rees et Wallace (1982), la notion de satisfaction est complexe car elle est liée à une grande variété de facteurs comme le style de vie, les expériences, les attentes et les valeurs. Selon Runciman (1966), les attitudes d'une personne, ses aspirations et ses plaintes dépendent grandement du cadre de référence à l'intérieur duquel elles ont été conçues. Cet auteur croit, lui aussi, que la satisfaction d'une personne, même à son niveau le plus minime, est conditionnée par ses attentes. D'ailleurs, le moyen le plus connu de prendre conscience des avantages de quelqu'un est de comparer sa situation à une autre pire que la sienne. Le style de vie et les expériences passées affectent les attentes d'une personne qui, en retour, influencent son jugement (Rees & Wallace, 1982). Il faut donc garder en mémoire que l'évaluation d'une personne se fait en comparaison à quelque chose d'autre; elle est donc relative.

Plus concrètement, si un client a des expériences antérieures avec d'autres services, il peut utiliser ces expériences passées comme source de comparaison (McPhee & al., 1975). Une personne, au contact d'un service, peut avoir plus d'attentes, ce qui affectera son évaluation. Par exemple, l'attitude plaisante d'un travailleur social ou une meilleure connaissance des services disponibles peuvent faire prendre conscience à un client de l'amélioration possible de sa condition de vie avec la conséquence qu'il sera plus enclin à demander ou à critiquer les services (Rees & Wallace, 1982). Ces facteurs doivent donc être pris en considération sinon la

satisfaction d'un client pourrait être plus liée à un manque de connaissances ou à des attentes limitées qu'à l'efficacité du service.

Comme nous le verrons ultérieurement, mesurer les sentiments des gens présente des problèmes majeurs parce qu'il semble ne pas y avoir de phénomènes clairs et directs qui peuvent servir de critère (Andrews & Withey, 1976). Les comportements des gens et leurs conditions de vie, même s'ils sont liés aux perceptions de bien-être, sont influencés par plusieurs facteurs en plus de leurs sentiments. Ils ne sont donc pas des variables-critères. Tenter de mesurer la satisfaction, c'est tenter de mesurer des sentiments qui, quoiqu'ils soient très réels et importants pour les gens qui les ressentent, demeurent des phénomènes internes et, de façon inhérente, inobservables.

Pour mieux comprendre la dynamique psychologique qui génère l'évaluation affective de la satisfaction et le contenu rattaché à la signification des opinions des répondants, Andrews et Withey (1976) rapportent les modèles suivants: Une personne peut être satisfaite parce que la vie vient juste de s'améliorer. La référence est le passé, ce qui peut être une heure auparavant, hier, etc. Il y a donc comparaison dichotomique de deux états (avant et maintenant) et l'un est mieux que l'autre. Il en résulte donc de la satisfaction. Cette dichotomie peut être par exemple qu'une personne ne se sent pas fatiguée en ce moment mais qu'elle l'était ou encore, qu'elle a du plaisir maintenant tandis qu'elle s'ennuyait auparavant.

Un modèle différent implique la notion d'un idéal. La comparaison s'établit entre ce que la personne possède et son idéal. Une conceptualisation de l'écart entre

l'état actuel et l'état idéal en est retirée. Ainsi une personne peut comparer sa maison ou sa voiture actuelle à sa maison ou sa voiture idéale. Elle conceptualise alors non seulement la direction de la différence (amélioration) mais aussi l'écart qui la sépare de son idéal.

Un troisième modèle de comparaison pourrait être le minimum de caractéristiques incluses plutôt qu'idéales. La personne est satisfaite si elle a, dans sa vie, ce minimum. Une personne peut rêver d'une maison idéale mais, dans la vie de tous les jours, peut être portée à utiliser le portrait d'une maison qui suffit à ses besoins et être très satisfaite si son logement remplit ces conditions minimums. On retrouve ce genre de comparaison lorsque les femmes parlent de leur mari comme étant un bon pourvoyeur ou lorsque des gens disent de leur voiture qu'elle fonctionne encore.

Un autre modèle de comparaison est l'idée d'un point neutre. Au-dessus de ce point, la personne considère que sa situation va mieux et, au-dessous, elle empire. La satisfaction ou l'insatisfaction peut être engendrée par la distance par rapport à ce point neutre. Ce point neutre peut être le milieu d'une étendue comme, par exemple, une échelle salariale dans une organisation ou la médiane de la distribution des honoraires.

Dans ce modèle-ci, l'évaluation dépend de la grandeur du changement. Un individu peut avoir un point idéal ou un point neutre ou les deux mais c'est le progrès ou le taux d'amélioration qui est crucial dans son évaluation. Il peut se révéler satisfait même s'il est loin de son idéal parce qu'il a fait des progrès satisfaisants.

Un point de référence autre peut être la perception d'une norme à propos de la façon présumée que les gens doivent se sentir. Par exemple, les gens devraient être satisfaits avec leur conjoint ou ils devraient être satisfaits de ce qu'ils viennent d'acheter. Ce genre de cadre de référence peut être applicable particulièrement lors des déclarations verbales.

Un dernier modèle peut exister qui n'est pas basé cette fois sur la comparaison de conditions externes ou d'états internes. Les conditions sont appréciées pour elles-mêmes. Dans des conditions amoureuses, par exemple, les questions de comparaisons avec le conjoint idéal ou l'époux moyen ne surviennent pas.

Comme il a été vu précédemment, il y a différentes attitudes et orientations lorsqu'une personne fait l'évaluation de sa propre satisfaction. Les gens ne s'en tiennent pas à un seul cadre de référence mais en utilisent plutôt plusieurs pour définir leur propre satisfaction envers chacun des éléments de leur vie. Il n'y a aucune raison de croire que la population à risque, constituant l'échantillon de la présente recherche, n'utilise pas ces mêmes modèles pour évaluer sa satisfaction. Tous seront donc retenus comme pouvant être utilisés par cette population.

La prochaine section portera sur les critiques et les appuis les plus communément attribués aux études de satisfaction.

Les critiques sur les études de satisfaction

Plusieurs auteurs ont reproché aux recherches sur la satisfaction leur manque de rigueur scientifique. La documentation existante sur ce sujet souligne ainsi plusieurs problèmes qui doivent être surmontés avant que l'étude de la satisfaction puisse représenter une contribution cohérente et productive aux évaluations de programmes.

Nous aborderons chacun de ces problèmes par thème. Pour un sujet donné, nous présenterons les problèmes ainsi que les objections à ces problèmes, s'il y a lieu. Nous retrouverons d'autres appuis aux études de satisfaction subséquemment.

Les problèmes courants sont:

- a) de hauts taux de satisfaction rapportés uniformément.
- b) des instruments inadéquats.
- c) un manque d'attention aux questions de validité et de fidélité.
- d) des échantillons non représentatifs et des taux de réponses subjectifs.
- e) des données sur la satisfaction non corrélées avec les résultats

Hauts taux de satisfaction. L'une des raisons pour se méfier des études de satisfaction est le haut degré de satisfaction rapporté uniformément (Upshur, 1991). En effet, la documentation sur ce sujet note des taux de 70% à 90% de clients satisfaits de divers services (Edwards, Yarvis, Mueller & Langsley, 1978; Woodward, Santa-Barbara, Levin & Epstein, 1978; Gilligan & Wilderman, 1977;

Lebow, 1983). Ces taux de satisfaction sont si élevés que certains affirment qu'ils ne permettent pas de discriminer adéquatement entre les niveaux et les utilités des services (Damkot, Pandiani & Gordon, 1983), alors que d'autres croient qu'on pourrait en écarter la valeur en prétextant qu'ils sont dus à la désirabilité sociale (Larsen, Attikisson, Hargreaves & Nguyen , 1979). À ce sujet, Gutek (1978) remarque que les gens semblent être satisfaits de tout ce que leur demandent les scientifiques. D'ailleurs, les données recueillies par Walter (1971) vont dans cette direction. Son étude tentait d'établir l'efficacité d'un programme d'éducation des parents pour modifier les comportements agressifs de leur fils. Un questionnaire exposant une liste spécifique de symptômes possibles chez l'enfant était alors présenté aux parents des groupes contrôle et placebo. Même si parents du groupe placebo ne rapportaient aucun changement dans les comportements de l'enfant, ils répondaient immanquablement «oui» à la question: «Est-ce que votre enfant s'est amélioré?»

De plus, les hauts taux de satisfaction soulèvent des doutes puisqu'on retrouve une différence entre ces taux et d'autres informations comme les données statistiques et l'opinion des cliniciens. Effectivement, Andrews et Withey (1976), dans une étude de satisfaction par rapport à la vie en général, ont trouvé que seulement 6% des répondants étaient insatisfaits de leur vie en général et 4% étaient insatisfaits dans leur mariage. Or, les cliniciens et les autres intervenants qui travaillent à éliminer l'insatisfaction dans la vie des gens ne sont pas d'accord avec ces chiffres illustrant une grande satisfaction. Les statistiques sur le divorce, selon Gutek (1978), suggèrent également que les taux de satisfaction devraient être plus bas. Cependant, Andrews et Withey (1976) expliquent que, même si le taux de divorce cumulatif (le nombre total de gens divorcés) dans la société est élevé, le nombre de divorces dans une année

s'élève seulement à environ 1%, ce qui représente le quart de leur portrait d'insatisfaction. Il faut considérer également que plusieurs couples changeront de sentiments après des années de mariage et que ceux qui se sentaient très malheureux dans leur union l'ont déjà rompue.

En outre, il a été fréquemment relevé que les clients rapportent de plus hauts taux de satisfaction que ceux anticipés par les travailleurs sociaux (Beck & Jones, 1974; Glampson & Goldberg, 1976). En effet, Glampson et Goldberg (1976), dans une étude sur la satisfaction par rapport aux services de travail social, ont recueilli des taux de satisfaction chez les clients de 73% tandis que seulement 35% des travailleurs sociaux s'attendaient à ce que les clients soient satisfaits de leurs services. Dans une recherche de Beck et Jones tout à fait semblable, les clients se sont évalués globalement «beaucoup mieux», considérablement plus souvent que ne l'ont fait les travailleurs sociaux (32 contre 17).

Aussi, dans plusieurs autres études, il a été observé que les clients et les thérapeutes s'accordent rarement sur la quantité de progrès fait pendant le traitement (Horenstein, Houston & Holmes, 1973; Strupp, Fox & Lessler, 1969; Feifel & Eells, 1963; Denner & Halprin, 1974a). À une exception près (Horenstein & al., 1973), les recherches ont montré que les clients tendent généralement à être plus enthousiastes dans leur évaluation que les thérapeutes (Denner & Halprin, 1974a; Strupp & al., 1964). Selon l'étude réalisée en 1964 par Strupp et al., un nombre tout de même appréciable de sujets (15 sur 131) se sont dit hautement satisfaits malgré le fait que les cliniciens avaient estimé leur succès comme minimal. Dans la recherche de Woodward et al. (1978), même si la satisfaction a été corrélée aux résultats positifs,

30% des familles satisfaites ont échoué à atteindre leur but et 47% des clients insatisfaits ont été jugés comme ayant atteint leur but. Une recherche de Board, chez des patients de psychiatres en 1959, corrobore en partie ces résultats. Les évaluations des médecins et de leurs patients quant au succès ou à l'échec de la psychothérapie étaient en accord dans 67% des cas. Dans la majeure partie des cas de désaccords entre les deux groupes, c'était à nouveau les médecins qui considéraient la thérapie comme un insuccès tandis que les patients sentaient qu'ils avaient été traités avec succès.

Comme on l'a vu précédemment, la majorité des études ayant comparé la perception des résultats des clients et celles des cliniciens ont révélé que ces derniers tendent à être plus prudents dans leurs évaluations que les clients. Ils sont aussi plus enclins à être moins satisfaits de ce qu'ils ont été capables de faire et, souvent, ils sous-estiment le niveau de satisfaction des clients envers le service (Rees & Wallace, 1982). Ces différences dans l'évaluation ont été expliquées tout d'abord par Horenstein et al. (1973). Ces chercheurs soutiennent que dans le cas où les clients rapportent plus de progrès, les thérapeutes peuvent avoir identifié des problèmes supplémentaires (auxquels le client ne fait pas attention) à ceux ayant amené le client à consulter. Tant que le client ne porte pas attention à ces problèmes, leur résolution est le but du thérapeute et non celui du client. Ainsi, il ne serait pas approprié pour le thérapeute de se laisser influencer par l'atteinte (ou l'échec) de ce but dans son évaluation du progrès thérapeutique. Pour Rees et Wallace (1982), deux explications surgissent pour expliquer cette disparité entre les perspectives du client et du thérapeute: (1) les clients et les cliniciens ont différents accès à l'information et (2) leurs perceptions de la nature et du nombre de problèmes requérant de l'attention

différent. Pour ce qui est de la première explication, les thérapeutes n'auraient que rarement des «feed-back» sur la situation du client après la période d'intervention. De plus, lorsque des changements positifs surviennent hors de leur champ de vision, les cliniciens n'en seraient pas toujours conscients. Les résultats de Beck & Jones (1974) appuient cette idée. Ils ont noté que les cliniciens étaient moins conscients des changements survenant au cours des premières entrevues ainsi que dans les relations familiales (changements dans les relations sexuelles et changements chez les membres de la famille qui ne sont pas vus par les travailleurs sociaux). En ce qui a trait à la deuxième explication, toujours selon Rees & Wallace (1982), les cliniciens seraient plus enclins à voir une grande étendue de problèmes que les clients eux-mêmes. Cette affirmation est une fois de plus étayée par les résultats de Beck et Jones (1974). Leur recherche indique que les clients tendaient à être moins conscients que les thérapeutes des problèmes liés à l'adaptation, à la maladie mentale et à l'éducation des enfants. Par surcroît, la définition de ce que constitue une amélioration serait différente pour les thérapeutes et pour les clients (Rees & Wallace, 1982). Les premiers auraient tendance à chercher des changements dans le comportement des parents envers l'enfant ou dans la perception du parent quant à la cause du comportement de l'enfant, tandis que les seconds percevraient une amélioration lorsqu'ils se sentent mieux parce qu'ils ont pu exprimer leurs sentiments.

Dans le même ordre d'idées, les valeurs élevées de satisfaction occasionnent de la méfiance puisqu'on ne retrouve pas de hauts niveaux d'insatisfaction dans des domaines qui sont reconnus pour être insatisfaisants (Gutek, 1978). Par exemple, Gutek en 1978 mentionnent qu'Andrews et Withey (1976) ont trouvé que les gens de faible niveau socio-économique, comparés aux gens de haut niveau socio-

économique, sont plus satisfaits en ce qui concerne leur environnement, l'information médiatique et les dirigeants politiques. Toutefois, en analysant plus profondément cette même étude, on découvre que les gens de faible niveau socio-économique ont rapporté moins de satisfaction que les mieux nantis dans beaucoup plus de domaines (revenu d'emploi, revenu familial, sécurité financière, standards de vie, besoins physiques, santé, plaisir, joie, chance d'avoir un bon emploi, espoir de mieux réussir) comparativement à ceux mentionnés par Gutek (1978). En général, il est ressorti que plus le niveau socio-économique augmente, plus les sentiments de bien-être général comme la satisfaction et le bonheur augmentent aussi.

Ces mêmes auteurs ont relevé une différence entre l'évaluation qu'un sujet fait de sa propre expérience et l'évaluation qu'il fait de celle d'un sujet en général. En effet, lors de cette recherche, il était demandé aux personnes de l'échantillon d'évaluer leur propre satisfaction quant à divers aspects de leur vie. Par la suite, ces gens devaient évaluer la satisfaction de leur plus proche voisin du même sexe quant aux mêmes aspects. Ces personnes, des Américains moyens, ont rapporté que leur vie, en comparaison avec celle de leurs voisins, eux aussi des Américains moyens, était de meilleure qualité. Plus spécifiquement, les répondants tendent à penser que les autres sont moins satisfaits qu'eux-mêmes ne le sont des aspects personnels de la vie et le sont davantage des aspects de la société au niveau local et national, comme par exemple la politique. Cette tendance suggère qu'il y a un biais négatif de la perception des sentiments des autres à propos de leur vie en général.

Dans un autre ordre d'idées, Lebow (1983), dans une revue des recherches sur la satisfaction, a relevé des facteurs pouvant modifier les taux de satisfaction. Ainsi, la

sélection de l'échantillon des répondants, la réactivité, la désirabilité sociale et les tentatives des clients pour conserver leurs intérêts personnels gonflent probablement tous ces taux. Cependant, leur gonflement est compensé, du même coup, par plusieurs facteurs qui les font baisser. En effet, étant donné que les études de satisfaction concernent la plupart du temps des services publics, les clients qui fréquentent ces services ont souvent des attentes irréalistes à propos du traitement et ont rarement le choix du praticien et du type de traitement.

Instruments utilisés. Plusieurs reprochent aux études sur la satisfaction la tendance qu'ont leurs auteurs à inventer leur propre questionnaire ou à modifier les échelles existantes pour répondre aux besoins de leur projet, produit ou service (Banspach, 1986; Tanner, 1981; Larsen & al., 1979). Le danger encouru avec cette méthode, d'après eux, est l'inhabitabilité à généraliser les résultats d'une étude particulière à d'autres recherches similaires qui utilisent des questionnaires différents. D'après Larsen et al. (1979), les niveaux de satisfaction en terme absolu et en isolation des autres données sont sans signification. La comparaison des données avec d'autres données semblables est donc essentielle pour leur donner un sens. Par exemple, que peut-on conclure si on obtient un score moyen de 70 sur une échelle de 1 à 100 avec un écart-type de 10? Ces auteurs considèrent qu'il peut-être trompeur de tirer une conclusion à partir de ces chiffres. Par contre, si sur la même échelle, avec un échantillon comparable, on obtient un second score, alors les taux de satisfaction de ces deux populations mènent à des conclusions plus sérieuses. On ne peut donc pas faire des comparaisons valides et significatives entre différents programmes ou des

composantes d'un même programme lorsque la méthode de collecte des données ou les instruments diffèrent d'une situation à l'autre.

Validité et fidélité. Comme les instruments pour évaluer la satisfaction des clients sont souvent soit construits par le chercheur, soit modifiés pour être adaptés à l'investigation, les questions de validité et de fidélité sont souvent laissées pour compte. Lebow (1983) remet en question l'exactitude des échelles de satisfaction, car les recherches ayant inclus des études de validité sont rares. Il considère que la seule information approfondie à ce sujet concerne la manière dont les mesures de satisfaction corrèlent avec les mesures d'autres concepts connexes. Banspach (1986) ajoute que la fidélité a été évaluée seulement dans une minorité de recherches et que, dans le développement de nouveaux instruments précis, la consistance interne des items sera nécessaire. Pour Nunnally (1978: voir Tanner, 1981) ce sont le peu d'items habituellement utilisés pour mesurer la satisfaction et la distribution anormale des résultats qui risquent de limiter gravement la fidélité de ces études. Aussi, le contenu des items utilisés varie considérablement d'une recherche à l'autre. Certains semblent mesurer la satisfaction générale, d'autres l'efficacité du traitement ou encore ses aspects spécifiques (Tanner, 1981).

Banspach (1986) a mis à l'épreuve différents modèles de mesure de satisfaction. Il ressort de son étude que les mesures de satisfaction globale obtiennent des scores très élevés, sans égard à la qualité ou à la compréhension (connaissance ou perception) des activités du programme. Ces résultats confirment l'effet de halo dans ces recherches sur la satisfaction et le manque de variabilité entre les répondants. Le manque d'utilité de ce modèle général pour juger un programme est donc clair. Par

ailleurs, lorsque la satisfaction a été mesurée à l'aide de composantes spécifiques du programme, les taux de satisfaction discriminaient la qualité et la compréhension des activités d'intervention. Le fait de mesurer la satisfaction à partir des activités spécifiques augmente la validité de contenu et la validité apparente des questions et permet aux participants d'identifier et de lier les activités spécifiques du programme.

Échantillons et taux de réponses. Dans les études sur la satisfaction, il est difficile de s'assurer que l'échantillon est bel et bien représentatif de la population. En fait, dans la plupart des recherches, aucune tentative n'est faite pour comparer les sujets volontaires à participer à l'étude de satisfaction aux non-volontaires. Comme le taux de réponse est généralement autour des 50%, les résultats ne concernant que la moitié de la clientèle peuvent, pour plusieurs, ne pas être des indicateurs valides des attitudes et des caractéristiques des non-répondants (Banspach, 1986; Tanner, 1981; Larsen & al., 1979). Même si dans la majorité des études aucune différence démographique n'a été trouvée entre les deux groupes (Denner & Halprin, 1974a; Flynn, Balch, Lewis & Katz, 1981), dans le secteur de la santé mentale, des caractéristiques reliées au traitement apparaissent en relation avec le taux de réponse (Lebow, 1983). En effet, les traitements des patients qui répondent généralement aux sondages, comparativement aux non-répondants, présentaient certaines caractéristiques particulières. Entre autres, le traitement des répondants incluait la décision mutuelle du thérapeute et du client de terminer le traitement (Denner & Halprin, 1974b; Speer & Zold, 1971), un traitement plus long (Schainblatt, 1980; Strupp & al., 1969; Speer & Zold, 1971; Flynn & al., 1981), de meilleurs résultats (Speer & Zold, 1971) et des honoraires plus élevés (Speer & Zold, 1971). En fait, les informations ont été reçues d'un groupe qui est estimé comme ayant généralement de

meilleures ressources, une meilleure capacité de changer, une meilleure habileté à utiliser le traitement et une meilleure tolérance pour demeurer assez longtemps en traitement (Speer & Zold, 1971). Dans le même sens, Larsen et al. (1979) soutiennent que, comme les clients insatisfaits sont plus portés à abandonner le traitement, le moment de la collecte de données peut déterminer l'étendue et la direction des biais dans les données. Lebow (1983) suggère donc, étant donné les nombreuses différences entre les répondants et les non-répondants, de ne pas faire d'inférence à propos d'une population à moins que la comparabilité des groupes soit démontrée.

Un autre problème associé au taux de réponse est souligné par Lebow (1983) dans sa recension des études sur la satisfaction. Il met en évidence que les taux de réponse obtenus par les recherches en santé mentale affichent une grande variabilité et qu'ils sont reliés au type de collecte de données. Les taux moyens rapportés sont: (a) sondages par la poste: 40%, (b) entrevues par téléphone: 43%, (c) entrevues à la maison du client: 64%, (d) entrevues ou questionnaires présentés en conjonction avec le traitement: 82%. Il signale cependant que les méthodes produisant les plus hauts taux de réponses sont aussi les plus coûteuses et les plus réactives. Il estime que la réactivité du sujet doit être considérée comme une menace à la validité des instruments de satisfaction et aux techniques de collecte des données, énoncé corroboré par Baker (1984).

Les tendances ressortant de quelques recherches suggèrent que d'autres facteurs affectent le taux de réponse. Ces facteurs touchent la mobilité de la population: plus la population est mobile, plus le taux de réponse baisse (Lebow, 1983), le type de traitement à l'étude: les patients externes sont plus enclins à

répondre que les internes (Schainblatt, 1980), l'intervalle de temps entre le traitement et la collecte des données: plus l'intervalle est long, moins les clients sont enclins à répondre (Schainblatt, 1980) ainsi que la longueur et le nombre d'instruments utilisés avec l'échelle de satisfaction: plus l'instrument est long et plus le nombre d'instruments augmente, plus les taux de réponse baissent (Speer & Zold, 1971).

Les données sur la satisfaction et les résultats. Shaw (1984), dans sa recension des recherches sur l'évaluation des consommateurs des services sociaux personnalisés, a noté des différences survenant fréquemment entre la satisfaction et l'aide apportée. En effet, les clients peuvent s'estimer, ou être estimés, comme ayant été aidés, et exprimer de l'insatisfaction envers le service. D'un autre côté, l'absence de preuves concernant l'aide reçue peut coexister avec des expressions de satisfaction. Dans le premier cas, l'évaluation de la satisfaction peut être excessive tandis qu'elle n'exerce qu'une influence relative dans le second (Shaw, 1984). Les expressions de satisfaction des clients n'impliquent pas toujours qu'ils se sentent aidés ou que le service a été utile. De même, les expressions d'insatisfaction ne comportent pas toujours un manque d'aide. Rees et Wallace (1982) citent l'étude de Jordan dans laquelle il a été remarqué que plusieurs clients, fréquentant un département de services sociaux anglais pour la première fois, avaient des sentiments incongrus par rapport à leur expérience. Malgré des résultats désappointants, 13 des 15 répondants ont commenté favorablement les qualités personnelles des travailleurs sociaux. Les clients expliquent cette disparité par la charge de travail ou le manque de ressources auxquels font face les travailleurs sociaux. Ces derniers étaient perçus comme travaillant sous une pression considérable, étant trop occupés, ayant trop de dossiers ou essayant de se débrouiller dans une situation où il y a peu de ressources matérielles. Avec le temps,

les clients avaient tendance à voir les travailleurs sociaux comme davantage victimes de la situation qu'eux-mêmes. Ils étaient donc perçus par les clients comme ayant relativement moins le pouvoir de les aider étant donné les limites de leur situation de travail. En définitive, si les clients en viennent, à cause de la société, à voir les travailleurs sociaux comme ayant moins de pouvoir, cette perception peut avoir pour effet de calmer les frustrations ou le désappointement des clients (Rees & Wallace, 1982). Cette idée que le travailleur social «fait ce qu'il peut» peut expliquer partiellement l'appréciation des clients par rapport à des services.

Lebow (1974) a pour sa part conclu, dans une revue d'évaluations du consommateur dans les soins médicaux généraux, que les niveaux de satisfaction dans différentes recherches étaient généralement élevés et souvent liés à des facteurs autres que l'efficacité des soins prodigués. Entre autres, la quantité d'informations et la quantité de soins reçue par le patient ont été corrélées directement au niveau de satisfaction. En contre partie, pour ce qui est des patients insatisfaits, les facteurs importants pour juger des soins furent l'intérêt personnel du médecin, l'accessibilité des soins et la commodité pour le patient. Edwards et al. (1978) ajoutent que l'insatisfaction du client envers le traitement peut être un indice du besoin de modifier ou d'améliorer certains aspects du service. Toutefois, de hauts taux de satisfaction ne signifient pas nécessairement un impact positif du traitement sur les patients. Un client peut être satisfait du contact, bien qu'il peut avoir perçu peu ou pas de changement dans sa situation; d'où l'importance de la prudence dans l'interprétation des résultats. À cet égard, Hill (1969), dans une étude sur les attentes et la satisfaction des patients en psychothérapie, a remarqué ce manque d'influence significative des attentes des patients sur leur satisfaction.

Dans la même lignée, les taux de satisfaction ne corréleront pas avec d'autres données objectives comme le souligne Gutek (1978). Pour elle, il est évident que les mesures subjectives de satisfaction sont qualitativement différentes des mesures objectives communément utilisées et que la relation entre ces deux types de mesures est faible. Elle cite en exemple, dans le secteur de la satisfaction au travail, une faible relation entre la satisfaction et les mesures d'absentéisme et de roulement d'employés, probablement les deux meilleures mesures d'insatisfaction au travail. Elle conclut alors que les données disponibles suggèrent que la satisfaction du client n'est pas fortement liée aux mesures objectives de l'efficacité du traitement, peu importe lesquelles.

Dans un autre ordre d'idées, Rees et Wallace (1982) considèrent que les chercheurs assument trop souvent que les changements sont reliés aux interventions du travailleur social. Ils estiment qu'il est nécessaire de questionner le client non seulement sur l'amélioration ou la détérioration de sa situation, mais aussi sur ce qui a constitué et ce qui était responsable de ce changement. Ceci permet d'éviter de tirer faussement des conclusions à propos de l'impact d'une intervention à partir des taux de satisfaction. Denner et Halprin (1974a) ont aussi étudié ce concept. Ils ont trouvé que les clients attribuent le changement ou le manque de changement principalement à la clinique dans 16% des cas, en partie à la clinique (42%), en partie à autres choses (30%) et principalement à autres choses (12%).

Aussi, Rees et Wallace (1982), dans une étude de satisfaction par rapport au travail social chez les familles à problèmes multiples, ont trouvé que la satisfaction de ces gens était fortement liée au fait qu'ils reçoivent ou pas l'aide qu'ils attendent ou

veulent. Et ceci, même s'ils n'en reçoivent pas autant qu'ils le voudraient ou qu'elle ne leur parvient pas dans la forme désirée. Ainsi, les gens seraient plus satisfaits du fait de recevoir de l'aide que de l'aide effectivement reçue.

Nous avons vu les différentes critiques fréquemment rapportées face aux études de satisfaction ainsi que quelques-unes des objections que ces critiques soulèvent. Dans la partie suivante, des appuis complémentaires aux objections déjà citées seront exposés.

Appuis additionnels aux études sur la satisfaction

Damkot et al. (1983) réfutent les raisons citées pour ne pas recueillir des données sur la satisfaction. Ils soutiennent que l'affirmation attestant que les données sur la satisfaction du client ne corrèlent pas ou corrèlent négativement avec les résultats n'est pas confirmée dans les écrits. Par surcroît, ils citent des recherches infirmant ce même énoncé. Ainsi, la satisfaction a été corrélée positivement avec l'évaluation du succès par le thérapeute (Balch, Ireland, McWilliams & Lewis, 1977), avec le nombre de contacts avec le service (Frank, Salzman & Fergus, 1977) et avec les résultats du traitement (Larsen & al., 1979).

De plus, une autre recherche a démontré que l'évaluation du succès de la thérapie par les clients a été corrélée positivement avec celle de juges indépendants (Horenstein & al., 1973). Les auteurs concluent que les thérapeutes sont moins précis que des juges indépendants pour évaluer les clients. Ces clients seraient plus en mesure que les thérapeutes d'évaluer le progrès de leur thérapie. Ils savent pourquoi

ils sont venus en thérapie et sont, par conséquent, les mieux placés pour déterminer si les raisons les ayant amenés à consulter existent encore.

Tel que vu précédemment, les gens en général estiment leur expérience plus positivement que ce qui est attendu par d'autres formes d'évaluation. Cette différence ne tient pas compte cependant des gens qui refusent de répondre aux sondages. Strupp et al. (1969), dans une étude sur la perception des patients de leur psychothérapie, ont relevé que les non-répondants tendaient à être plus affectés dans leur fonctionnement psychologique que ceux ayant répondu aux questionnaires. Lebow (1983) a également décelé, par sa recension des écrits sur la satisfaction, une tendance à ce que de plus hauts taux de satisfaction émergent chez la clientèle moins perturbée. Or, on peut supposer que les taux de satisfaction différeraient si les non-répondants donnaient leur opinion.

Par surcroît, Rees et Wallace (1982) notent que les questions globales de satisfaction résultent en des réponses vagues, stéréotypées et comportant peu de critiques. Les questions spécifiques et une entrevue inquisitrice révèlent, pour leur part, des réponses qui tendent à être plus précises, discriminantes et critiques. Plus précisément, dans une étude sur la satisfaction des clients par rapport aux services de travail social, Glampson et Goldberg (1976) ont trouvé qu'en réponse à une question sommaire sur la satisfaction, 73% des clients répondaient positivement. Cependant, quand les chercheurs ont analysé plus en détails les autres composantes de la satisfaction, ils ont trouvé que plus de 40% des gens avaient des plaintes envers le service. Même si les plaintes venaient généralement des insatisfaits, près du quart des clients satisfaits avaient également des plaintes à formuler. De même, Varin et

Rondeau, dans une étude réalisée à Montréal en 1976, ont constaté qu'à mesure que les questions sur l'évaluation des résultats devenaient plus précises et personnelles, les résultats baissaient. L'évaluation des résultats était la plus positive lorsqu'elle faisait référence à des questions d'ordre général. Sur la base de ces données, on peut donc inférer que si les questions sur la satisfaction étaient précises et personnelles, plutôt que globales et générales, elles permettraient davantage d'obtenir des taux de satisfaction représentatifs.

Les études de satisfaction auprès des clients méritent selon Gallagher (1990) une considération plus grande que celle accordée habituellement, surtout lorsqu'on les compare à l'abondance des résultats incertains et très variables obtenus par des mesures objectives. Pour Gutek (1978), comme les gens vivent dans un monde subjectif aussi bien qu'objectif, une part importante de l'efficacité d'une agence est la réaction subjective des clients à son contact. Ainsi la satisfaction ne peut prendre la place d'indicateurs objectifs, non plus que les indicateurs objectifs ne peuvent prendre la place d'indicateurs subjectifs comme la satisfaction.

Beck et Jones (1974) estiment que les clients sont une ressource indispensable dans l'évaluation des résultats d'un service. Ces clients non seulement en savent considérablement plus que les cliniciens sur l'étendue des changements qui sont survenus, mais ils évaluent ces changements selon leur propre perspective plutôt que selon celle de l'agence. Ils sont les mieux placés pour rapporter leurs décisions, actions, réponses, utilisation des ressources de la communauté et sentiments à propos de leurs problèmes. Ils sont les seuls à pouvoir relater leurs attentes et leurs réactions face au service et aux politiques de l'agence, ainsi que leurs besoins insatisfaits et leur

relation avec le conseiller. Ils peuvent aussi fournir des corrections utiles à des biais provenant des intérêts personnels du clinicien et de ses préférences professionnelles. De même Lebow (1983) estime le client indispensable pour fournir des informations concernant (a) le chemin à parcourir pour recevoir le traitement et les obstacles pour y accéder, (b) les attitudes envers la maladie mentale, (c) les attentes envers le traitement, (d) les facteurs permettant de terminer le traitement, (e) les événements et les changements survenus après la fin du traitement et (f) les suggestions pour améliorer le traitement.

D'autres attestent que les sondages sur la satisfaction ont été établis comme une mesure valide et personnelle d'évaluer les services d'une organisation (Balch & al., 1977; Frank & al., 1977; Heinemann & Yudin, 1974; McPhee & al., 1975). Ces sondages permettraient une évaluation complète en déterminant les attitudes du client envers tous les aspects du service (Essex, Fox & Groom, 1981). Dans cet ordre d'idées, Larsen et al. (1979) croient que, lorsque la perspective du client n'est pas considérée, l'évaluation du service est incomplète et biaisée vers la perspective des évaluateurs ou des bailleurs de fonds. D'ailleurs le manque d'accord entre les thérapeutes et les clients, lequel est relevé souvent dans les écrits en ce qui a trait aux gains réalisés au cours d'un traitement, a été à maintes reprises utilisé pour discréditer la perception du client ou du participant à un programme. Toutefois, d'autres considèrent l'évaluation du thérapeute et celle du client comme deux perspectives différentes et que les deux sont nécessaires pour obtenir une évaluation complète des processus et des résultats du service (Attkisson, Hargreaves, Horowitz & Sorensen., 1978; Strupp & Hadley, 1977).

À ce propos, Strupp et Hadley (1977) ont développé un modèle pour analyser la santé mentale d'un client et ainsi évaluer les effets d'une psychothérapie. Le modèle suggère que trois dimensions du fonctionnement d'une personne doivent être considérées simultanément pour évaluer la santé mentale ou tout changement relié à une psychothérapie: (1) le comportement, évalué par la société (incluant les personnes significatives dans la vie du patient), (2) le sentiment de bien-être, déterminé par le patient, (3) la structure psychologique du patient, jugée par le professionnel de la santé mentale. D'après eux, si une évaluation ne comporte pas ces trois dimensions, elle n'est pas représentative de la totalité du fonctionnement d'un individu puisque la même personne peut être jugée mentalement saine ou non selon l'évaluateur. Ces différences possibles dans l'évaluation ne l'invalident pas pour autant, mais soulignent la valeur unique inhérente à chacune des perspectives. Il y a donc, dans ce modèle, un appui marqué sur l'importance de la perspective du client pour juger sa propre expérience dans une psychothérapie ou un programme. Beck et Jones (1974) vont encore plus loin en mentionnant que ce sont les progrès des clients qui donnent un sens au programme entier. Ces auteures croient que si on avait à choisir entre les clients et les cliniciens pour rapporter les changements, les résultats favoriseraient la fiabilité des clients.

Par surcroît, Schainblatt (1980) mentionne que l'abstention de faire un suivi de recherche avec les clients qui ont été traités représente un coût très élevé. En conséquence, il faudrait renoncer aux connaissances sur la façon dont se débrouillent les clients individuellement, sur l'efficacité des services, sur l'état du service (s'il s'améliore ou empire) et, de ce fait, être incapable de répondre aux questions sur l'utilité du service.

Selon Damkot et al. (1983), l'opinion des clients est manifestement ni suffisante, ni adéquate comme preuve de la qualité ou de la pauvreté des services disponibles. Elle est cependant une composante nécessaire à une étude élargie. Sans le point de vue du client sur les services reçus, la détermination de la qualité, l'adéquation et la justesse du service sont laissées entre les mains des fournisseurs et des dirigeants (Larsen & al., 1979). Ceci pourrait mener, selon Larsen et al. (1979), à fournir trop peu de services ou des services de pauvre qualité. Banspach (1986) renchérit en prétendant que l'opinion des clients aide à mesurer les efforts des directeurs de programme qui veulent offrir un service de qualité.

Une autre raison évoquée pour étudier la satisfaction des clients est que l'information à propos de l'expérience des clients indique à quel point le programme de services proposés a effectivement été rendu (Upshur, 1991). En effet, même si le modèle général de distribution des services est, en principe, le même pour toutes les familles, chaque intervenant a un style différent pour livrer ces services.

Aussi, l'étude de la satisfaction est importante pour planifier et améliorer le fonctionnement des programmes (Hauser-Cram, 1990; Smith, 1986). Comprendre la satisfaction peut favoriser, selon Banspach (1986), le développement de nouvelles stratégies ou de nouveaux services pour aider les populations vulnérables à obtenir le support nécessaire.

Approches pour évaluer la satisfaction

Gutek (1978) suggère cinq approches pour évaluer la satisfaction. Premièrement, abandonner les efforts pour relier les mesures de satisfaction à des mesures objectives de l'efficacité des agences. La satisfaction comporte de la valeur en soi, peu importe sa relation avec des mesures objectives. Deuxièmement, voir les problèmes associés aux données sur la satisfaction comme des problèmes de mesures. De meilleures mesures de satisfaction doivent donc être développées. Par exemple, la satisfaction peut être vue comme la divergence entre les attentes des gens et ce qu'ils ont effectivement reçu comme service. Troisièmement, voir la mesure de satisfaction globale comme comportant de hautes proportions d'erreur de variance et, alors, éviter ces mesures globales. Entre autres, les biais de consentement, de désirabilité sociale, des émotions et de l'humeur seraient impliqués ici. La procédure suggérée est de spécifier les multiples facettes de la satisfaction. Quatrièmement, utiliser d'autres termes que «satisfaction» lors de l'évaluation de l'efficacité de l'organisation. Les termes de contentement, bonheur, réponse aux besoins peuvent servir de substituts. Et cinquièmement, explorer la signification cognitive de la satisfaction pour les répondants. Ainsi, une personne satisfaite pourrait être une personne qui n'a aucune suggestion à émettre lorsqu'on lui demande ce qu'elle aimeraient changer.

De plus, plusieurs scientifiques affirment que, pour obtenir plus qu'une réponse superficielle aux questions de satisfaction, il est nécessaire de réaliser une entrevue en profondeur avec les sujets (Gutek, 1978). Même si cette méthode signifie l'impossibilité de généraliser les résultats, elle permet une meilleure compréhension de l'expérience des participants.

Problématique

La famille étant la seule à pouvoir identifier ses besoins (Tingey, 1986), elle ne doit pas être seulement un foyer d'intervention, mais aussi une source d'information évaluative (Katz, 1989). La perception des participants du programme est utile et importante. En effet, elle est nécessaire pour comprendre le succès ou l'échec d'une intervention. Le point de vue des participants permet aussi de recueillir des informations sur les composantes importantes du programme et sur les effets de ce dernier (Andrews & al., 1982). Des liens peuvent alors être établis entre les résultats et les composantes du processus d'intervention.

Par ailleurs, l'appréciation rapportée par un individu résulte d'un ensemble d'éléments. Selon Rees et Wallace (1982), les attentes d'une personne, affectées par son style de vie et ses expériences passées, influencent son jugement. De plus, les attitudes, les aspirations et les plaintes relèvent largement du cadre de référence dans lequel elles ont été formées (Runciman, 1966). Ainsi, la satisfaction est conditionnée par les attentes qui dépendent elles-mêmes du cadre de référence. En somme, la satisfaction provient d'une comparaison; elle est donc relative.

Aussi, les taux de satisfaction retrouvés dans les études peuvent subir des variations selon le contexte. En effet, comme le soulignent Speer et Zold (1971), les sujets acceptant de participer aux études de satisfaction présentent, comparativement aux non-répondants, de meilleurs résultats, de meilleures ressources, une meilleure capacité à changer, une meilleure habileté à utiliser le traitement et une meilleure tolérance pour demeurer assez longtemps en traitement. Les répondants devraient

donc rapporter un portrait plus positif de l'intervention que ne le feraient la totalité des participants du service. Un autre élément pouvant affecter à la hausse l'étendue des impacts positifs et de la satisfaction est la désirabilité sociale, comme le suggèrent Larsen et al. (1979). L'enquête par l'entrevue est particulièrement propice à ce genre de biais.

Toutefois, certains facteurs peuvent influencer à la baisse le taux général de satisfaction et faire ressortir des effets non-désirés du programme. Les programmes, étant pour la plupart des services publics, permettent rarement à leurs participants de choisir le type de traitement ou l'intervenant. Cette réalité réduirait, selon Lebow (1983), les taux de satisfaction. De surcroît, l'emploi d'une entrevue inquisiteur abaisserait également ces taux (Varin & Rondeau, 1976; Rees & Wallace, 1982; Banspach, 1986).

Finalement, Shaw (1984) a remarqué des différences survenant fréquemment entre la satisfaction et l'aide apportée. Ainsi, de hauts taux de satisfaction ne signifient pas nécessairement que le traitement a eu des effets positifs sur les clients, pas plus que les expressions d'insatisfaction n'impliquent toujours un manque d'aide. Les concepts d'impacts perçus par les participants et de satisfaction doivent donc être considérés séparément.

Selon les principes dégagés plus haut, il est donc essentiel d'interroger les participants du programme Apprenti-Sage sur leurs perceptions du service. Ainsi, il sera possible d'identifier, selon leur point de vue, les éléments importants du programme et ses effets.

Les hauts taux de satisfaction rapportés uniformément dans les écrits (Edwards & al., 1978; Woodward & al., 1978; Gilligan & Wilderman, 1977; Lebow, 1983) laissent croire que de tels résultats pourraient émerger chez les participants du projet. Toutefois, le fait qu'Apprenti-Sage était un service public peut réduire ces taux. Le même effet est susceptible de survenir lors de l'emploi d'une entrevue en profondeur, ce qui est la technique utilisée dans la présente étude.

But de la Recherche

Le but de la présente recherche est de recueillir, auprès des mères du groupe expérimental du projet Apprenti-Sage, leur perception de l'impact de ce programme sur leur enfant et sur elles-mêmes ainsi que leur satisfaction envers les services reçus. L'analyse qualitative a été retenue pour répondre aux questions suivantes:

- (1) Quels sont, selon les mères du groupe expérimental, les impacts du projet Apprenti-Sage sur leur enfant et sur elles-mêmes?

- (2) Quel est le niveau de satisfaction de ces mères en ce qui concerne chacun des éléments des services reçus dans ce programme?

Chapitre 2

Méthode

Le deuxième chapitre touche l'ensemble des aspects méthodologiques de cette recherche. Il comprend trois sections différentes: la description des sujets, de la procédure employée et l'instrument de mesure.

Sujets

La présente étude touche les mères du groupe expérimental du projet Apprenti-Sage. Ici, le terme mère indique la personne qui a eu, pour la plupart du temps entre le commencement du projet et la recherche évaluative actuelle, la garde de l'enfant. Il pouvait donc s'agir de la mère biologique, de la tante ou de la grand-mère de l'enfant. Ces femmes ont toutes été suffisamment en contact avec le service pour l'évaluer et en observer les effets.

Parmi les vingt-et-une (21) mères engagées durant toute la durée du programme, seize (16) d'entre elles ont été interrogées pour les fins de la présente recherche. La perte de cinq (5) sujets est attribuable à un refus d'être interrogée de la part d'une mère, à l'omission de se présenter à la rencontre par deux mères (le refus de collaborer a été établi après quatre tentatives) et à des contacts trop limités et sporadiques entre la mère et l'enfant dans deux cas.

L'âge moyen des mères au moment de l'enquête varie de 27 à 67 ans pour une moyenne de 36,3 ans. Deux femmes, étant en réalité les grand-mères des enfants étaient âgées de 51 et 67 ans au moment de l'entrevue. La moyenne s'en trouve donc

anormalement élevée. À leur entrée dans le projet, les mères avaient entre 6 et 14 années de scolarité, la moyenne étant de 9,1 années. Le nombre de facteurs de risque s'appliquant à ces familles, lors de l'entrée dans le projet, varie de 4 à 12, pour une moyenne de 7,1. Le nombre d'enfants par famille se situe entre 1 et 5. La moyenne est de 2,5 enfants. Cinq familles ont été signalées aux services sociaux (D.P.J.) pendant la période d'intervention et trois de ces cinq familles fréquentaient le service sur ordonnance de la cour.

Procédure

Compte tenu du fait que les sujets de la présente étude sont pour la plupart peu scolarisés, l'entrevue semi-structurée a été retenue comme méthode de collecte de données. Ces entrevues, d'une durée de 90 à 135 minutes, ont été réalisées conjointement par l'auteure et un assistant de recherche ayant aussi collaboré à la construction du protocole d'entrevue. Comme les mères ne connaissaient que ce dernier, sa présence était essentielle pour établir un climat de confiance. Afin de procéder à la cueillette des données dans des conditions optimales, les entrevues se sont déroulées pour la plupart dans des locaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières, prévus à cette fin. Le transport a été offert gratuitement. Quelques rencontres à domicile ont été effectuées pour deux raisons: l'éloignement de la résidence (deux mères) et l'impossibilité de se déplacer (une mère). Dans ces cas, des conditions favorables à la discussion ont été visées et respectées. À chaque rencontre, un enregistrement audio permettait de recueillir les données.

Des instructions concernant le but, le déroulement de l'entrevue et le motif de l'enregistrement sont communiquées au tout début de la rencontre (voir Appendice A, page 119, pour le protocole complet). La mère signe ensuite une autorisation de procéder à l'enregistrement audio. La confidentialité des réponses est assurée à chacune. L'importance de leurs commentaires, qu'ils soient positifs ou négatifs à l'égard du projet, est soulignée.

Instrument

Des éléments spécifiques sont suggérés pour mesurer de façon appropriée les évaluations de programme d'intervention précoce et d'éducation des parents. Harman et Brim (1980) considèrent qu'il y a trois aspects importants à étudier: (1) l'ampleur des besoins des parents satisfaits par le programme (satisfaction des attentes et des besoins spécifiques), (2) l'indication des impacts chez le parent (connaissances, attitudes et comportements) et (3) l'indication des impacts chez l'enfant.

Pour mesurer la satisfaction, Banspach (1986) recommande que des informations à propos de l'enfant, de la famille et du programme soient recueillies. De leur côté, Woodward et al. (1978) distinguent cinq sous-catégories de la satisfaction à explorer: l'accessibilité, l'habileté professionnelle apparente, l'interaction employé-client, l'environnement physique et les résultats.

La structuration de l'entrevue a été fondée selon les recommandations présentées précédemment et les principes énoncés par Patton (1987). Afin de rendre

l'entrevue moins menaçante, ce dernier propose de procéder d'abord par des questions touchant le présent, puis le passé et, en dernier lieu, le futur. Aussi affirme-t-il qu'il est préférable que la séquence des questions repose sur des comportements ou des expériences au début, ensuite des opinions, des sentiments et des interprétations et, pour finir, des connaissances et des habiletés.

La conception de l'entrevue a été réalisée en collaboration avec un assistant de recherche ayant été engagé dans le projet. Les trois sections qu'elle comporte ont été ordonnées afin de respecter les conseils de Patton. Toujours dans un souci de promouvoir l'ouverture de la mère et d'atténuer la menace inhérente à l'entrevue, les questions factuelles concernant l'enfant sont placées au début tandis que les questions plus personnelles, impliquant la mère, se retrouvent à la fin. Une section «conclusion», placée à la fin, fait la synthèse des trois autres sections (voir l'Appendice A pour le protocole de l'entrevue). En tout, quarante-sept (47) questions qualitatives et soixante (60) quantitatives composent le questionnaire. Seules les données qualitatives ont été retenues pour les fins de la présente étude. Plus précisément, la section I va de la question 1.1 à 1.45 et comporte treize (13) questions qualitatives et trente-deux (32) quantitatives. La deuxième section va de la question 2.1 à 2.27 et toutes sont qualitatives. La troisième section comporte les questions 3.1 jusqu'à 3.31 dont trois (3) sont qualitatives et vingt-huit (28) quantitatives. La section «conclusion» contient quatre (4) questions qualitatives. Le contenu de chacune des sections de l'entrevue est le suivant:

Section I

Le but de cette première partie est de recueillir les impacts du programme Apprenti-Sage sur l'enfant tels que perçus par la mère. Les toutes premières questions portent sur l'année scolaire de l'enfant en cours au moment de l'entrevue et sur son déroulement. Les aptitudes de l'enfant, ses difficultés, ses goûts et intérêts scolaires sont ensuite abordés. Une attention particulière est portée aux relations de l'enfant avec son professeur, avec les autres enfants (à l'école et à la maison) et avec sa mère (ouverture de l'enfant quant à ses expériences scolaires). Une demande de comparaison entre l'année scolaire actuelle et chaque année antérieure, de la plus récente à la plus éloignée, est proposée. Pour chaque année, les perceptions sur la facilité d'apprentissage, l'intérêt, la relation avec le professeur et avec les autres enfants sont recueillies. L'adaptation à la maternelle est aussi scrutée.

Le fait de procéder à rebours cherche à faciliter le rappel des événements lointains. L'exercice mnémonique qui est demandé à la mère permet de vérifier si celle-ci a et maintient des contacts avec son enfant depuis la fin du programme. Il vise également à mettre la répondante en confiance et à favoriser, de façon progressive, la communication ouverte. Ce genre d'investigation laisse place à la discussion d'événements présents ou passés ayant pu nuire aux impacts du projet ou ayant été créés par ce dernier.

Toutes ces données n'ont pas été retenues pour l'analyse. Elles ont rendu possible la compréhension des réponses aux questions subséquentes en les plaçant en

contexte. La seule question (1.34) concernant l'impact du projet sur l'enfant touche la préparation à la maternelle résultant de l'intervention.

Section II

Cette partie s'attarde à la satisfaction de la mère envers différents aspects du service. L'âge de l'enfant au début de l'intervention, la fréquence, la durée (par jour et pour l'intervention complète), le transport, le choix des activités pour les enfants, la compétence de l'intervenante envers l'enfant sont tous des éléments évalués par les répondantes. Ces dernières font aussi part de leurs opinions sur l'information reçue et l'accessibilité au Pavillon. Les rencontres de parents ont fait l'objet d'investigation quant à leur fréquence, leur utilité, l'accessibilité des thèmes présentés et leur mise en pratique, quant aux sujets abordés ou non touchés et, enfin, quant au format préféré des groupes (petits ou grands). La satisfaction reliée aux rencontres à domicile avec l'intervenante a été scrutée dans tous ses détails: fréquence, utilité, accessibilité des conseils donnés, aisance de la relation, considération des commentaires et respect accordé par l'intervenante. Ces mêmes éléments ont été utilisés pour l'évaluation des psychométriciennes et, s'il y avait lieu, pour les rencontres avec le psychologue. Dans la relation avec l'intervenante, lorsqu'il y a eu dévoilement de problèmes personnels, l'écoute, l'aide, la confiance et la quantité de support ont été évaluées. En son absence, la confiance et la quantité de support apportée par l'intervenante ont été vérifiées. Finalement, la satisfaction face aux coûts en temps et en argent a été explorée.

Section III

Cette partie demande à la mère d'évaluer l'impact du programme sur elle-même. L'aide apportée par l'intervention dans l'éducation de ses autres enfants est inspectée. De même, l'aide que la mère a pu apporter à d'autres parents a été sondée. Une question porte de plus sur l'influence qu'a pu avoir l'acquisition de connaissances pour la mère touchant le développement de l'enfant.

Section: conclusion

Cette dernière section se veut une récapitulation de l'entrevue ainsi qu'un regard sur l'avenir. Les recommandations de la mère, en termes d'aménagements concrets, sont recueillies. Cette question a pour but de faire ressortir les insatisfactions les plus saillantes et les améliorations possibles. Par la suite, la mère est amenée à recommander ou non le service, tel qu'elle et son enfant l'ont reçu, à un autre parent. Ceci permet de s'enquérir de la satisfaction générale. Enfin, les éléments les plus et les moins appréciés sont recueillis.

Le prochain chapitre présente le traitement des données recueillies au moyen de cette entrevue. Le méthode du consensus a été choisie afin de préserver les analyses de la subjectivité d'une seule personne.

Chapitre 3

Présentation et analyse des résultats

Ce chapitre se divise en deux parties. Dans un premier temps, le traitement des données sera expliqué, ensuite, les résultats des analyses qualitatives seront présentés.

Traitement des Données

La procédure employée pour analyser les données qualitatives est basée sur les principes énoncés par Huberman et Miles (1991). Une transcription intégrale des enregistrements de chaque entrevue a tout d'abord été effectuée. Comme les questions de l'entrevue étaient numérotées, ces nombres ont été conservés de façon à maintenir un classement dans les réponses et les commentaires (un extrait verbatim est présenté à l'Appendice B). La longueur des textes intégraux livrés par les sujets varie entre 11 et 43 pages.

Étant donné la quantité considérable de données, une première réduction a été réalisée. En cette occasion, seules les données qualitatives à partir de la question 1.34 (voir Appendice A pour le protocole de l'entrevue), inclusivement, ont été conservées puisque l'analyse de cette étude ne concerne que celles-ci. Cependant, un court résumé, d'une à deux pages de notes, a été produit à partir des questions du tout début de l'entrevue (avant la question 1.34) afin de mettre en contexte les données servant à l'analyse. Ce premier résumé vise à éliminer les commentaires non appropriés et la surcharge de mots. Ainsi, un numéro de question est accompagné de la réponse du sujet sous forme d'une ou plusieurs phrases courtes. Si la réponse du sujet diverge de la question posée, mais

comporte des informations pertinentes ou correspond à une autre question, celle-ci est mise entre parenthèses. Ce résumé totalise entre 5 et 9 pages de notes écrites, à la main, pour chacune des mères. Précisons qu'une fois le premier texte intégral réduit de cette façon, trois membres du groupe de recherche, dont les chercheurs principaux, se sont assurés que cette méthode de réduction produise un résumé conforme au texte verbatim.

Par la suite, ces résumés sont classés dans des grilles contenant chacune les numéros des questions et leurs réponses ainsi qu'un espace pour y inscrire des mots-clés, synthétisant ces réponses. C'est ce que Huberman et Miles (1991) nomment des codes. Les réponses laissées entre parenthèses à l'étape précédente sont classées cette fois-ci, lorsqu'il est possible de le faire, avec la question correspondante. Les informations jugées intéressantes mais non associées à une question précise ont été incorporées dans une case fourre-tout à la fin de chaque grille.

L'étape suivante est réalisée avec deux autres personnes: un des deux chercheurs principaux du groupe de recherche et l'assistant de recherche ayant collaboré à la construction de l'instrument ainsi qu'à chacune des entrevues. Chaque membre de cette équipe connaît les mères du projet à des niveaux très différents, ce qui permet l'émergence de différentes perspectives. L'utilisation du consensus permet également de réduire les biais possibles dus à la subjectivité d'une seule personne. Le travail de chacun est, tout d'abord, de trouver individuellement des codes liés à la réponse de la mère. Ces codes peuvent contenir soit un seul mot, soit plusieurs pour décrire brièvement l'ensemble des

propos de la mère pour une réponse donnée. Citons, en guise d'exemple de codes, les expressions suivantes: «support», «enfant appliqué», «confiance en l'intervenante», «répit pour la mère». Ensuite, les membres de l'équipe mettent en commun les codes et, ensemble, les classifient. La classification consiste à départager ces codes, pour un sujet donné, en deux catégories: l'impact et la satisfaction.

Une fois cette première classification terminée pour une mère, l'analyse intra-site débute. Le mot «site» renvoie à un contexte circonscrit dans lequel on étudie des événements, des processus, des résultats (Huberman & Miles, 1991). Chaque site, dans cette étude, est l'ensemble des données recueillies pour une mère. Cette analyse consiste donc, à partir de toutes les réponses d'un même sujet, à faire ressortir les éléments importants dans son discours. La même équipe qu'à l'étape précédente a procédé à cette analyse jusqu'à l'obtention d'un consensus. Deux figures par mère sont produites pour illustrer ses propos: une pour l'impact et une pour la satisfaction. La figure des impacts utilisée est une matrice explicative des effets et celle de la satisfaction est une matrice sites/attributs (Huberman & Miles, 1991). La figure des impacts est d'abord divisée en quatre sous-catégories: l'impact chez l'enfant au niveau scolaire et au niveau personnel et l'impact chez la mère dans son rôle parental et dans sa vie personnelle. Les codes des impacts inscrits dans ces sous-catégories sont reliés aux éléments identifié, par la mère, comme responsables de ces effets (voir la Figure 5 à l'Appendice C). Ces éléments ont été nommés des attributions. Mentionnons, comme exemples d'attributions, les rencontres de parents, les activités générales du programme, la relation avec l'intervenante. La figure de la satisfaction, de son côté, énumère

chaque code de satisfaction ou d'insatisfaction relié, par des traits de liaisons, au secteur du service auquel il se rapporte (voir la Figure 6 à l'Appendice D). En tout, onze (11) secteurs de satisfaction ressortent. En voici quelques-uns comme exemples: le rythme, les informations, la relation avec les autres participants. Des signes sont juxtaposés à ces traits de liaisons afin d'identifier s'il s'agit de satisfaction (+), d'insatisfaction (-) ou des éléments contenant à la fois de la satisfaction et de l'insatisfaction (+/-).

L'étape suivante, l'analyse inter-site (Huberman & Miles, 1991) n'a pas été réalisée avec les autres membres de l'équipe. Ici, il s'agit de recueillir l'ensemble des analyses intra-sites pour une catégorie donnée, soit la satisfaction ou l'impact, et d'illustrer ce que toutes les mères ont rapporté à ce sujet. L'organisation de ces données a donc pris la forme suivante: une figure par sous-catégorie d'impact (impact chez l'enfant au plan scolaire, impact chez l'enfant au plan personnel, impact chez la mère au plan personnel et impact chez la mère dans son rôle parental) et un tableau pour la satisfaction. Chacune des quatre figures d'impact comporte des groupements auxquels les impacts se rapportent ainsi que les attributions de ces impacts. Le tableau de la satisfaction, pour sa part, est divisé en différents secteurs du service où l'on peut repérer les éléments de satisfaction (+), d'insatisfaction (-) et les deux à la fois (+/-).

Résultats

Les résultats de la recherche ont été regroupés sous les deux thèmes principaux soit l'impact et la satisfaction.

Impact

La Figure 1 présente les impacts que les mères ont rapportés chez leur enfant sur le plan scolaire. On dénombre sept mères ayant perçu un impact sur ce plan. Les impacts au niveau scolaire, divisés en quatre catégories, regroupent les concepts exposés par les mères. Les cases sous ces catégories en précisent le contenu. Comme une mère peut identifier des impacts dans plus d'une catégorie, la somme des nombres entre parenthèses peut dépasser le nombre de mères ayant rapporté des impacts à ce niveau. Ce principe vaut aussi pour les cases sous les catégories où la même mère peut mentionner plusieurs impacts précis. Sous l'appellation «Attributions», on retrouve les éléments auxquels les mères attribuent ces impacts. La spécification de ces attributions est importante puisqu'elle permet de bien cibler quels éléments ont été les plus ou les moins bénéfiques. Aussi, étant donné que certaines attributions sont indépendantes du programme, par exemple les caractéristiques de l'enfant ou un contenu insuffisant en maternelle, l'identification de ces éléments externes offre une vue d'ensemble des éléments ayant pu interagir avec le programme. Finalement, les chiffres accolés aux lignes liant les cases aux éléments d'attribution désignent le nombre de mères qui accordent, à un élément

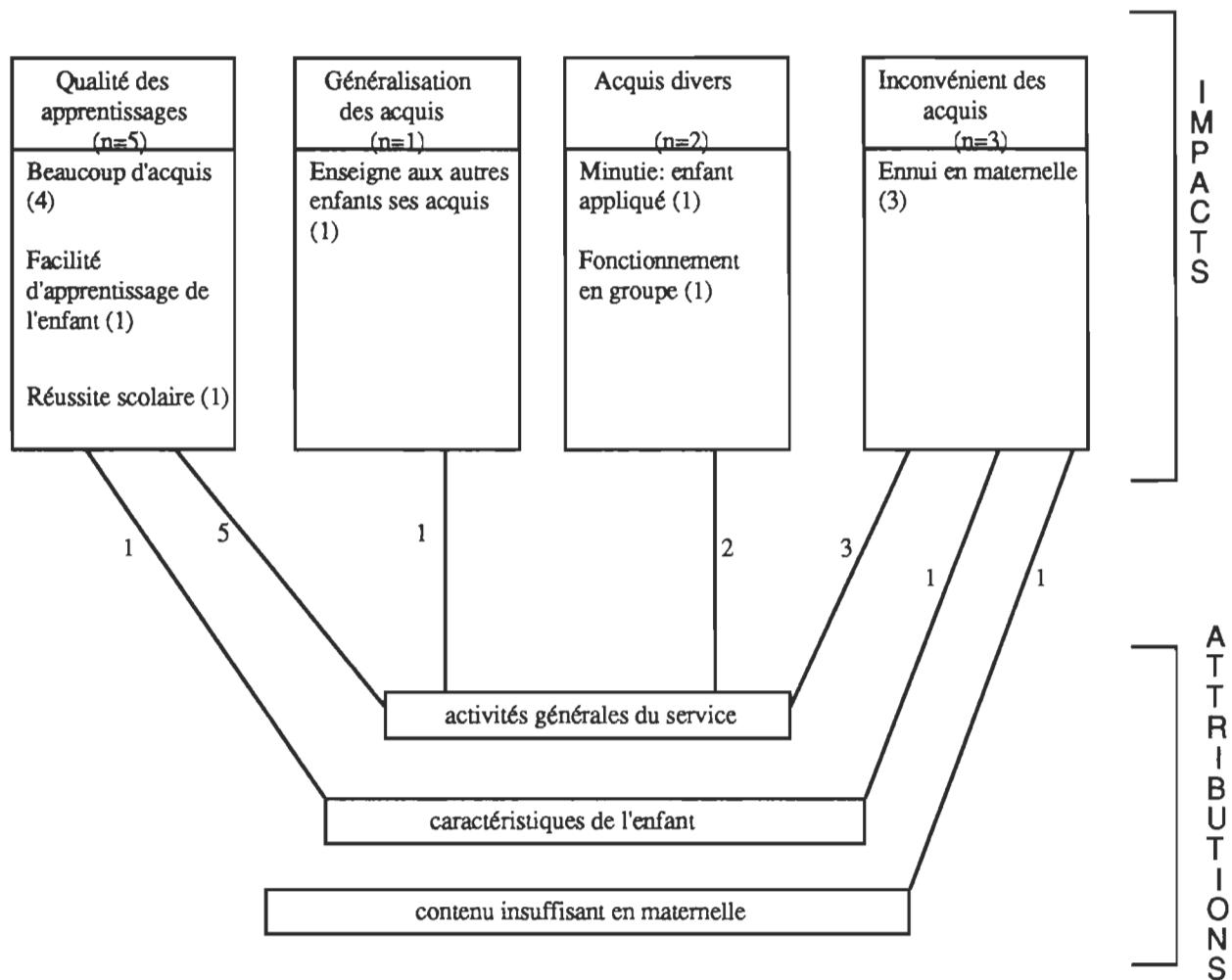


Figure 1 - Impact chez les enfants au plan scolaire. (N=7)

d'attribution précis, cette catégorie d'impact. Comme dans les cas précédents, une mère peut fournir plusieurs attributions pour un seul impact.

La qualité des apprentissages est un impact rapporté par cinq mères qui l'attribuent principalement aux activités générales du service. (Par «activités générales», on entend la fréquentation du service, l'intervention auprès de l'enfant, mais aussi les cas où l'ensemble du programme était mentionné sans allusion à ses éléments spécifiques.) La généralisation des acquis a été citée par une mère qui la voit liée aux activités générales. Deux mères ont relié aussi les acquis divers chez leur enfant aux activités générales. Et trois mères ont constaté l'ennui de leur enfant en maternelle qu'elles ont imputé surtout aux activités générales.

L'impact chez l'enfant au plan personnel est illustré à la Figure 2. Cette fois-ci quatorze mères ont rapporté des impacts qui sont répartis dans cinq catégories. Un meilleur développement général de leur enfant a été permis grâce aux activités générales du service, selon cinq mères. Six mères ont indiqué des impacts sur le développement social de leur enfant; eux aussi attribués aux activités générales. Le développement cognitif, attribuable principalement aux activités générales, est signalé par trois mères. Deux mères ont remarqué au niveau du développement psychomoteur de leur enfant, les effets des activités générales du programme. Enfin, le développement affectif a été cité par huit mères. Cependant, des subdivisions se sont avérées nécessaires pour bien refléter l'opinion des mères. En effet, seulement deux mères croient que l'impact au niveau affectif a été positif. Trois mères mentionnent d'ailleurs des impacts

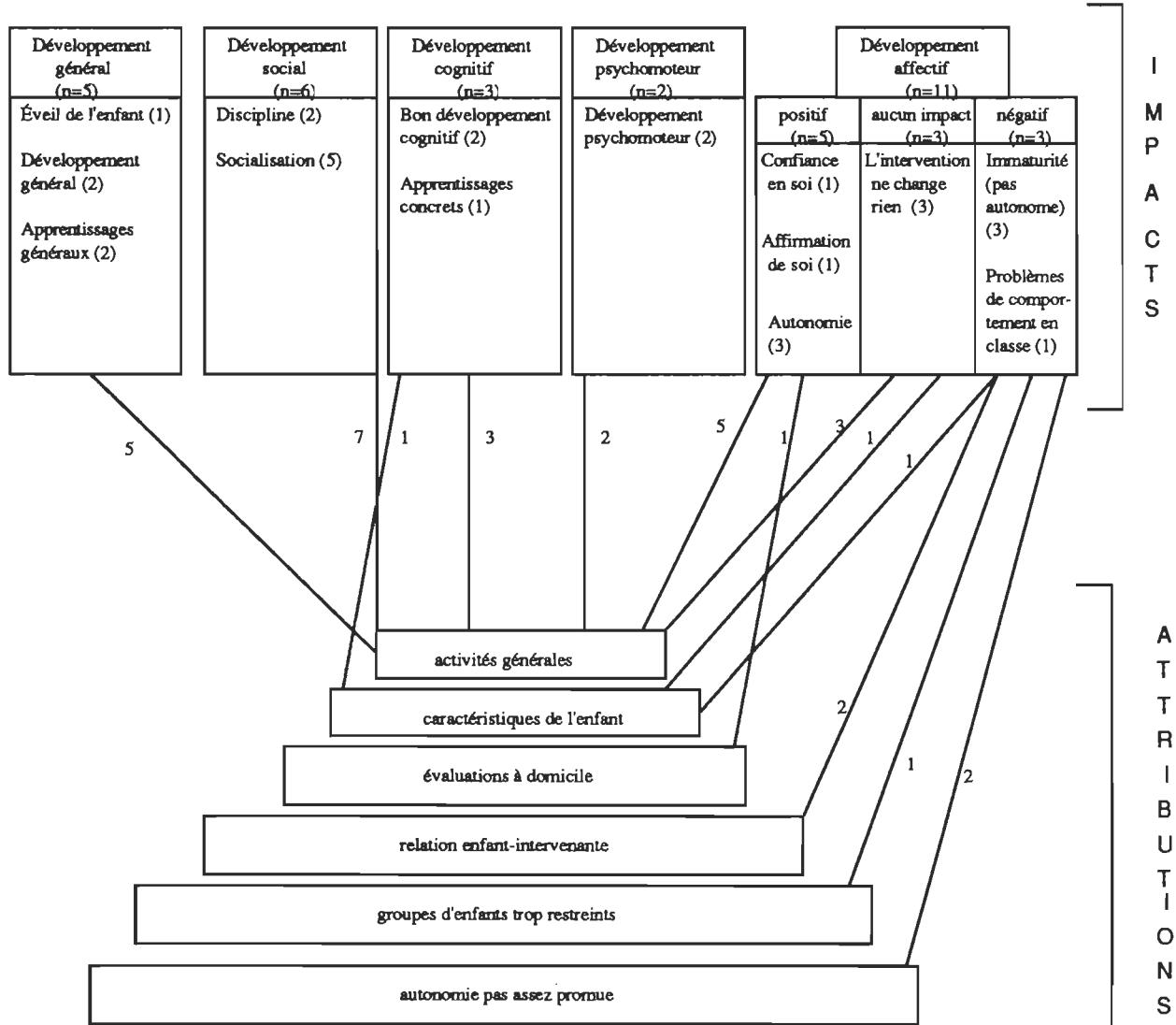


Figure 2 - Impact chez les enfants au plan personnel. (N=14)

négatifs sur le développement affectif. Comme dans le cas précédent, les attributions sont diverses. Le manque d'insistance sur l'autonomie des enfants dans le programme d'intervention a toutefois été pointé à deux reprises pour expliquer cet impact négatif. Trois mères auraient souhaité un impact au niveau affectif, qui n'est jamais survenu. Elles sont regroupées sous le titre «aucun impact». Les activités générales et les caractéristiques de l'enfant sont responsables, selon les mères, de cette absence d'impact.

Les mères ont aussi relaté des effets du programme sur elles-mêmes. Cette fois les impacts ont été classés selon deux dimensions: le rôle parental et la vie personnelle. La Figure 3 illustre l'impact qu'a eu le programme sur les mères dans leur rôle parental. Treize ont souligné des impacts dans ce secteur. La première catégorie d'impact, pour six mères, est l'acquisition de connaissances qu'elles confèrent particulièrement aux activités générales du programme d'intervention. Sept mères rapportent des effets sur leurs comportements envers leur enfant. Ces changements sont attribués surtout aux rencontres de parents et à la relation de la mère avec l'intervenante. Une mère ne s'est vue nullement influencée dans ses habiletés parentales à cause de ses propres caractéristiques et des activités générales. Trois mères rapportent un sentiment de sécurité qu'elles mettent en lien avec les activités générales d'Apprenti-Sage. Quatre mères ont cependant relevé des sentiments négatifs comme impact. Les commentaires négatifs de l'intervenante à leur endroit, le manque de transparence et d'informations et les caractéristiques de l'enfant ou de la mère sont ici plus spécifiquement en cause.

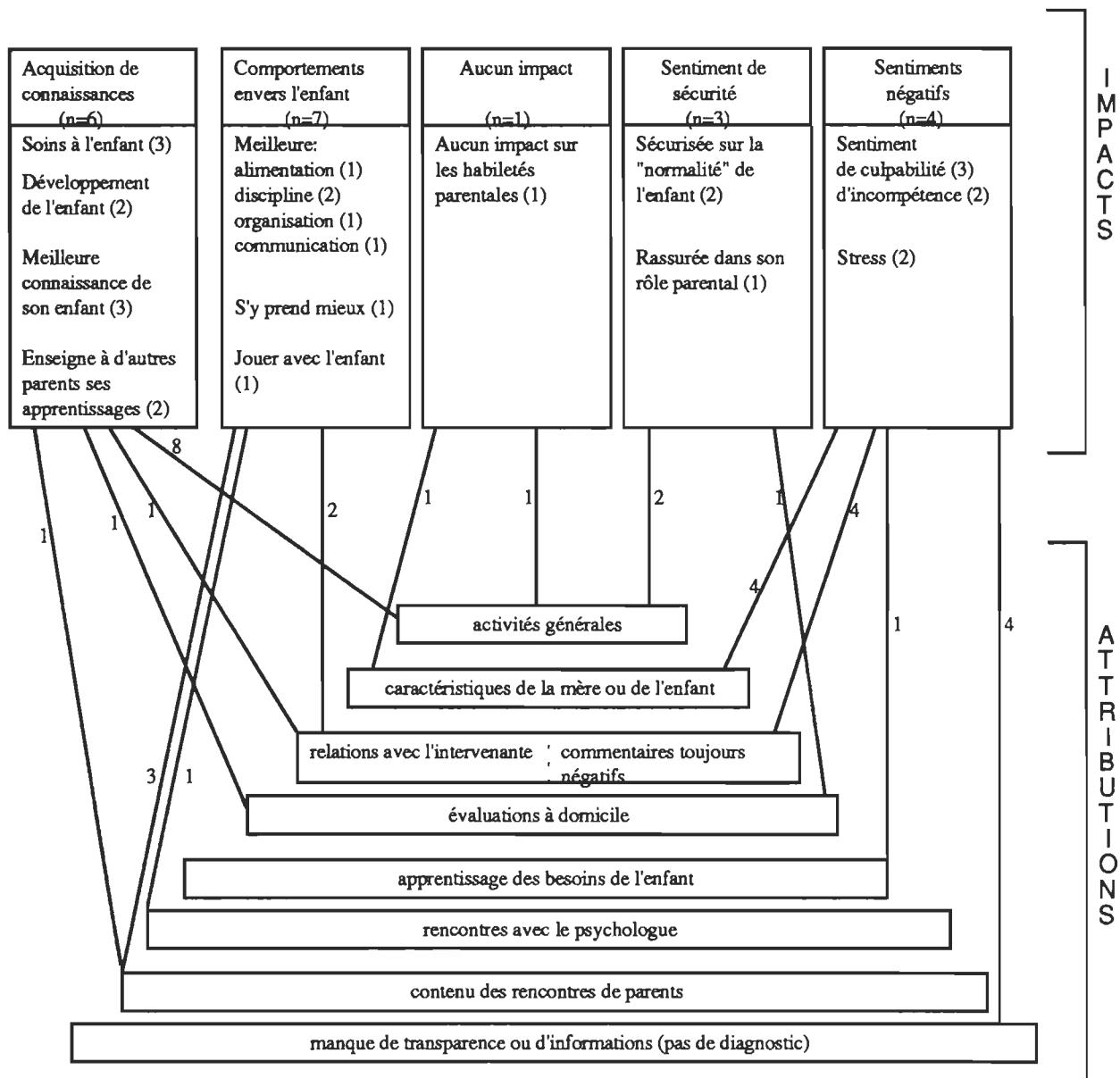


Figure 3 - Impact chez les mères dans le rôle parental. (N=13)

L'impact de l'intervention s'est aussi révélé dans la vie personnelle de sept mères, tel que le démontre la Figure 4. Dans la première catégorie, une mère a constaté l'effet préventif du programme dans sa vie personnelle. Elle relie cet effet à sa relation avec l'intervenante et au contenu du programme. Quatre mères ont rapporté des impacts dans leurs relations interpersonnelles qu'elles attribuent surtout aux rencontres avec le psychologue. Ces rencontres ont aussi apporté des bénéfices en ce qui concerne le bien-être intérieur de deux mères. Toutefois, une mère ne relève aucun impact de ces rencontres à cause de sa propre gêne et de l'incompréhension qu'elle a perçue chez le psychologue. Enfin, une mère a décelé un impact du contenu du programme au niveau professionnel.

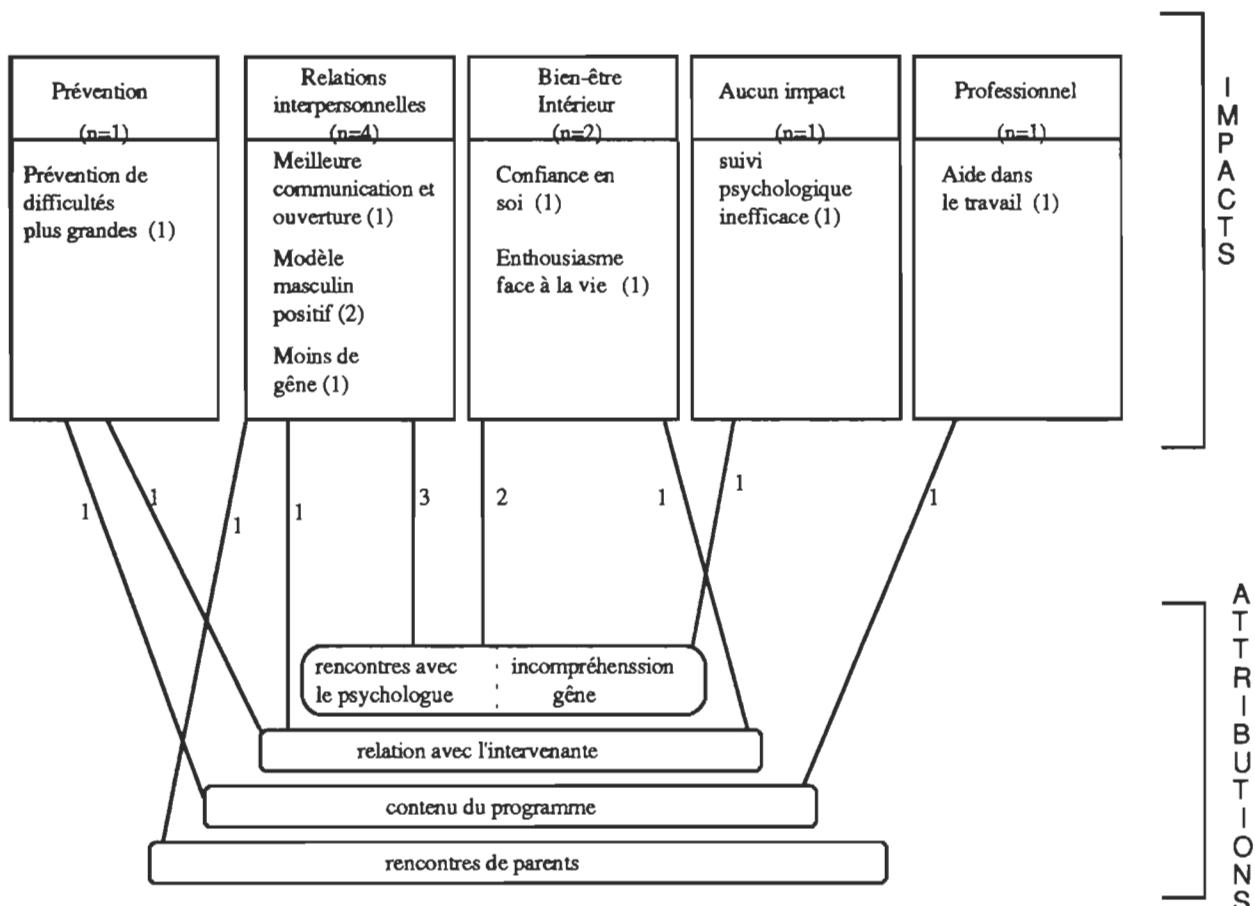


Figure 4 - Impact chez les mères au plan personnel. (N=7)

Satisfaction

Les éléments de satisfaction et d'insatisfaction qu'ont rapportés les seize mères de la présente étude sont détaillés au Tableau 1. La première colonne renferme le secteur auquel correspondent les éléments. La colonne «satisfaction» détaille les satisfactions des mères pour un secteur donné. La colonne suivante «+ et -» inventorie les éléments qui contiennent, à la fois, de la satisfaction et de l'insatisfaction par rapport au service. La dernière colonne comporte les éléments d'insatisfaction. Une même personne peut, pour un secteur précis, citer des éléments de satisfaction et d'insatisfaction sans pour autant se retrouver dans la colonne «+ et -». Ce sont plutôt les énoncés comportant des perspectives contradictoires qui s'y retrouvent.

Tableau 1

**Éléments de satisfaction et d'insatisfaction des mères
(n=16)**

	Satisfaction	+ et -	Insatisfaction
Support (n=6)	Accessibilité, accueil (5) Réceptivité aux demandes (1)	Conseils bons mais difficiles à suivre (1)	Conseils pas adaptés (1)
Interventions (n=6)	Qualité (5) Quantité (activités bien dosées) (2)		Qualité (trop de psychomotricité) (1) Quantité (pas assez) (2) Absence de transition pavillon-maternelle (2)
Information - communication (n=11)	Qualité (5) Quantité (5) Réceptivité aux demandes (1) Accessibilité (1)	Tests appréciés mais résultats décevants (1)	Mauvaise communication des buts (4) Manque d'accès et de transparence quant aux tests (buts, résultats) ou dossier de l'enfant (3)
Rythme-temps durée (n=3)		Désir de continuation du service (3)	Précocité de l'intégration des enfants (culpabilité chez la mère) (1)
Infrastructure (n=6)	Sécurité de l'enfant (3) Gratuité (3) Transport (2)		Instabilité du personnel (2) Rencontres à domicile ne sont pas individuelles (2)
Relation avec l'intervenante (n=13)	Compétence (8) Support- écoute (6) Digne de confiance (respect, franchise, confidentialité) (6) Accessibilité-ouverture (5) Amitié (2) Dévouement (2) Investie émotivement (1) Concordance avec la mère dans l'intervention (1)	Davantage de contacts avec l'intervenante (1)	Intrusion dans la vie personnelle de la mère (3) Trop investie émotivement (2) Prend la place de la mère (1) Gâte trop l'enfant, ne met pas de limites (2) Menaçante, écrasante, culpabilise la mère, critique (2) Insistante, trop exigeante (2) Trop directe (1) Commentaires toujours négatifs (1) Mère se sent incomprise (1) Mère se sent surveillée, pression face au placement de l'enfant (1) Peu digne de confiance (1) Égoïste (1) Manque d'expérience (1)

Tableau 1
Éléments de satisfaction et d'insatisfaction des mères (suite)

	Satisfaction	+ et -	Insatisfaction
Fréquentation de l'enfant (n=10)	Temps de répit (8) Décharge des responsabilités parentales (2) Disponibilité pour autre enfant (1) Utilité pour l'enfant (1)		Culpabilité chez la mère de faire garder l'enfant (2)
Rencontres de parents (n=6)	Contenu plaisant (1)		Qualité du contenu (superficiel, trop général, simpliste, objectifs pas clairs, pas assez de trucs) (5) Désir de plus de discussions entre parents (2)
Relation avec les autres participants (n=5)	Instructif (1)		Appariement inadéquat aux rencontres de parents-malaise (4) Déception face aux autres parents (2) Peur d'être jugée (1) Peur que son enfant soit blessé par les autres enfants qu'elle considère anormaux (1)
Relation avec le psychologue (n=4)	S'est sentie écoutée (2) Digne de confiance, empathique(1)		Manque de disponibilité (1) S'est sentie incomprise (1)
Relation avec la psycho-métricienne (n=1)			Trop insistante avec l'enfant (1)

Chaque titre de secteur est accompagné du nombre de mères s'étant prononcées à ce sujet. Les chiffres entre parenthèses, joints aux éléments des diverses colonnes, représentent le nombre de mères ayant donné cette opinion précise. Comme les opinions d'une même personne peuvent, pour un secteur donné, être présentes dans plusieurs colonnes, la somme du nombre de mères de chacun des éléments peut dépasser le nombre de mères associé à ce secteur. Le Tableau 2, quant à lui, indique le nombre réel de mères s'étant prononcé par secteur de satisfaction.

Le Tableau 1 sera maintenant présenté de façon plutôt détaillée.

Le premier secteur dont il est question est le support, mentionné par six mères. Par support, on entend toutes les dispositions prises par le personnel, en général, pour aider le parent à bien remplir son rôle parental et pour lui faciliter la tâche. Les dimensions d'écoute et de support relatives à chaque groupe du personnel (intervenantes, psychologue et psychométricienne) ont été placées dans ces secteurs respectifs. La catégorie «support» est particulièrement marquée par l'accessibilité et l'accueil qui sont cités par cinq mères. Deux mères ont toutefois mentionné que les conseils étaient soit bons, mais difficiles à suivre, soit inadaptés.

La deuxième catégorie concerne les interventions évoquées aussi par six mères. Ce secteur se rapporte aux divers types d'activités pour les enfants et pour leurs parents, ayant pour but de prévenir la mésadaptation socio-affective et scolaire des enfants. Il pouvait s'agir des interventions réalisées lors des journées

Tableau 2
Nombre de mères par secteur de satisfaction

Secteurs de satisfaction	total	+	+/-	-
support	6	5	1	1
interventions	6	5	0	4
information- communication	11	7	1	5
rythme- temps - durée	3	0	3	1
infrastructure	6	4	0	3
relation avec l'intervenante	13	10	1	9
fréquentation de l'enfant	10	10	0	2
rencontres de parents	6	1	0	5
relations avec autres participants	5	1	0	5
relation avec le psychologue	4	3	0	2
relation avec psychométricienne	1	0	0	1

de fréquentation des enfants du Pavillon, lors des rencontres à domicile de l'intervenante avec le parent ou lors des rencontres de parents. Les données révèlent que cinq mères estiment que les interventions étaient d'une grande qualité, tandis qu'une (1) croit qu'elles étaient trop axées sur la psychomotricité des enfants. La quantité d'interventions a été appréciée dans deux cas tandis que deux autres auraient préféré en avoir davantage. L'absence d'une transition dans l'intervention, entre le fonctionnement du Pavillon et celui de la maternelle, a été critiquée par deux mères.

Le troisième secteur porte sur les informations et la communication. Il s'agit des informations que les divers intervenants pouvaient donner aux parents

concernant leur enfant, les activités du Pavillon et leurs buts, les résultats aux tests psychométriques, le développement des enfants ou les services régionaux ou offerts par le Pavillon. La communication renvoie à l'échange de ces informations. Cette catégorie a été commentée par onze mères. La qualité de la communication et son bon dosage en quantité ont été appréciés, respectivement, par cinq mères. Une ouverture quant aux demandes d'information et l'accessibilité à ces dernières ont été reconnues, chacune, par une mère. Néanmoins, quatre (4) se sont révélées insatisfaites de la communication des objectifs des activités ou de ceux de l'ensemble du programme. L'accessibilité des informations et la transparence ont été critiquées par trois mères en ce qui a trait aux buts et aux résultats des tests psychométriques ainsi qu'au dossier de l'enfant.

La dimension suivante s'intitule «rythme-temps-durée». Ici, il est question du rythme du programme, c'est-à-dire de la fréquence des activités pour les enfants et pour leurs parents. Le temps fait référence au moment où avaient lieu ces activités. Sous «durée» sont incluses la durée du programme et celle des activités pour les enfants et les parents. Trois mères seulement se sont prononcées à ce sujet et leurs commentaires se rapportent plus précisément à la durée. Toutes trois ont manifesté le désir que le service continue plus longtemps. Ce désir renferme une grande satisfaction par rapport à l'ensemble du programme avec une pointe d'insatisfaction quant à sa durée. Une mère a aussi relevé que la précocité de l'intégration de son enfant dans le programme avait suscité en elle un sentiment de culpabilité.

Un autre secteur touche l'infrastructure. Cette appellation fait référence à l'organisation physique de divers éléments entourant l'intervention tels que le transport, les repas, l'emplacement adéquat, le matériel utilisé, le coût, la sécurité de l'enfant et le roulement du personnel. Six mères ont commenté ces éléments. L'assurance de la sécurité de l'enfant et la gratuité des services ont respectivement satisfaits trois mères. Deux d'entre elles ont été ravis par le transport. Cependant, l'instabilité du personnel a été décevante pour deux mères qui ont dû changer d'intervenante. Deux mères se sont plaintes que les rencontres à domicile ne leur permettaient pas d'être seule avec l'intervenante.

La catégorie suivante a été la plus commentée. En effet, treize mères ont donné leur avis sur leur relation avec l'intervenante ou la relation de leur enfant avec celle-ci. Plusieurs mères se sont dites satisfaites de la compétence de l'intervenante (8 mères), de son support et de son écoute (6 mères), du fait qu'elle était digne de confiance (6 mères) et de son ouverture et accessibilité (5 mères). L'amitié, le dévouement, l'investissement émotif et la concordance de l'intervention avec les buts de la mère ont aussi été soulignés. Une mère aurait souhaité davantage de contacts avec l'intervenante, témoignant, à la fois, d'une grande satisfaction et d'un besoin non comblé. Toutefois, plusieurs ont également formulé des plaintes. Trois ont dit que l'intervenante avait fait intrusion dans leur vie personnelle. Deux ont reproché à l'intervenante son investissement émotif avec l'enfant et une mère a senti que l'intervenante prenait sa place auprès de l'enfant. Deux ont estimé qu'elle gâtait trop l'enfant et qu'elle ne lui mettait pas de limites. L'intervenante a été perçue, par deux mères, comme menaçante, culpabilisante et critique envers elles. D'autres attitudes déplaisantes envers la

mère ont été relevées: insistante, trop exigeante, trop directe, exclusivement négative dans ses commentaires. Une mère s'est sentie incomprise et une autre, surveillée, craignant le placement de son enfant. Des caractéristiques personnelles de l'intervenante ont aussi été mentionnées: peu digne de confiance, égoïste, inexpérimentée.

Le secteur suivant traite de la fréquentation de l'enfant, nommé par dix mères. Il est question ici du fait que l'enfant fréquente le Pavillon deux fois par semaine et de ses répercussions sur l'enfant, sur le parent ainsi que sur les autres membres de la famille. Huit mères ont rapporté avoir eu du temps de répit pendant que l'enfant était au Pavillon et deux se sont senties déchargées des responsabilités parentales. Par contre, le fait d'être séparée de l'enfant a créé un sentiment de culpabilité pour deux mères.

Comme autre catégorie, on retrouve les rencontres de parents, que six mères ont citées. Tandis qu'une a trouvé le contenu de ces rencontres plaisant, cinq l'ont critiqué (contenu superficiel ou trop général, objectifs pas clairs, pas assez de trucs). Le désir de communiquer davantage avec les autres parents a été manifesté par deux personnes.

Dans la même lignée, cinq mères ont parlé de leur relation avec les autres participants. Cette fois encore, une seule mère a exprimé du contentement tandis que plusieurs ont été déçues. C'est surtout un appariement inadéquat entre les parents durant les rencontres qui a fait l'objet de plaintes (4 mères). Ces mères se

sont dites mal à l'aise en présence de ces autres parents. Deux ont fait part de leur déception face aux attitudes des autres parents.

La relation avec le psychologue a fait l'objet de commentaires de la part de quatre mères puisque seulement quelques-unes sont allées consulter. Deux personnes se sont senties écoutées et une a perçu le psychologue comme digne de confiance et empathique. Une lui a reproché son manque de disponibilité et une autre s'est sentie incomprise.

Les contacts avec la psychométricienne étant relativement rares. Une seule mère a émis un commentaire à ce sujet; elle lui a reproché son insistance avec l'enfant lors des évaluations psychométriques.

En résumé, les résultats concernant l'impact font état de plusieurs effets positifs du service sur les enfants et sur leur parent surtout au niveau de l'acquisition de connaissances et de la socialisation. Pour ce qui est de la satisfaction, le nombreux éléments rapportés sont satisfaisants et touchent principalement le temps de répit et la relation avec l'intervenante. Le chapitre suivant discute en détail les résultats présentés dans cette section.

Chapitre 4

Discussion

Les questions posées dans cette recherche concernaient les impacts perçus, par les mères, du projet Apprenti-Sage sur leur enfant et sur elles-mêmes, ainsi que les éléments de ce projet ayant suscité, chez elles, de la satisfaction et de l'insatisfaction. Pour discuter des résultats rattachés à ces questions, les impacts perçus et les éléments de satisfaction seront abordés séparément. Cependant, comme ces deux concepts sont étroitement intriqués et ne peuvent être complètement dissociés, des références à l'un et l'autre des concepts seront faites dans chacune des sections.

Impact

Les impacts perçus par les mères du programme Apprenti-Sage témoignent des nombreux bienfaits de la participation à ce projet pour leur enfant et pour elles-mêmes. En effet, sur tous les plans de l'impact chez l'enfant ou chez la mère, les impacts positifs dominent grandement. De plus, afin de s'assurer que les changements nommés étaient bien reliés aux interventions, les éléments identifiés par les mères comme responsables de ces changements, les attributions, ont été étudiés comme le conseillent Rees et Wallace (1982). Or, tous les impacts positifs ont au moins une de ses attributions relative au programme. La qualité du programme est probablement fortement liée à ces résultats positifs. L'échantillon de 16 mères sur 21 possibles, même s'il représente un bon taux de réponse, soit 76%, ne reflète toutefois pas la pensée des mères des 35 enfants ayant été intégrées initialement au projet. Malgré le fait que les nombreux déménagements dans cette population sont la cause principale de perte de sujets, on peut supposer, comme le soulignent Larsen et al. (1979) et

Harman et Brim (1980), que les mères les plus insatisfaites ont abandonné l'intervention, en cours de route. Dans cet ordre d'idées, Speer et Zold (1971) ont rapporté que le traitement d'un répondant, comparativement à celui d'un non-répondant, obtient de meilleurs résultats. De plus, les répondants sont estimés comme ayant de meilleures ressources, une meilleure capacité de changer, une meilleure habileté à utiliser le traitement et une meilleure tolérance pour demeurer assez longtemps dans le traitement. Compte tenu de cette étude, il est présumé que les cinq mères ayant refusé de participer à cette recherche auraient mentionné moins d'impacts positifs et plus d'éléments d'insatisfaction que les répondantes. Un autre facteur à considérer dans l'interprétation des données est la désirabilité sociale. Les mères étaient en situation d'entrevue, une méthode très réactive, propice à ce genre de biais. En montrant les nombreux bénéfices du programme sur elles-mêmes et sur leur enfant, les mères exposent leurs bons côtés ou ceux de leur enfant. Une autre façon d'expliquer ces résultats très positifs est le fait que les intervenants ne sont plus là pour confronter les parents à leurs problèmes. Comme le mentionnent Horenstein et al. (1973), les intervenants ont tendance à identifier des problèmes auxquels les clients ne font pas attention. Les mères, laissées à elles-mêmes, peuvent se voir d'une façon plus positive. Dans la même lignée, les résultats de l'étude d'Andrews et Withey (1976) ont démontré que les gens tendent à avoir un biais négatif des autres personnes. Il est donc possible de croire que les mères, n'étant plus face à d'autres parents pour se comparer, dévalorisent les autres parents et développent ainsi une meilleure image d'elles-mêmes. Ceci les porterait à s'attribuer davantage de compétences.

Les détails des impacts positifs nommés par les mères seront maintenant donnés.

Les données font ressortir que l'acquisition de connaissances est un des impacts marquants du projet tant pour les mères que pour leur enfant. Ces données corroborent d'ailleurs les résultats quantitatifs de l'étude d'impact montrant que les enfants du groupe avec intervention ont obtenu des résultats significativement plus élevés aux épreuves d'évaluation intellectuelle que les enfants du groupe contrôle. Ces acquis considérables au niveau cognitif chez les enfants et chez leurs mères sont de façon majoritaire attribués, par ces dernières, au service. Au surplus, il est possible de croire que les acquisitions de connaissances des mères dues au projet influencent celles de l'enfant. La mère, étant elle-même en processus d'apprentissage et sachant mieux prendre soin de son enfant, peut mieux comprendre les difficultés de son enfant, développer de meilleures techniques pour lui enseigner (ayant elle-même un enseignant comme modèle) et favoriser ses apprentissages en lui donnant de meilleurs soins. Les données exposent également un impact externe au projet: l'acquisition de connaissances chez les membres du programme les ont amenés à enseigner, à d'autres enfants et parents, leurs acquis. Un seul inconvénient a pu être noté par trois mères concernant les nombreux apprentissages des enfants: l'ennui en maternelle. On peut supposer que les mères exprimant des insatisfactions quant à la durée du service, désirant que le programme continue en maternelle, énonçaient également un certain ennui chez leur enfant.

Un second impact important rapporté par les mères, tant chez elles que chez leur enfant, est un changement dans les rapports sociaux. Le quart des mères ont vu

une amélioration dans leurs relations interpersonnelles et plus d'un tiers des enfants ont développé des habiletés de socialisation. Les mères ont relié le bon développement social de leur enfant aux activités générales du programme, sans spécifier davantage. Elles discriminent davantage dans les attributions de leur propre progrès au niveau social. Elles attribuent ces impacts à des relations qu'elles ont développées au cours du programme, principalement avec le psychologue, mais aussi avec l'intervenante et les autres parents. Notons que ces quatre mères avaient consulté le psychologue mis à leur disposition. On retrouve à ce sujet une étude de Beck et Jones (1974) qui a constaté que la relation client-thérapeute était un prédicteur des résultats deux fois plus puissant qu'aucune autre caractéristique du client ou du service et plus puissant que toutes les caractéristiques du client combinées. À la lumière des conclusions de cette étude, il est permis de penser que la qualité de la relation entre le psychologue ou l'intervenante et la mère a rendu possible cette plus grande socialisation. De la même façon, on peut supposer que la qualité de la relation entre l'enfant et son intervenante a été responsable des acquis au niveau social.

Les conclusions précédentes permettent de constater que les secteurs de développement sont interdépendants. L'amélioration d'un de ces secteurs peut amener des changements positifs à d'autres niveaux. En effet, comme dans l'exemple précédent, une mère qui a vécu une expérience enrichissante au niveau affectif (avec le psychologue), était plus en mesure de raffiner ses relations interpersonnelles. En extrapolant, il est possible de croire que ces nouvelles habiletés lui permettront d'être plus compétentes avec son enfant ainsi qu'au niveau professionnel. De même, l'enfant bénéficiera des compétences récentes de sa mère. Son développement peut alors être accru au niveau affectif, social ou général. Il est possible de constater ce même

phénomène aussi chez l'enfant. Des acquis au niveau psychomoteur peuvent, par exemple, l'aider à se faire des amis (développement social et affectif). Cette observation fait ressortir qu'un impact positif rapporté par une mère, chez elle ou son enfant, dans un secteur donné, n'est pas seulement bon en lui-même mais a des répercussions sur d'autres secteurs de la vie de cette personne et sur la vie des autres.

Les impacts négatifs de la participation au projet, même s'ils sont en nombre limité, méritent qu'on s'y attarde. Le seul impact négatif observé chez les enfants se situe au niveau du développement affectif. En tout, plus d'une mère sur trois a rapporté soit aucune amélioration sur le plan affectif, soit de l'immaturité ou un manque d'autonomie. Pour bien comprendre cette évaluation de la part des mères, il est nécessaire, selon les suggestions de Runciman (1966), d'étudier le cadre de référence de ces personnes. Olds (1984) s'est consacré à l'étude de ces familles à haut risque. Son étude visait à promouvoir, dans cette population, les méthodes de soins à l'enfant par le biais d'infirmières faisant des visites à domicile. Les études de cas effectuées suggèrent que les tentatives des intervenantes peuvent être considérablement contrecarrées par la tendance des jeunes femmes à être centrées sur leurs propres besoins, par leur tolérance limitée à la frustration et leur manque d'habileté sociale et, sans oublier, par le stress de la pauvreté. Les conclusions de cette recherche permettent d'inférer qu'un bon nombre des mères de notre échantillon sont centrées sur elles-mêmes et qu'elles ont l'habitude de laisser leurs enfants à eux-mêmes. Ainsi, ces enfants développent beaucoup de débrouillardise et une certaine indépendance, n'ayant personne sur qui compter. En revanche, le programme Apprenti-Sage a permis aux enfants de recevoir beaucoup d'attention et de soins qu'ils n'auraient pas eus autrement. On peut imaginer qu'effectivement ces enfants

paraissent moins autonomes aux yeux de leur mère que d'autres enfants n'ayant pas participé au projet, ce qui n'implique pas nécessairement que le programme a nui au développement affectif de ces enfants. De plus, il est important de souligner que la personnalité de la mère influence grandement le développement de la personnalité de l'enfant. Si la mère présente des traits d'égocentrisme et d'immaturité, comme le suggère l'étude d'Olds, l'enfant peut difficilement développer de la maturité.

Les mères ont aussi rapporté des effets négatifs du service sur elles-mêmes. Harman et Brim (1980) se sont d'ailleurs exprimés sur la possibilité que ce phénomène survienne. Ces auteurs croient que leur programme, ayant pour but l'éducation des parents, aurait pu augmenter l'anxiété des parents et promouvoir une confiance exagérée envers les experts et leurs conseils. La confiance en soi de ces parents dans leur rôle parental pourrait donc diminuer. Une autre étude a trouvé que des pères d'enfants handicapés, après avoir participé à un programme de support et d'information spécialement conçu pour répondre aux besoins parentaux, étaient devenus plus pessimistes (Vadasy & al, 1986). Cet impact a été expliqué par l'acquisition de connaissances qui rend les parents plus habiles mais, du même coup, les met face au rôle qu'ils doivent jouer tout au long de la vie de leur enfant. Les données de notre étude corroborent l'opinion de ces auteurs. En effet, une mère sur quatre a révélé des sentiments négatifs suite au programme. La culpabilité, l'incompétence et le stress vécus par ces mères ont été attribués aux caractéristiques de l'enfant ou de la mère, aux commentaires négatifs de l'intervenante et au manque de transparence ou d'informations. Une mère se distingue cependant des autres. Celle-ci croit que les apprentissages des besoins de l'enfant faits durant le service sont responsables de sa culpabilité puisqu'elle n'a pas fait tout ce qu'elle aurait dû faire.

pour combler tous ses besoins. Cette dernière ayant un point de vue tout à fait différent, ne sera pas incluse dans les analyses qui suivent immédiatement. Les données révèlent donc que ces trois mères se sont senties stressées, incompétentes ou coupables. Les raisons qu'elles invoquent pour expliquer ces sentiments déplaisants sont les suivantes: les intervenantes les ont culpabilisées (à propos de leurs caractéristiques ou celles de leur enfant et par leurs commentaires perçus comme constamment négatifs) ou des informations concernant soit le comportement réel de l'enfant pendant la journée d'intervention, soit sur la maladie mentale de l'enfant, leur ont été cachées. Ces résultats portent à croire que les mères se sont également comparées à leur intervenante, ce qui a pu augmenter leur sentiment d'incompétence et de culpabilité. Pourtant, à maintes reprises dans les écrits, le support social a été lié à une diminution du stress chez les parents d'enfants non-handicapés, à risque ou handicapés (Crnic, Greeneber, Ragozin, Robinson & Basham, 1983, Dunst, Trivette & Cross, 1985, Fewell, 1984, McDowell & Gabel, 1981, Pascoe & Earp, 1984 : voir Vadasy & al., 1986). Ici, le support social semble plutôt avoir produit une augmentation du stress des mères. Par contre, un approfondissement des données permet de constater que ces trois mères n'entretenaient pas de bons rapports avec leur intervenante, ce qui a pu miner considérablement l'acceptation du support social. Mentionnons également que deux de ces trois mères participaient au projet sous ordonnance de la cour et que les trois ont vu leur enfant placé par les services sociaux au cours du service. On peut penser que ces mères étaient plus méfiantes et, par conséquent, moins ouvertes face au contenu du programme et ses différents intervenants. D'ailleurs, Upshur (1991) a rapporté une corrélation significative entre le taux d'aide générale fourni par le programme et une diminution dans le stress parental. Nos données confirment cette corrélation puisque que ce sont deux de ces mères qui

ont rapporté aucun impact sur elles-mêmes du suivi psychologique ou du programme au niveau des habiletés parentales.

Finalement, il est indispensable de relever que des variations dans la quantité et la qualité du traitement d'un participant à l'autre peuvent mener à des variations dans les impacts chez les sujets, comme le soulignent Sheehan et Keogh (1981). L'expérience de chaque enfant est différente pendant l'intervention. Les enfants ne reçoivent pas tous la même quantité ou qualité de temps d'apprentissage et les parents ne reçoivent pas tous le même nombre de visites à la maison. Ces différences dans le traitement peuvent mener à des impacts différents.

Satisfaction

Les éléments rapportés par les mères reflètent presque tous une grande satisfaction. Les mères ont été, de façon générale, très satisfaites du temps de répit que le programme leur a fourni, de la compétence de l'intervenante, de son support, de la confiance qu'elles pouvaient lui porter ainsi que de son accessibilité et de son ouverture. Le support et l'accessibilité au programme, la qualité des interventions ainsi que la qualité et la quantité des informations ont tous également été très appréciés. Cette grande quantité d'éléments satisfaisants du service laisse croire que les mères ont, de façon majoritaire, apprécié les différents intervenants et le temps libre que leur procurait le programme.

Toutefois l'examen du Tableau 2 permet de constater que plusieurs mères, pour un secteur donné, ont nommé à la fois des éléments satisfaisants et insatisfaisants. Ce phénomène peut être observé particulièrement dans les secteurs des interventions du programme ainsi que dans la relation avec l'intervenante. En tout, sur les onze secteurs de satisfaction, seulement deux secteurs ont des mères distinctes pour les éléments de satisfaction (+), d'insatisfaction (-) et les deux à la fois (+/-). Ces résultats corroborent ceux de Glampson et Goldberg (1976) qui ont trouvé, comme nous le mentionnions antérieurement, que même si les plaintes provenaient généralement, dans leur étude, des gens insatisfaits, près du quart des gens satisfaits avaient aussi des plaintes à formuler. Woodward et al. (1978) aussi ont constaté que, même si une famille est globalement très satisfaite, elle peut quand même identifier des aspects du service qui lui ont déplu. Ce phénomène peut s'expliquer, notamment en ce qui concerne la relation avec l'intervenante, par le principe, énoncé par Rees et Wallace (1982), selon lequel l'intervenante fait son possible. Les mères expriment beaucoup de satisfaction face à leur intervenante parce qu'elles croient que celle-ci tente l'impossible avec les ressources dont elle dispose. Il faut voir aussi que les quelques insatisfactions qui demeurent ont été exprimées, probablement, en raison de l'inquisition approfondie qu'est l'entrevue.

Les données observées dans cette étude sur la satisfaction ne présentent pas d'aussi hauts taux de satisfaction auxquels on pourrait s'attendre selon les écrits (Edwards & al., 1978; Woodward & al., 1978; Gilligan & Wilderman, 1977; Lebow, 1983). Malgré le fait que tous les éléments rapportés le plus fréquemment par les mères sont des satisfactions, plusieurs insatisfactions, quoique chacune survienne en nombre limité, sont citées. Ces insatisfactions passablement nombreuses contrastent

également avec la grande quantité d'impacts positifs mentionnés précédemment. À ce sujet, plusieurs auteurs se sont prononcés sur la distinction à faire entre les concepts de satisfaction et d'efficacité du traitement. En effet, une recherche de Sandow, Clarke, Cox et Stewart (1981) auprès d'enfants préscolaires présentant des retards intellectuels, n'a rapporté aucun lien entre la satisfaction d'un parent et l'amélioration de son enfant au niveau intellectuel ou social. Upshur (1991) a également noté qu'il n'y avait aucune relation entre l'aide perçue par les mères et les mesures de changements chez l'enfant. De la même façon, Hill (1969) a trouvé, dans son étude sur les buts des patients et des thérapeutes et sur la satisfaction des patients, que la disparition des symptômes, en soi, était relativement basse dans la hiérarchie des satisfactions pour les patients. Enfin, Woodward et al. (1978) ont remarqué, dans leur étude, que 60% des familles insatisfaites avaient été perçues par les thérapeutes comme s'étant beaucoup améliorées. Aussi, 30% des familles satisfaites avaient échoué à atteindre le but qu'on leur avait fixé. Ces résultats ont permis aux chercheurs de conclure que la satisfaction ne peut être considérée de la même façon que l'efficacité du traitement.

D'autres raisons, énoncées par différents auteurs, peuvent également expliquer pourquoi le taux de satisfaction de la présente étude est plus bas que prévu. D'après Rees et Wallace (1982), les gens sont plus articulés à propos des expériences qui leur ont causé de la colère ou de l'insatisfaction, qu'à propos de celles les ayant satisfaits. Les mêmes auteurs fournissent une autre explication se rapportant cette fois à l'instrument utilisé. Des questions spécifiques et une entrevue inquisiteur, comme celles utilisées dans la présente recherche, tendent, selon eux, à produire des réponses plus précises et discriminantes mais également plus critiques. Ils mentionnent, par

ailleurs, qu'une personne, au contact d'un service, peut développer plus d'attentes. Une meilleure connaissance des services disponibles peut lui faire prendre conscience des améliorations possibles de ses conditions de vie et ainsi, l'amener à demander davantage ou à critiquer les services. Lebow (1983) note, pour sa part, que lorsqu'il est question d'un service public, les clients fréquentant ce service ont rarement le choix du praticien et du type de traitement. Cette situation était effectivement présente dans le projet Apprenti-Sage. Les parents n'ont pas choisi leur intervenante, ni le genre d'intervention qu'ils préféraient. Quelques-uns n'ont même pas choisi de participer au projet, leur participation étant ordonnée par la cour. De plus, les parents n'ont pu donner leur avis sur le programme avant la présente recherche.

Les secteurs d'insatisfaction les plus marquants, lorsqu'on compare la quantité d'éléments satisfaisants et insatisfaisants du même secteur, sont sans aucun doute les rencontres de parents et les relations avec les autres participants. Ces deux secteurs sont d'ailleurs si étroitement liés qu'il est pratiquement impossible de les dissocier l'un de l'autre. Il est clair que les rencontres de parents, lesquelles permettaient aux parents de connaître les autres membres du groupe, ont été décevantes selon la majorité des participants. Plusieurs ont critiqué le contenu des rencontres, d'autres le mauvais appariement des parents tandis qu'une minorité aurait souhaité davantage de contacts avec les autres parents. On peut donc supposer que des mauvais appariements pour certaines mères représentaient, pour d'autres, un groupe plaisant. De même, les critiques quant au contenu de ces rencontres ne font pas l'unanimité. Alors que des parents l'ont trouvé trop simpliste et superficiel, d'autres ne le trouvaient pas clair et éprouvaient certaines difficultés à comprendre. On peut expliquer ce phénomène par les différences que présentent les parents au niveau cognitif. En effet, certaines mères

se documentaient d'elles-mêmes sur le développement de l'enfant, contrairement à d'autres qui ne savaient pas lire. On peut facilement penser que les mères les plus instruites étaient les plus réticentes à se mêler aux autres membres du groupe. Toutefois, même si les rencontres de parents ont été l'objet de multiples critiques, plusieurs impacts positifs leur ont été attribués. Ces résultats indiquent que, même si ces rencontres n'étaient pas particulièrement plaisantes, elles ont néanmoins porté fruit.

D'autres secteurs ont reçu plusieurs critiques. Cette fois, par contre, plusieurs éléments de satisfaction étaient aussi associés à ces secteurs. Il s'agit plus particulièrement des secteurs des interventions, de l'information - communication, de l'infrastructure et de la relation avec l'intervenante (ce dernier secteur sera élaboré ultérieurement dans une section consacrée à l'analyse de la relation avec l'intervenante). Les participantes au programme ont critiqué la qualité des informations et l'accès à celles-ci. Le quart des mères ne comprenait pas le but des activités ou, tout simplement, le sens de leur participation au projet. Ces données suggèrent que les mères n'avaient pas été informées quant à la sélection des familles participant au projet. Effectivement avec un tel groupe expérimental constitué de familles à risque, les chercheurs principaux avaient opté délibérément pour que ces interrogations demeurent sans réponses pour la plupart des participants. Toujours en ce qui concerne l'information, 19% des mères sentaient qu'il leur en manquait. La qualité et la quantité limitée d'interventions ont déçu aussi quelques mères. L'intervention était, selon elles, soit trop axée sur la psychomotricité, soit dépourvue de transition pour habituer l'enfant à la maternelle. Par contre, l'insuffisance de soins, quoiqu'insatisfaisante, peut refléter que le service était aidant et que les participants en

voulaient davantage, comme le soulignent Reid et Shyne (1969). L'infrastructure a également été source de critiques. Le changement d'intervenantes en cours d'intervention et les rencontres individuelles trop peu fréquentes entre l'intervenante et la mère ont été identifiées alors.

Des données semblables aux présents résultats se retrouvent dans différentes recherches. En effet, les plaintes fréquemment rapportées concernent le manque d'informations (Glampson & Goldberg, 1976; Rees & Wallace, 1982), la quantité insuffisante d'interventions (Board, 1959; Glampson & Goldberg, 1976) et l'assignation à plusieurs thérapeutes (Board, 1959; Feifel & Eells, 1963; Upshur, 1991). À ce sujet, le quart des mères de notre échantillon et leurs enfants ont été contraints de changer au moins une fois d'intervenante pendant la durée du programme. Or, le manque de continuité dans les soins a été cité comme un élément majeur d'insatisfaction (Upshur, 1991). De plus, une étude sur la continuité des soins médicaux de Breslau (1982) a démontré que cet élément avait un impact plus grand sur la satisfaction des parents d'enfants handicapés que sur les familles sélectionnées au hasard. Il est donc suggéré par l'auteur que l'excès d'impact de la continuité sur l'évaluation que les familles d'enfants handicapés font de leur médecin et des soins médicaux peut refléter le plus grand besoin psychologique de ces familles comparé à celles sans enfant handicapé. Pour les familles ayant de plus grands besoins affectifs, la continuité des soins est non seulement une démonstration de l'intérêt du médecin, mais aussi de la qualité des soins qu'il prodigue. À la lumière de ces résultats, étant donné que les mères et enfants de notre échantillon ont également de grands besoins affectifs, on peut conclure que la satisfaction des familles qui se sont vues attribuer plusieurs intervenantes, a été affectée par ce changement dans le personnel.

Les secteurs de satisfaction précédemment étudiés montrent que les mères ne sont pas unanimes quant à leur évaluation des éléments satisfaisants et insatisfaisants. En effet, ce que des mères ont apprécié (par exemple l'accessibilité à l'information ou l'intervenante qui est digne de confiance), d'autres disent ne pas l'avoir reçu (manque d'accès à l'information ou l'intervenante est peu digne de confiance). Une autre contradiction apparaît aussi dans les données. Des éléments qui ont été appréciés par des mères (dévouement de l'intervenante, investissement émotif), ont déplu à d'autres (trop investie émotionnellement, prend la place de la mère). Ces divergences d'opinions d'une mère à l'autre peuvent s'expliquer par le fait que, même si en principe le modèle général de distribution des services est le même pour toutes les familles, chaque intervenant a un style différent pour livrer ces services (Upshur, 1991), ce qui peut mener à des différences dans les satisfactions. D'ailleurs, un examen plus approfondi des données concernant l'investissement émotif de l'intervenante a permis de vérifier cette affirmation. L'investissement émotif perçu positivement se retrouve chez des mères ayant toutes la même intervenante et celui perçu négativement regroupe également des mères ayant toutes une même (autre) intervenante. On retrouve le même phénomène du côté des impacts négatifs ou neutres (l'intervention n'a pas eu d'impact là où désiré). Des sept mères ayant rapporté ces impacts chez elles ou leur enfant, cinq ont eu la même intervenante. Et, en ce qui concerne les deux autres, une a eu quatre intervenantes différentes au cours du programme (la seule de notre échantillon), et l'autre fréquentait le service sous ordonnance de la cour. Le style de l'intervenante semble donc lié à des impacts variables et à des satisfactions variées. Une autre façon d'expliquer les divergences d'opinions des mères pour un même secteur, nécessite la révision de la notion de satisfaction. Rees et Wallace (1982) affirment que la satisfaction est liée à divers facteurs comme le style de vie, le cadre

de référence, les expériences, les attentes et les valeurs. Les mères de notre étude, même si elles sont rassemblées sous le terme «à risque», ne sont pas nécessairement semblables au niveau de ces facteurs. Il est donc normal que leurs niveaux de satisfaction diffèrent.

Le secteur de satisfaction ayant suscité le plus de commentaires positifs et négatifs est, de toute évidence, la relation avec l'intervenante. Quoique le nombre de mères de part et d'autre s'équivalent presque (Tableau 2), en compilant la quantité d'éléments positifs et négatifs, il est clair que le nombre d'éléments satisfaisants l'emporte. La grande satisfaction envers les intervenantes peut être expliquée selon le principe que les gens les plus satisfaits de leur relation avec l'intervenante demeurent dans le service. À ce sujet, Flynn et al. (1981) ont observé que les gens qui restent le plus longtemps en thérapie sont ceux qui font confiance au thérapeute et qui sont satisfaits de la relation thérapeutique. Les gens qui font confiance à leur thérapeute et qui sont satisfaits de la relation thérapeutique, tendent alors à rapporter un haut degré de satisfaction avec le traitement.

La bonne relation a été reconnue, à quelques reprises, responsable d'impacts positifs. Les écrits font abondamment mention de ce lien entre la relation positive du client avec son thérapeute (médecin, travailleur social, intervenant) et de bons résultats (Board, 1959; Flynn & al., 1981; Rees & Wallace, 1982; Sandow & al., 1981; Varin & Rondeau, 1976). Compte tenu des conclusions de ces recherches, il est possible de croire que les nombreuses bonnes relations entre les mères et leur intervenante sont liées aux nombreux impacts positifs rapportés ainsi qu'à la satisfaction générale de plusieurs mères.

La relation avec l'intervenante a suscité d'aussi vives satisfactions que d'insatisfactions. Les éléments insatisfaisants seront donc maintenant examinés. Afin de mieux comprendre les commentaires négatifs, des regroupements ont été effectués entre les éléments prenant place avec la mère et avec l'enfant. Deux éléments ont été identifiés comme touchant à la fois la mère et l'enfant: l'intervenante qui prend la place de la mère et un trop grand investissement émotif envers l'enfant. Deux éléments d'insatisfaction seulement concernent l'enfant: le manque d'expérience et le fait que l'intervenante gâte trop l'enfant. Tous les autres commentaires s'appliquent à la relation mère-intervenante. Ceux-ci ont également été regroupés. Deux catégories sont ressorties: le non-respect et des demandes excessives. Le non-respect ne comporte que deux éléments: l'intrusion dans la vie de la mère et l'intervenante peu digne de confiance. Les demandes excessives incluent les menaces, les critiques, l'insistance, l'égoïsme, l'incompréhension, le sentiment d'être surveillée de la mère et l'intervenante trop directe. Des liens peuvent être présumés entre ces demandes excessives et les impacts négatifs retrouvés chez quelques mères. En effet, la mère, n'arrivant pas à être à la hauteur des demandes qui lui sont faites, peut développer des sentiments d'incompétence et de culpabilité ainsi que du stress. Pour ce qui est du non-respect, il a été rapporté par les mères ayant eu des intervenantes différentes. Il est impossible d'établir un lien entre le non-respect et la personnalité d'une intervenante précise. On peut donc penser que le fait que l'intervenante aille visiter la mère chez elle, qu'elle scrute l'enfant et qu'elle doive rapporter aux services sociaux toute preuve d'abus ou de négligence, produit, chez la mère, l'impression d'intrusion dans sa vie privée ainsi que le sentiment qu'elle ne peut lui faire confiance.

Dans les écrits, des données semblables sur les insatisfactions face aux intervenants sont rapportées. Glampson et Goldberg (1976) ont exposé les plaintes les plus fréquentes envers les travailleurs sociaux. Ces plaintes sont la jeunesse ou l'inexpérience de l'intervenant pour s'occuper des enfants ou des problèmes complexes d'une famille ainsi que l'immaturité et, par conséquent, le manque de compréhension. Sandow et al. (1981) se sont penchés sur les facteurs empêchant l'établissement d'une bonne relation entre les parents et l'intervenant. Ils ont trouvé que cet échec survient lorsque les parents considèrent les mesures correctives inacceptables ou lorsque les différences de valeurs ou de cultures empêchent le rapport avec l'intervenant. En considération de ces propos, examinons de plus près les mères les plus insatisfaites de leur relation avec l'intervenante. Pour identifier ces mères, les commentaires négatifs de la relation avec l'intervenante ont été classés par mère. Puis, les mères ont été classées en ordre décroissant de commentaires. Les mères les plus insatisfaites, celles ayant émis le plus de critiques, se retrouvent donc en premier. Neuf mères en tout ont mentionné des insatisfactions à ce niveau. Or, parmi les six premières mères (les plus insatisfaites), quatre mères ont soit reçu une ordonnance de la cour pour participer au service (trois mères), soit vu leur enfant placé par les services sociaux pendant la durée du projet (les quatre mères). Aucune des trois dernières mères à avoir critiqué l'intervenante n'était dans l'une de ces situations. Notons qu'une seule autre mère était engagée dans ce genre de situation (placement de son enfant). Elle s'est abstenu de tout commentaire concernant l'intervenante. Ces éclaircissements corroborent les conclusions de Sandow et al. (1981). En effet, plusieurs mères très insatisfaites de la relation avec l'intervenante n'ont pu établir un bon rapport avec cette dernière étant donné une mesure corrective inacceptable pour elles: le placement de leur enfant. De plus, on peut croire que les trois mères contraintes de participer au service n'avaient

aucune motivation intrinsèque à s'engager dans le projet ou à établir une bon rapport avec l'intervenante.

Pour ce qui est des deux mères ayant rapporté que l'intervenante prenait la place de la mère ou était trop investie émotivement dans son travail, il a été noté qu'elles étaient assignées à la même intervenante, avaient une ordonnance de la cour pour assister au programme et que leur enfant était placé par les services sociaux durant le service. Ces deux mères se retrouvent donc dans le groupe des très insatisfaites de la relation avec l'intervenante, cité précédemment. Dans les écrits, des allusions ont été faites à ce phénomène. En effet, Rees et Wallace (1982) ont remarqué que les parents d'enfants placés en centre d'accueil craignaient que les employés volent l'affection de leur enfant. De même, les parents naturels d'enfants placés en adoption ont rapporté se sentir en compétition avec les parents d'adoption. Ils ont aussi confié qu'ils se sentaient inférieurs à ces derniers en termes de capacité émotionnelle. Zigler et Balla (1982) ont constaté également qu'un des effets non-intentionnels de leur programme était de supplanter la famille comme premier lien d'attachement émotif de l'enfant. Nos résultats ne sont donc pas étrangers à ces constatations. Les deux mères reprochant à l'intervenante d'être trop investie émotivement, n'ont pas eu la garde de leur enfant pendant toute la durée du service, tandis que l'intervenante, elle, a été avec eux pendant tout le programme. Cette dernière assurait donc plus de stabilité émotive à l'enfant que la mère le faisait. Il se peut bien qu'en ces circonstances l'enfant ait réellement été plus attaché à son intervenante qu'à sa propre mère, ce qui, par conséquent, aurait donné l'impression à la mère que l'intervenante lui a volé intentionnellement l'affection de son enfant.

À la lumière des résultats de cette recherche, il serait donc souhaitable de faire certains ajustements dans l'éventualité d'un prochain programme semblable à Apprenti-Sage. Tout d'abord, afin de réduire le stress chez les mères, il serait probablement important d'équilibrer l'augmentation des demandes faites aux mères avec une augmentation des ressources dont elles disposent, comme proposé par Kaiser et Hemmeter (1989). De plus, les interventions devraient être conçues de façon à promouvoir le partage des responsabilités entre les parents et les fournisseurs de services. Selon ces auteurs, la marque d'une intervention appropriée est l'étendue de l'action conjointe des parents et professionnels ainsi que l'apport des ressources pour compenser le stress associé aux demandes qu'imposent l'intervention.

Dans le même sens, le sentiment d'incompétence retrouvé chez certaines mères pourrait être minimisé si l'intervention auprès des parents commençait au cours de la grossesse. Olds (1984) soutient que cette mesure réduit l'implication que la mère prodigue des soins inadéquats. Par conséquent, elle amène la mère à être moins sur la défensive. Aussi, le même auteur suggère de mettre l'accent sur les forces de la mère et de lui communiquer que l'on croit en elle et en ses capacités.

Pour réduire les impacts négatifs chez les enfants comme l'immaturité et les problèmes de comportement en classe, il est recommandé d'augmenter progressivement, au cours des années, le nombre d'enfants par groupe. Ainsi, une intervenante pourrait s'occuper des enfants qui lui sont assignés et de ceux d'une autre intervenante pendant un certain temps, puis, l'autre intervenante la remplacerait. Ceci favoriserait l'adaptation à de plus grands groupes d'enfants et à de nouvelles figures sans pour autant miner la relation entre l'enfant et son intervenante. De plus, afin de

faciliter l'adaptation au milieu scolaire, il est conseillé de procéder progressivement à des modifications dans le programme pour qu'il ressemble davantage, vers la fin du projet, aux services offerts dans ce milieu. La transition entre la Pavillon et la maternelle pour les enfants et pour les parents serait donc plus facile à faire.

Pour ce qui est des éléments à travailler pour augmenter le niveau de satisfaction des parents, il est premièrement indiqué de revoir tout le concept de rencontres de parents. Malgré le fait que ces rencontres soient profitables au niveau des impacts, elles ont été la source de beaucoup d'insatisfactions et de peu de satisfactions. Comme le volet éducatif semble avoir produit le plus d'impacts positifs, celui-ci devrait par contre être conservé. Toutefois, une nouvelle façon d'apparier les parents devrait être mise en place, en tenant compte préférablement de l'opinion des parents impliqués. D'ailleurs Rees et Wallace (1982) insistent sur l'importance de permettre aux parents d'exprimer leur point de vue et de le considérer. Nous recommandons, en conséquence, qu'une étude de satisfaction soit entreprise, au cours de l'intervention, afin de faire les ajustements nécessaires et ainsi, mieux répondre aux besoins des participants.

Qui plus est, la relation entre les parents et leur intervenante devrait être améliorée étant donné la grande influence de cette relation sur les résultats de l'intervention. Pour ce faire, une sélection plus rigoureuse du personnel serait à prévoir. De cette façon, les compétences seraient accrues et l'instabilité du personnel pourrait être minimisée.

Pour contrer les demandes excessives ressenties par les parents, lesquelles ont produit des sentiments d'incompétence et de culpabilité, il serait bon de ne travailler qu'un point à la fois avec la mère plutôt que de lui étaler l'inventaire de ses erreurs. La mère choisirait alors avec son intervenante quel aspect d'elle-même elle souhaite améliorer. Ce but deviendrait ainsi celui de la mère, non celui de l'intervenante. Dans la même lignée, pour contrer le non-respect de leur vie privée vécu par quelques mères, Kaiser et Hemmeter (1989) recommandent de n'employer que des stratégies de traitement non-aversives. Toutefois, ces stratégies devraient contenir des garanties suffisantes pour assurer que des situations d'abus ou de négligence soient écartées. Finalement, les résultats de notre étude démontrent clairement que les parents qui ont été contraints de participer au projet sont les plus insatisfaits. Il est donc prescrit de ne plus inclure des participants dans un programme contre leur gré puisque d'une part, les bénéfices retirés sont minimes, et que, d'autre part, leur absence de motivation peut nuire à l'ensemble des participants.

Conclusion

L'ensemble des propos recueillis chez les mères du groupe Apprenti-Sage démontre à quel point ce service a eu des impacts positifs sur elles-mêmes et leur enfant. Il leur a permis, en effet, d'obtenir du répit, d'être plus proches de leur enfant, de devenir plus compétentes comme parent, de recevoir du support, d'échanger avec une personne réceptive et d'être écoutées. Aux enfants, le projet a donné l'occasion d'acquérir des connaissances, de devenir plus compétents socialement et de parvenir à un meilleur développement général.

Les parents nous ont aussi dit qu'ils avaient besoin qu'on s'occupe davantage d'eux, qu'on leur donne la parole, qu'on tienne compte de leurs besoins. Concrètement, il peut s'agir, pour un programme futur, de faire une étude de satisfaction au cours du projet plutôt que seulement au terme de celui-ci. De même, ceci signifie que le service devrait être adapté aux besoins de chacun, respecter son rythme et favoriser le partage des responsabilités et des décisions entre les intervenants et les parents. Ces derniers étant plus considérés et mieux écoutés dans les réponses à leurs besoins seront capables d'une plus grande disponibilité affective envers leurs enfants. L'intervention doit mettre aussi l'accent sur le développement du sentiment de compétence et de l'estime de soi des parents. De cette façon, les parents ayant appris à se fier à eux-mêmes plutôt qu'à un professionnel seront davantage préparés au terme inévitable de l'intervention. Dans cette même lignée, afin de réduire le sentiment d'incompétence, deux options sont suggérées: (1) commencer l'intervention au cours de la grossesse pour minimiser le sentiment que la mère prodigue des soins

inadéquats et (2) ne travailler qu'un point à la fois avec la mère. Un prochain programme devrait aussi promouvoir le sentiment de sécurité des parents et des enfants. Pour ce faire, il faut fournir davantage de ressources à mesure que les demandes inhérentes à l'intervention s'intensifient. De même, il est important de faciliter la transition entre l'intervention et le système scolaire. Promouvoir le sentiment de sécurité implique également d'assurer la stabilité du personnel afin d'éviter les effets néfastes de la précarité d'une relation affective, spécialement chez une population ayant de grands besoins à ce niveau. Enfin, la participation à un programme sous ordonnance de la cour est à proscrire puisque le manque de motivation et d'investissement ne produisent que des bénéfices minimes et peuvent nuire à l'ensemble des participants.

Dans l'ensemble, le projet Apprenti-Sage s'est avéré très aidant selon ses participants, malgré certains aspects apparemment décevants à l'étude d'impact. Il s'agira, dans un futur programme, de parfaire les aspects défaillants de façon à aider encore mieux cette population.

Références

- Andrews, S.R., Blumenthal, J.B., Johnson, D.L., Kahn, A.J. Ferguson, C.J., Lasater, T.M., Malone, P.E., & Wallace, D.B. (1982). The skills of mothering: A study of parent-child development centers. Monographs of the Society for Research in Child Development, 47 (6, No de série 198).
- Andrews, F., & Withey, S. (1976). Social indicators of well-being. New York: Plenum Press.
- Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., Horowitz, M.J., & Sorensen, J.E. (Éds). (1978). Evaluation of human service programs. New York: Academic Press.
- Baker, B.L. (1984) Intervention with families with young severely handicapped children. In J. Blacher (Ed.), Severely handicapped young children and their families (pp. 319-376). Orlando, Fl : Academic Press.
- Balch, P., Ireland, J.F., Mc Williams, S.A., & Lewis, S.B. (1977). Client evaluation of community mental health services: Relation to demographic and treatment variables. American Journal of Community Psychology , 5, 243-247.
- Banspach, S.W. (1986). An investigation of three theoretical models of parental satisfaction with early intervention programs for handicapped preschoolers. Thèse de doctorat inédite, Vanderbilt University.
- Beck, D.F., & Jones, M.A. (1974). A new look at clientele and services of family agencies. Social Casework , 55, 589-599.
- Beer, V., & Bloomer, A.C. (1986). Levels of evaluation. Educational Evaluation and Policy Analysis , 8, 335-345.
- Board, F.A. (1959). Patients' and physicians' judgments of outcome of psychotherapy in a outpatient clinic. AMA Archives of General Psychiatry, 1, 185-196.
- Breslau, N. (1982). Continuity re-examined: Differential impact on satisfaction with medical care for disabled and normal children. Medical Care, 20, 347-360.

- Caro, P., & Derevensky, J.L. (1991). Family-focused intervention model: Implementation and research findings. Topics in Early Childhood Special Education, 11(3), 66-80.
- Damkot, D.K., Pandiani, J.A., & Gordon, L.R. (1983). Development, implementation and findings of a continuing client satisfaction survey. Community Mental Health Journal, 19, 265-278.
- Denner, B., & Halprin, F. (1974a). Clients and therapists evaluate clinical services. American Journal of Community Psychology, 2, 373-378.
- Denner, B., & Halprin, F. (1974b). Measuring consumer satisfaction in a community outpost. American Journal of Community Psychology, 2, 13-22.
- Eayrs, C.B., & Jones, R.P. (1992). Methodological issues and future directions in the evaluation of early intervention programs. Child: Care, Health and Development, 18, 15-28.
- Edwards, D.W., Yarvis, R.M., Mueller, D.P., & Langsley, D.G. (1978). Does patient satisfaction correlate with success? Hospital and Community Psychiatry, 29, 188-190.
- Essex, D.W., Fox, J.A., & Groom, J.M. (1981). The development, factor analysis, and revision of a client satisfaction form. Community Mental Health Journal, 17, 226-235.
- Feifel, H., & Eells, J. (1963). Patients and therapists assess the same psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 27, 310-318.
- Flynn, T.C., Balch, P., Lewis, S.B., & Katz, B. (1981). Predicting client improvement from and satisfaction with community mental health center services. American Journal of Community Psychology, 9, 339-346.
- Frank, R., Salzman, K., & Fergus, E. (1977). Correlates of consumer satisfaction with outpatient therapy assessed by postcards. Community Mental Health Journal, 13, 37-45.
- Gallagher, J.J. (1990). The family as a focus for intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Éds), Handbook of early childhood intervention (pp. 540-559). New York: Cambridge University Press.

- Gilligan, J.F., & Wilderman, R. (1977). An economical rural mental health consumer satisfaction evaluation. Community Mental Health Journal, 13, 31-35.
- Glampson, A., & Goldberg, E.M. (1976). Post Seebohm social services: The consumer's viewpoint. Social Work Today, 8(6), 7-12.
- Gray, S., & Wandersman, L. (1980). The methodology of home-based intervention studies: problems and promising strategies. Child Development, 51, 993-1009.
- Greene, J.C. (1994). Qualitative program evaluation: practice and promise. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Éds), Handbook of qualitative research (pp. 530-544). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gutek, B.A. (1978) Strategies for studying client satisfaction. Journal of Social Issues, 34(4), 44-56.
- Harman, D., & Brim, O.G. (1980). Learning to be parents: Principles, programs and methods. Beverly Hills: Sage.
- Hauser-Cram, P. (1988). The possibilities and limitations of meta-analysis in understanding family program impact. In H.B. Weiss & F.H. Jacobs (Éds), Evaluating family programs (pp. 445-460). Hawthorne, NY: Aldine Publishing.
- Hauser-Cram, P. (1990). Designing meaningful evaluations of early intervention services. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Éds), Handbook of early childhood intervention. (pp. 582-602). New York: Cambridge University Press.
- Heinemann, S.H., & Yudin, L.W. (1974). The consumer as evaluator: Perceptions and satisfaction level of former clients. Journal of Community Psychology, 2, 21-23.
- Hill, J. (1969). Therapist goals, patient aims and patient satisfaction in psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 25, 455-459.
- Huberman, A.M., & Miles, M.B. (1991). Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Horenstein, D., Houston, B.K., & Holmes, D.S. (1973). Client's, therapist's and judges' evaluations of psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 20, 149-153.

- Kaiser, A.P., & Hemmeter, M.L. (1989). Value-based approaches to family intervention. Topics in Early Childhood Special Education, 8(4), 72-86.
- Kass, E.R., Sigman, M., Bromwich, R.F., & Parmelee, A.H. (1976). Educational intervention with high risk infants. In T.D.Tjossem (Ed.), Intervention strategies for high risk infants and young children (pp.535-545). Baltimore: University Park Press.
- Katz, K.S. (1989). Strategies for infant assessment: Implication of p.l. Topics in Early Childhood Special Education, 9(3), 99-109.
- Korteland, C., & Cornwell, J.R. (1991). Evaluating family-centered programs in neonatal intensive care. Children's Health Care, 20, 56-61.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., & Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. Evaluation and Program Planning, 2, 197-207.
- Lebow, J.L. (1974). Consumer assessments of the quality of medical care. Medical Care, 12, 328-337.
- Lebow, J.L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. Evaluation and Program Planning, 6, 211-236.
- McPhee, C.B., Zusman, J., & Joss, R. (1975). Measurement of patient satisfaction: A survey of practice in community mental health centers. Comprehensive Psychiatry, 16, 399-404.
- Nadeau, M.A. (1981). L'évaluation des programmes d'études: Théorie et pratique. Presses Universitaires Laval.
- Olds, D.L. (1984). Case studies of factors interfering with nurse home visitors' promotion of positive care-giving methods in high risk families. Early Child Development and Care, 16, 149-166.
- Patton, M.Q. (1986). Utilization-focused evaluation (2e éd.). Beverly Hills: Sage.
- Patton, M.Q. (1987). How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park, CA: Sage.

- Piché, C., Roy, B. & Couture, G. (1992). Le projet Apprenti-Sage: une expérience d'intervention précoce et à long terme auprès d'enfants à hauts risques psychosociaux. Apprentissage et Socialisation, 15, 145-158.
- Posavac, E.J., & Carey, R.J. (1992). Program evaluation: Methods and case studies (4e éd.). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Ramey, S.L., Krauss, M.W., & Simeonsson, R.J. (1989). Research on families: Current assessment and future opportunities. American Journal on Mental Retardation, 94(3), ii-vi.
- Rees, S., & Wallace, A. (1982). Verdicts on social work. Londres: Arnold.
- Reid, W.J., & Shyne, A. (1969). Brief and extended casework. New York: Columbia University Press.
- Rossi, P.H., & Freeman, H.E. (1989). Evaluation: A systematic approach (4e éd.). Newbury Park, CA: Sage.
- Runciman, W.G. (1966). Relative deprivation and social justice. London: Routledge & Kegan Paul.
- Sandow, S.A., Clarke, A.D.B., Cox, M.V., & Stewart, F.L. (1981). Home intervention with parents of severely subnormal preschool children: A final report. Child: Care, Health and Development, 7, 135-144.
- Schainblatt, A.H. (1980). What happens to clients? Community Mental Health Journal, 16, 331-342.
- Shadish, W.R., Cook, T.D., & Leviton, L.C. (1991). Foundations of program evaluation. Newbury Park, CA: Sage.
- Shaw, I.F. (1984). Literature review: Consumer evaluations of the personal social services. British Journal of Social Work, 14, 277-284.
- Sheehan, R., & Keogh, B.K. (1981). Strategies for documenting progress of handicapped children in early education programs. Educational Evaluation and Policy Analysis, 3, 59-67.

- Simeonsson, R., Cooper, D.H., & Scheiner, A.B. (1982). A review and analysis of the effectiveness of early intervention programs. Pediatrics, 69, 635-641.
- Smith, N. L. (1986). Evaluation alternatives for early intervention programs. In L. Bickman & D.L. Weatherford (Eds), Evaluating early intervention programs for severely handicapped children and their families (pp. 185-205). Austin, Tx: Pro-Ed.
- Speer, D.C., & Zold, A. (1971). An example of self-selection bias in follow-up research. Journal of Clinical Psychology, 27, 64-68.
- Strupp, H., Fox, R.E., & Lesser, K. (1969). Patients view their psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins.
- Strupp, H., & Hadley, S.W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. American Psychologist, 32, 187-196.
- Suchman, E.A. (1967). Evaluative research. New York: Russel Sage Foundation.
- Tanner, B.A. (1981). Factors influencing client satisfaction with mental health services. Evaluation and Program Planning, 4, 279-286.
- Tingey, C. (1986). Early intervention, learning what works. The Exceptional Parent, 16(7), 32-37.
- Travers, J.R., & Light, R.J. (Eds). (1982). Learning from experience: Evaluating early childhood demonstration programs. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Upshur, C.C. (1988). Measuring parent outcomes in family program evaluation. In H.B. Weiss & F.H. Jacobs (Eds), Evaluating family programs (pp. 131-152). New York: Aldine de Gruyter.
- Upshur, C.C. (1991). Mothers' and Fathers' Ratings of the benefits of early intervention services. Journal of Early Intervention, 15, 345-357.
- Vadasy, P.F., Fewell, R.R., Greenberg, M.T., Dermond, N.L., & Meyer, D.J. (1986). Follow-up evaluation of the effects of involvement in the fathers program. Topics in Early Childhood Special Education, 6(2), 16-31.

- Varin, L., & Rondeau, G. (1976). Recherche évaluative auprès des usagers sur les services reçus dans les organismes de service social familial du Montréal métropolitain. Association des centres de services sociaux du Québec.
- Walter, H. (1971). Placebo versus social learning in parent training. Thèse de doctorat inédite, Université de l'Orégon.
- Weiss, H.B. (1988). Family support and education programs: Working through ecological theories of human development. In H.B. Weiss & F.H. Jacobs (Éds), Evaluating family programs (pp. 3-36). Hawthorne, NY: Aldine publishing.
- Woodward, C.A., Santa-Barbara, J., Levin S., & Epstein, N.B. (1978). Aspects of consumer satisfaction with brief family therapy. Family Process, 17, 399-407.
- Zigler, E., & Balla, D. (1982). Selecting outcome variables in evaluations of early childhood special education programs. Topics in Early Childhood Special Education, 1(4), 11-22.

Appendices

Appendice A
Protocole de l'entrevue

Introduction à l'entrevue

Votre enfant a fréquenté pendant 4 (5) ans le Service Apprenti-Sage du pavillon Reynald-Rivard. Au cours de ces années, plusieurs activités ont été faites avec les enfants, vous avez reçu la visite d'intervenantes chez vous, plusieurs activités ont été aussi organisées pour les parents. Nous évaluons présentement ce genre de service, c'est-à-dire que nous voulons savoir jusqu'à quel point un service comme Apprenti-Sage est utile aux enfants et aux parents. C'est pour cela que nous rencontrons chacune des mères des enfants qui sont venus au Service Apprenti-Sage, pour connaître votre opinion.

Je vais vous poser différentes questions qui vont vous permettre de donner vos idées, vos opinions, sur les services que votre enfant et vous-même avez reçus. Ainsi, nous pourrons voir jusqu'à quel point le service a pu être utile et nous pourrons apporter des améliorations qui nous permettront de mieux aider d'autres enfants et d'autres parents.

Vous pouvez être assurée que les informations et les réponses que vous donnez seront confidentielles: personne ne pourra savoir que telle mère a dit telle ou telle chose. Donc, ne soyez pas gênée de dire vos idées, vos opinions, que ce soit des compliments ou des critiques. Si notre conversation est enregistrée, c'est uniquement pour me permettre de ne rien oublier de vos réponses; aussitôt que j'aurai terminé de retranscrire vos réponses avec celles des autres mères, l'enregistrement sera détruit.

Pendant l'entrevue, nous allons tranquillement revenir en arrière dans le temps. Parfois, cela vous demandera un petit effort de mémoire mais ce qui nous intéresse surtout est de savoir comment vous évaluez aujourd'hui l'utilité des services reçus par votre enfant et vous pendant ces années. Pour vous donner une idée de la façon dont nous allons faire les choses, je peux vous dire que nous commencerons par des questions qui concernent l'enfant maintenant et que nous reviendrons tranquillement en arrière jusqu'au moment où il venait au Service Apprenti-Sage.

Section I

- 1) En quelle année est votre enfant à l'école ?
- 2) Comment ça se passe à l'école pour lui (elle) cette année ?
- 3) Est-ce qu'il a l'air de trouver ça facile ou difficile ?
 - Qu'est-ce qui est le plus facile ?
 - Qu'est-ce qui est le plus difficile?
 - Qu'est-ce qui vous fait dire que ce soit facile ou difficile?
- 4) Est-ce qu'il est intéressé par l'école et ses travaux scolaires?
 - Qu'est-ce qui l'intéresse le plus ?
- 5) A-t-il beaucoup de devoirs à faire à la maison ?
 - Combien de temps passe-t-il à faire ses devoirs le soir?
 - Comment ça se passe? Est-ce qu'on doit le forcer ou s'il les fait souvent par lui même?
- 6) S'entend-il bien avec son professeur ?
 - Est-ce qu'il vous parle d'elle à la maison ?
 - Qu'est-ce qu'il en dit le plus souvent ?
- 7) S'entend-il bien avec les autres enfants de sa classe ?
 - A-t-il des amis de l'école chez qui il va ?
 - Y a-t'il des ses amis qui viennent à la maison ?
 - Vous semble -t'il avoir beaucoup d'amis ?
- 8) Est-ce qu'il vous parle de ce qui se passe à l'école ?
 - En parle-t-il par lui-même ou bien s'il en parle parce que vous lui posez des questions ?
 - Que raconte-t-il ?

(Synthèse par l'interviewer)

- 9) Est-ce que c'était aussi comme ça l'année dernière quand il était en _____ième année ?
- 10) Et l'année précédente, quand il était en _____

(Et ainsi en rebours jusqu'à la maternelle)

(L'interviewer coche ici les catégories d'informations recueillies au fur et à mesure que la mère les exprime, et reformule les questions 3, 4, 6 et 7 pour chaque année si la mère ne s'exprime pas spontanément sur chaque sujet)

	Facilité	Intérêt	Entente prof	Entente enfants
4ième	_____	_____	_____	_____
3ième	_____	_____	_____	_____
2ième	_____	_____	_____	_____
1 ère	_____	_____	_____	_____
Maternelle	_____	_____	_____	_____

Il arrive souvent qu'on compare un enfant à d'autres enfants de son entourage (ses frères ou ses soeurs, ses amis, ses voisins). J'aimerais savoir si vous trouvez que votre enfant est à peu près pareil aux autres enfants de son âge ou bien si vous trouvez qu'il est différent ? Je vais vous proposer une liste d'items et vous allez m'indiquer pour chacun si vous trouvez que votre enfant est pareil, moins développé ou plus développé que la plupart des enfants de son âge que vous connaissez ou avez connus.

	Beaucoup moins	Un peu moins	Pareil	Un peu plus	Beaucoup plus
11- Il connaît beaucoup de mots, de choses	1	2	3	4	5
12- Il se montre curieux, il a le goût d'apprendre des choses nouvelles	1	2	3	4	5
13- Il apprend facilement	1	2	3	4	5
14- Il est en bonne santé	1	2	3	4	5
15- Il s'entend bien avec les autres enfants	1	2	3	4	5
16- Il est responsable, on peut s'y fier	1	2	3	4	5
17- Il est capable de se contrôler quand il est fâché: il est capable de le dire au lieu de bouder, bourasser ou frapper	1	2	3	4	5
18- Quand il est triste ou fâché, il retrouve assez vite sa bonne humeur	1	2	3	4	5
19- Il est autonome, il se débrouille bien pour son âge	1	2	3	4	5
20- Il est habile dans les sports	1	2	3	4	5
21- Il a des bonnes notes à l'école	1	2	3	4	5

D'une année d'école à l'autre, il arrive que les enfants changent beaucoup, en mieux ou en pire... Je vais maintenant vous demander de me dire si votre enfant a changé depuis sa première année d'école, pour chacun des points que l'on vient de voir. Vous allez me dire si vous avez l'impression qu'il fonctionne mieux ou moins bien maintenant qu'à sa première année d'école ou encore s'il n'a pas changé.

	moins qu'en première année	pareil	mieux qu'en première année
22- Il se montre curieux, il a le goût d'apprendre des choses nouvelles	1	2	3
23- Il apprend facilement	1	2	3
24- Il est en bonne santé	1	2	3
25- Il s'entend bien avec les autres enfants	1	2	3
26- Il est responsable, on peut s'y fier	1	2	3
27- Il est capable de se contrôler quand il est fâché: il est capable de le dire au lieu de bouder, bourasser ou frapper	1	2	3
28- Quand il est triste ou fâché, il retrouve assez vite sa bonne humeur	1	2	3
29- Il est autonome, débrouillard pour son âge	1	2	3
30- Il est habile dans les sports	1	2	3
31- Il a des bonnes notes à l'école	1	2	3

32- ****Note à l'interviewer:** si les notes sont moins bonnes ou meilleures maintenant, vérifier l'entente avec le professeur au cours des années précédentes et vérifier auprès de la mère ce qu'elle croit être la raison de ce changement:

Par exemple:

- Qu'est-ce qui a pu faire en sorte que ses notes changent ?
- Pourquoi pensez-vous qu'il a eu de moins bonnes notes cette année-là ?
- Est-il arrivé quelque chose de particulier cette année là?
- Est-ce que ses notes ont été moins bonnes (ou meilleures) pendant toute l'année ou bien si elles ont baissé à un moment donné?

33- Quand il est entré en maternelle, est-ce qu'il s'est bien adapté?

34- Est-ce que, d'après vous, le fait de venir au pavillon l'avait bien préparé pour la maternelle ?

- Est-ce qu'il connaissait déjà assez de choses ou peut-être en connaissait-il trop?
- Y a-t'il des choses pour lesquelles vous auriez aimé qu'il soit mieux préparé?

Comparativement à un autre de vos enfants qui ne serait pas venu au pavillon Reynald-Rivard, ou encore à un autre enfant de votre entourage (parenté, voisins), pensez-vous que le fait de venir au Service Apprenti-Sage a été favorable

	très défavorable	plutôt défavorable	plus ou moins	assez favorable	très favorable
35- Pour connaître beaucoup de mots, pour son vocabulaire	1	2	3	4	5
36- Se montrer curieux, avoir le goût d'apprendre des choses nouvelles	1	2	3	4	5
37- Etre attentif quand on lui explique ou qu'on veut lui apprendre quelque chose	1	2	3	4	5
38- Avoir confiance en lui dans ce qu'il entreprend	1	2	3	4	5
39- Respecter les autres enfants dans les jeux	1	2	3	4	5
40- Etre digne de confiance: responsable, on peut se fier à lui	1	2	3	4	5
41- Etre capable de se contrôler quand il est fâché au lieu de bouder, bourasser ou frapper	1	2	3	4	5
42- Exprimer clairement ses émotions qu'il soit content, triste ou fâché	1	2	3	4	5
43- Etre autonome, débrouillard pour son âge	1	2	3	4	5
44- Etre en bonne forme physique	1	2	3	4	5
45- Ses résultats à l'école	1	2	3	4	5

Section II

Nous allons maintenant revoir ensemble plusieurs aspects du programme Apprenti-Sage comme par exemple le transport des enfants, l'horaire des activités, les rencontres de parents, les visites à la maison et les évaluations des enfants. Je vous demanderai votre avis sur ces sujets. Je vous assure que vos opinions sont très importantes pour nous puisqu'elles pourront nous aider à améliorer ce service.

Votre enfant venait au Pavillon Reynald-Rivard 6 heures par jour, 2 jours par semaine à partir d'environ un an et jusqu'à son entrée en maternelle.

- 1) Le fait que votre enfant soit venu au pavillon à partir d'un an (+-) trouvez-vous qu'il était trop jeune, du bon âge ou trop âgé

- . - Si trop jeune ou trop âgé, vers quel âge aurait-il fallu commencer ?
- Pourquoi pensez-vous que c'est un bon âge pour recevoir les enfants dans un tel service ?

- 2) Le fait qu'il vienne 6 heures par jour, était-ce pas assez, juste assez ou trop selon vous ?

	pas assez	juste assez	trop
à un an	_____	_____	_____
vers 3 ans	_____	_____	_____
vers 4 ans	_____	_____	_____

- Si pas assez ou trop: Pourquoi ?

- 3) Le fait qu'il vienne 2 jours par semaine, auriez-vous aimé qu'il vienne moins souvent, plus souvent ou était-ce juste assez ?

	pas assez	juste assez	trop
à un an	_____	_____	_____
vers 3 ans	_____	_____	_____
vers 4 ans	_____	_____	_____

- Si trop ou pas assez: Pourquoi?

4) Le fait qu'il vienne au Service jusqu'à la maternelle, trouvez-vous que c'était pas assez, assez ou trop longtemps?

- Pensez-vous qu'il aurait pu arrêter avant ? (dans le sens de ne plus avoir besoin du service) ou aurait-il eu besoin du service même s'il allait à la maternelle?

5) Votre enfant était transporté au pavillon par autobus, trouvez-vous que cette façon de transporter les enfants était adéquate ou non ?

- Sentiez-vous que votre enfant était en sécurité ou en étiez-vous parfois inquiète?
- S'il n'y avait pas eu d'autobus ou de transport fourni, auriez-vous pu vous arranger pour que l'enfant vienne régulièrement au pavillon ? Si oui comment?

6) Avez-vous entendu parler des activités que faisait votre enfant lorsqu'il venait au pavillon ? Racontez-moi un peu ce dont vous vous rappelez...

7) A votre avis, est-ce que ces activités étaient bien choisies pour votre enfant ? Vous est-il arrivé de trouver qu'on lui demandait des choses trop difficiles pour son âge ou encore trop faciles?

	pas assez difficile	juste assez difficile	trop difficile
à un an	_____	_____	_____
vers 3 ans	_____	_____	_____
vers 4 ans	_____	_____	_____

- Si pas assez difficile ou trop difficile: exemples?

8) A votre avis, la personne qui s'occupait de votre enfant connaissait-elle bien les enfants de cet âge ?

- Avait-elle selon vous assez d'expérience avec les enfants ?
- Est-ce que vous trouvez que cette personne savait comment s'y prendre avec votre enfant ?

- 9) Auriez-vous aimé en savoir encore plus sur ce que votre enfant faisait pendant qu'il était au pavillon ou bien en étiez-vous suffisamment informée?

	pas assez informée	juste assez informée	trop souvent informée
à un an	_____	_____	_____
vers 3 ans	_____	_____	_____
vers 4 ans	_____	_____	_____

- *Si pas assez informée: Quelle genre d'information auriez-vous aimé recevoir sur votre enfant ? Auriez-vous aimé recevoir cette information à toutes les semaines, aux deux semaines, à tous les mois ?*

- 10) Quel genre d'information peut être importante pour un parent quand son enfant fréquente un service comme Apprenti-Sage ?

Exemples: les activités qu'il fait; sa progression; sa santé; ses relations avec les autres enfants...

Vous savez que ce service s'adressait aussi aux parents des enfants. Les prochaines questions concernent les activités qui concernaient directement les parents.

- 11) Est-ce que vous sentiez que c'était facile pour vous de venir au pavillon quand vous en aviez envie ou bien s'il vous est déjà arrivé d'avoir l'impression de déranger ou d'être de trop?

Au début?

Vers la fin?

- 12) Avez-vous assisté à des rencontres de parents ?

- Si oui, racontez-moi un peu desquelles vous vous souvenez le plus, de quoi y parlait-on ? Qu'est-ce que vous avez le plus remarqué, ou retenu de ces rencontres ?

- *Si non, est-ce que c'était pour une raison particulière ?*

Exemples:

*L'horaire ne vous convenait pas ?
 Vous trouviez gênant d'être avec d'autres parents?
 Ce n'était pas intéressant ?
 C'était trop long ?
 Vous n'aviez pas le temps ?
 Vous n'aviez pas de transport?
 Vous n'aviez pas de gardienne pour vos autres enfants?*

- passer à la questions 19

13) Comment vous rendiez-vous aux rencontres de parents ?

S'il est arrivé qu'une intervenante aille vous chercher à la maison pour assister à ces rencontres, est-ce que cela faisait votre affaire ou bien si vous vous sentiez alors obligée de venir ?

14) Toujours concernant ces rencontres de parents, trouvez-vous qu'il y en avait pas assez souvent, assez souvent, trop souvent?

15) Est-ce que cela vous semblait utile ?

16) Il y a eu des rencontres sur le langage, sur les jeux, sur la motricité et plusieurs thèmes. Ce qu'on vous disait pendant ces rencontres, est-ce que vous trouviez ça facile à comprendre ou parfois difficile à comprendre?

- Est-ce que c'était facile ou difficile de mettre en pratique ce qui était présenté dans les rencontres ?

17) Y-a-t'il des sujets dont vous auriez aimé entendre parler dans les rencontres de parents?

- Y aurait-il eu des thèmes ou des discussions qui auraient pu vous intéresser davantage?
- Quels sont les sujets qui ont pu être les plus importants pour vous ?

18) Quelle genre de rencontre avez-vous le plus aimé? Celles où tous les parents étaient là en même temps ou les rencontres en petit groupe ?

- Comment voyez-vous le fait d'être avec d'autres parents pour ces rencontres?
- Vous sentiez-vous à l'aise en compagnie des autres parents ?

L'intervenante qui s'occupait de votre enfant au pavillon venait vous faire des visites à la maison.

19) Est-ce que vous trouvez que ces visites avaient lieu pas assez souvent, assez souvent ou trop souvent ?

20) A votre souvenir, est-ce que l'intervenante venait chez-vous:
une fois la semaine
à toutes les 2 semaines
une fois par mois
à tous les deux mois?

21) D'une façon générale êtes-vous satisfaite de ce que l'intervenante venait vous parler à la maison?

- Trouviez-vous utile qu'elle vienne vous voir ?
- Vous donnait-elle assez d'information sur votre enfant?
- Trouviez-vous ses conseils facile à suivre ou difficiles?
- Vous sentiez-vous à l'aise ou gênée avec elle?
- Avez-vous l'impression qu'elle vous comprenait bien, qu'elle tenait compte de vos commentaires, de vos remarques, de ce que vous aviez à lui dire ?
- L'avez-vous parfois trouvée trop insistante ou achalante?

22) Est-ce que vous avez déjà discuter avec l'intervenante de questions qui ne concernaient pas directement l'enfant mais plutôt le parent comme individu, des problèmes plus personnels? Ce pouvaient être, par exemple, des questions de logement, d'emploi, de manque d'argent, de relations avec les voisins, avec le conjoint, la famille etc.

Si oui, avez-vous l'impression qu'elle a tenté de vous aider face à de tels problèmes ou situations. Vous sentiez-vous écoutée, supportée ?

- Etes-vous satisfaite de l'aide qu'elle a pu vous apporter?
- Aviez-vous l'impression de pouvoir lui faire confiance à ces sujets ?
- Auriez-vous aimé qu'elle puisse s'occuper encore plus de vous?

Si non, auriez-vous eu envie de lui en parler?

- Auriez-vous aimé qu'elle s'occupe davantage de vous?
- Auriez-vous été portée à lui faire confiance face à ces sujets?

Les parents qui le désiraient pouvaient rencontrer le ou la psychologue qui travaillait au service, pour des questions touchant soit l'enfant, soit le parent ou les deux.

23) Avez-vous à un moment ou un autre fait appel à ses services?

24) **Si oui**, d'une façon générale, êtes-vous satisfaite de l'avoir rencontré?

- Trouviez-vous utile de venir le rencontrer ?
- Trouviez-vous ses conseils facile à suivre ou difficiles?
- Avez-vous l'impression qu'il vous comprenait bien, qu'il tenait compte de vos commentaires, de vos remarques, de ce que vous aviez à lui dire ?
- Vous sentiez-vous à l'aise ou gênée avec lui?
- L'avez-vous parfois trouvée trop insistant ou achaland?

Si non, auriez-vous aimé pouvoir le (la) rencontrer ?

A peu près à tous les six mois, une personne venait faire l'évaluation de votre enfant à la maison et vous posait quelques questions.

25) D'une façon générale êtes-vous satisfaite du fait que cette personne vienne évaluer l'enfant chez-vous?

- Trouvez-vous utile qu'elle vienne évaluer votre enfant ?
- Vous donnait-elle assez d'information sur votre enfant?
- Trouvez-vous ses conseils facile à suivre ou difficiles?
- Vous sentiez-vous à l'aise ou gênée avec elle?
- L'avez-vous parfois trouvée trop insistant ou achalante?

Ces rencontres de parents, les visites de l'intervenante à la maison, la préparation de l'enfant pour qu'il vienne au pavillon, toutes ces choses prenaient une certaine partie de votre temps.

26) Est-ce que vous trouvez que cela prenait beaucoup de votre temps ou peu de votre temps?

27) Le fait que votre enfant vienne au pavillon a-t-il entraîné certaines dépenses ? Si, oui, quel genre de dépenses? Etait-ce beaucoup pour vos moyens ou peu ?

Section III - Évaluation de l'impact du programme sur le parent

Le fait d'être parent entraîne plusieurs responsabilités: le parent doit entre autre voir à nourrir, vêtir, loger, éduquer et fournir à son enfant l'attention et l'affection dont il a besoin. Les besoins des enfants changent avec le temps. La façon de prendre soin d'un enfant de trois ans n'est pas la même que lorsqu'il a huit ans. Aussi, certains parents trouvent plus facile de s'occuper d'un enfant plus âgé alors que d'autres trouvent cela plus difficile.

Je vais vous demander maintenant si vous avez l'impression que c'est plus facile ou plus difficile de vous occuper de votre enfant maintenant que lorsqu'il a commencé sa maternelle.. Pour chacun de ces points, diriez-vous que c'est plus facile ou plus difficile maintenant que lorsque votre enfant a commencé en maternelle, c'est à dire lorsqu'il avait environ cinq ans.

	plus facile	pareil	plus difficile
1- Choisir des aliments variés et nutritifs pour mon enfant.	1	2	3
2- Essayer de prévenir les accidents et les maladies que risque mon enfant.	1	2	3
3- Etre capable d'établir des règles et de les faire respecter par mon enfant.	1	2	3
4- Etre capable de bien communiquer avec mon enfant.	1	2	3
5- Essayer d'aider mon enfant lorsqu'il a des difficultés à l'école	1	2	3
6- Essayer d'aider mon enfant dans ses devoirs et ses leçons	1	2	3
7- Profiter des occasions pour apprendre de nouvelles choses à mon enfant	1	2	3
8- Évaluer quand est-ce que mon enfant a besoin de mon aide pour résoudre un problème	1	2	3
9- Connaître les capacités de mon enfant.	1	2	3
10- Etre capable de savoir comment mon enfant se sent.	1	2	3
11- Donner de l'affection à mon enfant, lui montrer que je l'aime	1	2	3
12- Trouver de l'aide et/ou du support quand je suis à bout.	1	2	3
13- Je trouve généralement que je suis compétente comme parent(mère).	1	2	3

Trouvez-vous que le fait que vous ayiez participé au service vous aide maintenant comme parent dans chacun de ces domaines:

	fortement en désaccord	plutôt en désaccord	pas certaine	plutôt en accord	fortement en accord
14- Choisir des aliments variés et nutritifs pour mon enfant.	1	2	3	4	5
15- Savoir comment organiser l'horaire de mon enfant(repas, devoirs, coucher,etc.)	1	2	3	4	5
16- Essayer de prévenir les accidents et les maladies que risque mon enfant.	1	2	3	4	5
17- Etre capable d'établir des règles et de les faire respecter par mon enfant.	1	2	3	4	5
18- Etre capable de bien communiquer avec mon enfant.	1	2	3	4	5
19- Essayer d'aider mon enfant lorsqu'il a des difficultés à l'école.	1	2	3	4	5
20- Essayer d'aider mon enfant dans ses devoirs et ses leçons.	1	2	3	4	5
21- Participer aux jeux et aux activités de mon enfant.	1	2	3	4	5
22- Profiter des occasions pour apprendre de nouvelles choses à mon enfant.	1	2	3	4	5
23- Évaluer quand est-ce que mon enfant a besoin de mon aide pour résoudre un problème.	1	2	3	4	5
24- Connaître les capacités de mon enfant.	1	2	3	4	5
25- Etre capable de savoir comment mon enfant se sent.	1	2	3	4	5
26- Donner de l'affection à mon enfant, de lui montrer que je l'aime.	1	2	3	4	5
27- Trouver de l'aide et/ou du support quand je suis à bout.	1	2	3	4	5
28- Me sentir généralement compétente comme parent(mère).	1	2	3	4	5

29- Est-ce que le fait d'être venue au pavillon a pu vous aider avec vos autres enfants? Si oui, de quelle façon?

30- Est-ce que cela vous est arrivé de pouvoir aider d'autres parents en utilisant ce que vous avez pu apprendre pendant les années que votre enfant venait au pavillon?

Pouvez-vous me donner un exemple?

31- Tout le long du projet vous avez eu l'occasion d'apprendre plusieurs choses sur les enfants(ce qu'ils ont besoin, comment les prendre, etc.), comment ces connaissances vous ont-elles influencées?

(Réutiliser des informations déjà fournies par la mère qui aider à bien faire comprendre la question si nécessaire)

- êtes-vous plus préoccupées?
- êtes-vous plus mêlées?
- êtes-vous plus confiantes?

Conclusion

En cours d'entrevue, il a pu se dégager une idée principale d'amélioration, de modification du service; l'interviewer en fait ici une synthèse, reprend cette idée afin d'amener la mère à formuler des aménagements concrets qui auraient pu répondre à ses besoins.

Que recommanderiez-vous pour....?

Comment cela aurait-il pu s'arranger ou se faire ?

Imaginons qu'un parent que vous connaissez vienne vous voir pour vous demander si ça vaut la peine que son enfant aille dans un service comme Apprenti-Sage.

Lui conseilleriez-vous un tel service?

Quelles seraient les choses que vous lui diriez que vous avez le plus appréciées?

Quelles seraient les choses que vous lui diriez avoir le moins aimées?

Appendice B

Extrait de texte verbatim d'entrevue

Q34. - Est-ce que, d'après toi, le fait de venir au pavillon avait bien préparé ton enfant pour la maternelle ?

(m) Oui parce que je pense que s'il n'y avait pas été, tsé on est tout seuls nous autres où est-ce qu'on reste, il n'avait pas beaucoup d'amis, il en aurait eu encore moins, de là jusqu'aller à la maternelle, il n'aurait pas été en contact ben ben avec d'autres enfants, ça là ça été ben l'fun pour ça. Pis moi je n'avais pas ben ben le temps de les encadrer, je trouvais ça l'fun, à un moment donné j'arrive à la garderie, les enfants assoyez-vous à terre, tu vois tout ça ce petit monde là s'asseoir. Moi ça mangeait tout partout dans la maison, ça se promenait avec tout que c'est que ça voulait, pis ça c'était deux jours par semaine mais...

(i) Tu veux dire dans le sens qu'il y avait plus d'organisation , plus de discipline

(m) C'était plus structuré pis ils respectaient cela sauf quand on arrivait là, les rencontres que les parents et les enfants étaient là, on voyait que ça défaisait tout. Ils n'écoutaient plus personne mais ça ça m'a aidée aussi pour ça mais aussi pour ma plus vieille, j'étais débordée à la maison. C'était plus pour ça qu'ils avaient pris Kevin¹ aussi... ben aussi c'était pour lui pour lui permettre de voir d'autres choses. Mais comme le type d'enfant que Kevin était ben sensible pis ben collé sur sa mère, il aurait peut-être été ben plus malheureux de rester avec moi tout le temps dans ce temps-là que, ça lui a fait voir d'autres choses en tout cas. Pis il a ben aimé ça, il aimait ben ça aller là.

Q 34 b -(i) Quand il est entré en maternelle, as-tu l'impression qu'il en connaissait assez ou s'il en connaissait pas assez ou peut-être qu'il en connaissait trop?

¹ Le prénom de l'enfant a été modifié afin de préserver la confidentialité.

(m) Il en connaissait pas mal mais encore là c'était des choses concrètes, des affaires vivantes. lui c'est ça j'pense pis j'étais pareille, moi aller à l'école c'est pourquoi ? t'as beau dire c'est pour travailler plus tard, mais ça rentre pas de même dans toutes les têtes des enfants. Moi qu'est-ce qui n'était pas vivant c'était mort, je n'aimais pas ça. Il aimerait ben ça, moi aussi je voulais ben être vétérinaire mais il faut aller à l'école pour ça. Pis je ne comprenais pas ça ceux qui me disaient il faut que t'ailles à l'école, pour moi c'était vraiment pas important.

Q34 c- (i) Y a-tu des choses pour lesquelles tu aurais aimé que Kevin soit mieux préparé?

Tu te rappelles-tu de t'être dit il a un peu de misère avec ça en maternelle pourtant il est allé au pavillon?

(m) Non, pas en maternelle, en maternelle c'est juste des jeux, ça ressemble un peu à ce qu'il faisait au pavillon, c'était structuré un peu.

(i) Si je te posais la question pour la première année?

(m) Ouin là ...Ça l'avait bien préparé sauf que lui il a pris ce qu'il voulait bien prendre.

(i) C'est plus par manque d'intérêt que tu parles

(m) oui, de sa part.

Section II

(Kevin est venu de 16 mois à 5 ans, le groupe des grands.)

Q1. - Le fait que ton enfant soit venu au pavillon à partir de 16 mois, trouves-tu qu'il était trop jeune, du bon âge ou trop âgé?

(m) Ben moi je trouvais ça jeune parce qu'il ne s'était jamais fait garder mais si on avait été des parents qui auraient travailler tous les deux, il n'aurait pas eu le choix. Pis ça été dur les premiers temps, il pleurait pis...

(i) Tu le trouvais trop jeune?

(m) Pas que je trouvais ça trop jeune, comment je dirais ça, dans le fond je ne me trouvais pas encore de bonnes raisons pour envoyer mon enfant se faire garder, je me sentais tout le temps coupable là-dedans. Surtout quand je le voyais pleurer les premiers temps, je me disais je l'envoie là, je ne travaille même pas, c'est comme si je m'en débarrassais. C'est moi là que ça lui a pris du temps à accepter ça. Parce que lui ça pas été long, elle virait le coin et il ne braillait plus. Non, non je ne peux pas dire qu'il était trop jeune, pour moi je n'étais pas le genre de mère à aller travailler et à laisser mes enfants se faire garder.

Appendice C

Exemple de figure d'impact

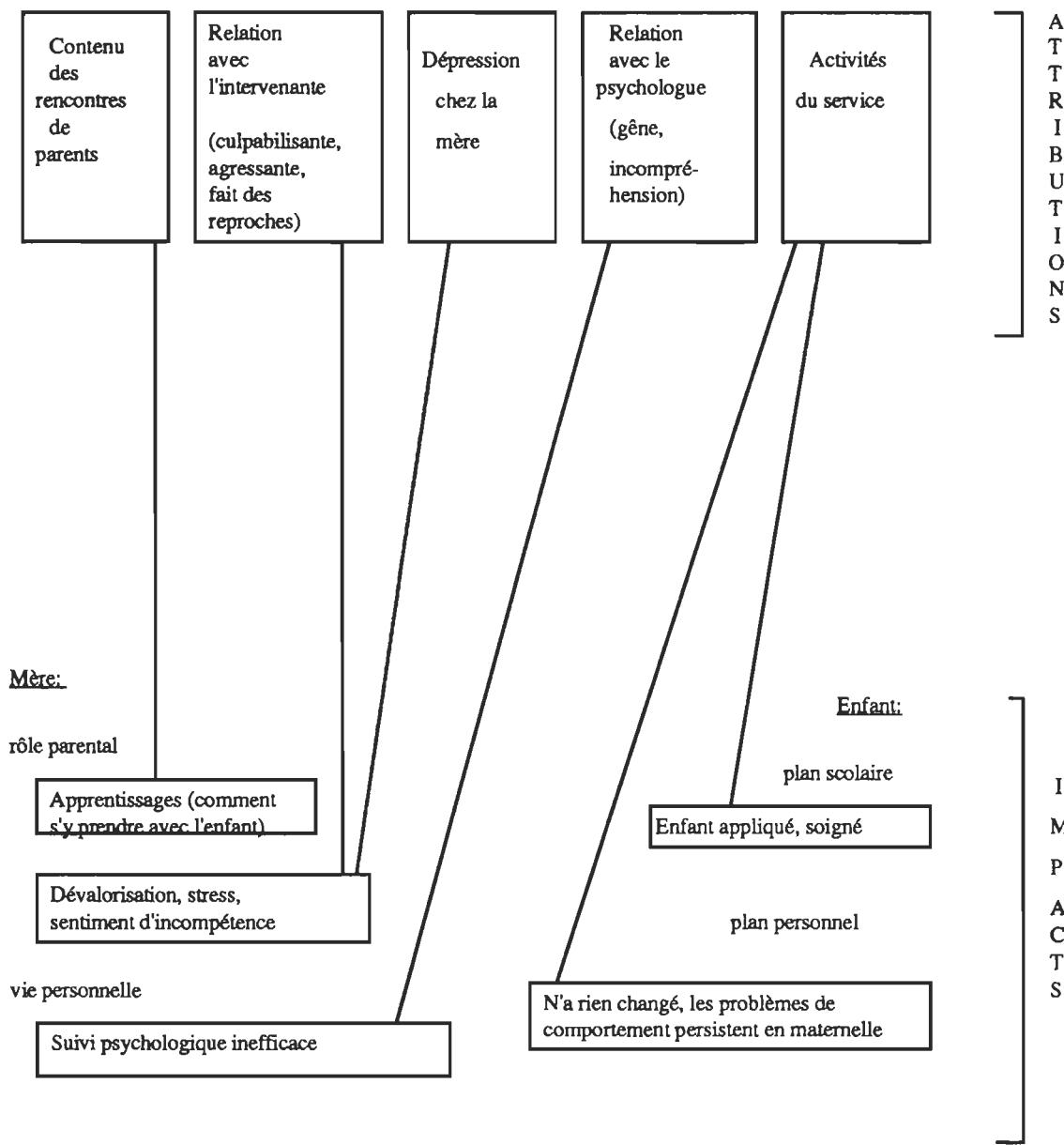


Figure 5 - Exemple d'une représentation graphique des impacts perçus par une mère et leurs attributions.

Appendice D

Exemple de figure de satisfaction

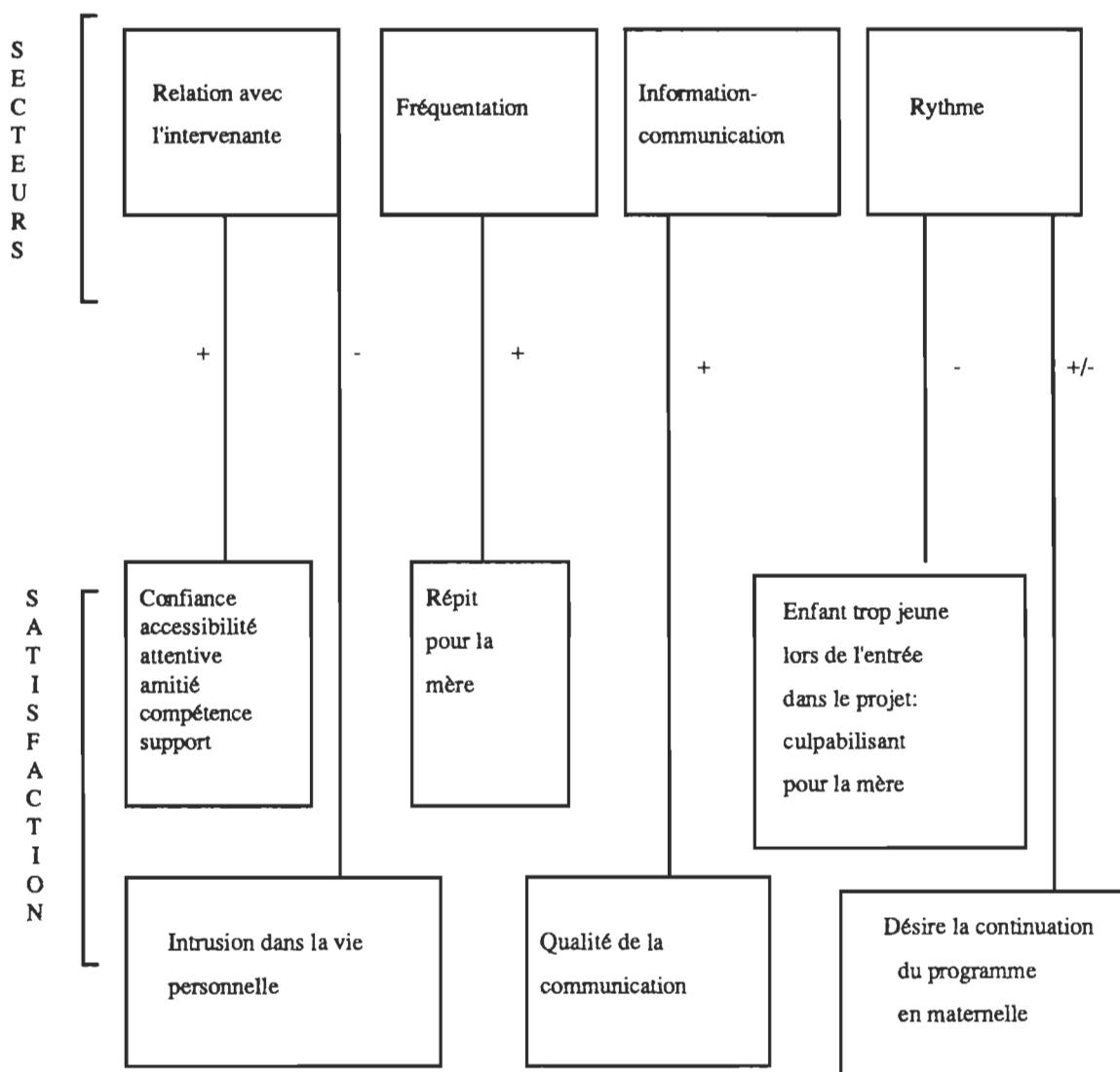


Figure 6 - Exemple d'une représentation graphique des éléments de satisfaction d'une mère et les secteurs auxquels ils se rapportent.