

Ginette BOYER Jean-Marc BRODEUR Bruno THÉORÊT Louise SÉGUIN
Michel PERREAULT Christine COLIN Daniel BEAUREGARD Suzanne DEBLOIS

Une initiative de



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de la santé publique



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
ABITIBI-
TÉMISCAMINGUE

Direction de la santé publique

Université 
de Montréal

Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé

En partenariat avec



- Hochelaga-Maisonneuve
- Olivier-Guimond
- Mercier-est/Anjou
- Pointe-aux-Trembles/
Montréal-est
- Des Faubourgs
- Verdun/Côte St-Paul
St-Michel

WQ
210 s eaux
E85 té Vallée de l'Or
2001



Étude des effets de la phase prénatale du programme
naître égaux • grandir en santé

INSPO - Montréal



3 5567 00006 9945

Ginette BOYER Jean-Marc BRODEUR Bruno THÉORÈT Louise SÉGUIN
Michel PERREAU Christine COLIN Daniel BEAUREGARD Suzanne DEBLOIS

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTREAL

Une initiative de



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de la santé publique



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
ABITIBI-
TÉMISCAINGUE

Direction de la santé publique

Université 
de Montréal

Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé

En partenariat avec



Hochelaga-Maisonneuve
Olivier-Guimond
Mercier-est/Anjou
Pointe-aux-Trembles/
Montréal-est
Des Faubourgs
Verdun/Côte St-Paul
St-Michel
Pierrefonds
Le partage des eaux
Centre de santé Vallée de l'Or



Étude des effets de la phase prénatale du programme
naître égaux • grandir en santé

Une réalisation de l'unité Écologie humaine et sociale
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire

Secrétariat : Chantal Langevin, Josée Tessier

Révision linguistique : Diane Martel

Maquette de la page couverture : Rouleau Paquin design communication inc.

Ce projet de recherche a bénéficié d'une subvention du PNRDS (Programme national de recherche et de développement en santé du Canada). N° de la subvention : 6605-4091-011.

Le programme Naître égaux – Grandir en santé a été offert grâce au soutien financier du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, du Programme d'action communautaire pour les enfants de Santé Canada, des Régies régionales de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et de l'Abitibi-Témiscamingue.

Ces subventions sont venues consolider la contribution respective des CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Mercier-Est/Anjou, Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est, des Faubourgs, Verdun/Côte St-Paul, St-Michel, Pierrefonds, tous de Montréal, ainsi que celle du CLSC Le partage des eaux et du Centre de santé Vallée de l'Or, de l'Abitibi-Témiscamingue.

© Direction de la santé publique

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2001)

Tous droits réservés

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Dépôt légal : 2^e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-304-0

ÉTUDE DES EFFETS DE LA PHASE PRÉNATALE DU PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Chercheurs principaux	Jean-Marc Brodeur Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal Louise Séguin Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal Michel Perreault Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Co-chercheuses	Ginette Boyer Direction de la santé publique de Montréal-Centre Christine Colin Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Coordonnateur	Bruno Théorêt Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal
Analyste-conseil	Qian Xu Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal
Consultants	Daniel Beauregard Direction de la santé publique de Montréal-Centre Suzanne De Blois Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Agentes de recherche	Colette Biais Trycia Bourdages Lisa Denoncourt Renée Veilleux Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal Nathalie Gravel Denise Roy Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Technicienne de recherche	Martine Comeau Direction de la santé publique de Montréal-Centre

AVANT-PROPOS

Vous souvenez-vous ?

Au Québec, il y a à peine dix ans, au moment d'implanter le programme Naître égaux – Grandir en santé, miser sur l'intensité d'une intervention pré et postnatale assurée par une même intervenante n'était pas encore chose acquise ! Que d'efforts ont été consentis pour rejoindre les familles les plus défavorisées et pour améliorer nos pratiques d'intervention en périnatalité !

Au Québec, il y a à peine dix ans, au moment de choisir une stratégie d'évaluation pour mesurer les effets de Naître égaux – Grandir en santé, rares étaient les programmes –et ils le sont toujours...– qui faisaient l'objet d'un devis aussi exigeant que l'essai clinique randomisé sur lequel repose le présent rapport.

Mesurer ainsi le chemin parcouru nous paraît essentiel pour saisir toute la portée de ce projet de recherche. En effet, les résultats qui vous seront présentés soulèvent des questions majeures pour ce champ d'intervention et, par conséquent, pour l'atteinte de nos objectifs en matière de réduction de l'insuffisance de poids à la naissance, des retards de croissance intra-utérine et de la prématurité.

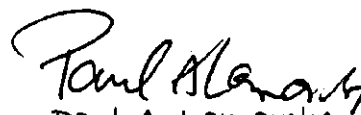
En somme, nul doute que les dix prochaines années seront également bien remplies ! Souhaitons nous simplement que nos efforts conjugués pour améliorer l'efficacité des pratiques d'intervention soient décuplés par la réduction des inégalités sociales qui génèrent de telles problématiques de santé.



Richard Lessard
Directeur
Direction de la santé publique
de Montréal-Centre



Réal Lacombe
Directeur
Direction de la santé publique
de l'Abitibi-Témiscamingue



Paul A. Lamarche
Directeur
Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé

REMERCIEMENTS

En premier, mille mercis à chacune des mille et quelques femmes qui ont accepté de nous accueillir chez elles alors qu'elles avaient, nous n'en doutons pas, leurs propres urgences, leurs propres priorités.

Sans la générosité et le sérieux des intervenantes et gestionnaires des CLSC participants, Naître égaux — Grandir en santé ne serait pas le même. Merci d'avoir relevé le triple défi d'accompagner de plus en plus de ces familles en grand besoin, de garder le sourire face aux multiples exigences de notre protocole de recherche et d'intégrer les résultats afin d'enrichir encore et toujours ce programme en périnatalité. Nous n'aurions pu réaliser ce projet –et ce n'est vraiment pas une figure de style –sans la collaboration quotidienne de Louise Babin, Claudine Beaulieu, Denyse Biron, Nicole Carbonneau, Takla Fadell, Manon Gasse, Claire Godin, Suzie Grégoire, Francine Labrie, Claudette L'Archevêque, Johanne Laramée, Donna Lessard, Maud Ménard, Ghyslaine Petit et Ginette Tousignant.

La direction, les professionnels et le personnel de soutien de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et de la Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue ont soutenu nos efforts en tout temps et, surtout, de bien des façons. Nous nous estimons choyés d'avoir pu compter sur le soutien de Louise Denhez, Sylvie Desjardins, Marie-Carole Douyon, Claude Doyon, Martine Fortier, Hélène Gagnon, Richard Godue, Richard Goudreau, Jean Goulet, Thérèse Hivon-Lizé, Chantal Langevin, Marie-Claire Laurendeau, Diane Martel, Suzanne Parenteau, Irène Sciotto, Barbara Stewart et Jeanne Tétreault.

Nous sommes plus que reconnaissants envers Colette Biais, Trycia Bourdages, Martine Comeau, Lisa Denoncourt, Nathalie Gravel, Denise Roy, Renée Veilleux et Qian Xu, du doigté avec lequel elles ont mené les entrevues, constitué les dossiers ou réalisé les analyses. Sans leur souci quotidien des détails qui n'en sont pas, nos résultats n'auraient pas la même probité. De plus, nous saluons Catherine Des Rivières-Pigeon et Codjo Paulin Sogbohossou, étudiant(e)s du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et Sophie Belzile, Agnez Cruz, Miguel Angel Escobar Bravo et Kim Ostiguy, étudiant(e)s de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour leur contribution à certaines analyses secondaires.

Merci également à Guy Bourgeault, éthicien, de l'Université de Montréal, d'avoir éclairé notre réflexion sur la portée des résultats de cette étude. Soulignons enfin que les personnes qui oeuvrent au sein des organismes qui ont subventionné le projet, par leur écoute et la souplesse de leur collaboration, en ont sans aucun doute facilité la bonne marche.

RÉSUMÉ

LE PROGRAMME. NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ est un programme pré et postnatal qui s'adresse à des femmes enceintes qui n'ont pas complété leur secondaire V et dont le revenu familial est en deçà du seuil de pauvreté. La présente étude est consacrée au volet prénatal seulement. Le programme repose sur un suivi professionnel en CLSC, avec de l'accompagnement communautaire et une démarche locale d'action intersectorielle. Une équipe interdisciplinaire se réunit régulièrement afin de se donner une vision globale du vécu des familles et de déterminer un plan d'intervention individualisé pour chaque participante. Une intervenante privilégiée établit une relation de confiance avec la femme enceinte, par des visites à domicile effectuées au moins toutes les deux semaines, afin de lui offrir un soutien global. Ce programme a été appliqué dans dix territoires de CLSC du Québec (huit à Montréal et deux en Abitibi-Témiscamingue).

LA MÉTHODE DE RECHERCHE. Dans un essai clinique randomisé, de janvier 1994 à novembre 1998, 1 340 femmes enceintes défavorisées ont été réparties au hasard entre, d'une part, un groupe expérimental recevant, à partir de la 20^e semaine de grossesse, des suppléments alimentaires (œufs, lait, jus d'orange) et un suivi personnalisé et, d'autre part un groupe contrôle recevant des suppléments alimentaires seulement. Les participantes des deux groupes avaient librement accès aux services courants offerts dans leur communauté.

Après une période de rodage, le programme a permis de rejoindre 50 % des femmes enceintes défavorisées des

territoires ciblés et, parmi les 1 340 participantes, 1 219 (91 %) ont complété l'étude. A été évaluée l'influence de ce programme non seulement sur l'insuffisance de poids à la naissance du nouveau-né (IPN, < 2 500 grammes), le retard de croissance intra-utérine (RCIU, < 10^e percentile pour l'âge gestationnel) et la prématurité (< 37 semaines de gestation), mais également sur la santé de la mère, sur la relation mère-enfant et les soins maternels, ainsi que sur diverses dimensions du vécu de la grossesse : habitudes de vie, soutien social, présence de stressseurs et utilisation des services de santé. Ces facteurs ont été mesurés à l'aide d'un questionnaire administré lors de la randomisation, de l'analyse des dossiers hospitaliers de la mère et du bébé de toutes les participantes, ainsi que par des entrevues prénatales et des entrevues postnatales réalisées auprès de sous-échantillons de participantes.

LES RÉSULTATS. La durée et l'intensité du programme correspondent à ce qui était planifié, sauf en matière de suivi de santé en complémentarité avec le suivi médical. Le suivi de plus de 90 % des participantes a duré plus de 14 semaines et, en moyenne, les intervenantes privilégiées ont rencontré les participantes à domicile à 7,1 reprises. Seulement 23 % des participantes du groupe contrôle ont reçu des services de leur CLSC durant leur grossesse.

L'IPN se compose de deux ensembles distincts : les RCIU et les naissances prématurées. Dans l'ensemble, les résultats ne permettent pas de constater de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle tant en ce qui a trait à l'IPN, au RCIU ou à la prématurité. Pour chacun

de ces paramètres, le pourcentage observé est très élevé et correspond à la moyenne en milieu défavorisé, soit environ une fois et demie la moyenne québécoise. Sur ces questions, le programme intégré n'a donc pas plus d'effet que les suppléments alimentaires associés aux programmes courants. C'est même la tendance contraire qui a été observée pour l'IPN avec une différence significative dans le sous-groupe des non-fumeuses.

Par ailleurs, le programme représente plusieurs gains pour la mère. Il a eu un effet positif et significatif sur le niveau moyen des symptômes dépressifs postnatals des nouvelles mères, tant chez celles qui présentaient une symptomatologie dépressive élevée en prénatal que chez celles dont le score était normal. On a aussi noté une forte tendance à moins d'anémie postnatale chez les femmes qui ont bénéficié du programme ainsi qu'une fréquence plus élevée d'allaitement maternel après l'accouchement parmi les mères d'origine canadienne. De façon significative, les femmes ayant reçu le programme ont davantage consommé de nouveaux aliments au cours de leur grossesse, particulièrement des produits laitiers ; elles sont plus nombreuses à consommer au moins deux légumes par jour et elles ont pris plus souvent des vitamines. Finalement, sur le plan du soutien social, les femmes du groupe expérimental ont significativement reçu plus d'information sur l'alimentation, la grossesse, l'accouchement ; sur les sources d'aide matérielle pour le bébé et sur les façons de diminuer ou d'arrêter de fumer. Elles ont aussi reçu plus d'aide matérielle et elles ont eu plus de possibilités de se confier.

LES RETOMBÉES. Ces résultats sont complexes et leur interprétation requiert une grande prudence. La tendance générale observée en défaveur du programme sur l'IPN et l'association

significative observée chez les non-fumeuses sont certes très préoccupantes, mais le risque d'erreurs aléatoires, la confusion entourant le concept d'IPN, une faible prévalence dans le groupe contrôle et le fait que la différence entre les deux groupes n'est plus significative lorsqu'on analyse le RCIU et la prématurité atténuent notre certitude.

Nos résultats interpellent directement le réseau de la santé et des services sociaux pour qu'il fasse de la réduction des inégalités un véritable enjeu de santé publique. Il faut hors de tout doute agir d'abord en amont, avant que les femmes défavorisées ne deviennent enceintes, et lutter contre la pauvreté sur tous les fronts. Il faudra également poursuivre la recherche sur la genèse des inégalités sociales de santé et sur les liens entre environnement social et facteurs biologiques, spécialement ceux associés spécifiquement aux RCIU et à la prématurité.

Le chantier de recherche-action autour du programme NÉ-GS devrait se poursuivre de façon à mieux identifier par quels mécanismes le programme aurait produit certains résultats et à suggérer de nouveaux aménagements. Ainsi, comment modifier ce programme sans compromettre les effets positifs obtenus? Comment mieux cibler la population et les objectifs de chaque volet (ex. : tabagisme) ? Les facteurs biologiques jouent un rôle déterminant sur l'IPN et plus particulièrement sur la prématurité. Comment améliorer le suivi de santé en complémentarité avec les médecins traitants ? Comment pourrait-on mixer de façon encore plus systématique intervention professionnelle et intervention communautaire ? Ce sont ces choix, fondamentaux, qui sont à revoir en associant étroitement les familles, les milieux de pratique et de recherche.

TABLE DES MATIÈRES

Équipe de recherche	iii
Avant-propos	v
Remerciements	vii
Résumé	ix
Introduction	1
Un phénomène très complexe	2
Une intervention globale	3
Des résultats, des pistes d'action et encore des questions	4
1. Les grandes lignes du programme et les objectifs de l'étude	5
1.1 Les grandes lignes du programme Naître égaux – Grandir en santé	5
1.2 Objectifs, modèle conceptuel et hypothèses de recherche	8
2. Méthode de recherche	11
2.1 Échantillon et méthode de recrutement	11
Les critères d'inclusion et d'exclusion	11
Le choix des territoires de CLSC	12
Les modes de recrutement	13
2.2 Collecte des données	14
La prise initiale de contact	14
La randomisation	14
Le moment de l'accouchement	15
2.3 Variables utilisées et instruments de mesure	15
2.4 Analyses	18
La stratégie d'analyse	18
L'interprétation des tableaux	20
3. Résultats	22
3.1 La participation et le maintien de l'étude	22
La participation à l'étude	22
Le maintien dans l'étude	24
3.2 Caractéristiques des participantes	25
Premières pistes d'action	27
3.3 Les services reçus	28
3.3.1 Le suivi des participantes du groupe expérimental	29
3.3.2 La demande de services des participantes du groupe contrôle aux CLSC	38
Premières pistes d'action	39
3.4 La santé du nouveau-né	41
3.4.1 L'insuffisance de poids à la naissance, le retard de croissance intra-utérine et la prématurité	41

LISTE DES ANNEXES	151
Annexe 1	
Réseau de services activités et projets offerts aux familles	

Annexe 2
Fiche d'intervention clinique cumulative

LISTE DES FIGURES

Figure 1	
Modèle conceptuel	9
Figure 2	
Taux de maintien dans l'étude	24
Figure 3.	
RCIU et prématurité chez les nouveau-nés de poids insuffisant à la naissance	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1.1	
Estimé du taux de participation à l'étude	23
Tableau 3.2.1	
Caractéristiques des participantes à l'étude selon le groupe de participation	26
Tableau 3.3.1	
Distribution de la durée des suivis	30
Tableau 3.3.2	
Pourcentage des participantes du groupe expérimental ayant reçu les divers services systématiques au moins une fois durant le suivi	32
Tableau 3.3.3	
Pourcentage des participantes du groupe expérimental ayant reçu des services selon les besoins au moins une fois durant le suivi	32
Tableau 3.3.4	
Pourcentage des participantes du groupe expérimental ayant été orientées vers des ressources professionnelles ou communautaires au moins une fois durant le suivi	33

Tableau 3.3.5 Répartition des interventions selon les fiches d'intervention clinique cumulatives en fonction de la nature du service offert	35
Tableau 3.3.6 Intensité des suivis selon certaines caractéristiques socio-démographiques	37
Tableau 3.4.1 Résultats d'études randomisées de programme prénatals globaux sur certaines variables intermédiaires	42
Tableau 3.4.2 Fréquences d'IPN, de RCIU et de prématurité	48
Tableau 3.4.3 Résultats d'essais cliniques randomisés sur l'IPN, le RCIU et la prématurité.....	50
Tableau 3.4.4 IPN selon des sous-groupes de la population à l'étude	52
Tableau 3.4.5 RCIU selon des sous-groupes de la population à l'étude	54
Tableau 3.4.6 Prématurité selon des sous-groupes de la population à l'étude.....	55
Tableau 3.4.7 Facteurs associés spécifiques à l'IPN, au RCIU et à la prématurité des nouveau-nés	56
Tableau 3.4.8 Facteurs associés significativement à l'IPN du nouveau-né	57
Tableau 3.4.9 Facteurs associés significativement au RCIU du nouveau-né.....	57
Tableau 3.4.10 Facteurs associés significativement à la prématurité	59
Tableau 3.5.1 Facteurs associés significativement à l'anémie post-partum.....	67
Tableau 3.5.2 Portrait de la santé prénatale et postnatale des participantes	69

Tableau 3.5.3	
Facteurs associés à la présence de problèmes de santé durant la grossesse.....	70
Tableau 3.5.4	
Facteurs associés significativement au score moyen d'Edinburgh des mères en postpartum.....	74
Tableau 3.5.5	
Facteurs associés significativement au score moyen d'Edinburgh des mères en postpartum, chez les mères participantes ayant complété une entrevue prénatale.....	76
Tableau 3.6.1	
Commencement de l'allaitement maternel selon la participation au programme et les caractéristiques socio-démographiques de la mère.....	83
Tableau 3.6.2	
Facteurs associés significativement au commencement de l'allaitement maternel chez les participantes qui ont accordé une entrevue postnatale.....	84
Tableau 3.6.3	
Introduction précoce d'autres aliments que le lait.....	88
Tableau 3.6.4	
Nature du premier aliment introduit.....	89
Tableau 3.6.5	
Sources d'influence pour introduire précocement un autre aliment que le lait.....	89
Tableau 3.6.6	
Présence et soins de l'érythème fessier chez le nouveau-né.....	90
Tableau 3.7.1	
Modification des habitudes alimentaires durant la grossesse.....	94
Tableau 3.7.2	
Tabagisme et conseils reçus concernant le tabagisme.....	98
Tableau 3.7.3	
Facteurs associés significativement à l'arrêt du tabagisme à la fin de la grossesse chez les femmes qui fumaient au début de la grossesse.....	99
Tableau 3.7.4	
Facteurs associés significativement à la consommation d'alcool durant la grossesse.....	102

Tableau 3.7.5	
Facteurs associés significativement à la consommation de drogue durant la grossesse.....	103
Tableau 3.8.1	
Types de soutien social selon le groupe de participation.....	105
Tableau 3.8.2	
Sources de soutien social parmi les participantes.....	107
Tableau 3.8.3a	
Sources formelles et informelles selon les types de soutien social : l'aide émotionnelle.....	108
Tableau 3.8.3b	
Sources formelles et informelles selon les types de soutien social : l'aide informative.....	109
Tableau 3.8.3c	
Sources formelles et informelles selon les types de soutien social : l'aide matérielle.....	112
Tableau 3.8.3d	
Sources formelles et informelles selon les types de soutien social : l'aide socialisante.....	110
Tableau 3.9.1	
Conditions de vie et stressseurs aigus durant la grossesse Selon la participation au programme.....	115
Tableau 3.10.1	
L'indice de Kotelchuk.....	119
Tableau 3.10.2	
Suivi médicaux durant la grossesse selon l'indice de Kotelchuk.....	120
Tableau 3.10.3	
Facteurs associés significativement à un suivi médical Intermédiaire ou inadéquat durant la grossesse.....	121

INTRODUCTION

Derrière les chiffres, il y a des gens. Bien des gens.

Au-delà des pourcentages, des moyennes et des données de toutes sortes qui parsèment ce rapport de recherche, il y a des familles qui se retrouvent avec un vraiment trop petit bébé dans les bras, il y a des intervenantes qui accompagnent ces familles et qui se démènent pour éviter que cela se produise trop souvent et il y a des chercheurs qui voudraient bien comprendre ce qui se passe au juste. Derrière ce rapport, il y a les efforts de tout ce beau monde, du Québec et d'ailleurs, préoccupé par la santé et le bien-être des mères et des enfants de milieu défavorisé, particulièrement par l'insuffisance de poids à la naissance.

TROIS CONCEPTS REVIENNENT TOUT AU LONG DE CE RAPPORT. NOUS NOUS Y RÉFÉRERONS COMME SUIVANT :

- **L'INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE (IPN) CORRESPOND AUX NAISSANCES DE MOINS DE 2 500 GRAMMES. L'IPN SE COMPOSE DE DEUX PHÉNOMÈNES DISTINCTS :**
 - **DES RETARDS DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE (RCIU), C'EST-À-DIRE LES NAISSANCES SE SITUANT SOUS LE 10^e PERCENTILE POUR L'ÂGE GESTATIONNEL**
 - **ET DES NAISSANCES PRÉMATURÉES, SURVENUES AVANT 37 SEMAINES DE GESTATION.**

Un phénomène très complexe

Au Québec, en 1998, 6,1 % des enfants québécois naissaient avec un poids insuffisant (< 2 500 grammes). Ce pourcentage était de 8,2 % chez les mères ayant moins de 11 années de scolarité, soit presque le double de celui des mères ayant 16 ans et plus de scolarité (4,4 %), ce qui est un bon indicateur de pauvreté chronique. Cette situation est troublante, car l'IPN est associée de très près à la mortalité infantile et parfois à des séquelles neuro-développementales. De plus, les efforts pour permettre à ces nouveau-nés de survivre engendrent des coûts médico-hospitaliers importants, mais aussi des coûts sociaux, familiaux et individuels qui ne doivent pas être négligés.

Il faut reconnaître que ce phénomène est complexe. En effet, l'appellation « insuffisance de poids à la naissance » recouvre en fait deux réalités différentes, mais qui se conjuguent parfois chez un même nouveau-né : la prématurité (< 37 semaines de gestation) et le retard de croissance intra-utérine (enfants dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10^e percentile de poids standard à la naissance pour l'âge gestationnel). On connaît relativement peu de choses sur les causes spécifiques du déclenchement du travail avant terme et sur celles du retard de développement intra-utérin des fœtus. Les facteurs de risque identifiés à ce jour pour chacun de ces phénomènes, outre celui de la pauvreté qui leur est commun, diffèrent pour une grande part.

Toutefois, un nombre important d'études ont exploré globalement les facteurs associés à l'IPN. Ces études identifient d'abord des caractéristiques environnementales comme facteurs de risque, dont le statut socio-économique faible. Celui-ci est le déterminant le plus puissant des problèmes de santé en cours de grossesse et à l'accouchement. Il reste cependant beaucoup à faire pour comprendre parfaitement par quel processus ce lien entre le statut socio-économique faible et les problèmes de santé s'actualise. Ces études montrent aussi que les caractéristiques de l'environnement social de la mère durant la grossesse, les caractéristiques individuelles (socio-démographiques) antécédentes à la grossesse, ainsi que les facteurs individuels (biologiques, psychosociaux, comportementaux) jouent un rôle significatif dans l'IPN. Nous y reviendrons.

Diverses avenues ont été explorées et évaluées pour tenter de contrer ce phénomène. Les études les plus solides publiées jusqu'au début des années 1990 et évaluant divers types spécifiques de programmes de prévention ou de promotion de la santé maternelle (tabagisme, suppléments alimentaires ou éducation nutritionnelle, etc.) présentaient au mieux des effets modestes. De même, l'évaluation des programmes offrant du soutien social aux femmes durant leur grossesse ne permettait pas de constater d'effets sur la santé physique des mères ou sur celle de leur nouveau-né, même si on notait des bénéfices psychologiques. Il semblait alors que seuls des programmes prénatals dits globaux (*comprehensive prenatal care*), qui abordent à la fois les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de cette problématique, pourraient avoir des effets.

Une intervention globale

Le Québec s'est inscrit tout à fait dans ce courant. À la fin des années 80, le souci de systématiser les aspects les plus prometteurs des projets OLO (Oeufs, lait, oranges) et d'en évaluer les résultats est à l'origine d'une recommandation formulée dans le cadre d'une série d'avis en périnatalité déposés au ministère de la Santé et des Services sociaux (Colin et Desrosiers, 1989). Le projet pilote Naître égaux – Grandir en santé (NÉ-GS) émerge directement de ces recommandations : on y préconise une approche globale afin d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé des mères durant la grossesse et sur celle de leur nouveau-né.

De 1990 à 1993, se déroulent la conception proprement dite du volet prénatal du programme, la mise au point d'outils, la formation des intervenantes et une évaluation de la mise en œuvre. Avec la publication de *Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité* (Martin et al., 1995), les concepteurs décrivent en détail la phase prénatale en application depuis 1993 et jettent les bases de la phase postnatale du programme qui sera implantée par la suite. Une version simplifiée et mise à jour de ce plan de programme a été publiée sous le titre *Naître égaux – Grandir en santé. Vous connaissez ?* (Boyer et al., 2000).

C'est sur cette toile de fond que s'est déroulée l'étude des effets de la phase prénatale de (NÉ-GS). Derrière les chiffres, on le voit, il y a des gens. Bien des gens.

Des résultats, des pistes d'action et encore des questions

Dans le premier chapitre, une brève description du programme précède la présentation du modèle conceptuel qui a présidé à la définition des hypothèses de recherche et au choix des variables mesurées dans cette étude. La méthode de recherche est ensuite détaillée au chapitre 2. Le chapitre 3 constitue le cœur de ce rapport. La présentation de chaque grappe de résultats est précédée de la recension des écrits correspondante et est suivie, selon le cas, d'éléments de discussion et de premières pistes d'action spécifiques de l'un ou l'autre aspect de la question. Le dernier chapitre comprend une discussion globale des résultats et soulève plusieurs questions à garder bien en tête pour l'avenir de ce type d'intervention.

Ce rapport permet, d'une certaine façon, de boucler un projet de recherche. Mais il annonce surtout l'intensification des discussions entre les chercheurs, les intervenantes, les décideurs et, souhaitons-le, les familles concernées en vue d'améliorer la santé et le bien-être de cette population.

1. LES GRANDES LIGNES DU PROGRAMME ET LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les stratégies d'intervention déployées au sein de Naître égaux – Grandir en santé et le modèle conceptuel sur lequel repose l'évaluation de la phase prénatale de ce programme sont intimement liés. Les prochaines sections présentent leur articulation, ainsi que les objectifs de cette étude.

1.1 LES GRANDES LIGNES DU PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ

La phase prénatale du programme NÉ-GS a été conçue afin d'améliorer la santé et la qualité de vie des nouveau-nés et de leurs parents. Dès le départ, le programme poursuivait les objectifs suivants :

- ◆ diminuer le taux de naissances prématurées ;
- ◆ diminuer le taux de naissances où le poids du bébé est inférieur à 2 500 g. ;
- ◆ diminuer la proportion d'enfants qui présentent des RCIU ;
- ◆ réduire l'incidence des abus et de la négligence à l'égard des enfants.

Le programme a été structuré en fonction d'une approche globale, à partir du modèle écologique (Martin et al., 1995). À la faveur de cette démarche, des objectifs intermédiaires sont venus préciser les objectifs de départ. Le programme comporte donc de multiples cibles : la femme enceinte, son réseau familial, son milieu de vie et l'environnement social et politique dans lequel elle évolue. Il fait appel à trois stratégies d'intervention : le renforcement du potentiel individuel des personnes, le renforcement du milieu et l'influence médiatique et politique. L'articulation de ces trois stratégies d'intervention passe par un suivi professionnel individuel en CLSC, intégré à de l'accompagnement communautaire et à une démarche locale d'action intersectorielle (Boyer et al., 2000). On trouvera à l'annexe 1 le réseau des services, activités et projets offerts aux familles dans le cadre de cette action intersectorielle.

Le programme est confié à une équipe interdisciplinaire qui se réunit toutes les deux semaines (ou plus) afin de se donner une vision globale du vécu des familles, de

déterminer un plan d'intervention individualisé et de soutenir chaque intervenante. L'approche préconisée en est une d'*empowerment* plutôt que de contrôle social : dans le sillon de la naissance de l'enfant, l'intervenante accompagne la femme afin qu'elle reprenne du pouvoir sur sa vie. Concrètement, l'intervenante privilégiée établit une relation de confiance avec la femme enceinte et son réseau informel d'entraide en offrant un soutien global par des visites à domicile (ou à un autre lieu choisi par la femme) effectuées au moins toutes les deux semaines, à compter de la vingtième semaine de grossesse. Le programme vise l'ensemble des déterminants de la santé des familles de milieu défavorisé (conditions et habitudes de vie, densité du réseau de soutien, accessibilité des services).

La globalité, l'intensité et la précocité de cette intervention sont adaptées en fonction du cumul des difficultés que vivent ces familles. Les suivis individuels impliquent plusieurs composantes dont on trouvera le détail dans *Les guides périnataux pour le suivi des familles* (Beauregard et Renaud, 2000). Dans tous les cas, des consultations ou une recommandation à une autre professionnelle (travailleuse sociale, nutritionniste, etc.) peuvent être envisagées si la situation l'exige. Un suivi type comporte des services systématiques et des services plus spécifiques, selon les besoins.

Telles que spécifiées dans le contrat qui liait les CLSC et les Directions de la santé publique, les grandes lignes des services systématiques sont les suivantes :

- ❖ suivi de santé en complémentarité avec le médecin :
 - s'assurer d'un suivi médical adéquat et satisfaisant ;
 - avec le *Formulaire de référence médecin-CLSC* (ou avec le *Carnet de grossesse*), s'informer de l'état de santé de la mère et de l'évolution de la grossesse, et assurer un suivi complémentaire au besoin ;
 - préparer les visites médicales avec la femme et son conjoint, et en assurer le suivi ;
- ❖ soutien nutritionnel :
 - voir à la distribution des suppléments alimentaires durant la grossesse (OLO) ;
 - offrir toute information pertinente sur l'utilisation des suppléments alimentaires et l'alimentation ;
 - surveiller la courbe de prise de poids ;

- ❖ soutien informationnel :
 - sur le vécu de la grossesse ;
 - sur les différents facteurs de risque d'IPN et de prématurité ;
 - sur la préparation à l'accouchement ;
 - sur la préparation à la venue du bébé ;
 - sur la contraception ;
- ❖ soutien psychosocial :
 - sur l'estime de soi ;
 - sur la compétence parentale ;
 - sur les relations interpersonnelles ;
 - sur la violence familiale et conjugale ;
- ❖ soutien d'ordre socio-économique :
 - sur les conditions de logement ;
 - sur les difficultés financières chroniques ;
 - sur les démarches d'ordre juridique ;

Des services spécifiques selon les besoins sont offerts si la situation le requiert et comprennent un soutien :

- face au tabagisme ;
- comportemental (consommation abusive de drogues, alcool ou médicaments) ;
- matériel et du dépannage ;
- pour aider la femme à faire appel à son réseau naturel ;
- pour appuyer les membres du réseau naturel ;
- d'accompagnement vers les ressources communautaires ;
- dans les tâches ménagères.

Dans le prolongement des suivis individuels, les intervenantes poursuivent une démarche pour comprendre collectivement les difficultés de ces familles, déterminer leurs forces et trouver des solutions avec le milieu. Des ententes de collaboration sont définies afin que ces familles soient accompagnées vers divers groupes communautaires (cuisines collectives, halte-répît, etc.), ces ressources jouant un rôle déterminant en matière d'intégration sociale. Des regroupements locaux d'action intersectorielle (où sont engagés les intervenants des ressources communautaires, des

CLSC, des centres de petite enfance, de certains organismes municipaux comme les loisirs ou la police, la Direction de la santé publique, etc.) permettent de coordonner les efforts de tous ces acteurs pour créer ou consolider des ressources communautaires, rejoindre les familles les plus isolées, améliorer les conditions de vie de ces familles, rendre plus accessibles les ressources de soutien parental ou de stimulation infantile et faire le lobbying médiatique ou politique correspondant.

1.2 OBJECTIFS, MODÈLE CONCEPTUEL ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Le volet prénatal du programme NÉ-GS a donc été structuré en vue de modifier plusieurs déterminants de la santé des mères et des nouveau-nés. La figure 1 illustre le modèle conceptuel sur lequel repose la présente étude. On remarquera que les diverses composantes du suivi individuel correspondent directement aux variables intermédiaires : habitudes de vie, soutien social, stressseurs, utilisation des services de santé. Par ailleurs, la démarche locale d'action intersectorielle comporte plutôt des objectifs à moyen et long termes, susceptibles de modifier les variables indépendantes.

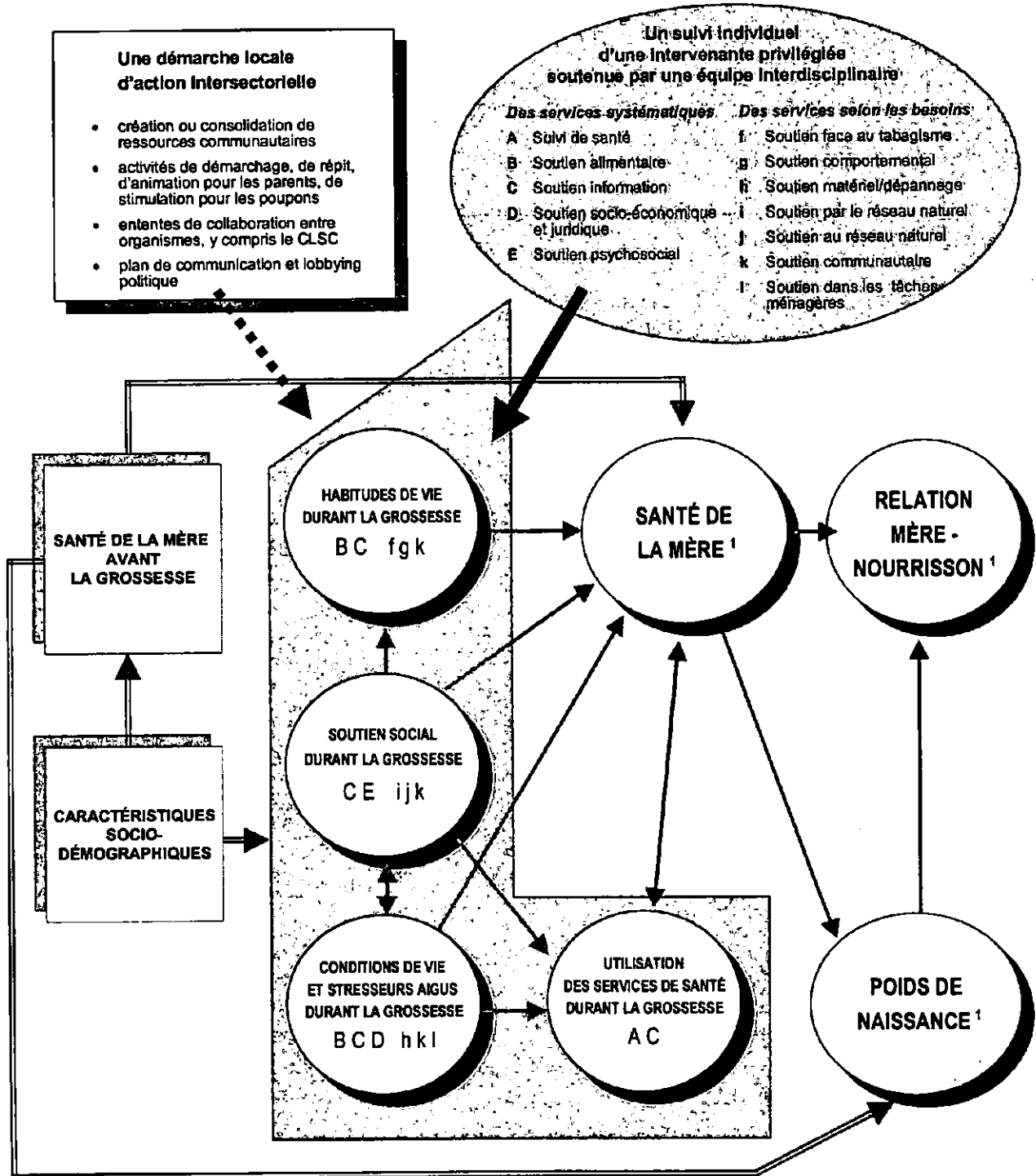
Des hypothèses ont été développées en fonction de chacune des variables intermédiaires et des variables dépendantes. On trouvera au chapitre suivant la liste de ces variables ainsi que la liste des instruments de mesure et de collecte de données.

Ce projet de recherche vise à déterminer si la phase prénatale du programme NÉ-GS a une influence significative sur la santé des mères et des nouveau-nés défavorisés selon qu'ils reçoivent aléatoirement ce programme (groupe expérimental) ou un programme où seuls des suppléments alimentaires sont fournis aux futures mères (groupe contrôle).

Figure 1

MODÈLE CONCEPTUEL

ÉTUDE DES EFFETS DU VOLET PRÉNATAL DU PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX - GRANDIR EN SANTÉ



1. Variables dépendantes.

Ainsi, selon l'hypothèse principale, les taux de bébés de poids inférieur à 2 500 grammes, de RCIU et de prématurité du groupe expérimental seront réduits par rapport à ceux du groupe contrôle. De plus, les femmes du groupe expérimental devraient :

(autres variables dépendantes)

- ◆ avoir moins de problèmes de santé physique durant la grossesse ;
- ◆ présenter moins de problèmes de santé à l'accouchement et après la naissance de l'enfant, ainsi que moins de symptômes dépressifs postnataux ;
- ◆ être plus nombreuses à allaiter et avoir une perception plus positive de leur nouveau-né ;

(variables intermédiaires)

- ◆ modifier davantage leurs habitudes de vie quant à leurs choix alimentaires, au tabagisme, à l'usage d'alcool et de drogues ;
- ◆ obtenir davantage d'information sur les besoins alimentaires des femmes enceintes ainsi que sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ;
- ◆ obtenir un soutien social plus important durant la grossesse et à l'accouchement ;
- ◆ avoir un suivi médical prénatal plus adéquat.

Le chapitre suivant détaillera la méthode de recherche utilisée dans cette étude.

2. MÉTHODE DE RECHERCHE

Le devis de recherche retenu pour mesurer les effets du volet prénatal de Naître égaux – Grandir en santé est un essai clinique randomisé. Lorsque réalisée selon les règles de l'art, la principale force de cette méthode de recherche est la répartition au hasard des participantes pour constituer deux groupes dont *la seule* différence est le programme offert.

Dans les faits, de janvier 1994 à novembre 1998, 1.340 femmes enceintes défavorisées ont été réparties de façon aléatoire entre, d'une part, un groupe expérimental recevant, à partir de la vingtième semaine de grossesse, des suppléments alimentaires et seulement un suivi personnalisé et, d'autre part, un groupe contrôle recevant des suppléments alimentaires seulement. Les deux groupes avaient aussi librement accès aux services courants offerts dans leur communauté.

Au cours des prochaines sections, les principales constituantes méthodologiques seront explicitées : procédures d'échantillonnage, variables et instruments de mesure, collecte des données, caractéristiques des participantes et stratégie d'analyse. Un guide de lecture des tableaux complétera ce chapitre.

2.1 ÉCHANTILLON ET MÉTHODE DE RECRUTEMENT

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer à l'étude, les femmes enceintes devaient répondre aux *critères d'inclusion* suivants :

- être enceinte de 16 à 22 semaines le jour de la randomisation ;
- ne pas avoir obtenu le diplôme de secondaire V (ou l'équivalent) ;
- vivre dans un ménage sous le seuil de faible revenu et, pour au moins la moitié des femmes recrutées, vivre dans un ménage sous le seuil d'extrême pauvreté, soit 60 % ou moins du seuil de faible revenu (Statistique Canada) ;
- comprendre et s'exprimer raisonnablement en français ou en anglais ;
- être détentrice d'une carte d'assurance-maladie ;

- résider sur le territoire d'un CLSC participant.

De plus, deux types de conditions entraînaient l'*exclusion* de certaines femmes. Dans le premier type, l'exclusion était liée à l'état de santé de la femme enceinte. C'était le cas lorsque la femme recrutée :

- avait un problème psychiatrique actuel et aigu diagnostiqué ;
- avait une déficience intellectuelle diagnostiquée limitant fortement sa capacité de compréhension et d'apprentissage ;
- avait une grossesse gémellaire ;
- était une femme pour qui, exceptionnellement, le CLSC prenait la décision qu'elle ne pouvait être randomisée, compte tenu de la gravité extrême de sa situation.

Dans le second type, l'exclusion de l'étude était faite sur la base de la situation institutionnelle ou d'intervention liant certains organismes et cette femme enceinte. Ainsi, elle était exclue si elle :

- avait été suivie dans le volet prénatal du programme NÉ-GS lors d'une grossesse antérieure ;
- était suivie ou avait été suivie dans le volet postnatal du programme pour un autre enfant sans avoir participé au programme en période prénatale ;
- était suivie ou avait été suivie durant la grossesse actuelle par le Dispensaire diététique de Montréal ;
- avait une entente avec le Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (C.P.E.J.) avant la randomisation, un contrat signé de mesures volontaires ou était sous le coup de mesures judiciaires.

Le choix des territoires de CLSC

Le choix des quatre premiers territoires de CLSC montréalais participant à l'étude relève d'une première stratégie de recherche développée en 1989 (mais non réalisée) afin d'évaluer les effets de ce programme, alors sous la direction du Département de santé communautaire (DSC) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Par la suite, s'est ajouté un territoire de CLSC en région éloignée, en Abitibi-Témiscamingue. Deux CLSC de région périphérique, en Outaouais, ont mis en œuvre le programme afin de faire partie de l'étude, mais des difficultés à maintenir une infrastructure de recherche dans cette région ont mis un terme à ce projet. En 1996, à la suite du renouvellement de la

subvention du PNRDS, une seconde ronde de sélection de territoires de CLSC a eu lieu, permettant d'ajouter cinq CLSC (quatre à Montréal et un autre en Abitibi-Témiscamingue). La sélection de ces territoires de CLSC a été réalisée sur la base de critères socio-démographiques reliés à l'ampleur des problèmes de santé et de bien-être, ainsi qu'à la situation organisationnelle et communautaire dans chaque territoire de CLSC s'étant proposé pour participer à l'étude. Les CLSC retenus sont :

1^{re} phase (début du recrutement des participantes en janvier 1994)

- CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- CLSC J.-Octave Roussin (maintenant Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est)
- CLSC Mercier-Est/Anjou
- CLSC Olivier-Guimond
- CLSC Le partage des eaux

2^e phase (début du recrutement des participantes en novembre 1996)

- CLSC Centre-Sud (maintenant des Faubourgs)
- CLSC Pierrefonds/Dollard-des-Ormeaux
- CLSC St-Michel
- CLSC Verdun/Côte-St-Paul
- Centre de santé Le Minordet (maintenant Vallée-de-l'Or).

Des contrats furent signés, d'une part, entre la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (à l'époque le DSC Maisonneuve-Rosemont) et chacune des administrations des CLSC participants de Montréal et, d'autre part, entre la Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue (alors le DSC de l'Hôpital de Rouyn-Noranda) et les deux CLSC participants. Ces contrats portaient sur le respect du protocole de recherche et sur l'engagement des gestionnaires des CLSC à mettre en place les conditions devant permettre la réalisation du programme et de l'étude.

Les modes de recrutement

Une stratégie de recrutement a été élaborée, faisant essentiellement appel à trois modes pour rejoindre les sujets visés sur chacun des territoires de CLSC participants (Théorêt et al., 2000) : faire des envois de masse dans les territoires des CLSC participants, distribuer des affiches et des dépliants dans les lieux fréquentés par la

clientèle ciblée et faire connaître le programme à divers groupes d'intervenantes œuvrant directement auprès de cette clientèle.

2.2 COLLECTE DES DONNÉES

La prise initiale de contact

Chaque CLSC a identifié une personne contact avec l'équipe de recherche. Lorsque des femmes enceintes s'adressaient au CLSC et correspondaient aux principaux critères d'inclusion (sous-scolarité, pauvreté), les intervenantes présentaient globalement le projet de recherche et leur demandaient l'autorisation de communiquer leur nom et la date de leurs dernières menstruations à l'équipe de recherche. La répondante ayant transmis ces informations, un(e) agent(e) de recherche calculait alors les dates de ses 16^e et 22^e semaines de grossesse comme bornes de la période de randomisation et communiquait rapidement avec la participante potentielle. À ce moment-là, la communication téléphonique pouvait avoir deux objectifs :

- si la femme était enceinte de 16 semaines et plus, prendre rendez-vous pour procéder à l'obtention du consentement écrit et à la randomisation ;
- si la femme était enceinte de moins de 16 semaines, lui expliquer le but de la recherche, s'assurer de son intérêt et lui donner la date approximative de la prochaine communication téléphonique en vue d'un rendez-vous à domicile pour l'obtention de son consentement et la randomisation.

La randomisation

Le rendez-vous avec la participante potentielle pouvait avoir lieu à son domicile, dans un local du CLSC et, plus rarement, dans un autre lieu choisi par elle. Lors de cette rencontre, les informations socio-démographiques (y inclus les critères de sélection) la concernant étaient vérifiées. Ensuite, la lettre de consentement était lue conjointement par l'agent(e) de recherche et par la participante potentielle. L'agent(e) de recherche répondait aux questions de la participante, la lettre de consentement était signée par la participante, contresignée par l'agent(e) de recherche et la date était notée.

L'agent(e) de recherche gérait l'assignation au hasard des participantes au groupe expérimental ou au groupe contrôle par cycle de dix, dans chaque territoire de CLSC. Dix coupons de papier pliés en quatre, dont la moitié était identifiée « PI » (pour

programme intégré) et l'autre moitié « SA » (pour suppléments alimentaires) étaient offerts à une première femme, qui pigeait elle-même un coupon. Ces coupons ainsi que les coupons des tirages suivants étaient retirés un à un jusqu'à ce qu'il reste au moins un coupon « PI » et au moins un coupon « SA ». Après ce dernier tirage, l'agente de recherche recommençait un nouveau cycle de dix coupons. Procéder par cycle de dix participantes facilitait en outre la gestion des ressources humaines des CLSC.

Les résultats de la rencontre et de la randomisation étaient transmis par télécopieur à la répondante du CLSC de provenance des participantes. Ces résultats comprenaient le nom des femmes qui n'avaient pas été retenues parce qu'elles ne répondaient pas aux critères ou parce qu'elles refusaient de faire partie de la recherche (moins de cinq femmes au total), et, pour chacune de celles qui avaient été retenues, s'ajoutait le groupe d'appartenance (expérimental ou contrôle) et le numéro de participante qui lui avait été attribué.

Le moment de l'accouchement

En règle générale, l'information concernant la fin du suivi prénatal était transmise à l'équipe de recherche par télécopieur ou par téléphone, par la répondante de CLSC, à la suite de la réception de l'avis de naissance transmis au CLSC par l'établissement hospitalier.

2.3 VARIABLES UTILISÉES ET INSTRUMENTS DE MESURE

Les informations colligées dans le cadre de cette étude ont exigé neuf instruments de collecte de données. Parmi ceux-ci, sept permettent d'obtenir les informations concernant les participantes, alors que deux instruments visent plus spécifiquement à documenter l'application du programme. Ces instruments ont fait l'objet d'un prétest auprès de femmes enceintes défavorisées.

En fonction de la séquence temporelle de collecte des données, les instruments sont utilisés dans l'ordre suivant :

Lors de la rencontre d'inscription et de randomisation :

- fiche d'inscription et de randomisation ;

- lettre de consentement (formulaire d'information et de consentement) ;
- entrevue prénatale entre la 16^e et la 22^e semaine de grossesse, auprès d'un sous-échantillon de 210 participantes ;
- portrait des enfants précédents.

Après l'accouchement de la participante :

- entrevue postnatale de 21 à 35 jours après l'accouchement, auprès d'un sous-échantillon de 758 participantes ;
- informations des dossiers hospitaliers de la mère et du bébé ;
- informations des dossiers de CLSC des participantes du groupe contrôle.

Au plan de l'application du programme :

- fiches d'intervention clinique cumulatives ;
- observations directes des rencontres des équipes interdisciplinaires.

Voici maintenant la liste des variables retenues pour appliquer le modèle conceptuel présenté à la page 9 ainsi que les sources de données correspondantes.

Santé du nouveau-né

Poids à la naissance

Âge gestationnel

Transfert dans une unité spécialisée
ou aux soins intensifs

Durée de séjour hospitalier

Mortinaissances

Périmètre crânien

Malformations congénitales

Dossier hospitalier du nouveau-né

Santé de la mère durant la grossesse et à l'accouchement

Poids de la mère avant la grossesse

Gain de poids pendant la grossesse

Pathologie hypertensive

Accompagnement à l'accouchement

Hospitalisation durant la grossesse

Dossier hospitalier et entrevue prénatale

Dossier hospitalier et entrevues

Dossier hospitalier

Dossier hospitalier et entrevue postnatale

Entrevues

Autres complications de la grossesse ou à l'accouchement	Dossier hospitalier et entrevue postnatale
Rupture prématurée ou spontanée des membranes	Dossier hospitalier
Prématurité antérieure	Entrevue prénatale
Poids de naissance insuffisant antérieur	Entrevue prénatale
Symptomatologie dépressive prénatale (EPDS)	Entrevue prénatale
IVG antérieurs	Fiche d'inscription et dossier hospitalier
Problèmes de santé en période prénatale	Dossier hospitalier
Désir de la grossesse	Entrevue prénatale

Durée du séjour hospitalier en postnatal

Durée du séjour hospitalier	Dossier hospitalier
Sortie précoce de l'hôpital contre avis médical	Dossier hospitalier

Soutien social, habitudes de vie, stressseurs et suivi médical durant la grossesse

Soutien social	
- Aide matérielle	
- Aide émotive	
- Soutien informatif	
. sur l'alimentation	
. sur la grossesse	
. sur l'accouchement	
. sur le séjour hospitalier	
- Encouragement durant la grossesse	
- Socialisation	
Habitudes de vie	
- Changement des habitudes alimentaires	Entrevue postnatale
- Tabagisme	Entrevue postnatale
- Toxicomanies (alcool, drogues)	Dossier hospitalier
Stresseurs	
- Difficulté à payer les comptes	
- Déménagement	Entrevue postnatale
Suivi médical durant la grossesse	Entrevue postnatale

Santé psychosociale de la mère et relation avec le nourrisson

Commencement de l'allaitement maternel et durée	Dossier hospitalier, entrevue postnatale
Symptomatologie dépressive postnatale (EPDS)	Entrevue postnatale
Perception du nouveau-né (<i>Inventaire de perception du nouveau-né</i>)	Entrevue postnatale
Perception de la santé maternelle	Entrevue postnatale

Variabes contrôlées

Âge de la mère	Fiche d'inscription
Scolarité de la mère	Fiche d'inscription
Parité	Fiche d'inscription et dossier hospitalier
Pays de naissance	Fiche d'inscription
Présence ou absence d'un conjoint	Fiche d'inscription et entrevue postnatale
Revenu	Fiche d'inscription
Suivi en clinique GARE	Dossiers hospitaliers
Caractéristiques du bébé : - Sexe	Dossiers hospitaliers

2.4 ANALYSES

La stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse a été la même pour chacune des variables dépendantes et intermédiaires à l'étude. Les premières analyses ont porté sur chacune des variables dépendantes et leurs composantes décrites dans le modèle conceptuel (santé du nouveau-né, santé de la mère, relation mère-enfant et soins maternels). Par la suite, des analyses ont été effectuées sur les quatre séries de variables intermédiaires (habitudes de vie, soutien social, stressseurs et utilisation des services de santé durant la grossesse).

Les méthodes d'analyse suivies pour la construction des modèles explicatifs reposent sur l'approche proposée par Hosmer et Lemeshow (1989) et comprennent deux phases :

1. La sélection des variables pour les analyses multivariées a été faite par une analyse de l'association entre chacune des variables explicatives potentielles et la variable dépendante à l'étude en utilisant le chi-carré de Pearson. Toute variable indépendante (explicative) dont le test bivarié présentait un seuil de signification inférieur à 0,25 était retenue pour l'inclusion dans le modèle. Ce seuil conservateur permet d'éviter l'exclusion de variables significatives potentielles. Une analyse de multicolinéarité a par la suite été effectuée afin d'éliminer certaines variables explicatives présentant une corrélation trop élevée entre elles (corrélation de Pearson). Un seuil de signification de $R \geq 0,40$ a été utilisé, tel que suggéré par Pedhazur et Schmelkin (1991). Lorsque deux variables étaient corrélées à $\geq 0,40$, une seule des deux variables était retenue.
2. Toutes les variables indépendantes retenues à la suite des analyses bivariées et de l'analyse de la multicolinéarité ont été par la suite incluses dans une régression logistique multiple pour former le modèle multivarié complet. L'élaboration du modèle final commence par l'examen de l'importance de chacune des variables incluses dans le modèle multivarié complet. Une première étape porte sur la comparaison des coefficients β estimés, pour chacune des variables, entre sa valeur dans le modèle multivarié et celle obtenue dans le modèle bivarié. Une différence importante entre les deux modèles pour une variable donnée indique la nécessité de contrôler une ou plusieurs autres variables absentes du modèle bivarié, mais présentes dans le modèle multivarié complet. Une deuxième étape consiste à examiner le seuil de signification de la statistique de Wald pour chacune des variables. Un seuil d'exclusion de $p > 0,05$ a été choisi. Ainsi, toutes les variables pour lesquelles la statistique de Wald n'était pas significative ont été exclues. Un nouveau modèle, appelé modèle multivarié réduit, a été recréé avec les variables significatives à $p \leq 0,05$, à l'exception de la variable explicative principale, la participation au programme, laquelle est toujours incluse dans le modèle. Dans une troisième étape, la statistique de Wald est examinée à nouveau pour chacune des variables du modèle réduit et cette démarche se poursuit jusqu'à l'obtention d'un modèle final qui ne contient que des variables significatives à $p \leq 0,05$. Le test d'Hosmer et Lemeshow a été utilisé pour évaluer la qualité d'ajustement des modèles. Un seuil de signification supérieur à 0,05 indique que le modèle ajuste bien les données et le modèle final peut alors être retenu.

L'interprétation des tableaux

Le résultat final de toute cette démarche nous permet de dégager les facteurs qui sont associés à chacune des variables à l'étude qu'on cherche à expliquer tout en contrôlant l'ensemble des autres facteurs qui lui sont associés. Ces résultats se présentent sous la forme de **ratios de cotes ajustés (RC)** et s'interprètent par comparaison avec une **catégorie de référence** :

- un ratio de cotes de 1 signifie une absence d'effet ;
- un ratio de cotes supérieur à 1 correspond à une probabilité plus forte (facteur de risque) ;
- un ratio de cotes inférieur à 1 correspond à une probabilité plus faible (facteur de protection).

Un ratio de cotes ajusté de 2,99 nous a permis, par exemple, d'estimer la probabilité pour une mère de 35 ans et plus d'avoir un nouveau-né de poids insuffisant. Comparativement aux femmes de 34 ans et moins (dans ce cas-ci, la catégorie de référence), les mères de 35 ans et plus ont une probabilité presque trois fois plus grande d'avoir un bébé de poids insuffisant, et ce tout en contrôlant pour l'ensemble des autres facteurs qui sont significativement associés au poids de naissance.

Lorsqu'on examine les ratios de cotes, il faut aussi considérer les **intervalles de confiance**. Dans l'exemple choisi, les intervalles de confiance de 95 % (IC₉₅ %) se situaient de 1,52 à 5,89, ce qui signifie qu'en reprenant cette étude à vingt reprises, dans 19 cas sur 20, on retrouverait une probabilité plus grande d'avoir un bébé de poids insuffisant parmi des femmes de 35 ans et plus et que cette probabilité se situerait de 1,52 fois plus à 5,89 fois plus.

Inversement, un ratio de cotes de 0,5 pour une catégorie de mères, signifie que les mères de cette catégorie connaissent une probabilité deux fois plus petite de développer le phénomène à l'étude que les individus de la catégorie de référence.

Ainsi, à titre d'exemple, les mères nées hors du Canada présentaient, comparativement aux femmes nées au Canada, un ratio de cotes de 0,35 concernant la probabilité d'avoir un nouveau-né prématuré, ce qui correspond à 2,86 fois moins (1 divisé par 0,35) que les mères nées au Canada. Les intervalles de confiance de 95 % (IC₉₅ %) se situaient de

0,16 à 0,76, ce qui signifie que, si on reprenait l'étude vingt fois, dans 19 cas sur 20, on retrouverait une probabilité moins grande d'avoir un enfant prématuré et que cette probabilité se situerait de 6,25 fois moins (1 divisé par 0,16) à 1,32 fois moins (1 divisé par 0,76).

Dans le texte du présent rapport, on utilise souvent le terme « risque » pour désigner cette probabilité estimée par l'analyse de régression logistique. Il est important de noter que l'estimation du risque relatif par le ratio de cotes est d'autant plus juste que l'événement est rare dans la population. De fait, lorsque la prévalence excède 10 %, le ratio de cotes surestime le risque relatif et il est important d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Finalement, certains tableaux plus descriptifs, notamment dans l'étude des variables intermédiaires, ne présentent que des analyses bivariées. Dans ce cas, les différences entre les participantes du groupe expérimental et celles du groupe contrôle sont faites en utilisant le chi-carré de Pearson, pour la comparaison de pourcentages, ou l'analyse de variance, pour la comparaison de moyennes. Ces tableaux présentent la valeur p du test effectué.

Une différence est jugée significative lorsque la valeur p est égale ou inférieure à 0,05. Une valeur $p \leq 0,05$ signifie que si on reprenait l'étude à vingt reprises, dans 19 cas sur 20, on obtiendrait une différence significative.

Quand la valeur p n'atteint pas le seuil fixé à 0,05 mais s'en rapproche (entre 0,05 et 0,10), on peut parler d'une tendance. Toutefois, si la valeur p est plus grande que 0,10, la différence entre les deux pourcentages ne présente pas d'intérêt et on considère, par exemple, qu'avec ou sans le programme le pourcentage est le même.

Dans tous les cas, les résultats de ces tableaux descriptifs doivent être interprétés avec prudence parce que les autres facteurs potentiellement associés au phénomène à l'étude ne sont pas contrôlés dans ce type d'analyse.

3. RÉSULTATS

Les premiers résultats discutés sont ceux concernant le recrutement des participantes, leur maintien dans l'étude ainsi que leurs caractéristiques. Par la suite, les services reçus par les participantes du groupe expérimental et ceux reçus par les participantes du groupe contrôle seront décrits. Puis on trouvera les résultats de la mesure des effets du programme sur les trois variables dépendantes, soit la santé du nouveau-né, la santé de la mère et la relation mère-enfant. Pour terminer, les résultats relatifs aux variables intermédiaires, soit les habitudes de vie, le soutien social, les stressseurs et le suivi médical durant la grossesse, seront présentés.

3.1 LA PARTICIPATION ET LE MAINTIEN DANS L'ÉTUDE

La participation à l'étude

ON ESTIME QU'APRÈS UNE PÉRIODE DE RODAGE D'AU MOINS DEUX ANS LE PROGRAMME NAITRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ A REJOINT AU MOINS 50 % DE LA POPULATION DES FEMMES ENCEINTES DÉFAVORISÉES DES TERRITOIRES PARTICIPANTS.

Pour estimer le taux de participation à l'étude, les données tirées du *Fichier des naissances vivantes 1994-1998* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour les années correspondant à l'étude ont été utilisées.

- Ce fichier permet de connaître le nombre de naissances annuelles dans chacun des territoires de CLSC du Québec, mais il n'indique que la scolarité des femmes ayant accouché, alors que les critères de sélection de l'étude comprenaient aussi le niveau de revenu. Avec la sous-scolarité comme seul critère, le nombre de naissances de mères défavorisées est sur-évalué et il s'agit donc d'une sous-représentation du taux réel de participation.
- La courte durée du recrutement par les territoires de CLSC de la seconde vague (1997-1999) ne permet pas d'établir de comparaison annuelle représentative des

taux de participation. Les données sur le nombre de femmes recrutées sont donc présentées au tableau 3.1.1 de façon distincte pour les CLSC de la première vague et pour ceux de la deuxième vague. En 1997, l'ajout de cinq CLSC dans l'étude a eu pour effet de diminuer le taux de participation. On constate toutefois que, tout comme pour les CLSC de la première vague, les taux de participation des CLSC de la seconde vague sont stables durant ces deux premières années, un phénomène prévisible compte tenu de la nécessité de mettre en place les stratégies de recrutement particulières à cette clientèle et du délai avant que celles-ci ne donnent leur pleine mesure. On pourrait toutefois croire que le taux de participation des CLSC de la seconde vague aurait augmenté lors des années subséquentes de recrutement, tout comme ce fut le cas dans les CLSC de la première vague.

Tableau 3.1.1

Estimé du taux de participation à l'étude

Territoires de CLSC	1994	1995	1996	1997	1998	Total
CLSC de la première vague						
Nombre de femmes recrutées	208	214	242	236	125	1 025
% de femmes sous-scolarisées recrutées	35,1	38,3	46,2	45,4	48,1	41,7
CLSC de la deuxième vague						
Nombre de femmes recrutées	----	----	(12) ²	141	63	204
% de femmes sous-scolarisées recrutées	----	----	----	22,5	19,9	21,6
Tous les territoires de CLSC participants (TOTAL)						
Nombre de femmes recrutées	208	214	242	377	188	1 229
% de femmes sous-scolarisées recrutées	35,1	38,3	46,2	32,9	32,6	36,2

1. Pour tenir compte du ralentissement habituel en fin de période et parce que le recrutement a cessé progressivement entre juillet et novembre, les données de recrutement présentées pour l'année 1998 s'arrêtent au 30 juin. Ainsi, 99 participantes, recrutées entre juillet et novembre 1998, sont exclues du calcul du taux de participation et le nombre de naissances annuelles est ajusté pour tenir compte de cette exclusion.
 2. Le début du recrutement des CLSC de la nouvelle vague en novembre 1996 ne permet pas de tenir compte de ces participantes dans le taux de participation pour l'année 1996.
- En tenant compte des deux vagues de recrutement, le taux global de participation pour la durée de l'étude s'établit à (36,2 %). Entre 1994 et 1996, le taux de participation a crû, atteignant presque 50 % en 1996. Par contre, en examinant de plus près le taux de participation des CLSC de la première vague, on constate qu'il

est de 41,7 % pour l'ensemble de l'étude et qu'il a crû, entre 1994 et 1998, passant de 35,1 % à 48,1 %.

- En somme, deux principales raisons nous permettent d'estimer que ce programme a réussi à rejoindre au moins 50 % de la population de mères défavorisées de ces territoires de CLSC. Premièrement, le dénominateur utilisé (le nombre de naissances de mères de moins de 11 années de scolarité) constitue une sous-estimation du nombre de mères sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté. Deuxièmement, la durée de participation des CLSC de la deuxième vague est trop courte.

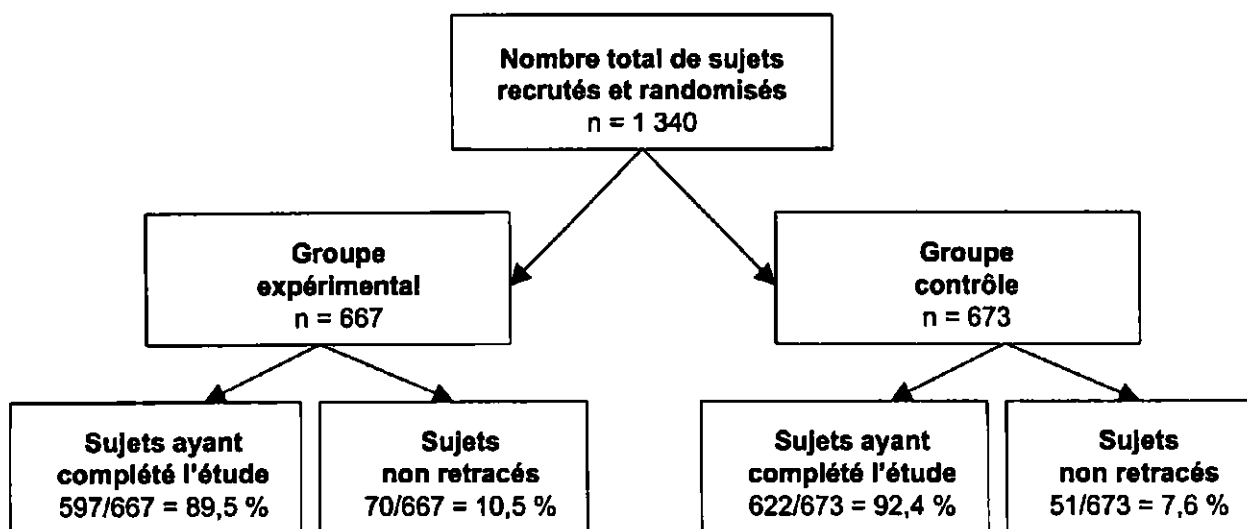
Le maintien dans l'étude

ENTRE LE 5 JANVIER 1994 (PREMIÈRE PARTICIPANTE RECRUTÉE ET RANDOMISÉE) ET LE 6 NOVEMBRE 1998 (DERNIÈRE PARTICIPANTE RECRUTÉE ET RANDOMISÉE), UN TOTAL DE 1 340 FEMMES ONT ÉTÉ RECRUTÉES. LE TAUX DE MAINTIEN DES PARTICIPANTES DANS L'ÉTUDE EST ÉLEVÉ (91,0 %).

- Comme l'indique la figure 2, parmi les 1 340 participantes recrutées, 1 219 femmes ont été retracées après l'accouchement et ont complété le projet : 597 dans le groupe expérimental et 622 dans le groupe contrôle.

Figure 2

Taux de maintien dans l'étude



- Seulement 121 femmes (9,0 %) sont considérées comme n'ayant pas complété l'étude pour les raisons suivantes : dans 59 cas, les informations du dossier hospitalier n'ont pu être retracées à cause d'un déménagement (exp. : 33, contr. : 26) ; dans 29 cas, une interruption de grossesse a eu lieu après le début du suivi (exp. : 14, contr. : 16) ; dans 21 cas, il y a eu abandon du programme (exp. : 16, contr. : 5) ; dans 11 cas, il y a eu naissances multiples (exp. : 7, contr. : 4).

3.2 CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES

LA COMPARAISON ENTRE LES FEMMES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL ET CELLES DU GROUPE CONTRÔLE NE RÉVÈLE AUCUNE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE SUR LE PLAN DES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES OU DES HABITUDES DE VIE. L'INDICE DE MASSE CORPORELLE ET LE POIDS MOYEN AVANT LA GROSSESSE DIFFÉRAIENT TOUTEFOIS ENTRE LES DEUX GROUPE.

- Les femmes à l'étude (tableau 3.2.1) cumulent plusieurs facteurs de risque : plus de 40 % n'ont pas terminé leur secondaire III, 31 % sont sans conjoint, 57 % fumaient en début de grossesse et près de 50 % présentaient soit une insuffisance de poids, soit un excès de poids. Par ailleurs, 90,3 % des femmes recrutées vivaient dans des conditions d'extrême pauvreté, soit avec un revenu correspondant à 60,0 % du seuil de faible revenu de Statistique Canada.
- Le pourcentage total de participantes nées hors du Canada représente 18,2 % de la population recrutée, ce qui correspond à la situation au Québec. Pour obtenir ce pourcentage global, il a été convenu que les CLSC pouvaient recruter des participantes nées hors du Canada seulement dans la même proportion que la distribution des naissances annuelles sur leur territoire, jusqu'à un maximum de 25 %.

Tableau 3.2.1

Caractéristiques des participantes à l'étude
selon le groupe de participation
n = 1219

Caractéristiques des participantes	Groupe expérimental % (n)	Groupe contrôle % (n)	Population totale % (n)	Valeur p
Âge maternel				
13-17 ans	8,1 (48)	8,1 (50)	8,1 (98)	0,956
18-19 ans	17,1 (102)	18,1 (112)	17,6 (214)	
20-34 ans	66,7 (398)	66,4 (412)	66,6 (810)	
≥ 35 ans	8,1 (48)	7,4 (46)	7,7 (94)	
Lieu de naissance				
Canada	83,8 (500)	81,8 (509)	82,8 (1 009)	0,375
Hors du Canada	16,2 (97)	18,2 (113)	17,2 (210)	
Scolarité de la mère				
< Secondaire III	40,6 (242)	39,7 (246)	40,1 (488)	0,901
Secondaire III	27,9 (166)	27,8 (171)	27,7 (337)	
Secondaire IV	31,5 (188)	32,7 (203)	32,2 (391)	
Revenu				
Pauvreté	9,5 (57)	9,8 (61)	9,7 (118)	0,878
Extrême pauvreté	90,5 (540)	90,2 (561)	90,3 (1 101)	
Situation conjugale				
Avec conjoint	68,3 (377)	70,3 (411)	69,3 (788)	0,474
Sans conjoint	31,7 (175)	29,7 (174)	30,7 (349)	
Vit avec ses parents				
Oui	13,5 (76)	14,0 (84)	13,8 (160)	0,823
Non	86,5 (485)	86,0 (516)	86,2 (1 001)	
Parité				
Primipare	45,4 (271)	47,7 (297)	46,6 (568)	0,410
Multipare	54,6 (326)	52,3 (325)	53,4 (651)	
Tabagisme au début de la grossesse				
Oui	56,7 (215)	57,0 (216)	56,9 (327)	0,942
Non	43,3 (164)	43,0 (163)	43,1 (431)	
Indice de masse corporelle				
Poids insuffisant	18,9 (84)	21,1 (103)	20,1 (187)	0,027
Poids acceptable	50,6 (225)	56,1 (273)	53,4 (498)	
Excès de poids	30,6 (136)	22,8 (111)	26,5 (247)	
Poids moyen au début de la grossesse	63,9 (é.-t. = 17,9) (n = 546)	61,7 (é.-t. = 15,1) (n = 576)	62,8 (é.-t. = 16,6) (n = 1 122)	0,020

Premières pistes d'action

- Si les CLSC de la première vague ont réussi à rejoindre certaines femmes très isolées et à recruter plus de la moitié des femmes enceintes sous-scolarisées de leur territoire, c'est qu'ils ont accepté de revoir en profondeur leur offre de services à cette sous-population. En effet, ils ont travaillé très activement et de façon soutenue pendant au moins deux ans à saturer l'environnement communicationnel propre à ce groupe de femmes (mobilisation des ressources du milieu, envois postaux massifs, ainsi qu'affiches et dépliants). Par la suite seulement, le bouche à oreille a fait son œuvre (Théorêt et al., 2000).

- Tout en appréciant ces efforts à leur juste valeur, nous constatons que, malgré tout, un bon pourcentage de femmes enceintes qui correspondaient aux critères d'inclusion de cette étude n'ont pas été rejointes par ce programme. Un certain nombre d'entre elles n'avaient sans doute tout simplement pas besoin de ces services, mais d'autres efforts de recrutement pourraient donc être faits au regard de situations particulières :
 - une frange de cette population vit encore davantage dans la marginalité sociale et il reste encore beaucoup de travail à faire, ne serait-ce que pour les rejoindre dans leur milieu de vie ;
 - notre échantillon comporte 90,3 % de femmes vivant sous le seuil d'extrême pauvreté même s'il était possible, dans le cadre de l'étude, de recruter jusqu'à 50 % de femmes sous-scolarisées vivant « seulement » sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada ;
 - dans les territoires à plus forte concentration de population immigrante, il semble encore plus difficile de rejoindre les familles d'origine canadienne.

Dans tous ces cas, il reste à repérer les obstacles qui limitent l'accessibilité aux services et à réviser les façons de faire.

3.3 LES SERVICES REÇUS

La description des services reçus par les participantes à l'étude au cours de leur grossesse comporte deux dimensions. La première touche la durée, l'intensité et la nature des interventions offertes aux femmes participant au programme NÉ-GS, telles que rapportées par les intervenantes privilégiées dans les fiches d'intervention clinique cumulatives. La seconde dimension concerne les services reçus à leur CLSC par les femmes du groupe contrôle, tels que relevés dans toutes recensions dans les dossiers des CLSC.

Une des dimensions rarement soulignée mais cependant essentielle dans l'examen de l'efficacité d'un programme est celle de l'intensité et de la nature de l'intervention réalisée. Ces deux éléments sont importants car ils permettent de préciser le niveau d'implantation d'un programme auprès d'une population visée et d'en comprendre le fonctionnement.

En effet, il peut exister une différence majeure entre ce qu'un programme vise Kitzman et al. (1997) et Olds et al. (1999) mentionnent le nombre moyen de visites à domicile. Cela dit, dans le cas des programmes globaux de suivi prénatal, aucune étude n'a encore établi avec certitude le nombre minimal de contacts nécessaires pour obtenir des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés.

quant à la nature et à l'intensité du suivi et ce qui est réalisé dans les faits. Pourtant, on constate que plusieurs auteurs des études présentant les résultats d'évaluation des effets d'un programme global d'intervention prénatale n'intègrent pas ces informations dans leurs écrits. Quelques exceptions doivent cependant être soulignées : Belizan et al. (1995),

Recueillir de l'information sur la nature et l'intensité de l'intervention offerte dans le cadre de l'application d'un programme est donc incontournable pour :

- 1) savoir si le programme a bien été appliqué comme le modèle conceptuel le demandait ;
- 2) connaître l'effet de l'application des diverses composantes du

programme sur les variables intermédiaires (Stevens-Simon et Orleans, 1999) ; permettre éventuellement l'amélioration du contenu des diverses composantes de ces programmes globaux.

C'est pourquoi des efforts systématiques ont été investis pour développer et valider un instrument, la

fiche d'intervention clinique cumulative, afin d'obtenir des données sur le programme offert (Routhier et Perreault, 1993 ; voir l'annexe 2). Les intervenantes privilégiées ont également dépensé beaucoup d'énergie pour transmettre ces informations dans une forme pouvant être directement utilisée par l'équipe de recherche.

3.3.1 Le suivi des participantes du groupe expérimental

LA DURÉE ET L'INTENSITÉ DE L'INTERVENTION CORRESPONDENT À CE QUI ÉTAIT PLANIFIÉ. EN MOYENNE, LES INTERVENANTES PRIVILÉGIÉES ONT RENCONTRÉ LES FEMMES À LEUR DOMICILE À 7,1 REPRISES. LE SUIVI DE PLUS DE 90 % DES PARTICIPANTES A DURÉ PLUS DE 14 SEMAINES ; LA DURÉE MOYENNE BIMENSUELLE DES DISCUSSIONS ET INTERVENTIONS ÉTAIT DE PRESQUE UNE HEURE ET DEMIE.

L'ensemble des informations sur le suivi offert sont tirées des fiches d'intervention clinique cumulatives complétées par les intervenantes.

Il était prévu que l'intervenante privilégiée rencontrerait la femme enceinte à son domicile (ou au lieu de son choix), au moins toutes les deux semaines, de la 20^e semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement.

- En moyenne, les suivis se sont poursuivis durant 19,1 semaines (tableau 3.3.1). Les 52 suivis les plus courts (moins de 15 semaines) sont liés à des accouchements prématurés ou provoqués avant terme (18/52), à des déménagements hors des territoires de CLSC participants à l'étude (12/52) ou encore à des refus de continuer

Tableau 3.3.1

Distribution de la durée des suivis
n = 546

Durée des suivis (semaines)	n	%
Nil	5	0,9
3 à 10	12	2,2
11 à 14	35	6,4
15 à 22	447	81,9
Plus de 22	47	8,6
Moyenne	19,1	

- En moyenne, les intervenantes privilégiées ont rencontré les participantes du groupe expérimental à leur domicile à 7,1 reprises durant le suivi. En plus de ces visites à domicile, d'autres rencontres ont eu lieu avec la famille ou avec d'autres intervenantes. On a ainsi relevé, en moyenne, 10,2 activités diverses au CLSC (tenue de dossiers, consultations avec des collègues, téléphones, etc.), 0,9 rencontres de groupe au CLSC et 0,3 rencontres de groupe tenues hors du CLSC. Enfin, pour les femmes dont la durée de suivi est de 15 semaines et plus, un nombre moyen de 7,4 rencontres à domicile entre les intervenantes privilégiées et les participantes a été relevé.
- Au total, les intervenantes privilégiées ont consacré en moyenne plus de 14 heures au suivi de chaque participante. La durée moyenne de discussion et d'intervention sur une base bimensuelle s'établit à 88 minutes.

Par comparaison, dans le cadre du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), 80 % des participantes s'inscrivaient au cours de la première moitié de la grossesse et le nombre moyen de rencontres (individuelles et de groupe, lieu non spécifié) était de 10 (Beaudoin et al., 2000).

GLOBALEMENT, LES INTERVENTIONS RÉALISÉES DANS LE CADRE DU PROGRAMME CORRESPONDENT À CELLES QUI ÉTAIENT PLANIFIÉES. LES DIFFÉRENTS SERVICES DE BASE ONT ÉTÉ OFFERTS AU MOINS UNE FOIS À LA GRANDE MAJORITÉ DES PARTICIPANTES (DE PRÈS DE 75,0 % À PLUS DE 98,0 % SELON LES SERVICES). LES SERVICES SPÉCIFIQUES, SELON LES BESOINS, ONT ÉTÉ REÇUS PAR ENVIRON 50,0 % DES PARTICIPANTES.

Il était prévu que l'intervention devait répondre à des besoins de services exprimés par la participante ou constatés par l'intervenante privilégiée. Certains de ces services de base étaient dits **systematiques**, car ils étaient offerts à toutes les participantes. D'autres services, dits **selon les besoins**, n'étaient offerts que lorsque la situation le requérait (soutien à la cessation du tabagisme pour les fumeuses, par exemple). Tous ces services pouvaient être donnés soit directement par l'intervenante privilégiée ou à la suite des ententes avec d'autres ressources du CLSC ou de la communauté.

- Parmi les 18 types de services **systematiques** offerts aux participantes (tableau 3.3.2), on constate que sept services ont été rendus à au moins une reprise à plus de neuf participantes sur dix. Ces services portent plus particulièrement sur la dimension nutritionnelle du suivi et sur divers autres types d'information ou de soutien liés directement à la grossesse. D'autres types de services ont aussi été offerts au moins une fois durant le suivi d'au moins les trois quarts des participantes. On retrouve dans cette catégorie les services de soutien psychosocial et de soutien à l'égard de situations financières problématiques. On remarque aussi que les deux tiers des participantes ont reçu au moins une fois un soutien relativement aux conditions de logement, alors qu'un peu plus du tiers d'entre elles ont reçu à au moins une reprise un soutien d'ordre juridique.
- Des services **selon les besoins** (tableau 3.3.3) ont touché les participantes dans un pourcentage variant de 57,9 % (soutien matériel-dépannage) à 28,8 % (soutien dans les tâches ménagères). On remarque aussi que 78,4 % des participantes fumeuses en début de grossesse ont reçu au moins une fois du soutien face au tabagisme (en plus de l'information transmise à 94 % des participantes sur les facteurs de risque).

Tableau 3.3.2
 Pourcentage des participantes du groupe expérimental
 ayant reçu les divers services systématiques au moins une fois durant le suivi
 n = 546

Nature du service	% des participantes
Informations et conseils sur l'alimentation	98,5
Informations sur le vécu de grossesse	98,2
Informations sur l'utilisation des suppléments alimentaires	97,1
Préparation à la venue du bébé	95,8
Surveillance de la courbe de gain de poids	95,2
Préparation à l'accouchement	95,1
Informations sur les facteurs de risque	94,0
Suivi de santé	85,5
Soutien à la compétence parentale	84,6
Soutien aux relations interpersonnelles	79,9
Soutien à la conscientisation	76,0
Soutien à l'estime de soi	74,5
Soutien dans les situations financières problématiques	74,4
Soutien concernant le logement	66,7
Soutien d'ordre juridique	36,1
Autres types d'informations	27,3
Autres types de soutien psychosocial	18,1
Autres types de soutien socio-économique	17,8

Tableau 3.3.3
 Pourcentage des participantes du groupe expérimental
 ayant reçu des services selon les besoins au moins une fois durant le suivi
 n = 546

Nature du service	% des participantes
Soutien matériel-dépannage	57,9
Soutien <i>par</i> le réseau naturel ¹	53,5
Soutien comportemental	52,9
Soutien face au tabagisme <ul style="list-style-type: none"> • de l'ensemble des participantes • des participantes fumeuses en début de grossesse (n = 214) 	51,8 78,4
Soutien <i>au</i> réseau naturel ²	49,8
Soutien communautaire	47,3
Soutien dans les tâches ménagères	28,8

¹ Le soutien *par* le réseau naturel regroupe toute intervention visant à soutenir la femme pour identifier ou bénéficier de l'aide d'un proche.

² Le soutien *au* réseau naturel réfère au soutien de l'intervenante privilégiée au conjoint, à la famille, aux amies ou autres personnes significatives pour la femme.

- La moitié des participantes du groupe expérimental (50,9 %, n = 278) ont été orientées au moins une fois au cours de l'intervention vers d'autres ressources professionnelles ou communautaires en vue de répondre à des besoins diversifiés. Les principaux motifs d'orientation sont (tableau 3.3.4) : la préparation à la grossesse et à l'accouchement, le dépannage alimentaire et le suivi de santé en complémentarité avec le médecin.

Tableau 3.3.4

Pourcentage des participantes du groupe expérimental ayant été orientées vers des ressources professionnelles ou communautaires au moins une fois durant le suivi
n = 546

Nature des besoins	% des participantes
Préparation à la grossesse et à l'accouchement	22,2
Dépannage alimentaire	14,1
Suivi de santé	11,7
Soutien social et communautaire	10,4
Suivi nutritionnel	8,4
Répit et services de garde	7,9
Situation financière difficile	7,7
Soutien psychosocial et interpersonnel	5,9
Logement	3,1
Compétence parentale	2,4
Transport	1,3

LES SERVICES SYSTÉMATIQUES, OFFERTS À TOUTES LES FEMMES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL, COMPTENT POUR 83,4 % DE L'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS. LES SERVICES SELON LES BESOINS, OFFERTS À CERTAINES FEMMES SEULEMENT, REPRÉSENTENT 16,5 % DE L'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS. LES PRINCIPALES COMPOSANTES DES SERVICES SYSTÉMATIQUES SONT LE SOUTIEN INFORMATIF (25,8 %), LE SOUTIEN ALIMENTAIRE (22,9 %) ET LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (18,3 %). LE SUIVI DE SANTÉ EN COMPLÉMENTARITÉ AVEC LE SUIVI MÉDICAL EST RELATIVEMENT PEU DÉVELOPPÉ. TOUS LES SERVICES SELON LES BESOINS SONT OFFERTS DANS DES PROPORTIONS VARIANT TRÈS PEU, SOIT DE 2,8 % (SOUTIEN MATÉRIEL-DÉPANNAGE) À 1,6 % (TÂCHES MÉNAGÈRES) DE L'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS.

Les fiches d'intervention clinique cumulatives permettent de savoir s'il y a eu *beaucoup*, *un peu* ou *pas du tout* d'activités réalisées pour chaque composante du programme et pour chaque femme suivie et ce au cours d'une période de deux semaines. Les pourcentages présentés aux tableaux 3.3.5 et 3.3.6 ont été calculés comme suit : après avoir accordé une valeur de 2 à *beaucoup*, de 1 à *un peu* et de 0 à *pas du tout*, nous avons fait le total des interventions recensées pour chaque composante et utilisé le nombre total d'interventions (38 549) notées sur les 5 207 fiches d'intervention clinique cumulatives complétées par les intervenantes privilégiées comme dénominateur, puis transformé le résultat en pourcentage.

- Les deux tiers (65,0 %) des interventions réalisées sont concentrées sur trois composantes des services systématiques, soit le soutien alimentaire, le soutien informatif et le soutien psychosocial. Le suivi de santé, qui consiste en interventions complémentaires au suivi médical ou en collaboration avec le médecin traitant, est la dimension la moins importante (6,7 %).
- Comme la très grande majorité des intervenantes privilégiées étaient des infirmières, il n'est pas très étonnant que l'information sur le vécu de la grossesse ou celle sur les facteurs de risque occupent une part importante de l'intervention. On remarquera cependant que l'information sur l'utilisation des suppléments alimentaires, les conseils sur l'alimentation et la surveillance de la courbe de poids, regroupés dans la composante soutien alimentaire, sont aussi très présents.
- Pour comprendre la faible proportion d'interventions consacrées au suivi de santé en complémentarité avec le suivi médical, il faut sans doute examiner les conditions d'exercice tant des intervenantes privilégiées que des médecins. La femme étant vue au CLSC vers la 20^e semaine de grossesse, la première visite médicale avait déjà été réalisée à ce moment-là (voir la section 3.10). Par ailleurs, les médecins ont adressé peu de patientes aux CLSC, malgré plusieurs démarches pour les informer du programme et demander leur collaboration à ce sujet. Au départ, un *Formulaire de référence entre le médecin et le CLSC* a été utilisé. Ce système n'ayant pas donné les résultats attendus, un *Carnet de grossesse* a été mis à la disposition des femmes enceintes qui demandaient à leur médecin d'y inscrire les principales données de leur suivi de grossesse afin que l'intervenante du CLSC puisse en être

Tableau 3.3.5

Répartition des interventions selon les fiches d'intervention clinique cumulatives
 en fonction de la nature du service offert
 n = 38 549 interventions
 selon les 5207 fiches complétées pour 546 participantes

Nature du service	% des interventions répertoriées	Nombre moyen par participante
SERVICES SYSTÉMATIQUES		
Suivi de santé	6,7	4,7
Soutien alimentaire		
Suppléments alimentaires	7,9	5,5
Informations et conseils	7,6	5,4
Surveillance (courbe de gain de poids)	7,4	5,2
Sous-total	22,9	16,2
Soutien informatif		
Vécu de la grossesse	7,6	5,4
Facteurs de risque	6,0	4,2
Préparation à la venue du bébé	5,8	4,1
Préparation à l'accouchement	5,4	3,8
Autre	1,0	0,7
Sous-total	25,8	17,9
Soutien économique et juridique		
Situation financière problématique	3,8	2,7
Logement	3,5	2,5
Démarche d'ordre juridique	1,6	1,1
Autre	0,8	0,6
Sous-total	9,7	6,8
Soutien psychosocial		
Compétence parentale	4,9	3,5
Relations interpersonnelles	4,4	3,1
Estime de soi	4,3	3,0
Conscientisation	3,9	2,8
Autre	0,8	0,6
Sous-total	18,3	12,9
TOTAL SERVICES SYSTÉMATIQUES	83,4	58,9
SERVICES SELON LES BESOINS		
Matériel-dépannage	2,8	2,0
Par le réseau naturel	2,7	1,9
Tabagisme	2,6	1,8
Comportemental	2,4	1,7
Au réseau naturel	2,2	1,6
Communautaire	2,2	1,6
Tâches ménagères	1,6	1,1
TOTAL SERVICES SELON LES BESOINS	16,5	11,6

informée. Cette deuxième formule, introduite dès 1995 en Abitibi (en plus d'un système d'avis de grossesse) et en 1998 à Montréal, s'est avérée plus fonctionnelle, quoique encore assez limitée. Si l'information concernant le diagnostic et le plan de traitement en présence de problèmes de santé n'est pas communiqué à l'intervenante privilégiée, il est difficile pour elle d'assurer un suivi de santé complémentaire.

LA CONFIGURATION DES SUIVIS VARIE SENSIBLEMENT EN FONCTION DE CERTAINES VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES. SI L'INTENSITÉ NE VARIE PAS SELON L'ÂGE DES FEMMES, CERTAINES DIMENSIONS DU SUIVI SONT TOUTEFOIS PLUS INTENSES SELON LA PARITÉ, SELON LA PRÉSENCE D'UN CONJOINT ET SELON LE LIEU DE NAISSANCE DES FEMMES.

- Comme l'indique le tableau 3.3.6, des différences significatives sur le plan de l'intensité des suivis ont été constatées pour certains sous-groupes de femmes. Ainsi, les femmes qui poursuivaient leur troisième grossesse et plus ont obtenu davantage de soutien en ce qui concerne l'information et les conseils sur l'alimentation, la surveillance de la courbe de poids, les facteurs de risque, le vécu de la grossesse et la compétence parentale.
- Les femmes qui vivaient avec un conjoint (au moment de la randomisation) ont reçu davantage de services en rapport avec le suivi de santé et l'utilisation des suppléments alimentaires.
- Les femmes qui sont nées hors du Canada ont été davantage soutenues au regard de leur situation financière problématique.

Comme on le verra en détail aux sections 3.5.1 et 3.7.2, dans l'ensemble, les femmes qui poursuivaient au moins une troisième grossesse fument davantage, ont plus de problèmes de santé et certaines ont déjà donné naissance à un enfant prématuré ou de poids insuffisant. De l'avis d'intervenantes appelées à commenter ces résultats, ces femmes sont aussi plus fatiguées. On sait également que la naissance d'un troisième enfant modifie considérablement la dynamique familiale et qu'elle est associée au

Tableau 3.3.6
Intensité des suivis selon certaines caractéristiques socio-démographiques
 (n = 546)

Caractéristiques des participantes	n	Moyenne	É.-t.	Valeur p
SELON LA PARITÉ				
Informations et conseils sur l'alimentation				0,044
1 ^{re} grossesse	246	1,11	0,47	
2 ^e grossesse	158	1,08	0,49	
3 ^e grossesse	82	1,25	0,46	
4 ^e grossesse et plus	60	1,19	0,48	
Surveillance de la courbe de poids				0,039
1 ^{re} grossesse	246	1,10	0,52	
2 ^e grossesse	158	1,00	0,51	
3 ^e grossesse	82	1,17	0,43	
4 ^e grossesse et plus	60	1,16	0,56	
Préparation à l'accouchement				0,031
1 ^{re} grossesse	246	0,87	0,45	
2 ^e grossesse	158	0,75	0,44	
3 ^e grossesse	82	0,83	0,51	
4 ^e grossesse et plus	60	0,72	0,55	
Facteurs de risque				< 0,001
1 ^{re} grossesse	246	0,86	0,49	
2 ^e grossesse	158	0,82	0,51	
3 ^e grossesse	82	1,04	0,54	
4 ^e grossesse et plus	60	1,11	0,57	
Vécu de la grossesse				0,016
1 ^{re} grossesse	246	1,10	0,51	
2 ^e grossesse	158	1,06	0,50	
3 ^e grossesse	82	1,23	0,43	
4 ^e grossesse et plus	60	1,25	0,48	
Compétence parentale				< 0,001
1 ^{re} grossesse	246	0,64	0,55	
2 ^e grossesse	158	0,74	0,50	
3 ^e grossesse	82	0,89	0,54	
4 ^e grossesse et plus	60	0,86	0,57	
SELON LA SITUATION CONJUGALE (lors de la randomisation)				
Suivi de santé				0,050
Avec conjoint	349	1,05	0,62	
Sans conjoint	160	0,93	0,65	
Suppléments alimentaires				0,006
Avec conjoint	349	1,21	0,47	
Sans conjoint	160	1,08	0,57	
SELON LE LIEU DE NAISSANCE				
Situation financière problématique				0,001
Nées au Canada	455	0,53	0,53	
Nées hors du Canada	91	0,74	0,54	

phénomène de la négligence. Les intervenantes consultées ont également confirmé que les conjoints, lorsqu'ils sont associés à l'intervention, posent davantage de questions sur le suivi de grossesse et discutent volontiers de leur rôle à l'accouchement. Enfin, les intervenantes ont dit consacrer beaucoup de temps à expliquer aux femmes immigrantes, particulièrement celles qui étaient réfugiées, les rouages du système de santé québécois et des autres institutions et ressources à leur disposition.

3.3.2 LA DEMANDE DE SERVICES DES PARTICIPANTES DU GROUPE CONTRÔLE AUX CLSC

SEULEMENT 23 % DES FEMMES DU GROUPE CONTRÔLE ONT REÇU DES SERVICES DE LEUR CLSC DURANT LEUR GROSSESSE.

Les informations sur les services reçus par les participantes du groupe contrôle ont été tirées des dossiers des CLSC.

- Peu de femmes du groupe contrôle ont profité des services courants de leur CLSC durant leur grossesse, et ce bien qu'elles se soient adressées d'elles-mêmes au CLSC et qu'elles aient accepté de participer à ce projet de recherche. On constate que 143 (23,0 %) participantes du groupe contrôle ont demandé des services à leur CLSC, les autres dossiers ne gardant trace d'aucune demande entre le moment de la randomisation et celui de l'accouchement. Parmi celles qui ont contacté leur CLSC, près de 96 % l'ont fait en rapport avec leur grossesse.
- Les dossiers de la clientèle des CLSC ne comportent pas d'indications sur la fréquentation des cours prénatals, mais lors de l'entrevue postnatale, 20,9 % des participantes du groupe expérimental et 22,7 % des participantes du groupe contrôle ont mentionné au moins une fois les cours prénatals comme source de soutien. On trouvera à la section 3.8 des informations complémentaires, tirées des entrevues réalisées avec les participantes, sur les sources informelles et formelles de soutien, incluant les cours prénatals.

On peut comprendre cette demande relativement limitée de services au CLSC à la lumière des résultats de l'évaluation de la mise en œuvre de NÉ-GS (Perreault et al., 2000). En effet, c'est d'abord l'attrait des suppléments alimentaires qui pousse les femmes à surmonter la méfiance profonde qu'elles éprouvent à l'égard d'un suivi professionnel :

C'est en fait conscientes de toutes ces craintes [principalement du risque de se faire enlever leurs enfants] et de la possibilité d'abandonner le suivi tout en conservant les suppléments alimentaires que certaines femmes sont venues vers le programme intégré. Les femmes qui ont osé s'informer sur le programme et qui ont accepté d'y participer l'ont fait selon une stratégie de vérification conforme à leur stratégie fondamentale : elles abordent le programme dans la perspective d'un test où leur méfiance est très importante. Si jamais elles ne s'y sentaient plus à l'aise (si elles se sentaient jugées ou contrôlées), elles quitteraient le programme (p.124).

Les agent(e)s de recherche qui ont effectué la randomisation à domicile des 1 340 participantes à la présente étude ont eu maintes occasions de vérifier à quel point c'est d'abord la possibilité d'obtenir des suppléments alimentaires qui était centrale dans la demande de services adressée au CLSC. De fait, nombreuses sont les femmes qui, ayant tiré le coupon les assignant au groupe contrôle, exprimaient spontanément leur soulagement de ne pas être obligées de recevoir les visites régulières d'une intervenante.

Premières pistes d'action

Ce portrait de l'intervention offerte sera rediscuté au chapitre 4 à la lumière de l'ensemble des résultats. Dès à présent, signalons simplement trois pistes qui mériteraient d'être explorées plus en profondeur.

- Associer le conjoint dans le suivi de santé semble avoir été la principale piste d'intervention auprès de ce dernier : est-ce un bon filon pour soutenir l'engagement paternel dès la grossesse ?

- Les efforts des instances d'action intersectorielle en place se sont traduits par l'accompagnement de la moitié des participantes vers d'autres ressources professionnelles et communautaires. Il serait intéressant de mieux connaître tant le point de vue des femmes que celui de tous les types d'intervenantes concernées sur ces collaborations et sur les difficultés rencontrées.

- Lorsque vient le temps de définir des services, il y a très souvent discussion sur les distinctions entre besoins « exprimés » et besoins « perçus », et sur la pertinence d'intervenir lorsque des besoins ne sont pas explicitement exprimés. Qu'environ le quart des participantes du groupe contrôle se soient adressées à leur CLSC au cours de leur grossesse fournit un ordre de grandeur –qui serait certes à valider– de l'ampleur des besoins « exprimés » au CLSC après un premier contact pour demander des suppléments alimentaires.

3.4 LA SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ

Cette section débute par une recension des écrits sur l'efficacité des programmes prénatals globaux et les facteurs associés à l'IPN, au RCIU et à la prématurité. Suivra la présentation des résultats des analyses bivariées, stratifiées puis multivariées qui permettront de juger de l'efficacité du volet prénatal de NÉ-GS sur ces trois variables et de dégager les facteurs qui y sont significativement associés.

3.4.1 L'insuffisance de poids à la naissance, le retard de croissance intra-utérine et la prématurité

L'INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE. Les résultats des études cliniques randomisées, publiées dans les années 1990 et où sont évalués les effets de programmes à composantes multiples visant à réduire les taux d'IPN, n'indiquent pas d'effets significatifs positifs sur cette variable. Par contre, l'évaluation du programme de Olds et al. (1986) conclut à un effet négatif significatif chez des femmes non fumeuses de 17 ans et plus (expérimental : 10,57 % ; contrôle : 0,00 % ; $p \leq 0,01$). Il faut toutefois noter que la taille de l'échantillon de ce sous-groupe était très faible (71 sujets dans le groupe expérimental et 72 sujets dans le groupe contrôle), ce qui peut expliquer le pourcentage de 0 % observé dans le groupe contrôle.

Une étude, publiée en 1999 par Stevens-Simon et Orleans, nous servira de point de repère sur le plan des essais cliniques randomisés d'évaluation des programmes de soutien social visant à influencer sur la santé des nouveau-nés et des mères. Ces auteures ont identifié huit études de ce type dans le cadre d'une recension systématique. Elles en ont fait une analyse approfondie pour tenter de comprendre pourquoi ces programmes globaux ne parviennent pas à prévenir l'IPN.

Stevens-Simon et Orleans soulignent tout d'abord que la comparaison des études entre elles et la production de méta-analyses sont impossibles à cause de problèmes méthodologiques divers (interventions différentes, incohérence dans la définition des variables

indépendantes, intermédiaires ou dépendantes et problèmes d'implantation et d'évaluation). Selon elles, deux limites méthodologiques importantes caractérisent les huit études cliniques randomisées recensées.

La première de ces limites méthodologiques est celle de la relation entre les facteurs de risque et l'IPN. En intervenant auprès des groupes de femmes enceintes sur la base de la pauvreté, les bienfaits de l'intervention auprès des femmes présentant des facteurs de risque importants d'IPN sont masqués ou dilués parmi l'ensemble des participantes au programme d'intervention. Ainsi des programmes ciblés auprès de femmes présentant

certains facteurs de risque (sous-alimentation, infections du tractus génital inférieur, travail physique pouvant provoquer des contractions utérines, faible soutien social) peuvent être efficaces, mais lorsque étendus à des groupes dits vulnérables à cause de leurs caractéristiques socio-économiques, ces effets ne seraient plus présents et pourraient même être néfastes.

La seconde limite méthodologique a trait à l'impact des interventions sur chacun des facteurs de risque qui sont visés (tableau 3.4.1) : ces études ne présentent pas toujours les résultats de l'intervention quant à ces variables intermédiaires.

Tableau 3.4.1

Résultats d'études randomisées de programmes prénatals globaux sur certaines variables intermédiaires

Études ne rapportant pas l'effet des variables intermédiaires	Études rapportant certains effets positifs des variables intermédiaires	Études rapportant l'absence d'effets des variables intermédiaires
<p><i>Spencer et al. (1989)</i> <i>McLaughlin et al. (1992)</i> <i>Heins et al. (1990)</i> <i>Bryce et al. (1991)</i></p>	<p><i>Kitzman et al. (1997)</i> : complications obstétricales, infections du tractus génital inférieur, stress ou dépression.</p> <p><i>Belizàn et al. (1995)</i> : complications obstétricales.</p> <p><i>Olds et al. (1986)</i> : alimentation, complications obstétricales, soutien social, stress ou dépression, suivi médical prénatal.</p>	<p><i>Kitzman et al. (1997)</i> : gain de poids, suivi médical prénatal.</p> <p><i>Belizàn et al. (1995)</i> : alimentation, stress ou dépression, habitudes de vie, suivi médical prénatal.</p> <p><i>Oakley et al. (1990)</i> : suivi médical prénatal.</p>

Plutôt que de remettre en question les composantes de l'intervention évaluée (le modèle conceptuel, les modalités d'application du programme) en s'appuyant sur ces données, certains auteurs de ces études concluent plutôt globalement à l'échec des programmes d'intervention dans la réduction de l'IPN. Ces chercheurs privent ainsi les gestionnaires de programmes d'informations importantes qui, à terme, favoriseraient le développement de programmes efficaces dans la réduction de l'IPN en recourant aux pratiques les plus efficaces à l'égard de l'un ou l'autre facteur de risque.

Les facteurs de risques maternels d'IPN en général, et en particulier chez les femmes défavorisées, peuvent être classés selon trois grandes catégories, lesquelles ne sont pas indépendantes les unes des autres, mais sont de fait très corrélées entre elles.

1) Les caractéristiques de l'environnement social regroupent les résultats d'études qui abordent la question de l'IPN sur le plan du statut socio-économique des communautés. Selon ces études, certains phénomènes sociaux, tels que le chômage (Catalano et al., 1999), la mobilité sociale

descendante (Basso et al., 1997), l'environnement social détérioré du lieu de résidence (Roberts, 1997) ou encore les exigences physiques ou psychologiques du type d'emploi (opération d'équipement électrique, travail dans les secteurs du textile et de l'entretien ménager ; Savitz et al., 1996) sont négativement associés à la fréquence de l'IPN.

2) Les caractéristiques individuelles maternelles avant la grossesse comprennent des caractéristiques sociodémographiques (faible statut économique, jeune âge, faible scolarité, parité élevée, absence de conjoint), ainsi que certaines caractéristiques constitutionnelles ou biologiques de la mère (petite taille, faible poids prégravidique, poids insuffisant à la naissance de la mère, naissances antérieures d'enfants de poids insuffisant). Ces caractéristiques sont difficilement modifiables au moment où débute un programme visant à réduire l'IPN auprès de femmes déjà enceintes.

3) Les caractéristiques individuelles maternelles durant la grossesse, qui sont considérées comme pouvant être modifiées par l'intervention prénatale, sont de trois ordres, associés entre eux

ou cumulés : biologique, psychosocial et comportemental.

Les *facteurs d'ordre biologique* comprennent des liens entre l'alimentation et le gain de poids insuffisant (Wynn et Wynn, 1997 ; Olds et al., 1999), la déficience en acides gras essentiels (Van Jaarsveld et al., 1994), ainsi que la déficience en acide folique (Scholl et al., 1996). Les infections du tractus urinaire et les maladies transmissibles sexuellement (Kitzman et al., 1997), le diabète, gestationnel ou non, ainsi que l'hypertension, de grossesse ou non (Valentgas et al., 1994 ; Olds et al., 1999) sont aussi associés à l'IPN. De plus, le traitement de l'hypertension modérée de grossesse à l'aide d'anti-hypertenseurs pourrait avoir des effets négatifs sur le développement du fœtus (Von Dadelszen, 2000).

Les *facteurs d'ordre psychosocial* incluent les relations conflictuelles entre les membres de la famille, les problèmes financiers, les problèmes de logement ou de voisinage (Orr et al., 1996), la dépression (Hoffman et Hatch, 1996), le stress lié au rôle domestique (Pritchard et Teo, 1994), auxquels s'ajoute le soutien social faible

(Sheehan, 1998 ; Olds et Kitman, 1993 ; Olds et al., 1999 ; Collins, 1993).

Les *facteurs d'ordre comportemental* regroupent le tabagisme (Olds et Kitman, 1993 ; Olds et al., 1999 ; Hellerstedt et al., 1997), ainsi que la consommation d'alcool et de drogues (Larroque et al. ; 1993, Wynn et Wynn, 1997). Ces comportements sont souvent reliés aux facteurs psychosociaux présentés plus haut.

Outre ces caractéristiques maternelles, certaines caractéristiques du fœtus –le fait d'être une fille, les naissances multiples et la présence de malformations congénitales– sont également fortement associées à l'IPN.

LE RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE. Ce phénomène des naissances se situant à moins du 10^e percentile sur les courbes de croissance intra-utérine compte tenu de la durée de gestation n'a fait l'objet d'aucune étude clinique randomisée de programmes d'intervention globale. Toutefois, dans une recension des essais cliniques randomisés portant sur les programmes visant à contrer le RCIU par des interventions nutritionnelles durant la grossesse, De Onis et al. (1998)

concluent à l'inefficacité de ces interventions.

Les facteurs de risque statistiquement associés au RCIU sont : la primiparité, la taille de la mère, le faible poids prégravidique, le gain de poids insuffisant durant la grossesse, le tabagisme (Nordentoft et al., 1996) et l'hypertension de grossesse (Kramer et al., 1999). D'autres études lient significativement le niveau de scolarité (Spinillo et al., 1994), le tabagisme secondaire (Dejin-Karlsson et al., 1998) et les intervalles intergénésiques courts (Kramer et al., 1999) au RCIU. Enfin, la présence de malformations congénitales et les naissances multiples sont également associées au RCIU.

LA PRÉMATURITÉ. Soulignons d'emblée qu'aucune des études cliniques randomisées recensées évaluant l'impact de programmes globaux ne montre d'impact positif sur la durée de gestation des participantes et qu'une étude (Olds et al., 1986) rapporte même une différence significative du pourcentage de prématurité en faveur du groupe contrôle (de 3 % à 12 %, $p = 0,03$) chez des femmes non fumeuses de 17 ans et plus participant au programme évalué. Tel que mentionné plus haut, le nombre de

sujets dans ce sous-groupe à l'étude était cependant faible avec 143 sujets au total.

La prématurité, en pays industrialisé, serait la cause principale de l'IPN (Alexander, 1995). Les interventions visant l'éducation à la santé, l'alimentation (suppléments alimentaires) ou celles de type psychosocial n'auraient pas d'impact statistiquement significatif sur la prématurité (Stevens-Simon, 1999).

La prématurité relève de situations complexes encore mal comprises. Ainsi, la prématurité peut être liée tant à une rupture prématurée ou spontanée des membranes, à un déclenchement du travail avant terme qu'à un accouchement provoqué avant terme pour des raisons de santé de la mère ou du fœtus. De plus, les facteurs de risque associés aux grands prématurés (< 32 semaines) et aux modérément prématurés (32 à < 37 semaines) seraient différents. La recension ne prend pas en compte ces distinctions, car la majorité des études ne les abordent pas.

Les facteurs associés à la prématurité peuvent être regroupés selon trois catégories.

1) Les caractéristiques de l'environnement social. Basso et al. (1999) soulignent dans une étude auprès d'une cohorte de femmes danoises ayant eu au moins deux enfants vivants que la détérioration du statut économique des familles ainsi que le déménagement d'une zone rurale à une zone urbaine sont statistiquement associés à une augmentation des pourcentages de prématurité lors de la seconde grossesse.

2) Les caractéristiques maternelles individuelles avant la grossesse se divisent en deux sous-groupes et réunissent des facteurs qui peuvent difficilement être modifiés au moment où s'enclenche la participation à un programme prénatal visant la réduction des taux de prématurité de femmes enceintes.

Les *caractéristiques sociales* individuelles regroupent le statut socio-économique (Kramer et al., 2000A ; Killingsworth-Rini et al., 1999 ; Peacock et al., 1995), la faible scolarité (Astolfi et Zonta, 1999), l'âge de la mère (Astolfi et Zonta, 1999 ; Ancel et al., 1999), l'intervalle entre les grossesses (Adams et al., 1997).

Les *caractéristiques maternelles d'ordre biologique* incluent les antécédents de naissances prématurées (Ancel et al., 1999 ; Goldenberg et al., 1998) et le faible poids de la mère avant la grossesse (Spinillo et al., 1998).

3) Les facteurs individuels associés à la prématurité durant la grossesse sont de trois ordres : biologique, psychosocial et comportemental.

Les *facteurs d'ordre biologique* comprennent le faible gain de poids durant la grossesse (Spinillo, 1998), les infections vaginales bactériennes (Flynn et al., 1999 ; McGregor et al., 1995), la pré-éclampsie (Knight et al., 2000), les infections bactériennes asymptomatiques (pyélonéphrite) (Smaill, 2000), ainsi que l'anémie (Siega-Riz et al., 1998).

Les *facteurs d'ordre psychosocial* incluent le stress, la détresse et la nature de l'emploi. Un niveau de stress général important (Kramer et al., 2000B) doit aussi être considéré ou encore un niveau de stress lié au rôle domestique (Pritchard et al., 1994), de même que des niveaux de détresse psychologique moyen et élevé (Hedegaard et al., 1993). La nature de l'emploi comprend l'opération d'équipement électrique, le

travail dans les secteurs des services alimentaires, du textile et de l'entretien ménager, ainsi que les types d'efforts demandés durant l'emploi ou les conditions de travail (nombre d'heures travaillées par semaine et par quart de travail, travail en station debout, niveau de bruit, effort physique ; Savitz et al., 1996 ; Luke et al., 1995).

Un facteur d'ordre comportemental est identifié : le tabagisme serait dans un rapport de gradient (nombre de cigarettes consommées) avec la gravité de la prématurité (Kolas et Salveson, 2000 ; Gardosi et Francis, 2000 ; Kyrklund-Blomberg et Cnattingius, 1998 ; Wisborg et al., 1996).

Certaines caractéristiques du fœtus sont également associées à la prématurité : le fait d'être un garçon (Cooperstock et Campbell, 1996 ; Astolfi et Zonta, 1999) les naissances multiples

et la présence de malformations congénitales (Linhart et al. 2000).

Enfin, la « race » de la mère (Orr, 2000 ; Goldenberg et al. 1998 ; Collins et Hammond, 1996) est aussi une caractéristique individuelle que l'on retrouve souvent mentionnée dans les études américaines portant sur les facteurs de prématurité. Toutefois, les associations entre, d'une part, les conditions de vie ainsi que les facteurs liés à l'environnement social et, d'autre part, la distribution différentielle des taux de prématurité selon la « race » n'ont pas encore été éclaircies de façon satisfaisante. Nous ne considérons pas cette caractéristique individuelle comme étant un facteur à retenir dans l'examen des causes de la prématurité au Québec.

LES ANALYSES BRUTES CONCERNANT LES EFFETS DU PROGRAMME NAITRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ NE PERMETTENT PAS DE CONSTATER DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LE GROUPE EXPÉRIMENTAL ET LE GROUPE CONTRÔLE EN CE QUI A TRAIT TANT AU POURCENTAGE D'INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE QU'AU RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE ET À LA PRÉMATURITÉ.

Rappelons tout d'abord que nos résultats (tableau 3.4.2) portent exclusivement sur des naissances simples, puisque les naissances multiples (jumeaux, triplets) ont été exclues de l'étude. La comparaison avec les données d'IPN, de RCIU et de prématurité de

l'ensemble du Québec montrerait certes des différences plus importantes si les naissances multiples en étaient exclues, comme cela a été fait dans l'étude.

Tableau 3.4.2

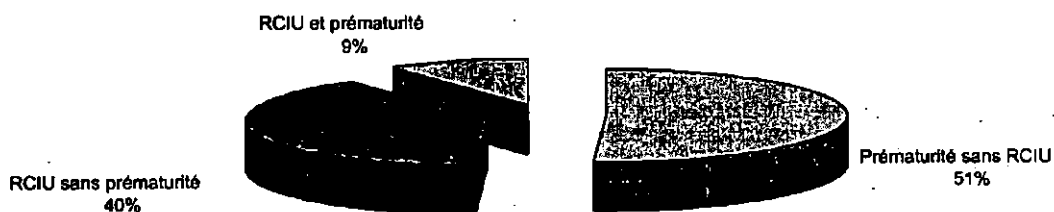
Fréquences d'insuffisance de poids à la naissance, de retard de croissance intra-utérine et de prématurité

Variable à l'étude	Groupe expérimental %	Groupe contrôle %	Population totale %	Valeur p
IPN n = 1 219 (< 2500 g)	10,2	7,6	8,9	0,102
RCIU n = 1 219 (10 ^e percentile)	13,6	12,7	13,1	0,654
Prématurité n = 1 216 (< 37 semaines)	8,7	7,4	8,1	0,403

- Le pourcentage observé (8,9 %) d'IPN est très élevé et correspond à environ une fois et demie la moyenne québécoise de 1998, soit 6,1 %, tandis que la moyenne canadienne de 1997 était de 5,8 %. Ce pourcentage est cependant similaire à la moyenne québécoise de celles qui avaient complété moins de onze années de scolarité, soit 8,2 % en 1998. On remarque que c'est par rapport à l'IPN que la différence entre les deux groupes est la plus forte (10,2 % dans le groupe expérimental et 7,6 % dans le groupe contrôle ; p = 0,102). Un résultat similaire avait été trouvé par Olds et al. en 1986. Toutefois, chez Olds et al., le pourcentage de 2,8 % observé dans le groupe contrôle est discutable quand on sait que les moyennes nationales se situent autour de 6 % et que les moyennes en milieu défavorisé sont supérieures.
- Parmi les 108 nouveau-nés de poids insuffisant, la prématurité sans retard de croissance était présente chez 51 % d'entre eux et le retard de croissance sans prématurité chez 40 % d'entre eux. Seulement 9 % de ces nouveau-nés présentaient les deux conditions à la fois (figure 3). Tel que défini dans la recension des écrits, le concept d'IPN correspond à deux phénomènes bien distincts, le RCIU et la prématurité, qui sont associés à des facteurs de risque différents.

Figure 3

**RCIU et prématurité chez les nouveau-nés de poids insuffisant à la naissance
(n = 108)**



- On observe une prévalence plus élevée de RCIU que la moyenne. Il y a 13,1 % des nouveau-nés qui présentent un RCIU en deçà du 10^e percentile, alors que selon le Système de surveillance périnatale canadien on compte, au Canada, 8,6 % de nouveau-nés qui présentent un RCIU sous le 10^e percentile. Des données de comparaison pour les femmes québécoises ayant moins de 11 années de scolarité ne sont pas disponibles pour ce paramètre, car cette information n'est pas colligée.
- En ce qui concerne la prématurité, la fréquence de 8,1 % est aussi très élevée et similaire à celle des femmes québécoises ayant moins de 11 années de scolarité puisque ces dernières ont eu 9,0 % de naissances prématurées en 1998, tandis que la moyenne canadienne était de 7,1 % en 1997.

Aux fins de comparaison, le tableau suivant présente les principaux résultats des essais cliniques randomisés de programmes prénatals globaux sur l'IPN, le RCIU et la prématurité. Dans l'ensemble, les différences des deux groupes sont très faibles, à l'exception de l'étude de Olds et al. (1986) où l'IPN est deux fois plus élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.

Tableau 3.4.3

Résultats d'essais cliniques randomisés
sur l'insuffisance de poids à la naissance, le retard de croissance intra-utérine
et la prématurité

Auteurs	Groupe expérimental	Groupe contrôle
Fréquence d'IPN		
Spencer et al., 1989	8,8 %	8,6 %
Olds et al., 1986	5,8 %	2,6 %
Kitzman et al., 1997	15,0 %	14,0%
McLaughlin et al., 1992	10,0 %	9,0 %
Heins et al., 1990	19,0 %	20,5 %
Bryce et al., 1991	12,5 %	12,9 %
Oakley et al., 1990	18,5 %	21,4 %
Villar et al., 1992	8,7 %	9,4 %
Fréquence de RCIU		
Spencer et al., 1989	10,0 %	10,2 %
Olds et al., 1986	----	----
Kitzman et al., 1997	9,0 %	9,0 %
McLaughlin et al., 1992	----	----
Heins et al., 1990	----	----
Bryce et al., 1991	----	----
Oakley et al., 1990	----	----
Villar et al., 1992	14,3 %	13,3 %
Fréquence de prématurité		
Spencer et al., 1989	10,0 %	9,3 %
Olds et al., 1986	6,9 %	7,3 %
Kitzman et al., 1997	11,0 %	13,0 %
McLaughlin et al., 1992	----	----
Heins et al., 1990	16,0 %	18,0 %
Bryce et al., 1991	12,8 %	14,9 %
Oakley et al., 1990	17,7 %	18,9 %
Villar et al., 1992	11,1 %	12,5 %

Cette analyse nous amène à conclure que la population à l'étude présente pour ces trois paramètres une prévalence similaire ou peut-être plus élevée (compte tenu de l'exclusion des naissances multiples) que celle de la population des femmes québécoises ayant complété moins de onze années de scolarité. Là-dessus, le programme NÉ-GS n'a pas plus d'effet que les suppléments alimentaires associés aux programmes courants. Toutefois, les résultats sur l'IPN se situant à la limite d'une tendance ($p = 0,102$), nous avons mené des analyses stratifiées pour connaître la

fréquence de ces mêmes phénomènes chez différents sous-groupes de la population à l'étude.

DES ANALYSES STRATIFIÉES POUR CONNAÎTRE LA FRÉQUENCE D'INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE POUR DIFFÉRENTS SOUS-GROUPES DE LA POPULATION À L'ÉTUDE ET LES ANALYSES MULTIVARIÉES QUI ONT SUIVI ONT RÉVÉLÉ QUE DANS LE SOUS-GROUPE DES NON-FUMEUSES, LES PARTICIPANTES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL ONT SIGNIFICATIVEMENT PLUS DE NOUVEAU-NÉS DE POIDS INSUFFISANT QUE CELLES DU GROUPE CONTRÔLE. DE FAÇON GÉNÉRALE, LES POURCENTAGES OBSERVÉS DANS LES AUTRES SOUS-GROUPES SONT EN DÉFAVEUR DU GROUPE EXPÉRIMENTAL.

Des analyses stratifiées des effets du programme NÉ-GS sur l'IPN ont été réalisées chez les sous-groupes suivants : les cinq premiers CLSC choisis, les cinq derniers ; les naissances entre janvier 1994 et décembre 1996 et celles entre janvier 1997 et mai 1999 dans les cinq premiers territoires de CLSC ; selon les groupes d'âge, le lieu de naissance des participantes, le statut économique, la situation conjugale, la parité et le tabagisme (tableau 3.4.4).

- Dans chacune de ces analyses, le pourcentage d'IPN est plus élevé chez les mères qui ont participé au programme et des différences significatives à $p < 0,05$ ont même été observées dans deux sous-groupes : chez les non-fumeuses et chez les 13-17 ans. Olds et al. (1986) avaient eux aussi obtenu une différence significative négative chez les non-fumeuses de 17 ans et plus.

Tableau 3.4.4

Insuffisance de poids à la naissance
selon des sous-groupes de la population à l'étude

Sous-groupes	n	Avec programme	Sans programme	Total	Valeur p
Ensemble	1 219	10,2	7,6	8,9	0,102
5 premiers CLSC	1 000	10,4	8,0	9,2	0,188
5 derniers CLSC	219	9,3	5,4	7,3	0,273
Naissances janv. 1994 - déc. 1996 dans les 5 premiers CLSC	515	11,6	8,9	10,3	0,321
Naissances janv. 1997 - mai 1999 dans les 5 premiers CLSC	485	9,0	7,2	8,1	0,455
13-17 ans	98	14,6	2,0	8,2	0,029
18-19 ans	214	9,8	8,0	8,9	0,650
20-34 ans	810	8,3	7,5	7,9	0,698
35-45 ans	94	22,9	13,0	18,1	0,214
Nées au Canada	1 009	10,4	8,3	9,3	0,240
Nées hors du Canada	210	9,3	4,4	6,7	0,160
Pauvreté	118	5,3	1,6	3,4	0,277
Extrême pauvreté	1 101	10,7	8,2	9,4	0,150
Avec conjoint	788	9,0	7,8	8,4	0,533
Sans conjoint	349	11,4	6,9	9,2	0,142
Primipares	568	10,7	8,1	9,3	0,284
Multipares	651	9,8	7,1	8,4	0,209
Fumeuses	589	11,8	10,3	11,0	0,560
Non-fumeuses	498	9,2	4,6	6,8	0,041

- En contrôlant l'ensemble des facteurs confondants, l'association avec la participation au programme est disparue pour les 13-17 ans, mais elle est demeurée significative dans le sous-groupe des non-fumeuses (RC = 0,41 chez les non-participantes au programme ; IC_{95%} = 0,19-0,89). Dans le modèle final d'analyse des non-fumeuses, outre la participation au programme qui génère davantage d'INP, les autres facteurs significativement associés à l'IPN sont : l'âge de la mère (≥ 35 ans), les malformations congénitales, les infections et problèmes de la cavité amniotique, ainsi que la rupture prématurée ou spontanée des membranes. L'hypothèse d'un effet négatif du programme NÉ-GS est donc confirmée dans ce sous-groupe. Il faut toutefois noter que le pourcentage observé de 4,6 % dans le groupe contrôle est beaucoup plus faible que la moyenne québécoise des femmes qui n'avaient pas terminé leur secondaire V et qui était de 8,2 % en 1998. De plus, le nombre de sujets dans chaque groupe est très faible (exp. : 22/238 ; contr. : 12/260).

D'AUTRES ANALYSES STRATIFIÉES POUR LES MÊMES SOUS-GROUPES CONFIRMENT QUE LE PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ N'A PAS D'EFFET SUR LE RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINE. QUANT À LA PRÉMATURITÉ, AUCUNE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE N'EST PRÉSENTE, MAIS LES POURCENTAGES SONT PLUS ÉLEVÉS DANS LA MAJORITÉ DES SOUS-GROUPES.

Pour décortiquer les résultats des analyses stratifiées précédentes sur l'IPN, des analyses semblables, pour les mêmes sous-groupes, ont été effectuées pour ses deux composantes : le RCIU et la prématurité (tableaux 3.4.5 et 3.4.6).

- Au plan du RCIU, aucune différence significative ni aucune tendance n'ont été observées, les valeurs p variant de 0,238 à 0,960. D'un sous-groupe à l'autre, les pourcentages les plus élevés alternent entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Le programme NÉ-GS ne présente pas d'effet sur le RCIU.
- En ce qui concerne la prématurité, des tendances apparaissent dans deux sous-groupes : dans les cinq derniers CLSC ($p = 0,054$) et chez les 13-17 ans ($p = 0,088$). Ces tendances disparaissent lors des analyses multivariées. Encore ici, les moyennes observées dans les groupes contrôles sont très faibles quand on les compare à la moyenne québécoise des mères sous-scolarisées. Les pourcentages de prématurité chez les participantes du groupe expérimental sont plus élevés que

chez celles du groupe contrôle dans 15 des 18 sous-groupes, mais, sauf pour les deux sous-groupes mentionnés précédemment, il n'y a pas de différence significative, les valeurs p variant de 0,131 à 0,945.

Tableau 3.4.5

Retard de croissance intra-utérine
selon des sous-groupes de la population à l'étude

Sous-groupes	n	Avec programme	Sans programme	Total	Valeur p
Ensemble	1 219	13,6	12,7	13,1	0,654
5 premiers CLSC	1 000	13,5	12,3	12,9	0,582
5 derniers CLSC	219	13,9	14,4	14,2	0,911
Naissances janv. 1994 – déc. 1996 dans les 5 premiers CLSC	515	12,7	10,1	11,5	0,361
Naissances jan. 1997 - mai 1999 dans les 5 premiers CLSC	485	14,5	14,4	14,4	0,979
13-17 ans	98	14,6	24,0	19,4	0,238
18-19 ans	214	14,7	10,7	12,6	0,380
20-34 ans	810	12,8	11,2	12,0	0,470
35-45 ans	94	16,7	19,6	18,1	0,715
Nées au Canada	1 009	14,4	13,2	13,8	0,569
Nées hors du Canada	210	9,3	10,6	10,0	0,747
Pauvreté	118	8,8	9,8	9,3	0,843
Extrême pauvreté	1 101	14,1	13,0	13,5	0,607
Avec conjoint	788	13,3	11,2	12,2	0,375
Sans conjoint	349	13,7	15,5	14,6	0,634
Primipares	568	14,0	14,5	14,3	0,877
Multipares	651	13,2	11,1	12,1	0,409
Fumeuses	589	16,3	17,9	17,1	0,602
Non-fumeuses	498	9,2	7,3	8,2	0,432

Tableau 3.4.6

Prématurité
selon des sous-groupes de la population à l'étude

Sous-groupes	n	Avec programme	Sans programme	Total	Valeur p
Ensemble	1 216	8,7	7,4	8,1	0,403
5 premiers CLSC	997	8,4	8,3	8,3	0,932
5 derniers CLSC	219	10,2	3,6	6,8	0,054
Naissances Jan. 1994 – déc. 1996 dans les 5 premiers CLSC	512	9,7	10,2	10,0	0,860
Naissances Jan. 1997 - mai 1999 dans les 5 premiers CLSC	485	6,8	6,4	6,6	0,878
13-17 ans	98	14,6	4,0	9,2	0,088
18-19 ans	214	8,8	7,1	7,9	0,650
20-34 ans	809	6,8	7,5	7,2	0,676
35-45 ans	94	18,8	10,9	14,9	0,283
Nées au Canada	1 007	9,4	8,3	8,8	0,520
Nées hors du Canada	209	5,2	3,6	4,3	0,736
Pauvreté	118	3,5	3,3	3,4	0,945
Extrême pauvreté	1 098	9,3		7,9	0,405
Avec conjoint	788	7,2	7,8	7,5	0,740
Sans conjoint	349	10,9	6,3	8,6	0,131
Primipares	567	7,7	8,4	8,1	0,761
Multipares	649	9,5	6,5	8,0	0,151
Fumeuses	589	10,4	9,0	9,7	0,553
Non-fumeuses	498	7,6	5,8	6,6	0,421

MÊME EN CONTRÔLANT L'ENSEMBLE DES FACTEURS ASSOCIÉS, LE PROGRAMME NÂTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ DEMEURE SANS EFFET SUR CHACUNE DES VARIABLES RELIÉES À LA SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ.

Pour connaître les facteurs associés à nos variables dépendantes sur la santé du nouveau-né, nous avons réalisé des analyses multivariées sur l'IPN ainsi que sur ses deux composantes, le RCIU et la prématurité. Le tableau 3.4.7 présente la synthèse de

ces trois régressions et les tableaux 3.4.8, 3.4.9 et 3.4.10, les résultats détaillés avec ratios de cotes ajustés (RC) et intervalles de confiance (IC_{95 %}).

Tableau 3.4.7

Facteurs associés à l'IPN,
au RCIU et à la prématurité des nouveau-nés

Facteurs associés	IPN	RCIU	Prématurité
Programme NÉ-GS	▪ Sans effet	▪ Sans effet	▪ Sans effet
Caractéristiques de la mère avant la grossesse	▪ 35 ans et plus ▪ Antécédents de poids insuffisant à la naissance ▪ Poids moyen avant la grossesse	▪ Poids moyen avant la grossesse	▪ 35 ans et plus ▪ Nées au Canada
Habitudes de vie de la mère durant la grossesse		▪ Tabagisme	
Problèmes de santé de la mère durant la grossesse	▪ Pré-éclampsie ou éclampsie ▪ Hypertension artérielle ▪ Rupture prématurée ou spontanée des membranes ▪ Infection de la cavité amniotique	▪ Hypertension artérielle	▪ Infection génito-urinaire ▪ Infection de la cavité amniotique ▪ Anomalie du placenta ▪ Rupture prématurée ou spontanée des membranes ▪ Anomalie, malformation ou tumeur des organes génitaux
Condition du nouveau-né	▪ Malformation congénitale		▪ Malformation congénitale

- Le programme NÉ-GS est sans effet sur ces trois variables, mais plusieurs facteurs significativement associés ressortent de ces analyses et permettent d'identifier des pistes d'action ou de recherche. Les résultats indiquent que la tendance en faveur du groupe contrôle concernant l'IPN se maintient mais la différence n'est pas significative.
- Les principaux facteurs associés de façon significative à l'IPN du nouveau-né sont : l'âge de la mère (être âgée de 35 ans et plus), avoir un poids insuffisant avant la grossesse ou des antécédents de poids insuffisant à la naissance, la présence de

problèmes de santé chez la mère (pré-éclampsie ou éclampsie, hypertension artérielle, rupture prématurée ou spontanée des membranes, infection de la cavité amniotique), ainsi qu'une malformation congénitale du bébé.

Tableau 3.4.8
Facteurs associés significativement
à l'insuffisance de poids à la naissance du nouveau-né

Caractéristiques des participantes	% d'IPN du nouveau-né n = 1 219	Ratios de cotes ajustés n = 1 074	Intervalles de confiance à 95 %	
			Inférieurs	Supérieurs
Participation au programme				
Non	7,6	0,70	0,44	1,11
Oui	10,2			
Age de la mère				
13-17 ans	8,2 %		1,52	5,89
18-19 ans	8,9 %			
20-34 ans	7,9 %			
35-43 ans	18,1 %	2,99 (35 ans et plus versus 34 ans et moins)		
Antécédents d'IPN				
Non	7,0 %			
Oui	21,3 %	3,24	1,52	6,90
Pré-éclampsie ou éclampsie				
Non	8,4 %			
Oui	33,3 %	4,74	1,57	14,28
Hypertension artérielle				
Non	8,6 %			
Oui	21,7 %	6,44	2,01	20,59
Rupture prématurée ou spontanée des membranes				
Non	7,9 %			
Oui	20,9 %	3,02	1,58	5,79
Infection de la cavité amniotique				
Non	8,1 %			
Oui	18,4 %	2,74	1,36	5,49
Malformation congénitale				
Non	7,5 %			
Oui	18,8 %	3,05	1,75	5,31

N. B. : Le poids moyen de la mère avant la grossesse était de 59,4 kg chez celles qui ont eu un bébé de poids insuffisant versus 63,1 kg chez celles dont le poids du bébé était de 2 500 grammes ou plus (RC = 0,98 ; IC_{95%} = 0,96-0,99).

- Le RCIU est associé de façon significative au faible poids de la mère avant la grossesse, à l'hypertension artérielle et de façon très importante au tabagisme durant la grossesse : 101 femmes fumaient parmi les 160 qui ont mis au monde un nouveau-né ayant un RCIU au 10^e percentile (RC = 2,28 ; IC₉₅ % = 1,49-3,49).

Tableau 3.4.9

Facteurs associés significativement
au RCIU du nouveau-né
(< 10^e percentile pour l'âge gestationnel)

Caractéristiques des participantes	% avec RCIU n = 1 216	Ratios de cotes ajustés n = 961	Intervalles de confiance à 95 %	
			Inférieurs	Supérieurs
Participation au programme				
Non	12,7 %			
Oui	13,6 %	1,02	0,69	1,51
Tabagisme durant la grossesse				
Non	8,2 %			
Oui	17,1 %	2,28	1,49	3,49
Hypertension artérielle				
Non	13,0 %			
Oui	21,7 %	3,07	1,05	8,99

N. B. : Le poids moyen de la mère avant la grossesse était de 59,3 kg chez celles qui ont eu un bébé avec RCIU et de 63,3 kg chez celles avec bébé sans retard de croissance (RC = 0,98 ; IC₉₅ % = 0,97-0,99)

- Les facteurs associés à la prématurité, outre l'âge et le lieu de naissance, sont principalement d'ordre biologique : les infections génito-urinaires ou de la cavité amniotique, les anomalies du placenta, les anomalies, les malformations et les tumeurs des organes génitaux, la rupture prématurée ou spontanée des membranes, ainsi que les malformations congénitales.

Tableau 3.4.10

Facteurs associés significativement
à la prématurité

Caractéristiques des participantes	% avec prématurité n = 1 219	Ratios de cotes ajustés n = 1 136	Intervalles de confiance à 95 %	
			Inférieurs	Supérieurs
Participation au programme				
Non	7,4 %	0,87	0,56	1,36
Oui	8,7 %			
Âge de la mère				
13-17 ans	9,2 %			
18-19 ans	7,9 %			
20-34 ans	7,2 %			
35-43 ans	14,9 %	2,61 (35 ans et plus versus 34 ans et moins)	1,27	5,38
Lieu de naissance de la mère				
Canada	8,8 %			
Hors du Canada	4,3 %	0,35	0,16	0,76
Infection génito-urinaire				
Non	7,7 %			
Oui	23,1 %	2,81	1,00	7,85
Infection de la cavité amniotique				
Non	7,4 %			
Oui	17,2 %	2,46	1,25	4,85
Anomalie du placenta				
Non	7,5 %			
Oui	18,2 %	2,43	1,18	5,00
Rupture prématurée ou spontanée des membranes				
Non	6,7 %			
Oui	25,3 %	4,35	2,47	7,67
Anomalie, malformation ou tumeur des organes génitaux				
Non	7,6 %			
Oui	36,8 %	5,05	1,60	15,91
Malformation congénitale				
Non	6,5 %			
Oui	19,6 %	3,26	1,94	5,59

Premières pistes d'action

Ces premiers résultats sur les effets du volet prénatal de NÉ-GS soulèvent de nombreuses implications dont nous discuterons plus à fond à la lumière de l'ensemble des résultats dans le cadre du chapitre 4. Cependant, quatre avenues peuvent déjà être explorées.

- La confusion qui entoure le concept d'IPN doit être levée de façon à mieux définir et à évaluer des interventions ciblées sur le RCIU et la prématurité. À l'avenir, il faudra donc systématiquement compléter l'IPN par le RCIU et la prématurité pour enregistrer et colliger les données du *Fichier des naissances vivantes*, adapter les programmes prénatals et en mesurer les effets sur ces deux composantes.

- IPN. Un programme offert durant la grossesse ne peut avoir d'effet sur les facteurs suivants qui lui sont associés, soit l'âge de la mère (35 ans et plus), les antécédents de poids insuffisant à la naissance et le poids de la mère avant la grossesse. Il s'agit cependant d'importants facteurs de prédiction de l'IPN et les femmes présentant ces facteurs de risque devraient recevoir une attention particulière. Les autres facteurs associés sont les problèmes de santé de la mère et les malformations congénitales. À ce chapitre, le programme devrait viser une collaboration plus étroite avec les médecins traitants.

- RCIU. La question qui se pose à ce sujet demeure : comment réduire le tabagisme ? Les programmes existants de réduction du tabagisme des femmes enceintes défavorisées ont démontré des effets très modestes (Lumley et al., 2000). C'est pourquoi le Groupe de travail national Naître égaux – Grandir en santé et le Réseau québécois de santé publique sur le tabac, qui regroupent les professionnels de la santé publique à l'œuvre dans ces deux problématiques, ont récemment uni leurs efforts pour mettre au point une intervention centrée sur le tabagisme qui s'intègre dans une approche globale.

- Prématurité. La détection et le traitement rapide des infections génito-urinaires pourraient contribuer à la réduction de la prématurité chez ces mères. De plus, des interventions (meilleures conditions de vie) en vue de diminuer le stress de ces mères pour ainsi favoriser une amélioration de leur statut immunitaire pourraient aider à réduire la fréquence des naissances prématurées. Une meilleure

compréhension des mécanismes sous-jacents et en particulier des facteurs associés aux malformations congénitales sera toutefois nécessaire pour dégager des actions efficaces au regard de la prématurité dans cette population.

3.4.2 Les malformations congénitales

Les causes des malformations congénitales sont encore peu connues et on ne sera pas trop surpris en lisant que les évaluations de programmes globaux ne prennent pas en compte l'impact de ces programmes sur les malformations congénitales des nouveau-nés. Ce sont d'autres types de programmes (retrait préventif de la travailleuse enceinte, prévention des expositions aux radiations ou vaccination contre la rubéole) qui visent à prévenir les malformations congénitales.

Les études sur les causes des malformations congénitales sont particulièrement tributaires des avancées techniques des disciplines rattachées à la recherche biomédicale. Phénomènes relativement peu fréquents, les malformations congénitales chez les nouveau-nés ont cependant une incidence importante sur la mortalité et la morbidité périnatale. En effet, une étude montre que les malformations congénitales expliquent plus de la moitié des mortinaissances

(51 %) et près des trois quarts (71 %) des décès en période néonatale (Degalanroosen et al., 1998). Une autre étude constate que les malformations congénitales sont associées à la morbidité néonatale (5,3 fois plus de risque) et à la mortalité néonatale (6,5 fois plus de risque) chez les prématurés (Linhart et al., 2000). Ces malformations ont aussi une incidence importante sur le développement de la vie de famille de ces nouveau-nés (Romney, 1984).

Une large proportion des malformations congénitales sont toujours de cause inconnue. Parmi les facteurs associés reconnus, il y a principalement les facteurs génétiques, l'exposition à des facteurs tératogènes (c'est-à-dire qui produisent des malformations) de type physique (radiations), chimique ou biologique (virus de la rubéole, par exemple), les habitudes de vie (alcool, drogue, alimentation faible en folates) et l'âge avancé de la mère (> 35 ans).

Les malformations congénitales sont l'un des facteurs fortement associés aux

de naissances de poids insuffisant et, en particulier, aux naissances prématurées.

IL N'Y A PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES GROUPES EXPÉRIMENTAL OU CONTRÔLE QUANT À LA FRÉQUENCE DES MALFORMATIONS CONGÉNITALES. LA PROPORTION DE MALFORMATIONS CONGÉNITALES EST CEPENDANT TRÈS ÉLEVÉE CHEZ LES BÉBÉS DE CETTE ÉTUDE (12,7 % DANS LE GROUPE EXPÉRIMENTAL ET 10,9 % DANS LE GROUPE CONTRÔLE ; $p = 0,331$).

- Cette absence d'effet du programme NÉ-GS sur les malformations congénitales est vraie tant pour l'ensemble des malformations congénitales (11,5 %) que pour la proportion des naissances qui ont une malformation sérieuse (5,9 %). En 1991-1993, le Système canadien de surveillance des anomalies congénitales recensait 5,2 % de naissances avec une malformation et 3,4 % avec malformation sérieuse. La fréquence des malformations cardiaques dans notre étude (1,1 %) correspond à ce qui est attendu. Par contre, la fréquence des malformations génitales (1,5 %) apparaît élevée et ce même si on tient compte du fait que les malformations plus bénignes sont incluses, puisque le système canadien note 0,33 % de ce type d'anomalies. Quant aux malformations du système neurologique, leur fréquence s'établit à 0,35 % dans notre étude et à 0,29 % selon les données du Système canadien de surveillance des anomalies congénitales.

LES MÈRES QUI ONT EU UN BÉBÉ PORTEUR DE MALFORMATIONS CONGÉNITALES SÉRIEUSES SONT CELLES QUI ONT DÉCLARÉ AVOIR FAIT USAGE DE DROGUE DURANT LA GROSSESSE, CELLES QUI ONT EU UNE INFECTION GÉNITO-URINAIRE OU, DE FAÇON GÉNÉRALE, D'AUTRES SYMPTÔMES DE GROSSESSE.

Bien que cette recherche n'ait pas été planifiée pour l'étude des malformations congénitales, les facteurs pouvant être associés à ces malformations ont été examinés à titre exploratoire. L'analyse multivariée a été limitée aux malformations que l'on considère sérieuses au regard de la santé du nouveau-né, soit les malformations des systèmes suivants : système nerveux central, système cardio-vasculaire, système respiratoire, système digestif, système urinaire, système ostéo-articulaire (à l'exclusion

de certaines malformations de la jambe et du pied), ainsi que les anomalies du palais et les aberrations chromosomiques.

- Les mères nées hors du Canada ont moins de probabilité d'avoir un bébé qui présente une malformation congénitale sérieuse. Le fait que les bébés des mères nées hors du Canada sont relativement épargnés nous oriente soit vers les expositions environnementales propres aux mères qui ont grandi au Canada, soit vers les mauvaises habitudes de vie, plus fréquentes chez ces dernières. Parmi ces habitudes de vie durant la grossesse, on note en particulier l'usage de cigarettes, de drogues et d'alcool ainsi que la faible ingestion de légumineuses et autres aliments riches en folates.
- Contrairement à ce qui était attendu, l'usage d'alcool durant la grossesse n'est pas apparu associé aux malformations congénitales, ce qui peut être lié au fait que les données que nous avons sur la consommation d'alcool durant la grossesse proviennent de dossiers médicaux et ont été rapportées par la mère au moment de son arrivée à l'hôpital pour son accouchement. On peut donc penser qu'il y a sous-estimation de la consommation d'alcool durant la grossesse dans cet échantillon. Enfin, aucune information sur la prise d'acide folique à la période péri-conceptionnelle, soit au cours des mois avant et après la conception, n'a été recueillie.

Premières pistes d'action

- Cette proportion très élevée de malformations congénitales chez des mères très défavorisées doit tout d'abord être vérifiée par d'autres études. De plus, le lien entre infections génito-urinaires, malformations congénitales et prématurité serait certes à approfondir pour vérifier s'il s'agit plus que d'une coïncidence et sinon pour examiner le chemin causal entre ces éléments. Il faudrait de plus explorer les expositions particulières des mères défavorisées nées au Canada. Car, si les taux de malformations congénitales se révèlent effectivement plus élevés chez les femmes défavorisées, surtout lorsqu'elles sont chroniquement défavorisées, il y aurait lieu de se pencher sur les expositions particulières à des facteurs tératogènes d'origine environnementale que pourraient subir les femmes défavorisées du fait de leur

concentration dans certains secteurs de la ville. Ces secteurs où se retrouvent en plus grand nombre les personnes défavorisées sont souvent des secteurs industriels ou d'anciens secteurs industriels où la pollution était fort importante. Le fait d'avoir grandi dans de tels secteurs serait peut-être plus important que le seul fait d'y vivre sa grossesse. Le lien avec les habitudes de vie spécifiques de ces femmes, particulièrement l'alimentation, mériterait également d'être exploré. Enfin, l'origine génétique possible d'une partie de ces malformations devra aussi être examinée attentivement bien qu'avec prudence.

3.5 LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE DE LA MÈRE

Pour mesurer l'impact de la phase prénatale du programme NÉ-GS sur la santé des mères, nous avons d'abord examiné plusieurs indicateurs de leur santé physique durant la grossesse et après l'accouchement, puis nous avons mesuré leur symptomatologie dépressive.

3.5.1 La santé physique prénatale et postnatale

De façon générale, alors que la littérature est abondante sur la santé des nouveau-nés, elle est quasi muette sur celle des futures mères en milieu défavorisé et, de façon spécifique, elle est extrêmement pauvre sur les effets d'un programme prénatal global sur la santé des mères.

Les études cliniques randomisées documentent peu les effets de ces programmes sur la santé des femmes. Cependant, Olds et al. (1986) étudient l'impact du programme sur certains aspects de la santé maternelle observés après le recrutement des participantes et mesurés au début et à la fin de la grossesse. Ils soulignent la réduction significative des infections rénales constatées après leur recrutement, chez les participantes du groupe expérimental.

De même, Kitzman et al. (1997) présentent les résultats de l'impact d'un programme global visant notamment la réduction de l'IPN et constatent des impacts significatifs positifs sur la santé des participantes du groupe expérimental quant à la réduction du nombre des infections mycologiques. Ils observent également, parmi l'ensemble des participantes présentant des symptômes d'hypertension de grossesse, une réduction de l'hypertension artérielle chez les participantes du groupe expérimental.

Enfin, Belizán et al. (1995), dans l'évaluation d'un programme global de soutien social visant à réduire les taux d'IPN et de prématurité, n'ont pas observé de différence entre les participantes des groupes expérimental et contrôle sur le plan de la morbidité des futures mères à la 36^e semaine de grossesse.

Dans un article paru à la fin de 1999, Haas et al. publient ce qu'elles disent être la première étude à examiner plus largement la santé des femmes de milieu défavorisé pendant la grossesse. Il s'agit d'une étude exploratoire, qui présente plusieurs limites méthodologiques, menée auprès de femmes suivies dans des cliniques des banlieues pauvres de Boston. Utilisant des indices de santé physique et émotionnelle, les auteures constatent que, durant la grossesse, le statut de santé physique de ces femmes se détériore alors que l'état émotionnel, plus faible au départ que les moyennes connues, reste stable. Les auteures insistent sur le mauvais état de santé

des femmes et sur la nécessité de soins préconceptionnels.

Dans une autre étude exploratoire réalisée auprès de femmes très défavorisées en France, Colin et al. (1984) avaient observé deux fois plus d'antécédents pathologiques, en particulier infectieux, broncho-pulmonaires et cardio-vasculaires, que dans le groupe témoin. La pathologie gravidique était aussi deux fois plus fréquente : vomissements graves, infections, hypertension, pré-éclampsie et éclampsie et menaces d'interruption de grossesse.

IL N'Y A PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES FEMMES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL ET CELLES DU GROUPE CONTRÔLE QUANT À LEUR ÉTAT DE SANTÉ PRÉNATALE, QUANT AUX COMPLICATIONS RELIÉES À L'ACCOUCHEMENT OU QUANT À LEUR ÉTAT DE SANTÉ POSTNATALE. ON OBSERVE TOUTEFOIS UNE TENDANCE À FAIRE MOINS D'ANÉMIE POSTPARTUM CHEZ LES FEMMES QUI ONT BÉNÉFICIÉ DU PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ (38,7 % vs 44,5 %, $p = 0,055$).

L'état de santé des femmes durant la grossesse ou en postpartum, ainsi que les complications à l'accouchement ont été analysées à partir des données enregistrées dans les dossiers médicaux après l'accouchement.

- Parmi les 1 219 femmes faisant partie de l'étude, 43,2 % des femmes ont eu des complications en postpartum. La présence d'anémie est la principale complication observée. Elle est associée significativement à la présence d'anémie prénatale, à l'absence de RCIU et à l'accouchement par césarienne d'urgence (tableau 3.5.1).

Tableau 3.5.1

Facteurs associés significativement à l'anémie postpartum
(n = 1 119)

Caractéristiques de la mère	% avec anémie postpartum (Hb ≤ 110g) n = 1 219	Ratios de cotes ajustés n = 1 119	Intervalles de confiance à 95 %	
			Inférieurs	Supérieurs
Participation au programme				
Oui	44,5	1,26	0,99	1,62
Non	38,7			
Anémie prénatale diagnostiquée				
Oui	80,0	8,93	3,96	20,12
Non	39,7			
RCIU				
Oui	32,5	0,62	0,43	0,91
Non	43,1			
Mode d'accouchement				
Césarienne en urgence	54,0	1,56	1,06	2,3
Césarienne planifiée	42,7			
Voie vaginale				

DANS L'ENSEMBLE, L'ÉTAT DE SANTÉ PRÉNATALE ET POSTNATALE DES FEMMES PAUVRES ET SOUS-SCOLARISÉES EST TRÈS PRÉOCCUPANT. PARMIS LES 1 219 FEMMES FAISANT PARTIE DE L'ÉTUDE, 43,9 % ONT PRÉSENTÉ UN PROBLÈME DE SANTÉ PENDANT LA GROSSESSE, ET 19,7% ONT PRÉSENTÉ AU MOINS DEUX PROBLÈMES DE SANTÉ.

- Avant la présente grossesse, les participantes à l'étude ont eu, en moyenne, 0,7 (é.-t. : 1,10) interruption pathologique, volontaire ou thérapeutique de grossesse (n = 1 136 femmes). Il y a significativement plus d'interruptions de grossesse chez les femmes de plus de 20 ans (p < 0,001), chez celles qui ne vivent pas chez leurs parents (p < 0,001) et chez celles dont c'est au moins la quatrième grossesse (p < 0,001).
- Le nombre moyen de problèmes de santé par femme est de 0,8 (é.-t. 1,2) pour l'ensemble de la population à l'étude, tandis qu'il est de 1,8 (é.-t. 1,2) pour celles qui ont des problèmes de santé (tableau 3.5.2).
- Parmi les 1 219 femmes suivies, 75,7 % présentent une complication durant l'accouchement. Ainsi, lors de 29,2 % des accouchements, il y a eu un problème de cordon ombilical. Parmi les présentations non usuelles, il y a eu 4,1 % de

présentations de siège et 1,2 % d'autres présentations. La durée moyenne du séjour à l'hôpital est de 2,9 jours pour les 1 138 femmes. Le séjour est significativement plus long (3,2 jours) pour les femmes nées hors du Canada.

- Lors des analyses multivariées (tableau 3.5.3), les facteurs qui sont associés à la présence de problèmes de santé durant la grossesse sont, par ordre d'importance, avoir 35 ans ou plus, avoir 17 ans ou moins, la consommation d'alcool et l'excès de poids. Les femmes présentant des problèmes de santé ont d'ailleurs un poids moyen plus élevé que les autres.

Premières pistes d'action

- Nous ne disposons pas de données de comparaison pour apprécier à sa juste valeur le nombre de problèmes de santé de ces femmes qui vivent presque toutes en extrême pauvreté. C'est, en soi, une piste de recherche à explorer. Nos données inspirent toutefois un certain sentiment d'urgence à agir afin que ces femmes puissent s'occuper de leur santé tant pour elles-mêmes que pour leurs nouveau-nés. Compte tenu des problèmes rencontrés et en particulier des maladies chroniques et de la surcharge pondérale, il serait souhaitable d'intervenir bien avant leur grossesse.
- Il faudra accorder une attention particulière aux femmes de 35 ans ou plus, qui apparaissent plus à risque de mauvaise santé pendant la grossesse, aux femmes de moins de 18 ans, aux consommatrices d'alcool et aux femmes qui ont un excès de poids.
- De plus, puisque 4 femmes sur 10 présentent une anémie postpartum et étant donné la forte association avec l'anémie prénatale (9 fois plus d'anémie postnatale chez les femmes qui ont de l'anémie prénatale), une surveillance particulière et un suivi approprié sont nécessaires pour ces femmes.

Tableau 3.5.2

Portrait de la santé prénatale et postnatale des participantes

	% ou moyenne (n = 1 219)
Problèmes de santé prénatale	
Non	56,1
Oui	43,9
Nombre moyen de problèmes de santé prénatale	0,8 (é.-t. : 1,2)
Nombre de problèmes de santé prénatale	
0	56,1
1	24,3
2	12,6
3 et plus	7,1
Problème spécifique	
Rupture prématurée ou spontanée de membrane	7,5
Diabète ou intolérance au glucose	7,4
Infection cavité amniotique	7,1
Travail prématuré	6,2
Problème endocrinien	5,5
Anémie prénatale	4,9
Troubles mentaux	3,4
Problème de cavité amniotique	2,7
Asthme	2,5
Infection génito-urinaire	2,1
Hypertension artérielle	1,9
Pré-éclampsie	2,0
Autre maladie chronique	5,7
Autre symptôme prénatal	3,4
Autre infection ou maladie aiguë	2,7

	% ou moyenne
Poids moyen au début de la grossesse (kg) (n = 1 122)	62,80 (é.-t. : 16,60)
Taille (m) (n = 1 003)	1,62 (é.-t. : 0,074)
IMC selon l'âge (n = 932)	
Poids insuffisant	20,1
Poids acceptable	53,4
Excès de poids	26,5
Moyenne du gain de poids durant la grossesse (kg) (n = 1 021)	14,88 (é.-t. : 7,31)
Hospitalisation durant la grossesse (n = 645)	
Non	83,9
Oui	16,1
Durée moyenne d'hospitalisation durant la grossesse (jours) (n = 643)	1,00 (é.-t. : 4,03)
Présence de complication postpartum (n = 1 219)	
Non	56,8
Oui	43,2
Complication postpartum spécifique (n = 1 219)	
Anémie légère (Hb ≤ 110 g)	41,7
Anémie qui nécessite un traitement (Hb ≤ 100 g)	18,9
Infection	0,9
Hémorragie	3,3
Autre	0,3
Perception de la santé physique (n = 758)	
Excellente/Très bonne	66,2
Bonne	26,1
Moyenne/Mauvaise	7,7

Tableau 3.5.3

Facteurs associés à la présence de problèmes de santé durant la grossesse

Caractéristiques de la mère	Présence de problèmes de santé (%) n = 1 219	Ratios de cotes ajustés n = 887	Intervalles de confiance à 95 %	
			Inférieurs	Supérieurs
Programme				
Non	42,0	0,92	0,70	1,21
Oui	45,9			
Âge maternel				
Avoir entre 13 et 17 ans	51,0	1,77 (vs 18-34 ans)	1,08	2,88
Avoir entre 18 et 34 ans	41,7			
Avoir plus de 35 ans	61,7	2,56 (vs 18-34 ans)	1,51	4,33
Indice de masse corporelle				
Excès de poids	60,9	1,55 (vs poids acceptable)	1,24	2,13
Poids acceptable Poids insuffisant	42,2			
Consommation d'alcool				
Oui	61,2	1,98	1,028	3,80
Non	44,0			

3.5.2 La symptomatologie dépressive

Soulignons d'abord que la symptomatologie dépressive postnatale ne doit pas être confondue avec le « baby blues » qui survient au cours des premiers jours postpartum et qui est de courte durée. La dépression postnatale peut se prolonger et même devenir chronique. Cette dernière situation pourrait avoir un impact négatif sur la qualité de la relation mère-enfant et, par conséquent, sur le développement du jeune enfant. Il y a aussi une association entre un faible taux

d'allaitement et la présence de symptômes dépressifs après l'accouchement (Papinczak et Turner, 2000), ce qui renforce possiblement les conséquences négatives de la dépression postnatale sur le développement des enfants.

Le diagnostic de la dépression cadre d'une entrevue clinique. Dans la plupart des études, l'évaluation se fait à l'aide de divers instruments de mesure permettant de connaître l'importance

des symptômes dépressifs chez les participantes sans pour autant autoriser les chercheurs à se prononcer sur la présence ou l'absence de dépression postnatale. Il est aussi difficile de déterminer avec précision la prévalence des troubles dépressifs importants, car le phénomène évolue dans les semaines et les mois qui suivent l'accouchement. Le moment de la mesure de l'état de santé mentale pourrait influencer les résultats quant à la prévalence des troubles dépressifs parmi les femmes nouvellement accouchées. De plus, divers instruments sont utilisés pour mesurer la présence de symptômes dépressifs, des instruments qui ne permettent généralement pas une comparaison rigoureuse des taux de prévalence obtenus. Enfin, soulignons que, sauf exception, le nombre de participantes à ces études est faible (autour d'une centaine de participantes en général).

Ainsi, la prévalence de symptômes dépressifs parmi les nouvelles mères varierait, par exemple, de 3,4 %, six semaines après l'accouchement (Zelkowitz, 1995 ; EPDS, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), à 32,4 %, environ deux mois après avoir accouché (Neter et al., 1995 ; CES-DS, *Centre for Epidemiological Studies Depression*

Scale). Toutefois, dans une méta-analyse regroupant des études comprenant au total plus de 12 000 participantes, O'Hara et Swain (1996) soulignent que 13,0 % des participantes ont été identifiées comme présentant des signes de dépression postnatale au moins deux semaines après l'accouchement. La prise en compte statistique du moment de passation de l'instrument de mesure n'aurait pas d'effet significatif sur ce pourcentage.

Les études cliniques randomisées recensées par Stevens-Simon et Orleans (1999), malgré l'importance accordée à la santé mentale des participantes, ne présentent pas de résultats à cet égard dans leurs publications. Cependant, il existe une étude clinique randomisée portant sur les effets d'un programme prénatal visant spécifiquement à réduire l'incidence de la symptomatologie dépressive en augmentant le soutien social et les habiletés à résoudre les problèmes (Brugha et al., 2000). Cette étude a été réalisée auprès de femmes primipares identifiées comme présentant un score élevé à l'EPDS en période prénatale. L'auteur conclut que le programme n'a pas eu d'effet significatif sur les taux de symptomatologie dépressive postnatale

des femmes participant au groupe expérimental.

Le principal facteur de risque associé à la symptomatologie dépressive est le faible revenu (O'Hara et Swain, 1996), qui serait lié à la gravité de la dépression plutôt qu'à son apparition. La dépression postnatale est très fortement associée à un état dépressif durant la grossesse (O'Hara et Swain, 1996, Beck et al., 1996) ainsi qu'à des antécédents de dépression (Neter et al., 1995). D'autres auteurs soulignent la place que tiendraient des facteurs biologiques et psychosociaux dans le développement des symptômes dépressifs. Parmi les facteurs biologiques, il y a la variation significative des niveaux de certaines hormones mesurés avant et après la grossesse (Abou-Saleh et al., 1998), l'influence de la génétique (Treloar et al., 1999), les complications obstétricales durant la grossesse et à

l'accouchement (O'Hara et Swain, 1996), ainsi que les problèmes de santé de la mère après l'accouchement (Séguin et al., 1999). Ces auteurs soulignent que la contribution de ces facteurs biologiques à l'explication de la dépression postnatale est modeste, bien que significative.

Parmi les facteurs psychosociaux, les événements stressants durant la grossesse (Séguin et al., 1999 ; O'Hara et Swain, 1996 ; Beck et al., 1996), le soutien social insuffisant, chez les femmes défavorisées en particulier (Séguin et al., 1999 ; Beck et al., 1996), le soutien insuffisant par le conjoint (Logsdon et al., 1994), la perception d'un soutien social insuffisant (Logsdon et al., 2000 ; Brugha et al. 1998), le stress créé par les soins à donner au nouveau-né (Beck et al., 1996) ou les problèmes de santé du nouveau-né (Neter et al., 1995) contribueraient à la présence de symptômes dépressifs.

D'entrée de jeu, précisons qu'il sera ici question de « symptomatologie dépressive » en postnatal et non pas de « dépression » postnatale à cause des caractéristiques du questionnaire utilisé, celui d'Edinburgh (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale* de Cox et al., 1987). En effet, cet instrument a été conçu spécifiquement pour la période périnatale afin d'éviter la confusion entre des symptômes faisant vraiment partie du syndrome dépressif et les symptômes somatiques spécifiques de la période périnatale. Le score de l'EPDS est bien corrélé avec les résultats d'entrevues diagnostiques de la

dépression, mais il ne peut pas être considéré comme étant complètement superposable. Rappelons que ce questionnaire a été administré lors de l'entrevue postnatale (de 21 à 35 jours après l'accouchement) à 758 femmes. De plus, il a été administré à un sous-groupe de 210 femmes, lors de l'entrevue prénatale (au plus tard à la 22^e semaine de grossesse).

LA FRÉQUENCE DE HAUTE SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE (EPDS \geq 13) OBSERVÉE CHEZ LES PARTICIPANTES DE L'ÉTUDE, SOIT 15,2 %, EST UN PEU PLUS ÉLEVÉE QUE CELLE D'AUTRES ÉTUDES (13 %) VERS LA MÊME PÉRIODE, C'EST-À-DIRE ENVIRON UN MOIS APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

- Un score élevé à l'EPDS (13 ou plus) est indicatif d'une symptomatologie dépressive élevée ou de détresse psychologique. Parmi les 758 femmes qui ont répondu au questionnaire lors de l'entrevue postnatale, 15,2 % (115) obtenaient un score de 13 ou plus. Le score moyen à l'EPDS des participantes se situait à 7,47 (é.-t. : 4,97).

BIEN QUE LE PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ NE PERMETTE PAS DE RÉDUIRE DE FAÇON SIGNIFICATIVE LE NOMBRE DE MÈRES QUI PRÉSENTENT UN SCORE ÉLEVÉ À L'EPDS EN POSTNATAL, IL A UN EFFET PROTECTEUR CONSIDÉRANT LE SCORE MOYEN OBTENU À L'EPDS PAR LES NOUVELLES MÈRES. AINSI, UN MOIS APRÈS L'ACCOUCHEMENT, LES MÈRES QUI ONT REÇU LE PROGRAMME INTÉGRÉ ONT UN SCORE MOYEN À L'EPDS SIGNIFICATIVEMENT PLUS BAS QUE CELLES QUI N'ONT REÇU QUE LES SUPPLÉMENTS ALIMENTAIRES. CETTE ASSOCIATION ENTRE LE PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ ET LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE DEMEURE SIGNIFICATIVE LORSQUE LES AUTRES FACTEURS ASSOCIÉS À LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE SONT CONTRÔLÉS.

- Les mères du groupe expérimental ont eu un score moyen à l'EPDS en postnatal de 6,95 (é.-t. : 6,95) et celles du groupe contrôle ont eu un score moyen de 7,99 (é.-t. : 5,00 ; $p = 0,006$). De plus, 14,5 % des mères qui ont reçu le programme intégré et 15,8 % des femmes du groupe contrôle ont obtenu un score de 13 ou plus ($p = 0,613$).
- Par ailleurs, l'association entre la participation au programme NÉ-GS et une amélioration du score moyen d'EPDS postnatal est significative chez les non-fumeuses mais non significative chez les fumeuses.

Tableau 3.5.4

Facteurs associés significativement au score moyen d'Edinburgh des mères en postpartum

Facteurs	Score moyen à l'Edinburgh n = 758	Valeur β n = 642	Intervalles de confiance à 95 %	
			Inférieurs	Supérieurs
Participation au programme				
Non (n = 379)	7,99 (\pm 5,00)	1,24	0,51	1,97
Oui (n = 379)	6,95 (\pm 6,95)			
Hospitalisation durant la grossesse				
Oui (n = 104)	9,05 (\pm 6,02)	1,63	0,63	2,63
Non (n = 104)	6,99 (\pm 4,77)			
Stresseurs aigus durant la grossesse				
Oui (n = 211)	9,32 (\pm 5,82)	2,44	1,59	3,28
Non (n = 546)	6,76 (\pm 4,69)			
Problème à payer les comptes durant la grossesse				
Oui (n = 176)	8,63 (\pm 5,26)	1,03	0,15	1,90
Non (n = 580)	7,12 (\pm 5,08)			
Absence d'amis ou d'amies durant la grossesse				
Oui (n = 67)	10,13 (\pm 5,68)	2,15	0,80	3,51
Non (n = 689)	7,23 (\pm 5,02)			
Allaitement maternel exclusif				
Oui (n = 164)	6,90 (\pm 4,77)	-0,98	-1,86	-0,10
Mixte (n = 70)	8,05 (\pm 5,20)			
Biberon (n = 524)	7,57 (\pm 5,25)			
Santé physique perçue moyenne/mauvaise en postpartum				
Excellente (n = 181)	6,23 (\pm 4,79)			
Très bonne (n = 321)	7,40 (\pm 4,83)			
Bonne (n = 198)	7,83 (\pm 5,23)			
Moyenne (n = 53)	10,06 (\pm 6,15)	2,87	1,42	4,31
Mauvaise (n = 5)	15,20 (\pm 6,61)			
			R² ajusté : 0,133	

- Le modèle d'analyse multivariée permet d'expliquer 13,3 % de la variation du score à l'EPDS en postnatal (tableau 3.5.4). Outre la relation avec la participation au programme NÉ-GS, ce modèle met en évidence le rôle des stressseurs aigus et chroniques durant la grossesse, du manque de soutien social durant la grossesse, de la présence de problèmes de santé tant au cours de la grossesse qu'en postnatal, de même que du mode d'alimentation du nourrisson. En effet, la présence d'événements stressants durant la grossesse, avoir des problèmes à payer les comptes, l'absence d'amis ou d'amies durant la grossesse, le fait d'avoir été hospitalisée durant la grossesse et de se percevoir en moins bonne santé sont tous des facteurs qui sont associés à plus de symptômes dépressifs en postnatal. De plus, l'allaitement maternel exclusif est inversement relié au score à l'EPDS et semble donc avoir un effet protecteur sur la santé mentale des nouvelles mères défavorisées.

LORSQUE LE SCORE À L'EPDS DURANT LA GROSSESSE EST PRIS EN COMPTE, LA PARTICIPATION AU PROGRAMME NÂTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ APPARAÎT ENCORE PLUS FORTEMENT ASSOCIÉE À UNE BAISSÉ DE LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE POSTNATALE.

Puisque la symptomatologie dépressive durant la grossesse est habituellement reliée à la symptomatologie dépressive du postpartum, une analyse multivariée similaire a été reprise pour les 210 femmes qui ont eu à la fois une entrevue prénatale et une entrevue postnatale (tableau 3.5.5).

Tableau 3.5.5

Facteurs associés significativement
au score moyen d'Edinburgh des mères en postpartum,
chez les mères participantes ayant complété une entrevue prénatale

Facteurs	Score moyen à l'Edinburgh n = 758	Valeur β n = 212	Intervalles de confiance à 95 %	
			Inférieurs	Supérieurs
Participation au programme				
Non (n = 379)	7,99 (\pm 5,00)	2,11	0,99	3,23
Oui (n = 379)	6,95 (\pm 6,95)			
Hospitalisation durant la grossesse				
Oui (n = 104)	9,05 (\pm 6,02)	2,05	0,44	3,65
Non (n = 541)	6,99 (\pm 4,77)			
Problème à payer les comptes durant la grossesse				
Oui (n = 176)	8,63 (\pm 5,26)	1,68	0,44	2,92
Non (n = 580)	7,12 (\pm 5,08)			
Pouvoir sortir durant la grossesse				
Oui (n = 727)	11,80 (\pm 6,40)	-6,23	-9,82	-2,64
Non (n = 30)	7,30 (\pm 5,02)			
Allaitement maternel exclusif				
Allaitement maternel exclusif (n=164)	6,90 (\pm 4,77)	-2,17	-3,54	-0,79
Mixte (n=70)	8,05 (\pm 5,20)			
Biberon (n=524)	7,57 (\pm 5,25)			
Santé physique perçue moyenne/mauvaise en postpartum				
Excellente (n = 181)	6,23 (\pm 4,79)			
Très bonne (n = 321)	7,40 (\pm 4,83)			
Bonne (n = 198)	7,83 (\pm 5,23)			
Moyenne (n = 53)	10,06 (\pm 6,15)	2,76	0,61	4,90
Mauvaise (n = 5)	15,20 (\pm 6,61)			
Nombre de personnes qui dérangent durant les dernières semaines				
2 personnes ou + (n = 34)	11,21 (\pm 5,80)	1,21	0,46	1,96
1 personne (n = 115)	8,32 (\pm 4,48)			
Aucune (n = 245)	6,76 (\pm 4,77)			
Symptomatologie dépressive en prénatal (EPDS >13)				
Non (n = 44)	11,03 (\pm 5,07)	2,92	1,4	4,38
Oui (n = 172)	6,79 (\pm 4,56)		6	
R² ajusté : 0,320				

- Ce dernier modèle explique jusqu'à 32,0 % de la variation des scores à l'EPDS des participantes ayant accordé une entrevue prénatale. En plus de la participation au programme, les mêmes types de facteurs sont significativement associés à la symptomatologie dépressive de la nouvelle mère en postnatal. Parmi les stressseurs, seuls les stressseurs chroniques (problèmes à payer les comptes et personnes conflictuelles dans le réseau) apparaissent associés. Le fait de pouvoir sortir durant la grossesse rend compte de l'importance de ne pas être isolée au cours de cette période. Quant aux variables relatives à la santé, ce sont les mêmes que dans le modèle précédent, soit avoir été hospitalisée durant la grossesse et se percevoir en moyenne ou mauvaise santé lors de l'entrevue postnatale. L'allaitement maternel exclusif garde aussi son caractère protecteur contre la symptomatologie dépressive.

L'EXAMEN DES DONNÉES CONCERNANT LES FEMMES QUI AVAIENT UN SCORE D'EPDS ÉLEVÉ DURANT LA GROSSESSE MONTRE QUE LEUR PARTICIPATION AU PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ, A EU DES EFFETS BÉNÉFIQUES POUR LEUR SANTÉ MENTALE. C'EST ÉGALEMENT LE CAS CHEZ CELLES DONT LE SCORE D'EPDS ÉTAIT INFÉRIEUR À 13 EN PRÉNATAL.

- Chez les femmes dont le score d'EPDS était de 13 ou plus durant la grossesse, le score moyen à l'EPDS en postnatal est de 9,48 (é.-t. : 5,60) lorsqu'elles ont reçu le programme NÉ-GS, alors que celui des femmes du groupe contrôle est de 12,46 (é.-t. : 4,16). Cette différence est significative ($p = 0,05$). De plus, parmi celles qui ont reçu le programme intégré, seules 28,6 % ($n = 6$) ont encore un score élevé à l'EPDS en postnatal, alors que, parmi les femmes du groupe contrôle, il y a 52,2 % ($n = 12$), soit le double, qui ont toujours un score d'EPDS élevé en postnatal. Cependant, à cause du nombre restreint de sujets, cette différence n'atteint pas le seuil de signification ($p = 0,112$). De plus, celles dont le score d'EPDS prénatal était < 13 obtiennent un score moyen d'EPDS en postnatal de 6,05 (é.-t. : 4,72) lorsqu'elles ont participé au programme NÉ-GS et de 7,56 (é.-t. : 4,27) lorsqu'elles ont fait partie du groupe contrôle. Cette différence est significative ($p = 0,029$).

Bien qu'il soit difficile d'apprécier l'importance clinique de ce résultat, cet effet pourrait être important. La dépression postnatale pourrait être le premier épisode d'un parcours dépressif chronique. Même si c'est probablement la dépression

maternelle chronique qui est la plus néfaste pour le bébé à long terme (Campbell et al., 1995 ; Philipps et O'Hara, 1991), une symptomatologie dépressive élevée à la période postnatale immédiate est signe de détresse psychologique et pourrait nuire à l'établissement d'une bonne interaction mère-enfant (Murray, 1992).

Premières pistes d'action

- ❑ Il est donc possible de limiter les symptômes dépressifs de la période postnatale chez des femmes très défavorisées, y compris chez celles qui présentaient un nombre élevé de symptômes dépressifs durant la grossesse, par une intervention intensive de soutien social au cours de la grossesse. Les professionnels de la santé qui travaillent auprès des futures mères devraient recevoir plus de formation au sujet des divers facteurs associés à l'apparition de symptômes dépressifs et à l'évolution vers la dépression postnatale. Outre les stressseurs et le manque de soutien social, les problèmes de santé et l'allaitement maternel sont des facteurs importants au regard de la symptomatologie dépressive à la période postnatale. Une meilleure prise en charge des problèmes de santé des femmes défavorisées durant la grossesse et un soutien social accru auprès d'elles, ainsi que la promotion de l'allaitement maternel pourraient aider à réduire encore plus l'apparition de symptômes dépressifs chez elles.

- ❑ À l'appui de nos résultats concernant la relation entre l'allaitement maternel et les symptômes dépressifs, une étude récente a mis en évidence le rôle protecteur de l'oxytocine sécrétée par la mère allaitante au regard de la réaction au stress (Light et al., 2000). Ainsi, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel chez les mères dans leur ensemble et, plus particulièrement, chez les femmes défavorisées contribueraient non seulement à une meilleure santé de leur nourrisson, mais également à leur propre santé mentale.

3.6 LA RELATION MÈRE-ENFANT ET LES SOINS DU NOUVEAU-NÉ

Notre étude étant centrée sur le volet prénatal du programme NÉ-GS, nous n'avons pas développé systématiquement l'analyse de ses effets potentiels sur la relation mère-enfant au cours de la période postnatale. Trois questions ont toutefois retenu notre attention en vue d'une première incursion de ce côté : la perception maternelle du nourrisson ; l'allaitement maternel et l'utilisation des formules de lait ; et, enfin, les soins aux nouveau-nés, sous l'angle de l'introduction des aliments solides et des soins de l'érythème fessier.

3.6.1 La perception maternelle du nourrisson

Au cours des années 1980, quelques études se sont penchées sur la question de la perception maternelle du nouveau-né durant ses premières semaines de vie. Ces études faisaient suite à un article de Broussard (1979) dans lequel l'auteure affirmait que le résultat obtenu par la mère à une échelle de perception de son enfant lorsque celui-ci a un mois [le *Neonatal Perception Inventory*, conçu en collaboration avec Hartner (1971)] permettait de prédire le développement socio-affectif de l'enfant vers l'âge de 4 ans et demi. L'importance du phénomène de la perception maternelle négative n'est toutefois pas connue.

maternelle en période postnatale. Quelques études rapportent l'impact de programmes spécialisés sur la perception maternelle de femmes en bonne santé, ayant vécu un accouchement normal et ayant donné naissance à un enfant en santé. Une seule toutefois porte nommément sur les femmes pauvres ou extrêmement pauvres (Craig et al., 1982). Les auteurs ne constatent toutefois pas d'effet sur la perception maternelle, un mois après la naissance. Une étude similaire, faite auprès de 78 femmes de classe moyenne, ne s'est pas révélée plus significative (Taylor et al., 1985).

Aucun des essais cliniques randomisés recensés n'aborde l'impact d'un programme global sur la perception

IL N'Y A PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES FEMMES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL ET CELLES DU GROUPE CONTRÔLE CONCERNANT LA PERCEPTION MATERNELLE DU NOURRISSON.

La perception maternelle du nourrisson durant les premières semaines de vie a été mesurée auprès des 758 femmes ayant répondu à l'entrevue postnatale. Seules les questions du *Neonatal Perception Inventory* (NPI) (Broussard et Hartner, 1971) concernant la perception de son propre bébé ont été utilisées dans l'analyse. Cet instrument a été peu utilisé au cours des dernières années et nous n'avons pas de données québécoises de comparaison.

- Un score NPI moyen plus élevé indiquerait une perception plus négative. Nous n'avons pas constaté d'effet significatif selon la participation au programme [score NPI moyen de 11,7 (é.-t. : 2,7) avec programme intégré pour 11,5 (é.-t. : 2,8) sans programme ; $p = 0,280$]. Par contre, le score NPI est notamment associé de façon très significative ($p < 0,001$) entre autres avec la perception de la santé physique chez la mère [13,2 (é.-t. : 3,6) lorsque la perception est moyenne ou mauvaise pour 11,3 (é.-t. : 2,7) lorsqu'elle est excellente ou très bonne] et avec le score moyen de l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) [13,3 (é.-t. : 3,1) avec un score EPDS de 13 ou plus contre 11,3 (é.-t. : 2,6) chez les autres].

Premières pistes d'action

- L'utilisation du questionnaire développé par Broussard et Hartner (1979) comporte des limites importantes par comparaison avec d'autres méthodes de collecte de données comme l'observation de la dyade mère-enfant. Aussi, lors de recherches ultérieures, d'autres types de mesures pourraient être utilisés de façon à mieux évaluer l'interaction entre la mère et son nouveau-né.

3.6.2 L'allaitement maternel et l'utilisation des formules de lait

Rappelons que l'OMS recommande un mois et qu'au moins 80 % des allaitement maternel exclusif jusqu'à six nourrissons soient allaités jusqu'à

quatre mois. Au Québec, les priorités nationales de santé publique visent, pour 1997-2002, un taux d'allaitement maternel de 80 % après la naissance et à ce que ce taux soit de 60 % à trois mois et de 30 % à six mois.

L'allaitement n'a fait l'objet d'aucune étude clinique randomisée de programmes d'intervention globale. Il est bien connu que, malgré les avantages pour la santé des nouveau-nés, trop peu de femmes de milieu défavorisé allaitent leur enfant. Plusieurs types de facteurs permettent de comprendre les obstacles à l'allaitement parmi les femmes de milieu défavorisé. Ainsi, le jeune âge (Baisch et al., 1989 ; Evers et al., 1998 ; Humphreys et al., 1998), la faible scolarité (Evers et al., 1998), tout comme l'absence du conjoint (Humphreys et al., 1998) sont liés au non-allaitement. D'autres facteurs relèvent plutôt de la perception de l'allaitement : c'est le cas de la connaissance des bénéfices de l'allaitement (Gielen et al., 1992 ; Dix, 1991 ; Jones, 1987) et de l'expérience antérieure d'allaitement (Humphreys et al., 1998).

Des facteurs associés au réseau social sont aussi présents. Ainsi, un soutien

social plus faible a un impact négatif sur la décision d'allaiter (Grossman et al., 1990 ; Matich et Sims, 1992 ; Kaufman et Hall, 1989 ; Corbett, 2000), alors que l'attitude des membres du réseau social immédiat à l'égard de l'allaitement pèse lourdement dans la décision d'allaiter ou non (Humphreys et al., 1998 ; Littman et al., 1994 ; Scott et al., 1997 ; Baranowski et al., 1986 ; Losch et al., 1995 ; Humphreys et al., 1998 ; Winikoff et al., 1987).

Enfin, l'attitude des professionnels de la santé est habituellement associée à la pratique de l'allaitement (Buxton et al., 1991 ; Losch et al., 1995 ; Winikoff et al., 1987 ; Wright et Walker, 1983 ; Rajan et Oakley, 1990 ; Righard et Alade, 1990 ; Evers et al., 1998). Cependant, deux études soulignent que ce n'est pas toujours le cas lorsque le soutien apporté par les divers professionnels de la santé dans le suivi prénatal est inégal (Corbett, 2000 ; Humphreys et al., 1998).

Aucune étude clinique randomisée portant sur l'utilisation des préparations lactées, au lieu du lait de vache, n'a été trouvée.

LA PARTICIPATION AU PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ N'A PAS AFFECTÉ LA FRÉQUENCE DU COMMENCEMENT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL : 51,1 % DES MÈRES AYANT REÇU LE PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ ONT COMMENCÉ À ALLAITER POUR 47,6 % DES MÈRES DU GROUPE CONTRÔLE. PAR CONTRE, PARMIS LES MÈRES NÉES AU CANADA, ON OBSERVE UNE TENDANCE ($p = 0,062$) À UNE FRÉQUENCE PLUS ÉLEVÉE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL APRÈS LA NAISSANCE CHEZ LES PARTICIPANTES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL (44,7 %) EN COMPARAISON AVEC LES MÈRES DU GROUPE CONTRÔLE (38,7 %).

- Parmi l'ensemble des participantes, 49,2 % ont commencé à allaiter leur nouveau-né (tableau 3.6.1). Cette fréquence de l'allaitement maternel après la naissance est beaucoup plus faible que pour l'ensemble des nouvelles mères du Québec, mais est légèrement inférieure à la fréquence d'allaitement maternel observée chez des mères québécoises faiblement scolarisées. En effet, selon les données de l'Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec, il y a eu 71,8 % des nouvelles mères québécoises –mais seulement 55 % des mères dont le niveau de scolarité était inférieur au secondaire V– qui ont commencé à allaiter leur nouveau-né en 1998 (Dubois et al., 2000).
- La fréquence d'allaitement maternel des participantes à l'étude qui sont nées hors du Canada est de 84,9 %. Cette fréquence est beaucoup plus élevée que celle observée chez les mères participantes nées au Canada, soit 41,6%.
- En ce qui concerne les fréquences d'allaitement au moment de l'entrevue, soit environ un mois après l'accouchement, il n'y a pas de différence entre les mères du groupe expérimental ou celles du groupe contrôle, 30,8 % des participantes à l'étude continuant de donner du lait maternel à leur bébé alors que 69,1 % n'offrent que le biberon. De plus, 21,6 % des mères allaitaient exclusivement leur bébé et 9,2 % pratiquaient un allaitement mixte (sein et biberon). Cependant, la fréquence d'allaitement total est de 69,7 % chez les mères nées hors du Canada et de 22,7 % chez les mères nées au Canada. Encore ici, les mères qui sont nées hors du Canada sont plus nombreuses que les mères nées au Canada tant à poursuivre un allaitement exclusif (40,9 % par rapport à 17,6 %) qu'à offrir un allaitement mixte (28,8 % par rapport à 5,1 %).

Tableau 3.6.1

Commencement de l'allaitement maternel
selon la participation au programme et
les caractéristiques socio-démographiques de la mère

Caractéristiques des mères	Allaitement % (n)	Non-allaitement % (n)	Valeur p
Ensemble (n = 1127)	49,2	50,8	
Participation au programme			
Oui (n = 544)	51,1	48,9	0,228
Non (n = 583)	47,5	52,5	
Lieu de naissance de la mère			
Canada (n = 928)	41,6	58,4	< 0,001
Hors du Canada (n = 199)	84,9	15,1	
Scolarité de la mère			
< Secondaire III (n = 449)	43,4	56,6	< 0,001
Secondaire III (n = 312)	48,1	51,9	
Secondaire IV (n = 363)	57,6	42,2	
Revenu familial			
Extrême pauvreté (n = 1014)	48,0	52,0	0,014
Pauvreté (n = 113)	60,2	39,8	
Situation conjugale			
Avec conjoint (n = 735)	51,8	48,2	0,010
Sans conjoint (n = 326)	43,3	56,7	

DANS LE MODÈLE D'ANALYSE MULTIVARIÉE, ÊTRE NÉE HORS DU CANADA EST LE FACTEUR LE PLUS FORTEMENT ASSOCIÉ AU COMMENCEMENT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL. LES AUTRES FACTEURS ASSOCIÉS SONT : ÊTRE PRIMIPARE, AVOIR UN NIVEAU PLUS ÉLEVÉ DE SCOLARITÉ (SECONDAIRE IV), NE PAS FUMER, NE PAS AVOIR EU UN DÉBUT DE TRAVAIL PRÉMATURÉ ET AVOIR EU UN ACCOUCHEMENT VAGINAL.

Pour dégager les facteurs associés au commencement de l'allaitement maternel, une première analyse multivariée à partir des données disponibles pour l'ensemble des participantes a été réalisée. Toutefois, afin de vérifier si d'autres facteurs étaient associés, notamment certains facteurs connus à la lumière de la recension des écrits, nous avons mené une seconde analyse multivariée, cette fois avec les données disponibles pour les participantes à l'étude ayant complété l'entrevue postnatale (n = 751 ; tableau 3.6.2).

Tableau 3.6.2

Facteurs associés significativement au commencement de l'allaitement maternel chez les participantes qui ont accordé une entrevue postnatale

Caractéristiques des mères	% de commencement de l'allaitement	Ratios de cotes ajustés n = 751	Intervalles de confiance à 95 %	
			Inférieurs	Supérieurs
Scolarité de la mère (n = 1 123)				
Secondaire III	48,1	1,25	0,84	1,87
Secondaire IV	57,6	1,80	1,22	2,65
< Secondaire III	43,5	Sec. III et IV vs Sec. III non complété		
Née hors du Canada (n = 1 126)				
Oui	84,9	7,69	4,42	13,37
Non	41,6			
Non-fumeuse durant la grossesse (n = 1 075)				
Oui	35,6	1,77	1,25	2,51
Non	65,0			
Parité (n = 1 127)				
1 ^{re} grossesse	52,4	1,51	1,07	2,13
2 ^e grossesse ou plus	46,6			
Suivi médical selon l'indice de Kotelchuk (n = 752)				
« Adéquat » ou « Adéquat plus »	50,6	1,71	1,15	2,55
Avoir parlé à quelqu'un de la famille avant de prendre la décision d'allaiter (n = 747)				
Oui	61,7	3,45	2,20	5,42
Non	43,2			
Mode d'accouchement (n = 1 106)				
Par voie vaginale	51,0	2,91	1,62	5,25
Césarienne prévue	51,7	3,23	1,23	8,48
Césarienne d'urgence	36,7	Voie vaginale et césarienne prévue vs césarienne d'urgence		

- Parmi les mères qui ont accordé une entrevue postnatale, on observe que les mêmes facteurs que ceux définis pour l'ensemble de la population à l'étude (être née hors du Canada, la primiparité, une plus haute scolarité, ne pas fumer et avoir eu une césarienne prévue ou un accouchement vaginal) sont associés significativement à une fréquence plus élevée de l'allaitement maternel. À ces facteurs s'ajoutent le fait d'avoir eu un suivi médical adéquat ou plus qu'adéquat et surtout d'avoir parlé avec quelqu'un de la famille avant de décider du mode d'alimentation du nourrisson.

Cette dernière observation correspond aux résultats d'études qui montrent l'importance des attitudes des membres du réseau social, en particulier celle du conjoint et de la famille au regard de l'allaitement maternel (Littman et al., 1994 ; Séguin et Goulet, à paraître). Ajoutons que les analyses bivariées montraient aussi une association positive entre le fait d'avoir parlé avec l'intervenante privilégiée ou avec son médecin et le choix de l'allaitement maternel. Cependant, les nombres étant petits, ils ne sont pas demeurés significatifs dans le modèle multivarié.

LORSQUE LES NOUVELLES MÈRES CHOISSAIENT D'OFFRIR LE BIBERON À LEUR NOUVEAU-NÉ, PRÈS DE DEUX FOIS MOINS DE FEMMES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL QUE DU GROUPE CONTRÔLE (8,4 % POUR 14,6 %, (p = 0,027) UTILISAIENT DU LAIT DE VACHE ENTIER OU DILUÉ AU LIEU DES PRÉPARATIONS POUR NOURRISSONS.

Tout en soutenant clairement l'allaitement maternel, les intervenantes étaient préoccupées d'offrir un soutien dans l'utilisation des préparations pour nourrissons. Ces résultats constituent, faute de données comparables, une première indication de l'utilisation des préparations pour nourrissons.

Premières pistes d'action

- L'allaitement est certes, comme le tabagisme, un phénomène multi-dimensionnel. L'intervention offerte par les intervenantes de NÉ-GS semble prometteuse auprès des femmes nées au Canada, mais ces interventions individuelles ou communautaires devraient pouvoir s'appuyer sur une stratégie d'influence et des politiques publiques qui demeurent bien embryonnaires pour le moment.
- La prestation spéciale offerte par la sécurité du revenu pour acheter les préparations lactées pour nourrissons ne garantit pas en soi leur utilisation adéquate. Comme dans le cas des suppléments alimentaires, où la consommation de produits laitiers par les femmes enceintes est favorisée par un accompagnement direct, l'intervention professionnelle maximise les retombées positives de telles mesures.

3.6.3 LES SOINS AU NOUVEAU-NÉ

Deux aspects des soins au nouveau-né seront examinés : l'introduction précoce d'aliments solides et les soins de l'érythème fessier.

Le moment où les aliments solides sont introduits a un impact assez important pour que l'American Academy of Pediatrics, la Société Canadienne de Pédiatrie, l'Organisation mondiale de la santé ainsi que l'UNICEF recommandent l'introduction des aliments solides entre 4 et 6 mois (Solem et al., 1992 ; Meer, 1998 ; Borrensen, 1995 et WHO/UNICEF, 1988). Selon ces organismes, le lait maternel et les formules lactées commerciales enrichies de fer devraient être les seuls aliments pris jusqu'à 4 ou 6 mois, car ils fournissent tous les nutriments nécessaires, contrairement aux aliments solides qui ne procurent aucun avantage sur le plan nutritionnel.

Les nourrissons ne sont pas physiologiquement prêts à consommer d'autres aliments que le lait maternel ou les préparations lactées avant quatre mois : leurs fonctions digestives et de déglutition ne sont pas à maturité avant cet âge (Meer, 1998 ; Satter, 1995). Alors que le lait maternel ou, à défaut, les préparations lactées enrichies de fer contiennent les principaux nutriments et

micronutriments nécessaires au bon développement des enfants, certains de ces éléments sont absents des aliments solides habituellement donnés aux bébés de moins de quatre mois. Les conséquences sont importantes : malnutrition et anémie ferriprive peuvent entraîner des retards de développement physique et mental ainsi que des effets négatifs sur le développement du cerveau et du système immunitaire (Lozoff et al., 1987 ; Shedadri et Copaldas, 1989 ; Wong, 1999). C'est pourquoi il est recommandé par l'ensemble des instances médicales nationales et internationales de ne commencer l'alimentation solide qu'après le quatrième mois de vie de l'enfant né à terme.

Il n'existe pas d'études cliniques randomisées ayant abordé la question de l'effet d'un programme d'intervention sur l'introduction des aliments solides avant l'âge de quatre mois. De même, aucune étude sur l'impact d'un programme visant à prolonger la période de l'alimentation uniquement lactée n'a pu être repérée.

L'introduction précoce d'aliments solides est une situation relativement courante, particulièrement dans les familles de milieu défavorisé. Ainsi, une étude ontarienne (Bourgoin, 1997) rapporte que 1 % des mères ont commencé à introduire des aliments solides alors que leur nourrisson avait un mois ou moins et qu'à trois mois 32,0 % des bébés avaient commencé à recevoir des aliments solides. Dans une étude portant sur 1 800 mères australiennes, Ford (1995) rapporte que la moitié des mères ont commencé à introduire des aliments solides avant que leur enfant n'atteigne l'âge de quatre mois. Dans le cas de familles vivant dans la pauvreté, Horst (1988) constate que 67,0 % des mères ont commencé à introduire des aliments solides avant l'âge de quatre mois.

Quelques études rapportent les facteurs qui semblent liés à l'introduction hâtive des aliments solides : la faible scolarisation de la mère (Ford, 1995 ; Wright, 1988 ; Arcand, 1979 ; Melanson, 1977), le tabagisme (Ford, 1995 ;

Edwards, 1998), le fait de ne pas avoir allaité durant au moins 4 semaines après l'accouchement (Savage, 1998 ; Ford, 1995), le faible niveau socio-économique et le jeune âge des mères (Doucet, 1988 ; Parraga, 1988).

L'érythème fessier se manifeste par une inflammation locale de la peau sous la couche et il s'agit d'un phénomène relativement fréquent. Il est beaucoup plus rare chez le bébé nourri au sein (Doré et Mercier, 1998). Il est toutefois difficile d'en évaluer la prévalence d'une façon rigoureuse, peu de parents sentant le besoin de consulter un professionnel de la santé pour cette affection cutanée.

Aucune étude ayant évalué l'impact d'un programme de prévention ou d'enseignement parental à l'égard de l'érythème fessier n'a été repérée.

L'introduction des aliments solides

Tant pour l'introduction des aliments solides que pour les soins de l'érythème fessier, quelques questions ont été posées à un sous-échantillon de 398 participantes, lors de

l'entrevue postnatale. Sur le plan des caractéristiques socio-démographiques, aucune différence significative n'a été trouvée au sein de ce sous-échantillon, entre les 198 femmes du groupe expérimental et les 200 femmes du groupe contrôle.

IL N'Y A AUCUNE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LE GROUPE EXPÉRIMENTAL ET LE GROUPE CONTRÔLE QUANT À L'INTRODUCTION D'ALIMENTS AUTRES QUE LE LAIT ENVIRON UN MOIS APRÈS L'ACCOUCHEMENT (QUOIQ'UNE TENDANCE EN DÉFAVEUR DU PROGRAMME EST OBSERVÉE ($p = 0,09$), QUANT À LA NATURE DU PREMIER ALIMENT DÉJÀ INTRODUIT ($p = 0,24$) ET, ENFIN, QUANT AUX SOURCES D'INFLUENCE SUR CETTE DÉCISION ($p = 0,79$).

Aucun modèle ne se dégage des analyses multivariées et ce quel que soit l'aspect de l'introduction d'autres aliments que le lait.

- Compte tenu de la recommandation de n'introduire aucun autre aliment que le lait avant quatre mois, une proportion relativement importante de participantes (16,1 %) avaient déjà donné très précocement un tel aliment au moment de l'entrevue postnatale (tableau 3.6.3).

Tableau 3.6.3

Introduction précoce d'autres aliments que le lait

	Groupe expérimental n = 197	Groupe contrôle n = 200	Population totale n = 397	Valeur p
	%	%	%	
Introduction d'autres aliments que le lait avant 36 jours				0,09
Oui	19,3	13,0	16,1	
Non	80,7	87,0	83,9	

- Nous avons demandé aux mères qui avaient déjà introduit un aliment solide de préciser la nature de cet aliment. La grande majorité de ces femmes (79,4 %) ont commencé par introduire des céréales dans l'alimentation de leur bébé (tableau 3.6.4).

Tableau 3.6.4

Nature du premier aliment introduit

	Groupe expérimental n = 42	Groupe contrôle n = 26	Population totale n = 68	Valeur p
	%	%	%	
Premier aliment introduit				0,24
Céréales	78,6	80,8	79,4	
Purée de fruits	7,1	0,0	4,4	
Purée de légumes	4,8	0,0	2,9	
Biscuits pour bébés	2,4	0,0	1,5	
Non-réponse	7,1	19,2	11,8	

- Les deux principales raisons des participantes pour introduire de façon très précoce des aliments solides sont le comportement du bébé (81,1 %) et, dans une moindre mesure, l'influence des proches (14,5 %). Les participantes pouvaient nommer jusqu'à trois sources d'influence (tableau 3.6.5).

Tableau 3.6.5

Sources d'influence pour introduire précocement un autre aliment que le lait

	Groupe expérimental n = 41	Groupe contrôle n = 28	Population totale n = 69	Valeur p
	%	%	%	
Sources d'influence				0,79
Le comportement de l'enfant	78,1	85,7	81,1	
Les proches	14,6	14,3	14,5	
Les professionnels de la santé	4,9	0,0	2,9	
Les contraintes financières	2,4	0,0	1,5	

L'érythème fessier

ENVIRON UN MOIS APRÈS L'ACCOUCHEMENT, LES MÈRES ONT INDIQUÉ DANS UNE PROPORTION DE 39,4 % QUE LES FESSES DE LEUR BÉBÉ AVAIENT DÉJÀ ÉTÉ IRRITÉES. IL N'Y A CEPENDANT PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ($p = 0,98$) ENTRE LE GROUPE EXPÉRIMENTAL ET LE GROUPE CONTRÔLE QUANT À LA PRÉSENCE D'ÉRYTHÈME FESSIER CHEZ LE NOUVEAU-NÉ À CE MOMENT. IL N'Y A PAS NON PLUS DE RELATION SIGNIFICATIVE ($p = 0,16$) ENTRE CES DEUX GROUPES À PROPOS DE L'ADÉQUATION DES SOINS AU NOUVEAU-NÉ EN CAS D'ÉRYTHÈME FESSIER.

Aucun modèle ne se dégage des analyses multivariées et ce tant pour la présence de l'érythème fessier chez le nouveau-né que pour l'adéquation des soins.

- Des proportions similaires de femmes du groupe expérimental (39,4 %) et de femmes du groupe contrôle (39,5 %) ont répondu que les fesses de leur bébé avaient déjà été irritées (tableau 3.6.6). Comme l'indique la recension des écrits, les bébés allaités étaient moins exposés à l'érythème fessier (32,1 % chez les bébés allaités exclusivement ou de façon mixte pour 43,3 % chez les bébés nourris au biberon; $p = 0,03$).

Tableau 3.6.6

Présence et soins de l'érythème fessier chez le nouveau-né
n = 398

	Groupe expérimental n = 198	Groupe contrôle n = 200	Population totale n = 398	Valeur p
	%	%	%	
Présence d'érythème fessier				0,98
Oui	39,4	39,5	39,4	
Non	60,6	60,5	60,6	
Soins adéquats				0,16
Oui	88,4	83,0	85,7	
Non	11,6	17,0	14,3	

Les réponses des mères décrivant ce qu'elles ont fait ou ce qu'elles feraient lorsque les fesses du bébé sont irritées ont été classées adéquates lorsqu'elles correspondaient aux

recommandations des experts (par exemple, appliquer de la pâte de zinc, laisser les fesses à l'air et changer la couche plus fréquemment plutôt que de mettre de la fécule de maïs). La grande majorité des femmes (88,4 % du groupe expérimental et 83,0 % du groupe contrôle) ont fourni des réponses adéquates (maximum de trois réponses par femme).

Premières pistes d'action

- L'intervention professionnelle en soutien aux soins aux nouveau-nés est fortement marqué par le réflexe de nombreuses mères de défendre, en quelque sorte, leur territoire : « Elle ne viendra pas me dire quoi faire ! ». C'est pourquoi il est intéressant de constater que les soins adéquats de l'érythème fessier sont largement socialement intégrés, y compris au sein des familles moins scolarisées. On ne peut malheureusement pas en dire autant du moment d'introduction des aliments solides. Que ce soit le comportement du bébé qui détermine le plus fortement cette décision nous renvoie à l'importance d'intervenir simultanément, sinon davantage, sur le décodage des pleurs du tout-petit et sur l'information sur les conséquences, pour l'enfant, de ne pas être allaité ou nourri suffisamment longtemps avec des préparations pour nourrissons.

3.7 LES HABITUDES DE VIE DURANT LA GROSSESSE

3.7.1 L'alimentation

Les femmes enceintes ont besoin d'un apport nutritionnel et énergétique supplémentaire pour faire face aux changements physiologiques amenés par la grossesse tels que l'augmentation du volume sanguin, la croissance des tissus maternels, le développement du fœtus, la perte de tissus maternels à l'accouchement et la préparation à la lactation. Toutefois, les femmes vivant en situation de pauvreté tendent, avant même la grossesse, à avoir un déficit nutritionnel sur le plan de l'apport énergétique et de micronutriments. Durant la grossesse, ce déficit nutritionnel se poursuit habituellement et ne permet pas de satisfaire aux besoins plus grands encore en apport d'énergie et de micronutriments. Diverses approches sont mises de l'avant durant la grossesse : prise de vitamines ou distribution de suppléments alimentaires, mais, surtout, il est proposé de modifier les habitudes alimentaires des femmes enceintes pour permettre d'augmenter l'apport énergétique et de micronutriments.

Deux études ont analysé l'impact de programmes globaux d'intervention sur

les habitudes alimentaires. Ainsi Olds et al. (1986) ne remarquent pas de différence significative, entre les participantes du groupe expérimental et celles du groupe contrôle, quant au pourcentage moyen de portions quotidiennes des différents groupes alimentaires consommées en fonction des portions recommandées. De même, Belizán et al. (1995) ne notent pas de différence sur le plan de l'amélioration de l'alimentation entre les groupes expérimental et contrôle.

Par ailleurs, seulement trois études ont été publiées depuis 1986 sur l'évaluation de programmes visant spécifiquement le changement des habitudes alimentaires de femmes enceintes de milieu défavorisé en pays industrialisé. Tout d'abord, Widga et Lewis (1999) constatent une augmentation statistiquement significative dans le nombre quotidien de portions de légumes, de pain et de céréales consommées par les participantes du groupe expérimental d'un programme d'éducation nutritionnelle auprès de femmes enceintes défavorisées (étude clinique

randomisée avec devis pré-post : exp. : 55 sujets ; contr. : 26 sujets). Havas et al. (1998), en recourant à un devis aléatoire croisé, évaluent un programme offert par un groupe de pairs, soit des éducatrices formées en vue d'augmenter la consommation de légumes et de fruits dans le cadre du programme WIC (Women, Infants and Children, programme fédéral américain de suppléments alimentaires pour les femmes enceintes à faible revenu). Ils constatent une augmentation significative chez les participantes du groupe expérimental (n = 1 443) en comparaison avec les participantes du

groupe contrôle (n = 1 679). Enfin, McDonald et Newson (1986) évaluent, en recourant à un devis pré-post simple, l'impact d'un programme en intervention nutritionnelle prénatale proposé à 308 femmes enceintes à haut risque nutritionnel du Département de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard. Les auteurs concluent à une augmentation de la consommation des portions telles que recommandées dans le guide alimentaire canadien de tous les groupes alimentaires sauf pour un groupe, celui des légumes.

LES FEMMES AYANT REÇU LE PROGRAMME NAITRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ ONT DAVANTAGE CONSOMMÉ DE NOUVEAUX ALIMENTS AU COURS DE LEUR GROSSESSE QUE CELLES DU GROUPE CONTRÔLE (p = 0,040), PARTICULIÈREMENT DU LAIT ET DES PRODUITS LAITIERS. ELLES SONT ÉGALEMENT PLUS NOMBREUSES À CONSOMMER AU MOINS DEUX LÉGUMES DIFFÉRENTS PAR JOUR AU COURS DU DERNIER MOIS DE LEUR GROSSESSE (p = 0,021). LE PROGRAMME A ÉGALEMENT UN EFFET POSITIF SIGNIFICATIF (p < 0,001) SUR LA PRISE DE VITAMINES DURANT LA GROSSESSE.

- Au cours de l'entrevue postnatale, nous avons demandé aux participantes si, au cours de leur grossesse, elles avaient consommé de nouveaux aliments ou breuvages qu'elles ne consommaient pas du tout ou que peu avant d'être enceintes. Nous avons relevé (tableau 3.7.1) que 46,4 % des femmes du groupe expérimental et 39,1 % des femmes du groupe contrôle ont commencé à consommer de nouveaux aliments. En vérifiant la nature de ces nouveaux aliments, il y a une différence significative entre les deux groupes pour le lait et les produits laitiers (33,2 % pour le groupe expérimental et 26,1 % pour le groupe contrôle, p = 0,032). De même, 82,7 % des femmes du groupe expérimental et 75,7 % des femmes du

groupe contrôle déclarent avoir mangé quotidiennement au moins deux légumes par jour au cours du dernier mois de leur grossesse ($p = 0,021$). Que davantage de femmes enceintes recevant le programme NÉ-GS consomment au moins deux légumes différents par jour au cours du dernier mois de leur grossesse est d'autant plus important que les femmes à faible revenu sont celles qui consomment le moins de fruits et de légumes parmi la population (Havas et al., 1998 ; Erkkola et al., 1998 ; James et al., 1997 ; Wynn et al., 1994 ; Armstrong et Weijohn, 1991).

Tableau 3.7.1

Modification des habitudes alimentaires durant la grossesse

Habitudes alimentaires	Groupe expérimental n = 379	Groupe contrôle n = 379	Population totale n = 758	Valeur p
	%	%	%	
Commencer à consommer certains aliments				0,040
Oui	46,4	39,1	42,7	
Non	53,6	60,9	57,3	
Consommer au moins 2 légumes différents par jour				0,021
Oui	82,7	75,7	79,2	
Non	17,3	24,3	20,8	

- Il n'y a toutefois pas de différence significative entre les groupes expérimental et contrôle à propos d'autres habitudes alimentaires : en effet, 12,9 % des participantes à l'étude avaient nouvellement introduit dans leur alimentation des fruits ($p = 0,279$), 6,7 % des légumes ($p = 0,885$) et 5,9 % des viandes (ou substituts) ($p = 0,442$). De même, 89, 8 % ($p = 0,120$) des femmes prenaient trois repas par jour au cours du dernier mois de leur grossesse.
- Les participantes ont aussi cessé la consommation de certains aliments parce qu'elles étaient enceintes, mais dans une proportion similaire ne montrant pas de différence significative (exp. : 43,0 % ; contr : 39,6 % ; $p = 0,338$).
- La prise de vitamines durant la grossesse est significativement supérieure dans le groupe expérimental (80,7 %) à celle dans le groupe contrôle (66,5 % ; $p < 001$).

Premières pistes d'action

- Il y a tout lieu de croire qu'un programme prénatal global, offert majoritairement par des infirmières, peut réussir à modifier certaines pratiques alimentaires. Toutefois, comme dans les autres composantes du programme, cela n'exclut pas le recours à l'expertise d'une nutritionniste pour intensifier cette dimension de l'intervention auprès de celles qui sont à plus haut risque nutritionnel. Un outil de dépistage des risques nutritionnels est d'ailleurs en préparation.

- Par ailleurs, les écrits scientifiques nous induisent à accorder une certaine importance à la disponibilité de suppléments alimentaires en sus d'une intervention nutritionnelle. Cependant, la remise de ces suppléments alimentaires n'entraîne pas automatiquement l'introduction de produits laitiers dans l'alimentation des femmes enceintes défavorisées puisque tant les participantes du groupe contrôle que celles du groupe expérimental ont reçu des suppléments, mais que seules les femmes ayant reçu le programme ont modifié certaines de leurs pratiques alimentaires.

3.7.2 Le tabagisme

La consommation de tabac par les femmes enceintes est un phénomène courant dans les sociétés occidentales. Il y aurait de un quart à un tiers de ces femmes qui fument de façon régulière (Lumley et al., 2000). Au Québec, la prévalence du tabagisme durant la grossesse parmi les femmes québécoises ayant donné naissance à un enfant vivant en 1996-1997 est de 25,8 % (Santé Canada, 2000). Il s'agit de l'un des rares facteurs de risque connus de l'IPN, du RCIU, de la prématurité sévère et du décès périnatal

qui puisse être modifié (Lumley et al., 2000).

Cette question préoccupe les milieux de la santé et tient une place privilégiée dans les écrits scientifiques récents sur la grossesse. Certains traitent de la nature délétère des composantes chimiques du tabac sur le fœtus et sur la mère durant la grossesse, d'autres examinent plutôt des programmes réalisés en vue de réduire le tabagisme chez les femmes enceintes. Bien que la pauvreté, l'absence d'un conjoint et une

parité élevée soient directement associées à la non-cessation du tabagisme et à une consommation quotidienne élevée (Graham, 1994 et 1996 ; Tappin et al., 1996), bien peu d'études s'intéressent spécifiquement aux femmes vivant dans ces conditions.

Parmi les huit études cliniques randomisées de programmes globaux visant des femmes enceintes pauvres, cinq mentionnent le tabagisme comme variable intermédiaire. Cependant, une seule de ces études rapporte l'effet –de fait, l'absence d'effet– de ce programme sur le tabagisme des participantes (Belizán et al., 1995).

Deux études ont évalué des programmes spécifiques de cessation du tabagisme chez des femmes enceintes pauvres. Mayer et al. (1990) ont mené une étude clinique randomisée auprès de femmes enceintes fréquentant un centre de santé du WIC. Ils comparent l'impact d'une intervention plus développée (de type *self help*, une seule rencontre de 20 minutes avec un éducateur à la santé et aide téléphonique disponible : informations sur les risques du tabagisme et le changement de comportement, écrits adaptés à la grossesse) à celui d'une intervention

plus limitée (10 minutes sur les risques du tabagisme par un éducateur à la santé et les dépliants habituels sur le tabagisme). Les résultats montrent une différence significative en faveur du programme le plus développé tant sur la cessation du tabagisme, mesurée lors du dernier mois de la grossesse (11 % pour 3 %) que sur le maintien de la cessation après la grossesse (7 % pour 0 %). Dans un essai clinique randomisé, Gielen et al. (1997) ne trouvent pas de différence significative sur le plan de la cessation du tabagisme, entre, d'une part, les participantes enceintes à faible revenu ayant reçu le renforcement habituel à la clinique prénatale, du soutien social et du renforcement positif par un éducateur (un pair) dans l'utilisation d'un guide de cessation du tabagisme et, d'autre part, les femmes n'ayant reçu que le renforcement habituel à la clinique prénatale.

Enfin, dans une méta-analyse de 31 études cliniques randomisées et quasi-randomisées de programmes de cessation du tabagisme durant la grossesse, Lumley et al. (2000) concluent que ces programmes semblent avoir un effet significatif, mais de faible ampleur (différence de 6,6 %) sur la réduction du tabagisme sur l'IPN et la prématurité.

L'ARRÊT DU TABAGISME N'EST PAS SIGNIFICATIVEMENT DIFFÉRENT CHEZ LES FEMMES AYANT REÇU LE PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ ET CHEZ LES FEMMES DU GROUPE CONTRÔLE, MAIS CES DERNIÈRES ONT TOUTEFOIS DAVANTAGE TENDANCE À CESSER DE FUMER (EXP. : 10,7 %, CONTR. : 16,2 % ; p = 0,094).

- Le tabagisme chez ces femmes enceintes de milieu défavorisé est très élevé puisque 57 % d'entre elles fumaient au début de leur grossesse. Il n'y avait pas de différence significative entre les femmes du groupe expérimental et du groupe contrôle quant à ce pourcentage, lequel est plus de deux fois plus élevé que la moyenne des femmes québécoises ayant donné naissance à un enfant en 1996-1997.
- Même si une proportion importante de ces femmes disent, lors de l'entrevue postnatale, avoir reçu des conseils pour les aider à diminuer ou à arrêter de fumer (52,2 % dans le groupe expérimental et 31,4 % dans le groupe contrôle, $p < 0,001$), le pourcentage de fumeuses ayant cessé le tabagisme durant leur grossesse est très faible (tableau 3.7.2). Par ailleurs, seulement trois femmes parmi les 327 non-fumeuses ont commencé ou recommencé à fumer durant leur grossesse.
- L'arrêt du tabagisme est significativement plus élevé chez les femmes de 13-17 ans (28,6 %), chez celles nées hors du Canada (33,3 %), chez les plus scolarisées (19,7 %), chez les femmes ayant complété le secondaire IV (19,7 %), chez les primipares (19,4 %) et lorsqu'il y a soutien approubatif (14,3 %) (tableau 3.7.3). En contrôlant l'ensemble des facteurs dans les analyses multivariées, seul le lieu de naissance des mères et la parité demeurent significatifs avec des rapports de cotes de 3,45 (IC_{95 %} : 1,09-11,2) chez les femmes nées au Canada et de 2,75 (IC_{95 %} : 1,46-5,16) chez les multipares (respectivement 3,45 et 2,75 fois plus de probabilité de ne pas arrêter de fumer).

Tableau 3.7.2

Tabagisme et conseils reçus concernant le tabagisme

	Groupe expérimental %	Groupe contrôle %	Population totale	Valeur p
Tabagisme au début de la grossesse (n = 758)				
Non	43,3	43,0	43,1	0,942
Oui	56,7	57,0	56,4	
Chez les fumeuses au début de la grossesse (n = 431)				
Conseils reçus pour aider à diminuer ou à arrêter de fumer				
Non	47,8	68,6	58,2	< 0,001
Oui	52,2	31,4	41,8	
Tabagisme à la fin de la grossesse				
Non	10,7	16,2	13,5	0,094
Oui	89,3	83,8	86,5	
Chez les non-fumeuses au début de la grossesse (n = 327)				
Tabagisme en fin de grossesse				
Non	99,4	98,8	99,1	0,558
Oui	0,6	1,2	0,9	

Premières pistes d'action

- Nos résultats soulignent certes l'importance de réduire le tabagisme durant la grossesse, mais cela n'est pas nouveau : l'intervention quant à cette problématique ne souffre pas tant d'un manque de pertinence que d'un manque de moyens. Bien concrètement, comment réussir à modifier les habitudes tabagiques de ces femmes et de leur entourage ? Divers travaux en cours visent à établir un protocole d'intervention auprès des femmes enceintes de milieu défavorisé. Mais le tabagisme n'est pas qu'une habitude de vie individuelle et modifier ce phénomène social implique diverses stratégies d'intervention qui interpellent sans aucun doute bien d'autres acteurs que ceux qui oeuvrent en périnatalité.

Tableau 3.7.3

Facteurs associés significativement à l'arrêt du tabagisme à la fin de la grossesse chez les femmes qui fumaient au début de la grossesse

Caractéristiques des fumeuses	Arrêt du tabagisme %	Valeur p
Ensemble de la population (n = 431)		
	13,5	
Âge		
13-17 ans	28,6	0,010
18-19 ans	15,2	
20-34 ans	12,3	
35-43 ans	0,0	
Lieu de naissance		
Canada	12,7	0,022
Hors du Canada	33,3	
Scolarité		
< Secondaire III	11,2	0,036
Secondaire III	9,7	
Secondaire IV	19,7	
Parité		
Primipare	19,4	< 0,001
Multipare	7,7	
Soutien approubatif en général		
Oui	14,3	0,038
Non	0,0	

3.7.3 L'alcool et les drogues

L'impact de la consommation de drogues et d'alcool sur la santé des nouveau-nés a fait l'objet d'un nombre très important de publications. Le syndrome d'alcoolisme fœtal, consécutif à la consommation abusive d'alcool durant la grossesse, de même que les effets des drogues sur l'IPN, le RCIU, la prématurité et les complications de

santé maternelle durant la grossesse sont de mieux en mieux documentés et compris. De plus, la consommation abusive d'alcool et de drogues serait liée à un retard à entreprendre le suivi médical prénatal.

La prévalence de la consommation de drogues parmi les femmes enceintes est

mal connue au Canada alors que celle de la consommation d'alcool durant la grossesse a été examinée dans le cadre de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (Santé Canada, 2000). Parmi les femmes canadiennes, interrogées alors que leur enfant avait moins de trois ans, 16,6 % déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois durant leur grossesse, un pourcentage évalué à 24,9 % pour les Québécoises. Ces données représentent vraisemblablement une sous-déclaration de la consommation d'alcool en période prénatale.

Relativement peu d'études nous informent toutefois des effets de programmes destinés à mieux maîtriser ou à cesser la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes enceintes. Enfin, malgré des effets tératogènes différents, la plupart des études évaluant des programmes d'intervention indiquent que ces deux habitudes de vie, désignées par l'appellation anglaise « Substance Abuse », sont indistinctement prises en compte dans les interventions spécifiques.

Dans la plupart des études randomisées de programmes à composantes multiples (Stevens-Simon et Orleans 1999), l'intervention proposée aux

participantes visait à agir sur leur consommation d'alcool ou de drogues (Olds et al., 1986 ; Kitzman et al., 1997 ; McLaughlin et al., 1991 ; Heins et al., 1990 ; Oakley et al., 1990 ; Spencer et al., 1989). Ces auteurs ne présentent cependant pas les effets du programme sur cet aspect des habitudes de vie des participantes. Seuls Belizán et al. (1995) rapportent ne pas constater de différence significative entre les participantes des groupes expérimental et contrôle sur le plan de la modification de la consommation d'alcool.

Il existe relativement peu de programmes portant sur la consommation d'alcool et de drogues visant particulièrement les femmes enceintes de milieu défavorisé (Weisdorf et al., 1999) et, en conséquence, encore moins d'études évaluant de tels programmes (Berkowitz et al., 1998 ; Freda et al., 1995). De plus, la plupart de ces programmes comprennent une continuité prénatale et postnatale, rendant plus difficile l'attribution d'effets spécifiques à l'intervention en période prénatale seulement.

Quelques études, non randomisées, fournissent des indications supplémentaires sur ces questions.

Ainsi, Corse et Smith (1998) soulignent que, dans le cadre d'un programme offert à 77 femmes enceintes consommatrices d'alcool ou de drogues par des infirmières-sages-femmes et des conseillers en toxicomanie, 51 % d'entre elles ont pratiquement cessé leur consommation, 35 % ont réduit leur consommation et 14 % n'ont pas modifié leurs habitudes de consommation. Les principaux facteurs explicatifs des différences constatées entre ces trois groupes sont : l'importance de la consommation de cocaïne et de cannabis, les stressors psychosociaux et le moment du début du suivi prénatal. Tavris et al. (2000) constatent, dans l'évaluation d'un programme visant la réduction des facteurs de risque liés à la grossesse, une cessation presque complète de la consommation d'alcool et de drogues avant la 38^e semaine de grossesse des 166 participantes.

De même, dans le cadre de l'évaluation d'un programme volontaire de

désintoxication en milieu hospitalier suivi d'un séjour résidentiel en milieu protégé jusqu'à l'accouchement, Kyei-Aboagye et al. (1998) comparent les effets du programme sur la santé des nouveau-nés des 30 femmes consommatrices importantes d'héroïne et de cocaïne participant au programme et de 44 femmes consommatrices des mêmes drogues et ayant consulté la clinique externe en périnatalité du même hôpital. Les auteurs constatent une différence positive dans le poids des nouveau-nés (3 218 grammes, é.-t.: 596) par comparaison avec les nouveau-nés du groupe contrôle (2 806 grammes, é.-t.: 317), un nombre moindre de nouveau-nés avec insuffisance pondérale (3,33 % pour 31,8 %) et une durée moindre d'hospitalisation des nouveau-nés (3 jours, é.-t. : 0,5 pour 5,5 jours, é.-t.: 25).

LES FEMMES AYANT REÇU LE PROGRAMME NAITRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ NE CONSOMMENT PAS MOINS D'ALCOOL OU DE DROGUES QUE CELLES DU GROUPE CONTRÔLE EN FIN DE GROSSESSE.

Les informations sur la consommation d'alcool ou de drogues durant la grossesse proviennent des dossiers hospitaliers des participantes. Ces dernières devaient

répondre à quelques questions sur leurs habitudes de vie au moment de l'admission à l'hôpital pour leur accouchement. Des informations étaient disponibles pour 1 036 participantes concernant la consommation d'alcool et pour 1 043 concernant la consommation de drogues.

- Aucune différence significative n'a été notée entre les femmes du groupe expérimental et celles du groupe contrôle concernant tant la consommation d'alcool (4,2 % dans le groupe expérimental et 5,2 % dans le groupe contrôle, $p = 0,422$) que la consommation de drogues (6,1 % dans le groupe expérimental et 7,4 % dans le groupe contrôle $p = 0,397$). Les prévalences observées sont très faibles, comparées à celles relevées dans notre recension des écrits. Il s'agit probablement de consommatrices régulières ou abusives et très probablement de sous-estimations. Toutefois, le biais de la réponse attendue était le même dans les deux groupes.
- Dans les analyses multivariées, les facteurs associés à la consommation d'alcool étaient la pauvreté versus l'extrême pauvreté, le tabagisme durant la grossesse et la consommation de drogues (tableau 3.7.4).
- Les facteurs associés à la consommation de drogues étaient l'absence de conjoint, la primiparité et le tabagisme durant la grossesse (tableau 3.7.5).

Tableau 3.7.4

Facteurs associés significativement à la consommation d'alcool durant la grossesse

Caractéristiques des participantes	% de femmes ayant consommé de l'alcool durant la grossesse n = 1 036	Ratios de cotes ajustés n = 1 005	Intervalles de confiance à 95 %	
			Inférieurs	Supérieurs
Revenus				
Pauvreté	11,0 %			
Extrême pauvreté	4,1 %	0,19	0,08	0,44
Consommation de drogues durant la grossesse				
Non	2,8 %			
Oui	33,3 %	14,86	7,21	30,65
Tabagisme durant la grossesse				
Non	1,5 %			
Oui	7,3 %	3,84	1,53	9,65

Tableau 3.7.5

Facteurs associés significativement à la consommation
de drogues durant la grossesse
n = 758

Caractéristiques des mères	% de femmes ayant consommé des drogues durant la grossesse n = 1 043	Ratios de cotes ajustés n = 980	Intervalles de confiance à 95%	
			Inférieurs	Supérieurs
Situation conjugale				
Avec conjoint	5,1 %			
Sans conjoint	9,7 %	1,80	1,07	3,04
Tabagisme durant la grossesse				
Non	1,3 %			
Oui	11,5 %	8,84	3,77	20,74
Parité				
Primipare	9,7 %			
Multipare	4,3 %	0,45	0,26	0,78

Premières pistes d'action

- Le syndrome d'alcoolisme foetal a fait l'objet d'une attention particulière dans diverses communautés du Grand Nord et les « gens du Sud » gagneraient sans doute à s'en inspirer. La toxicomanie en milieu urbain se retrouve au cœur de nombreuses autres problématiques connexes (jeunes de la rue, VIH-sida) qui touchent probablement une partie des 50 % de femmes non rejointes par le programme NÉ-GS. L'intervention auprès de femmes enceintes consommatrices d'alcool et de drogues, y compris celle des médecins réalisant le suivi médical de grossesse, implique une coordination des services encore mieux définie afin de diriger les femmes enceintes présentant des problèmes de consommation vers les ressources spécialisées appropriées.

3.8 LE SOUTIEN SOCIAL DURANT LA GROSSESSE

Alors que tous les essais cliniques randomisés de programmes à composantes multiples recensés visent l'amélioration du soutien social, il est étonnant de constater que les résultats de ces efforts sur le soutien informatif, émotionnel, matériel ou socialisant ne sont pas présentés (Spencer et al. ; 1989 ; Bryce et al., 1991 ; Oakley et al., 1990 ; Heins et al., 1990 ; McLaughlin et al., 1992 ; Kitzman et al., 1997 ; Olds et al., 1986 ; Belizán et al., 1995).

Le soutien social est pourtant conçu comme une variable intermédiaire importante à plusieurs égards dans le cadre de la grossesse des femmes pauvres. Ainsi, de nombreux auteurs considèrent le soutien social comme un

facteur associé à l'amélioration de la santé des nouveau-nés (l'étude de Stevens-Simon étant trop récente pour avoir déjà été prise en considération par plusieurs de ces auteurs), la réduction du stress durant la grossesse, la réduction de la prévalence des symptômes dépressifs, l'adéquation des soins de santé durant la grossesse ou la réduction de comportements nocifs. Cependant, la récente méta-analyse de Hodnett (2001) confirme qu'aucune étude n'examine en détail l'impact de programmes de soutien social dans la perspective de l'atteinte de différentes cibles.

LES FEMMES AYANT REÇU LE PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ ONT BÉNÉFICIÉ D'UN SOUTIEN SOCIAL PLUS GRAND, DANS DES POURCENTAGES SIGNIFICATIVEMENT PLUS ÉLEVÉS ET POUR LA MAJORITÉ DES TYPES DE SOUTIEN.

Divers types de soutien social (aide émotionnelle, informative, matérielle et socialisante) ont été apportés aux femmes enceintes participant à l'étude afin de permettre à ces femmes de vivre une grossesse moins marquée par les difficultés d'ordre émotionnel, par les inconvénients dus à un manque d'information, par les problèmes d'ordre matériel ou par l'isolement.

- Dans le cadre de l'entrevue postnatale, des questions portant sur dix types de soutien social reçu durant la grossesse ont été soumises aux participantes des

groupes expérimental et contrôle (tableau 3.8.1). Les réponses à l'égard de six d'entre eux montrent une différence significative à l'avantage des participantes du groupe expérimental : la possibilité de se confier, l'information sur l'alimentation, l'information sur la grossesse, l'information sur l'accouchement, l'information sur l'aide matérielle pour le bébé et recevoir de la nourriture ou de l'argent pour de la nourriture.

Tableau 3.8.1

Types de soutien social selon le groupe de participation

	Groupe expérimental n = 378	Groupe contrôle n = 379	Population totale n = 757	Valeur p
Aide émotionnelle				
Encouragement reçu	94,3 %	95,5 %	94,9 %	0,452
Possibilité de se confier	90,7 %	85,5 %	88,1 %	0,026
Aide informative				
Sur l'alimentation	92,6 %	60,2 %	76,3 %	< 0,001
Sur la grossesse	83,1 %	64,9 %	74,0 %	< 0,001
Sur l'accouchement	61,2 %	46,7 %	53,9 %	< 0,001
Sur le séjour à l'hôpital	30,5 %	24,9 %	27,7 %	0,088
Sur l'aide matérielle pour le bébé	50,7 %	23,0 %	36,8 %	< 0,001
Aide matérielle				
Pour organiser le budget (n = 176)	43,6 %	30,6 %	36,4 %	0,075
Nourriture ou argent reçu pour nourriture	23,9 %	9,0 %	16,4 %	< 0,001
Aide socialisante				
Possibilité de sortir, de visiter quelqu'un	95,0 %	97,1 %	96,0 %	0,136

L'AIDE FORMELLE REÇUE PAR LES PARTICIPANTES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL NE S'EST PAS SUBSTITUÉE À L'AIDE INFORMELLE, MAIS ELLE S'Y EST AJOUTÉE.

- L'aide émotionnelle et l'aide socialisante proviennent surtout de sources informelles, alors que l'aide informative et l'aide matérielle reposent plutôt sur les sources formelles de soutien (tableau 3.8.2).
- L'analyse plus détaillée des principales sources informelles et formelles de soutien social citées par les participantes révèle que l'aide émotionnelle (tableau 3.8.3a) est surtout offerte par le conjoint, par les membres de la famille de la femme enceinte et

par les amis ou amies. L'intervenante privilégiée est également une source non négligeable de soutien émotif pour les femmes du groupe expérimental.

- Pour l'aide informative, l'intervenante privilégiée occupe une place importante aux yeux des participantes du groupe expérimental, devant le médecin et les cours prénatals, alors que ces derniers sont les sources principales d'aide informative des participantes du groupe contrôle (tableau 3.8.3b).
- En ce qui concerne l'aide matérielle, les participantes du groupe expérimental mentionnent avoir reçu de la nourriture ou de l'argent pour se procurer de la nourriture de la part des groupes communautaires ainsi que de l'intervenante privilégiée, alors que peu de participantes du groupe contrôle déclarent avoir reçu ce type de soutien des groupes communautaires (tableau 3.8.3c).
- Pour obtenir de l'aide pour sortir ou visiter quelqu'un, tant les participantes du groupe expérimental que celles du groupe contrôle se tournent principalement vers leur conjoint, un ami ou des membres de leur famille (tableau 3.8.3d).

Premières pistes d'action

- La perception qu'ont les femmes ayant reçu le programme du soutien offert par l'intervenante privilégiée consacre en quelque sorte la relation « privilégiée » qui s'est établie entre elles. Il semble que cette relation d'aide demeure dans les limites d'une intervention professionnelle puisque l'aide formelle ne se substitue pas à l'aide informelle. Ceci est sans aucun doute une orientation dont la mise en œuvre est bien engagée et qui mérite d'être consolidée.
- Les participantes reconnaissent la présence de leur conjoint, de leur mère et des autres membres de leur famille comme soutien émotif et soutien socialisant. Toutefois, elles accordent somme toute relativement peu d'importance au rôle de leurs proches en matière de soutien informatif. La difficulté de concilier les conseils du réseau informel de soutien et ceux du réseau formel ont pourtant fait l'objet de bien des discussions. Il serait intéressant de pousser la compréhension de ces influences multiples et de vérifier dans quelle mesure il s'agit véritablement d'une perception différentielle de l'apport des professionnels en cette matière ou plutôt d'une influence inconsciente qui gagnerait à être révélée.

Tableau 3.8.2

Sources de soutien social parmi les participantes selon les types de soutien

Types de soutien social	Groupe expérimental n = 378 %	Groupe contrôle n = 379 %	Population totale n = 757 %
Aide émotionnelle			
Possibilité de se confier			
Total des sources formelles ¹	34,7	12,4	23,5
Total des sources informelles ²	81,2	83,1	82,2
Encouragement reçu			
Total des sources formelles	19,0	8,4	13,7
Total des sources informelles	86,0	83,6	84,8
Aide informative			
Sur l'alimentation			
Total des sources formelles	92,1	52,8	72,4
Total des sources informelles	18,5	24,8	21,7
Sur la grossesse			
Total des sources formelles	80,4	60,4	70,4
Total des sources informelles	17,2	23,7	20,5
Sur l'accouchement			
Total des sources formelles	60,6	42,5	51,5
Total des sources informelles	14,8	15,3	15,1
Sur le séjour à l'hôpital			
Total des sources formelles	28,8	22,4	25,6
Total des sources informelles	6,1	6,6	6,3
Sur l'aide matérielle pour le bébé			
Total des sources formelles	46,0	11,3	28,7
Total des sources informelles	19,6	16,4	18,0
Aide matérielle			
Pour organiser le budget			
Total des sources formelles	4,8	1,6	3,2
Total des sources informelles	5,6	7,1	6,3
Nourriture ou argent reçu pour nourriture			
Total des sources formelles	20,9	6,6	13,7
Total des sources informelles	4,5	3,7	4,1
Aide socialisante			
Possibilité de sortir, de visiter quelqu'un			
Total des sources formelles	1,9	0,5	1,2
Total des sources informelles	94,4	97,1	95,8

¹ Les sources formelles de soutien comprennent : l'intervenante privilégiée, un médecin, les autres intervenants du CLSC, l'hôpital, les groupes communautaires et les cours prénatals.

² Les sources informelles de soutien comprennent : une démarche personnelle, un ami ou une amie, le conjoint, un ex-conjoint, la mère, les enfants, les membres de la famille, les membres de la belle-famille, les voisins.

Tableau 3.8.3a

Sources formelles et informelles selon les types de soutien social : l'aide émotionnelle
 Groupe expérimental : n = 378 Groupe contrôle : n = 379

Source	SOUTIEN FORMEL	
	Encouragement reçu %	Possibilité de se confier %
Intervenante privilégiée		
Expérimental	13,8	27,2
Contrôle	---	---
Médecin		
Expérimental	2,4	2,9
Contrôle	2,1	3,2
CLSC		
Expérimental	0,8	1,9
Contrôle	1,3	1,6
Hôpital		
Expérimental	0,5	0,5
Contrôle	0,5	0,5
Groupes communautaires		
Expérimental	1,9	2,9
Contrôle	1,1	1,8
Cours prénatal		
Expérimental	---	0,8
Contrôle	0,5	2,6

Source	SOUTIEN INFORMEL	
	Encouragement reçu %	Possibilité de se confier %
Démarche personnelle		
Expérimental	0,3	---
Contrôle	0,8	---
Ami ou amie		
Expérimental	27,2	37,3
Contrôle	28,5	45,6
Conjoint		
Expérimental	58,5	41,5
Contrôle	56,7	43,8
Ex-conjoint		
Expérimental	0,8	0,3
Contrôle	0,5	0,3
Mère		
Expérimental	19,8	16,9
Contrôle	19,8	14,8
Enfants		
Expérimental	1,9	0,3
Contrôle	1,1	0,5
Membres de la famille		
Expérimental	33,1	28,3
Contrôle	34,3	25,6
Membres de la belle-famille		
Expérimental	9,5	5,0
Contrôle	6,9	9,2
Voisins		
Expérimental	0,5	0,8
Contrôle	0,3	0,3

Tableau 3.8.3b
Sources formelles et informelles selon les types de soutien social : l'aide informative
Groupe expérimental : n = 378 Groupe contrôle : n = 379

Source	SOUTIEN FORMEL Information...				
	Sur l'alimentation %	Sur la grossesse %	Sur l'accouchement %	Sur le séjour à l'hôpital %	Sur l'aide matérielle pour le bébé %
Intervenante privilégiée					
Expérimental	80,7	62,7	45,0	18,0	41,0
Contrôle	----	----	----	----	----
Médecin					
Expérimental	17,7	34,4	16,4	7,4	0,3
Contrôle	26,6	42,2	19,3	9,0	0,5
CLSC					
Expérimental	9,3	4,8	2,9	0,5	3,2
Contrôle	12,7	6,3	5,3	2,4	5,0
Hôpital					
Expérimental	4,8	4,0	3,2	6,1	0,3
Contrôle	6,9	2,4	3,4	6,1	1,3
Groupes communautaires					
Expérimental	1,1	0,5	----	----	3,4
Contrôle	1,1	----	0,5	0,3	1,1
Cours prénatal					
Expérimental	9,5	14,3	15,6	3,4	1,9
Contrôle	13,7	17,2	20,3	7,4	2,9

Source	SOUTIEN INFORMEL Information...				
	Sur l'alimentation %	Sur la grossesse %	Sur l'accouchement %	Sur le séjour à l'hôpital %	Sur l'aide matérielle pour le bébé %
Démarche personnelle					
Expérimental	4,5	5,0	3,7	3,2	2,1
Contrôle	9,0	6,9	4,5	1,3	1,6
Ami ou amie					
Expérimental	3,4	3,7	4,5	0,8	9,0
Contrôle	5,0	7,7	5,5	2,9	8,2
Conjoint					
Expérimental	2,4	0,3	0,3	0,3	0,5
Contrôle	3,2	0,3	0,5	----	0,8
Ex-conjoint					
Expérimental	----	----	----	----	----
Contrôle	----	0,3	----	----	----
Mère					
Expérimental	2,9	3,4	2,1	----	3,4
Contrôle	4,2	4,2	4,0	0,5	4,0
Enfants					
Expérimental	0,5	0,3	0,3	----	----
Contrôle	----	----	----	----	----
Membres de la famille					
Expérimental	7,7	6,6	5,6	1,6	7,9
Contrôle	10,0	10,6	6,3	2,1	8,2
Membres de la belle-famille					
Expérimental	2,1	4,5	2,4	0,8	2,9
Contrôle	4,7	2,9	1,8	0,5	3,4
Voisins					
Expérimental	----	0,3	----	----	----
Contrôle	0,3	0,3	----	----	----

Tableau 3.8.3c

Sources formelles et informelles selon les types de soutien social : l'aide matérielle
 Groupe expérimental : n = 378 Groupe contrôle : n = 379

Source	FORMELLE	
	Aide pour organiser le budget %	Nourriture ou argent reçu pour nourriture %
Intervenante privilégiée		
Expérimental	3,7	5,0
Contrôle	----	----
Médecin		
Expérimental	----	----
Contrôle	----	----
CLSC		
Expérimental	----	0,8
Contrôle	0,8	0,3
Hôpital		
Expérimental	----	----
Contrôle	----	----
Groupes communautaires		
Expérimental	0,3	13,2
Contrôle	----	3,4
Cours prénatal		
Expérimental	----	----
Contrôle	----	----

Source	INFORMELLE	
	Aide pour organiser le budget %	Nourriture ou argent reçu pour nourriture %
Démarche personnelle		
Expérimental	0,3	----
Contrôle	----	----
Ami ou amie		
Expérimental	0,8	0,3
Contrôle	1,1	0,8
Conjoint		
Expérimental	1,3	0,3
Contrôle	0,5	0,5
Ex-conjoint		
Expérimental	----	----
Contrôle	----	----
Mère		
Expérimental	1,9	0,8
Contrôle	1,3	1,1
Enfants		
Expérimental	----	----
Contrôle	----	----
Membres de la famille		
Expérimental	2,4	3,7
Contrôle	3,2	2,1
Membres de la belle-famille		
Expérimental	1,3	0,3
Contrôle	3,2	0,8
Voisins		
Expérimental	----	----
Contrôle	----	----

Tableau 3.8.3d

Sources formelles et informelles selon les types de soutien social : l'aide socialisante
 Groupe expérimental : n = 378 Groupe contrôle : n = 379

Source	FORMELLE
	Possibilité de sortir, de visiter quelqu'un. %
Intervenante privilégiée	
Expérimental	0,3
Contrôle	-----
Médecin	
Expérimental	0,3
Contrôle	----
CLSC	
Expérimental	0,5
Contrôle	0,3
Hôpital	
Expérimental	----
Contrôle	----
Groupes communautaires	
Expérimental	0,3
Contrôle	0,3
Cours prénatal	
Expérimental	0,3
Contrôle	----

Source	INFORMELLE
	Possibilité de sortir, de visiter quelqu'un. %
Démarche personnelle	
Expérimental	20,6
Contrôle	24,5
Ami ou amie	
Expérimental	49,7
Contrôle	50,1
Conjoint	
Expérimental	60,6
Contrôle	61,7
Ex-conjoint	
Expérimental	0,8
Contrôle	0,5
Mère	
Expérimental	7,1
Contrôle	10,0
Enfants	
Expérimental	7,4
Contrôle	9,5
Membres de la famille	
Expérimental	25,7
Contrôle	19,8
Membres de la belle-famille	
Expérimental	4,2
Contrôle	3,7
Voisins	
Expérimental	0,8
Contrôle	0,3

3.9 Les stresseurs durant la grossesse

Comme le souligne Wheaton (1994), il est utile, dans un premier temps, de distinguer entre trois termes, les stresseurs, le stress et la détresse psychologique, autrement dit, entre le problème du stimulus, le processus physiologique impliqué dans la réponse au stimulus et la réponse comportementale et psychologique qui résulte du processus physiologique.

Il n'existe pas d'études cliniques, randomisées ou non, de programmes ayant évalué un programme spécifique visant à modifier le niveau de stress de femmes enceintes vivant dans la pauvreté.

Les études randomisées présentées par Stevens-Simon et Orleans (1999) soulignent presque toutes l'importance de la réduction du stress comme objectif et considèrent que le programme évalué dans chacune des études devrait atteindre cet objectif (Spencer et al., 1989 ; Oakley et al., 1990 ; McLaughlin et al., 1992 ; Bryce et al., 1991 ; Heins et al., 1990 ; Belizán et al. 1995). Cependant, ces mêmes auteurs ne présentant pas de mesures du stress avant ou après le programme, il n'est pas possible d'évaluer si l'objectif de

réduction du stress durant la grossesse a été atteint. Toutefois, deux études soulignent, d'une part, que les participantes au programme discutaient plus fréquemment du stress associé à la grossesse et à la vie de famille avec les personnes offrant les services et les membres du réseau social informel (Olds et al., 1986) et, d'autre part, que les participantes au programme ont eu plus tendance à recourir aux organismes communautaires que les participantes du groupe contrôle (Kitzman et al., 1997).

Il est cependant reconnu que, en soi, la grossesse est un facteur de stress chez la plupart des femmes enceintes et plus encore chez les femmes pauvres ou extrêmement pauvres. Être enceinte requiert généralement une adaptation physique et mentale dans bon nombre d'aspects de la vie et exige de passer par diverses périodes de transition. En effet, la grossesse peut être accompagnée d'inquiétude à l'égard des ressources financières et du logement, de tensions relationnelles avec le conjoint, ainsi que de problèmes de santé potentiels ou réels.

Il est aussi démontré qu'un soutien social important (présence de personnes aidantes, relations non abusives), en permettant de réduire l'impact de facteurs psychosociaux, pourrait avoir un effet protecteur.

Le stress chez la mère durant la grossesse est aussi une des dimensions soulignées dans nombre d'études comme étant associée à divers problèmes de santé des nouveau-nés. Bien que le processus physiologique impliqué dans la relation entre le stress et la santé des nouveau-nés soit encore mal connu, il est maintenant avancé que le stress pourrait avoir un effet sur l'axe neuroendocrinien des femmes enceintes (Lockwood, 1999 ; Wadhwa et al., 1996), sur leurs habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool et de drogues ; Ludman et al., 2000 ; Paarlberg et al., 1999 ; Curry, 1998 ; Dejin-Karlsson et al., 1996), ainsi que sur le suivi prénatal (Sable et Wilkinson, 1999). Cet effet se traduirait alors directement ou indirectement, dans certains cas, par des problèmes de 1992 ; Orr et al., 1996 ; Wadhwa et al., 1993), la prématurité (Freda et al., 1990 ; Lobel et al., 1992 ; Wadhwa et al., 1993), le développement du fœtus ou encore certains types de santé de la mère et du nouveau-né. Les problèmes

rattachés au stress sont de divers ordres, incluant la dépression maternelle en période périnatale (Séguin et al., 1999 ; Hoffman et Hatch, 1996), l'IPN Curry, 1998 ; Lobel et al., malformations congénitales (Hansen et al., 2000).

Il demeure donc de nombreuses questions entourant la relation entre stress et grossesse, dont celle de l'impact différentiel des stressseurs chroniques (niveau de stress plus ou moins important lié à la vie quotidienne) et des stressseurs aigus (tels que le décès d'un proche ; Hoffman et Hatch, 1996), ainsi que celle de la possibilité d'une conceptualisation multidimensionnelle du stress et de ses impacts sur les habitudes de vie et la santé maternelle et fœtale (Da Costa et al., 1999).

IL N'Y A PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES PARTICIPANTES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL ET CELLES DU GROUPE CONTRÔLE QUANT À LA PRÉSENCE D'ÉVÉNEMENTS STRESSEURS DURANT LA GROSSESSE, MAIS UNE TENDANCE RESSORT ($p = 0,093$) EN FAVEUR DES FEMMES DU GROUPE EXPÉRIMENTAL QUI AURAIENT MOINS DE PROBLÈMES À PAYER LES COMPTES. IL FAUT CEPENDANT NOTER QUE PLUS DE 60 % DE CES FEMMES ENCEINTES DÉFAVORISÉES ONT FAIT FACE À DES STRESSEURS CHRONIQUES OU AIGUS DURANT LEUR GROSSESSE.

La présence de stressseurs durant la grossesse a été mesurée auprès des 758 femmes ayant participé à l'entrevue postnatale. Les stressseurs considérés étaient le déménagement, la présence de stressseurs aigus durant la grossesse (décès, mariages, problèmes de santé importants d'un proche, etc.) et les problèmes à payer les comptes.

- Environ 45 % des participantes à l'étude ont déménagé et 11 % d'entre elles ont déménagé deux fois ou plus. Il est reconnu que les déménagements durant la grossesse engendrent un stress. Dans la majorité des cas, le déménagement constitue une amélioration (logement plus grand, moins cher, mieux chauffé), mais une fois sur quatre, il s'ajoute à d'autres difficultés (rupture avec le conjoint, problème à payer), aggravant ainsi l'intensité du stress.
- La présence de stressseurs aigus variait de 25,3 % dans le groupe contrôle à 30,4 % dans le groupe expérimental ($p = 0,118$). Concernant la proportion de femmes ayant éprouvé des problèmes à payer leurs comptes, la tendance contraire a été observée avec 20,7 % dans le groupe expérimental et 25,9 % dans le groupe contrôle ($p = 0,093$). Au total, c'est plus de 60 % des participantes qui ont vécu des événements difficiles ou fait face à des stressseurs aigus durant leur grossesse (tableau 3.9.1).

Tableau 3.9.1

Conditions de vie et stressseurs aigus durant la grossesse
selon la participation au programme
n = 758

Stresseurs	Groupe expérimental %	Groupe contrôle %	Population totale %	Valeur p
Nombre de déménagements durant la grossesse				
0	56,7	55,0	55,9	0,811
1	31,7	33,9	32,7	
2 ou plus	11,6	11,1	11,4	
Raisons du déménagement				
Positives	33,4	35,9	34,7	0,755
Négatives	9,1	9,2	9,2	
Aucun déménagement	56,7	55,0	55,9	
Survenue de stressseurs aigus durant la grossesse				
	30,4	25,3	27,9	0,118
Problèmes à payer les comptes				
	20,7	25,9	23,3	0,093
Déménagements, stressseurs aigus ou problèmes à payer les comptes				
	62,0	65,2	63,6	0,655

3.10 L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ DURANT LA GROSSESSE

Il existe des différences importantes quant à la couverture des soins de santé entre les États-Unis et le Québec, dont celle de la couverture des soins par le régime public. Alors qu'aux États-Unis cette couverture est partielle et laisse de côté les familles à faible revenu, au Québec, les soins de santé sont, en théorie, également accessibles à tous les citoyens.

Aucune étude québécoise ou base de données accessible ne permet de connaître l'adéquation ou non des suivis prénatals dans la population générale, ni non plus parmi les femmes enceintes les plus pauvres ou extrêmement pauvres. Cependant, dans le cadre d'études prospectives portant sur la symptomatologie dépressive (Séguin et al., 1993) et sur l'allaitement maternel (Séguin et al., 1998) auprès de femmes provenant de milieu défavorisé, les auteures constatent que toutes les participantes à ces deux études ont eu un suivi prénatal et qu'en moyenne celui-ci a consisté en 11 visites chez le médecin. Bien que ces études ne soient pas parfaitement représentatives de la population à l'étude, elles fournissent une indication quant à l'adéquation

habituelle des suivis prénatals au Québec.

Une large part des écrits sur la question de l'accessibilité des soins provient des États-Unis. Selon l'ensemble de ces études, le suivi prénatal inadéquat est principalement associé à la pauvreté.

Les études randomisées de programmes prénatals globaux ne permettent pas, à une exception près, de connaître l'effet de ces programmes sur l'adéquation du suivi prénatal. Ainsi, Belizán et al. (1995), dans le cadre d'un programme qui vise le renforcement de l'utilisation des services de santé prénatale, ne constatent pas de différence sur l'adéquation du suivi prénatal entre les participantes des groupes expérimental et contrôle.

Même si d'autres résultats d'essais cliniques randomisés sur cette question ne sont pas disponibles, quelques autres études, de différents types, apportent un premier éclairage dans la compréhension des obstacles à un suivi médical prénatal adéquat. Ainsi, il est de plus en plus reconnu que d'autres dimensions que le statut socio-économique doivent être prises en

compte, et ce en s'attardant aux deux composantes du suivi prénatal : le moment de l'initiation et le recours régulier aux services médicaux durant la grossesse.

D'après Enderlein et al. (1999), aucune caractéristique socio-démographique n'est associée au début du suivi prénatal, mais le fait d'avoir au moins deux problèmes médicaux ou obstétriques augmente la probabilité de commencer le suivi prénatal plus tôt durant la grossesse, alors que l'absence ou la quasi-absence de symptômes de grossesse sont associées à un retard dans le suivi prénatal.

Le fait de vivre une grossesse non désirée revient comme obstacle associé à un suivi prénatal inadéquat dans plusieurs études. Selon Mayer (1997), les femmes de statut socio-économique faible vivant une grossesse non désirée ont 1,6 fois plus de chances de retarder l'initiation du suivi prénatal que les femmes ayant une grossesse désirée. Poole et al. (1997) remarquent aussi que les grossesses non désirées sont associées à un retard dans l'initiation du suivi prénatal. Mikhail (1999), pour sa part, a mené une étude auprès de 126 femmes de statut socio-économique faible, dont plus des trois quarts vivaient

une grossesse non désirée et qui, dans la moitié des cas, n'ont pas reçu un suivi prénatal adéquat. Il a repéré cinq obstacles associés à l'inadéquation du suivi prénatal : la consommation d'alcool ou de drogues, la crainte de l'examen médical, la croyance que le suivi prénatal n'est pas nécessaire, la connaissance et le sentiment d'assurance lié à une grossesse antérieure et l'absence d'une personne pour garder les autres enfants. Mayer (1997) avait également trouvé que celles qui croient que le suivi prénatal n'est pas important ont 2,1 fois plus de chances de différer l'initiation du suivi prénatal.

Cook et al. (1999) soulignent, dans une étude visant à distinguer entre divers facteurs sociaux, environnementaux et psychologiques, que les principaux obstacles à un suivi prénatal adéquat sont le fait qu'une femme ne veuille pas divulguer sa grossesse et l'absence d'aide pour se rendre à ses rendez-vous médicaux. La perception d'un stress continu durant la grossesse serait également liée à un suivi prénatal inadéquat (Sable et Wilkinson, 1999).

Dans une étude qualitative auprès de 15 femmes n'ayant pas reçu un suivi prénatal adéquat, Johnson et al. (1994)

remarquent que les obstacles à un suivi prénatal adéquat sont de deux ordres : individuel (faible motivation, absence de connaissances, craintes et fatigue) et social (problèmes de transport, manque de coordination des ressources de santé, absence de soutien social, absence d'une ressource pour garder les enfants, absence du travail et manque de temps). D'ailleurs, le soutien social provenant du conjoint est positivement associé à un suivi prénatal adéquat (Schaffer et Lia-Hoagberg, 1997).

Enfin, la culture et le statut sociodémographique des groupes visés par un suivi prénatal sont deux dimensions qui sont rarement prises en compte dans la conception et la mise en oeuvre des programmes de suivi prénatal. Cela détermine pourtant directement leur accessibilité, leur disponibilité et leur contenu et peut décourager leur utilisation par les femmes enceintes de faible statut socioéconomique (Morton et Loos, 1995 ; Sword, 1999).

LA MAJORITÉ DES FEMMES ENCEINTES DÉFAVORISÉES REÇOIVENT LE SUIVI MÉDICAL RECOMMANDÉ, QU'ELLES REÇOIVENT OU NON LE PROGRAMME NAITRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ. DE FAÇON GÉNÉRALE, PLUS ELLES ONT DE PROBLÈMES DE SANTÉ, PLUS ELLES REÇOIVENT DE SERVICES.

Afin d'analyser l'adéquation des suivis médicaux en prénatal, nous avons utilisé l'indice de Kotelchuk. Cet indice prend simultanément en considération le début des suivis prénatal, ainsi que la proportion de visites effectuées par rapport au nombre de visites recommandées par la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada (tableau 3.10.1).

Tableau 3.10.1

L'indice de Kotelchuk

Catégories de services	Début des suivis médicaux	Proportion des visites effectuées par rapport au nombre de visites recommandées
Adéquats plus	1 ^{er} ou 2 ^e mois	110 % ou plus
Adéquats	3 ^e ou 4 ^e mois	80 % à 109 %
Intermédiaires	5 ^e ou 6 ^e mois	50 % à 79 %
Inadéquats	7 ^e mois ou plus ou aucun	Moins de 50 %

- Une proportion de 78,3 % des femmes enceintes de milieu défavorisé participant à cette étude ont reçu des services « adéquats » ou « adéquats plus ». Seulement 4 % ont eu un suivi jugé inadéquat, incluant trois femmes dont la première visite a eu lieu au troisième trimestre et une seule femme qui n'a eu aucun suivi médical. L'accessibilité financière aux soins grâce aux programmes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec explique cette forte utilisation des services. La proportion de participantes avec suivis « adéquats » ou « adéquats plus » ne variait pas de façon significative selon la participation ou non au programme (78,7 % avec programme pour 77,8 % sans programme). Chez plus de 90 % des participantes, la première visite a eu lieu avant le 5^e mois de grossesse. Les suivis médicaux étaient plus intensifs s'il y avait problème de santé ou prématurité (tableau 3.10.2).
- Les principaux facteurs associés à des suivis intermédiaires ou inadéquats sont les antécédents d'IPN et l'absence d'amis. L'âge maternel (35 ans et plus) et la consommation d'alcool sont aussi associés aux suivis, mais dans le sens contraire : en présence de l'un ou l'autre de ces deux facteurs, les suivis étaient meilleurs (tableau 3.10.3).

Tableau 3.10.2

Suivis médicaux durant la grossesse selon l'indice de Kotelchuk
n = 755

Caractéristiques des participantes	Adéquats plus %	Adéquats %	Intermédiaires %	Inadéquats %	Valeur p
Population totale (n = 755)	22,8	55,5	17,7	4,0	0,776
Groupe expérimental	23,3	55,4	16,7	4,5	
Groupe contrôle	22,2	55,6	18,8	3,4	
Sans problème de santé en prénatal (n = 427)	19,7	55,5	20,1	4,7	0,794
Groupe expérimental	20,5	55,6	18,5	5,4	
Groupe contrôle	18,9	55,4	21,6	4,1	
Avec problème de santé en prénatal (n = 328)	26,8	55,5	14,6	3,0	0,971
Groupe expérimental	26,7	55,2	14,5	3,5	
Groupe contrôle	26,9	55,8	14,7	2,6	
Sans prématurité (n = 699)	21,3	56,7	18,2	3,9	0,883
Groupe expérimental	22,0	56,8	17,1	4,1	
Groupe contrôle	20,6	56,5	19,2	3,7	
Avec prématurité (n = 56)	41,1	41,1	12,5	5,4	0,478
Groupe expérimental	37,5	40,6	12,5	9,4	
Groupe contrôle	45,8	41,7	12,5	0	

Tableau 3.10.3

Facteurs associés significativement à un suivi médical intermédiaire ou inadéquat durant la grossesse
n = 755

Caractéristiques des participantes	% des femmes avec suivi intermédiaire ou inadéquat	Ratios de cotes ajustés	Intervalles de confiance à 95 %	
			Inférieur	Supérieur
Âge de la mère				
13-17 ans	25,5	0,32 (35 ans et plus vs 34 ans et moins)	0,12	0,82
18-19 ans	23,3			
20-34 ans	22,2			
35-43 ans	10,3			
Antécédents d'IPN				
Oui	33,3	2,35	1,22	4,53
Non	21,9	(antécédents vs autres)		
Primipares	20,3			
Consommation d'alcool				
Oui	5,9	0,21	0,05	0,91
Non	22,2			
Présence d'amis ou d'amies				
Oui	20,8			
Non	31,3	1,84	1,04	3,28

Premières pistes d'action

- L'étude révèle qu'en général la première visite chez le médecin a lieu au bon moment, qu'un nombre adéquat de visites médicales prénatales est réalisé et que ces visites s'intensifient en fonction du nombre de problèmes de santé présents. Ceci révèle que notre système de soins assure une certaine accessibilité des services médicaux prénataux. Compte tenu de ces résultats et devant les difficultés rencontrées pour mettre en oeuvre la composante « suivi de santé en complémentarité avec le suivi médical », ce volet du programme gagnerait à être revu en associant les médecins et les infirmières en CLSC.

- L'indice de Kotelchuk mesure la précocité et la fréquence des suivis et non pas la qualité des soins, ni leur adéquation avec les guides de pratique pour chaque problème de santé. Nous avons vu que l'âge de la mère et la consommation d'alcool semblent davantage pris en considération que l'isolement social et les antécédents d'IPN lors d'une grossesse antérieure. Mais compte tenu de l'importance des associations observées, notamment celles entre prématurité et problèmes de santé, des recherches ultérieures devront porter sur les itinéraires thérapeutiques, le contenu des épisodes de soins, ainsi que sur la complémentarité entre le suivi de santé offert par l'intervenante privilégiée et celui offert par le médecin traitant.

4. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET RÉFLEXIONS SUR LES PRATIQUES

Chacun des membres de l'équipe de recherche aurait souhaité que le projet se termine avec des résultats clairs, sans équivoque. Les intervenantes, les gestionnaires et les décideurs du réseau qui sont préoccupés par la santé des mères défavorisées et de leurs nouveau-nés auraient bien aimé eux aussi que le projet réponde à toutes les questions.

Hélas ! —ou, qui sait, heureusement !—, ce projet de recherche, comme la majorité des projets, répond seulement à quelques questions et en soulève plus qu'il n'en résout.

4.1 QUELS SONT LES EFFETS DE LA PHASE PRÉNATALE DU PROGRAMME NAÏTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ ?

La question de recherche à l'étude était : « Quels sont les effets de la phase prénatale du programme NÉ-GS ? » Non seulement nous avons répondu à cette question, mais nous avons aussi identifié plusieurs facteurs associés à la santé de la mère et du nouveau-né, ainsi qu'aux variables intermédiaires susceptibles de l'améliorer.

Le projet a eu des effets positifs significatifs. Un résultat positif a été observé en ce qui a trait au score moyen d'une échelle de symptomatologie dépressive des nouvelles mères, où le programme a un effet protecteur. Le programme a eu des effets positifs significatifs sur les habitudes alimentaires et la prise de vitamines. L'impact du programme sur l'aide informative, financière et émotionnelle est ressorti de façon claire, mais le supplément d'aide informative reçu n'a pas toujours entraîné des changements de comportement. Ce fut le cas, entre autres, pour le tabagisme, facteur fortement associé au RCIU.

Globalement, le programme NÉ-GS n'a pas d'effet sur l'IPN, le RCIU et la prématurité. Le même résultat avait été observé dans toutes les études randomisées qui ont étudié la

question. Tous les membres de l'équipe de recherche s'entendent pour dire que si l'on veut réduire ces trois phénomènes, il faut agir en amont, bien avant la grossesse, et privilégier la lutte contre la pauvreté ainsi que l'amélioration des conditions de vie.

Des tendances à plus d'IPN et à plus de prématurité, quoique de façon moins marquée, ont été observées chez les femmes du groupe expérimental et une différence significative a même été notée dans le sous-groupe des non-fumeuses en ce qui concerne l'IPN. Compte tenu de ce dernier résultat et du fait que dans la majorité des analyses stratifiées nous avons trouvé plus d'IPN et de prématurité chez les femmes ayant reçu le programme, l'hypothèse d'un effet négatif du programme sur ces variables a été l'objet de beaucoup de discussions et de controverses au sein de l'équipe de recherche. Nous reviendrons plus loin sur ces réflexions et sur les hypothèses explicatives soulevées.

Les effets du programme se résument donc à certains effets positifs sur la mère (santé mentale, soutien social, alimentation durant la grossesse, utilisation plus adéquate des préparations pour nourrissons), à l'absence d'effet positif sur le nouveau-né et à un effet négatif sur l'IPN dans le sous-groupe des non-fumeuses. Revenons sur ce dernier résultat. Nous l'avons examiné sous toutes ses coutures. Afin de statuer sur l'importance à y accorder, nous nous sommes posé trois questions majeures : sur la validité de la recherche, sur la signification des concepts à l'étude et sur les liens de causalité entre le programme et ce résultat.

Quelle valeur accorder à ces résultats ?

La première série de questions concerne la valeur à accorder à ce résultat et, plus largement, à la validité interne et externe de la recherche elle-même. Tout projet de recherche essaie d'estimer la vraie valeur d'un phénomène et seul Dieu en connaît la vraie valeur ! La validité dépend du type de devis utilisé, de la sélection des sujets, de leur répartition entre les groupes, du contrôle des facteurs confondants et de la qualité des informations colligées. Des erreurs aléatoires sont aussi possibles, surtout lorsque le nombre des sujets inclus dans chacun des groupes à l'étude est faible.

Le devis de recherche utilisé dans cette étude est l'essai clinique randomisé. C'est le type de devis qui permet le plus haut niveau de certitude concernant le lien observé. Ce haut degré de certitude tient au fait que les sujets sont répartis au hasard entre les groupes, afin qu'ils soient comparables en tous points sauf en ce qui concerne la présence du facteur étudié, dans ce cas-ci la participation (ou non) au programme NÉ-GS.

Un danger important de ce type de devis est de réaliser un programme artificiel, fait dans des conditions extraordinaires, qui engendre ainsi des résultats forts différents de ceux qu'on observerait une fois le programme généralisé. Un autre danger est le risque que les sujets du groupe contrôle, s'ils vivent dans le même environnement que les sujets du groupe expérimental, bénéficient eux aussi du programme (contamination du groupe contrôle).

Au regard de ces deux biais potentiels, nous ne pensons pas que le programme ait été appliqué dans des conditions irréalistes compte tenu qu'il y avait deux vagues d'implantation du programme dans dix territoires de CLSC de deux régions différentes, que chaque CLSC disposait d'une période de rodage et que le projet comprenait plus de 50 intervenantes privilégiées. Nous ne croyons pas non plus à la contamination du groupe contrôle, puisque les suppléments alimentaires étaient distribués sans l'intermédiaire des CLSC et que les sujets de ce groupe contrôle ont peu utilisé les services des CLSC même s'ils avaient librement accès à toutes les ressources de la communauté.

La répartition au hasard de chacun des sujets a fait en sorte qu'il n'y a aucune différence significative sur le plan des caractéristiques socio-démographiques et des habitudes de vie entre les sujets du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle. Seul l'indice de masse corporelle et le poids moyen avant la grossesse différaient entre les groupes. Les femmes du groupe expérimental avaient un poids moyen au début de la grossesse qui était supérieur à celui des femmes du groupe contrôle. S'il y avait biais, il irait dans le sens contraire de l'effet observé sur l'IPN puisqu'un poids moyen plus élevé avant la grossesse est associé à significativement moins d'IPN.

Le contrôle des facteurs confondants a été assuré, car la majorité des facteurs de risque identifiés dans la littérature étaient mesurés et ont été intégrés dans les analyses multivariées.

La qualité des informations colligées nous apparaît, malgré quelques limites, satisfaisante. Les informations sur le poids à la naissance ne peuvent être entachées de biais. Les données sur la prématurité ont été recueillies dans les dossiers hospitaliers et un biais de mémoire sur la date des dernières menstruations est toujours possible lorsque les résultats d'une échographie n'étaient pas disponibles. Toutefois, si biais il y a, il serait semblable dans les deux groupes. Concernant la consommation d'alcool et de drogues, le biais de désirabilité ou de la réponse attendue est possible puisque les prévalences observées sont très faibles. Encore ici, si biais il y a, il serait semblable dans les deux groupes. L'instrument utilisé pour mesurer l'attachement mère-enfant a certaines limites. Enfin, la mesure du suivi médical de grossesse ne nous fournit aucune indication quant à la nature et à la qualité de ces interventions.

C'est sur le plan des erreurs aléatoires que des précautions sont nécessaires dans l'interprétation des résultats. La taille de l'échantillon requise a été calculée pour les analyses brutes (ou globales) et non pour les analyses stratifiées. Or la majorité de nos analyses par sous-groupe sont faites sur de petits effectifs (moins de 500 par groupe et parfois même moins de 100). Dans ces conditions, la puissance de l'étude à détecter une différence significative est faible. C'est pourquoi nous pensons que plusieurs des tendances observées, positives ou négatives, doivent être reconsidérées avec prudence et que plusieurs différences auraient pu être significatives si les effectifs avaient été plus grands. À l'opposé, des tendances, voire même des différences significatives peuvent n'être que l'effet du hasard et cette éventualité est grande lorsqu'on multiplie les analyses comme on l'a fait.

Dans de telles circonstances, il faut examiner soigneusement les pourcentages qu'on obtient dans chacun des groupes à l'étude. Ainsi, pour chacune des deux différences significatives observées dans les analyses stratifiées concernant l'IPN, la prévalence dans les groupes contrôles était inférieure à 5 %. Le même phénomène s'est produit avec les analyses stratifiées sur la prématurité où les prévalences dans les groupes contrôles étaient respectivement de 3,6 % et 4 %. On ne connaît pas la prévalence

d'IPN, de RCIU et de prématurité chez les femmes québécoises non fumeuses, mais de telles prévalences sont difficiles à expliquer quand on les compare aux moyennes des femmes québécoises défavorisées. Enfin, il est statistiquement probable que les résultats obtenus soient justes 19 fois sur 20. Même si l'on a spontanément tendance à l'oublier, il est toujours techniquement possible que les résultats de cette étude constituent l'exception à la règle.

Est-ce que les résultats que nous avons observés peuvent être généralisés à tous les CLSC qui appliquent ou appliqueraient le programme NÉ-GS ? Cette question renvoie à la validité externe d'une étude, soit la valeur des résultats pour d'autres milieux ou d'autres temps.

Il importe d'abord de préciser que, conformément à notre modèle conceptuel, la démarche d'action intersectorielle est essentielle pour coordonner les efforts de tous les acteurs afin de créer ou de consolider un réseau de services et de soutien aux familles, de rejoindre celles qui sont le plus isolées, d'améliorer leurs conditions de vie et de faire du lobbying médiatique ou politique. Les ressources en place ainsi que l'environnement politique sont donc des facteurs à considérer dans la généralisation des résultats. Le même programme appliqué aux États-Unis sans programme public de services médicaux et avec un réseau différent d'organismes communautaires ne produirait pas les mêmes résultats. De plus, la mise sur pied prochaine de groupes de médecine familiale au Québec pourrait avoir un effet positif sur les résultats.

Quand au volet prénatal du programme lui-même, c'est une intervention très structurée et qui nécessite l'ajout de ressources humaines et financières (suppléments alimentaires, transport), la création d'équipes interdisciplinaires et la participation ainsi que la formation d'intervenantes privilégiées pour faire les suivis individuels toutes les deux semaines. Sans ces conditions, le programme offert serait fort différent de celui que nous avons évalué et dont l'application correspond globalement à ce qui était prévu.

Finalement, il faut considérer la population cible à laquelle s'adressait le programme, ainsi que les caractéristiques des participantes. Le programme a permis de rejoindre 50 % des femmes enceintes défavorisées des CLSC participants et, parmi celles-ci, plus de 90 % vivaient sous le seuil d'extrême pauvreté, 30 % n'avaient pas de conjoint et

57 % fumaient en début de grossesse. Nos résultats ne sont généralisables qu'à des populations qui présentent des caractéristiques semblables.

Quelle est la signification des concepts à l'étude ?

La deuxième question porte sur la signification des concepts à l'étude et sur la comparaison des résultats avec ceux des autres études sur le même sujet. Le concept d'IPN est fortement remis en question. Kramer (1998) soutient que, d'un point de vue clinique, étiologique ou pronostique, ce concept est source de confusion et qu'il faut le remplacer par ses deux composantes, le RCIU et la prématurité. Que l'on adhère en tout ou en partie à cette position, il n'en demeure pas moins que le fait que la différence significative entre les deux groupes sur l'IPN des nouveau-nés des non-fumeuses n'est plus significative lorsqu'on analyse le RCIU ou la prématurité atténue notre certitude du résultat sur l'IPN. De plus, une seule autre étude, celle de Olds et al., en 1986, obtient un résultat semblable au nôtre chez les non-fumeuses. Le nombre de sujets était cependant très faible dans cette étude et la prévalence de 0 % dans le groupe contrôle reflète une erreur aléatoire.

Comment expliquer ces résultats ?

La troisième série de questions à se poser concerne la plausibilité du lien observé. En plus de la signification statistique et de la direction de l'effet trouvé, il faut, pour établir un lien de causalité, expliquer ou à tout le moins suggérer par quels mécanismes le phénomène se produit. Si la causalité est relativement facile à comprendre pour les effets recherchés (à la lumière du modèle conceptuel qui préside à cette étude), il est beaucoup plus difficile de saisir celle des effets inattendus. Comment en arriver à identifier des mécanismes lorsque nous sommes en présence d'un lien nouveau et que nos données ne nous permettent pas d'en identifier le cheminement causal ? Il nous faut chercher des théories susceptibles d'expliquer le phénomène observé, puis vérifier si ces théories s'appliquent à notre questionnement.

Puisque c'est le programme lui-même qui serait à l'origine de la différence de résultats entre les deux groupes de participantes, ce sont, en toute logique, des composantes du programme lui-même qu'il faut scruter pour tenter de comprendre le processus de

production de ces résultats. Bref, *comment* le fait de recevoir ce programme aurait-il pu affecter défavorablement l'issue de grossesse de ces femmes ? Deux grandes hypothèses, quoique ce mot suppose un certain raffinement auquel nous ne prétendons pas ici, peuvent être émises.

Tout d'abord, le programme aurait-il pu augmenter le stress des participantes et diminuer leur statut immunitaire ?

- Certaines femmes du groupe expérimental, mal à l'aise dans leur relation avec l'intervenante privilégiée, stressées par les suivis systématiques toutes les deux semaines ou sensibles à l'aspect intrusif des visites à domicile, auraient-elles maintenu leur participation au programme surtout pour continuer à obtenir des suppléments alimentaires ?
- Le programme serait-il l'aboutissement d'un processus objectif de dépossession culturelle (Boltansky, 1971), au sens où les femmes participant au programme ne se fieraient qu'à l'intervenante, n'appliquant plus les règles du sens commun face à leur grossesse ? Ces femmes se retrouveraient-elles en situation de conflit de valeurs, de normes et de pratiques entre celles préconisées par l'intervenante et celles de leur famille et de leur entourage ?
- Un tel suivi prénatal intensif pourrait-il créer un sentiment de fausse sécurité chez ces femmes ? Les participantes auraient-elles moins suivi les conseils de leur médecin puisqu'elles se sentaient en quelque sorte protégées par le suivi offert très majoritairement par des infirmières ? Dans le même esprit, auraient-elles été confortées dans des habitudes de vie néfastes à leur santé (ex. : fumer) par une certaine tolérance des intervenantes qui voulaient éviter de rompre la communication et maintenir une relation de confiance ?
- Les intervenantes auraient-elles eu de la difficulté, en dépit de la formation reçue, à adopter une approche qui ne soit ni culpabilisante, ni contrôlante, ni stigmatisante –ou perçue comme telle par les futures mères ? Se peut-il que, même dans une approche fondamentalement respectueuse, le seul fait d'offrir un suivi professionnel intense à ces femmes enceintes équivaille, en pratique, à une présomption d'incompétence parentale ?

Nous savons bien que postuler, comme dans les explications précédentes, que le programme est peut-être à la source d'un stress nuisible ne permet pas d'expliquer spécifiquement les résultats obtenus auprès des non-fumeuses et n'est pas facilement conciliable avec les résultats positifs obtenus sur la santé mentale des mères. Aussi, nous nous sommes ensuite demandé –bien qu'avec énormément de réserves– s'il est possible que ce qui est bénéfique pour la mère soit néfaste pour le fœtus. On l'a vu en analysant les facteurs associés à l'anémie postnatale chez la mère : la mère sera plus susceptible de présenter de l'anémie si le bébé ne présente pas de RCIU. On sait par ailleurs que le traitement de l'hypertension modérée durant la grossesse peut avoir un effet néfaste sur le poids à la naissance du bébé. Mais ceci est loin de constituer une explication définitive : après tout, les bénéfices observés chez la mère ne sont peut-être pas reliés aux effets identifiés chez les nouveau-nés.

À la lumière de l'ensemble de ces considérations, il n'est pas facile de trancher sur la valeur à accorder à nos résultats sur l'IPN. Toutes ces questions et observations seront très certainement discutées encore longuement. Pour l'immédiat, nous croyons qu'une réflexion systématique sur les enjeux éthiques s'impose. Des consultations en ce sens ont été amorcées et guideront les prochaines étapes.

4.2 ET MAINTENANT, QUE FAIRE ?

Les implications de ces résultats sont tout aussi complexes que les résultats eux-mêmes : ce n'est qu'après avoir esquissé quelques enjeux éthiques que nous proposerons certaines pistes d'action.

Clarifier les enjeux éthiques

Tout d'abord, jusqu'où va la responsabilité des chercheurs dans l'élaboration de la réponse à la question « Que faire ? » Notre équipe peut certainement favoriser l'appropriation de ces résultats par le plus grand nombre. Dans cette perspective, le présent rapport est un compromis entre aller le plus loin possible dans les résultats à transmettre et faire le plus vite possible pour communiquer nos réflexions sur leurs retombées. Autrement dit, si ce rapport marque la fin d'un cycle de travail, il nous reste encore beaucoup de pain sur la planche.

Plusieurs analyses secondaires seront faites au cours des prochains mois : des articles sont en préparation, qui viendront éclairer l'une ou l'autre section de ce rapport. Par exemple, pour l'IPN, le RCIU et la prématurité nous n'avons généralement utilisé que les dossiers hospitaliers : nous pourrions donc faire des analyses croisant ces informations avec celles des entrevues et peut-être dégager d'autres facteurs associés susceptibles d'éclairer la bonification des interventions prénatales. Par ailleurs, nous savons pertinemment que notre interprétation de ces résultats mûrira au cours des prochains mois. La plus belle preuve de ce processus est sans doute le chemin parcouru depuis la communication orale de nos résultats préliminaires, à l'automne 1999.

Si les effectifs des sous-groupes avaient été plus élevés et si les résultats observés sur le plan du RCIU et de la prématurité étaient aussi marqués que ceux obtenus sur le plan de l'IPN, le fameux *primum non nocere* (il importe avant tout de ne pas nuire) obtiendrait sans l'ombre d'un doute l'appui de chacun des membres de l'équipe. Les conséquences de la prématurité sur la vie de ces nouveau-nés sont trop importantes : encore tout récemment, on a établi que même pour les bébés qui sont légèrement prématurés, soit ceux qui sont nés dans un intervalle de 34 à 36 semaines de gestation, il y a un risque plus élevé de mortalité (Kramer et al., 2000A). Mais, voilà, nous nous retrouvons plutôt devant des résultats paradoxaux des plus complexes, d'où la difficulté de formuler des recommandations. Dans ces conditions, que faire ?

En dehors de rarissimes zones de certitude, nous avons choisi de partager nos doutes et de formuler de nombreuses questions plutôt que des affirmations. Cette orientation a été confirmée par tous les conseillers en éthique que nous avons consultés sur la conduite à tenir relativement aux effets que nous avons observés. Selon eux, c'est d'abord avec les mères participantes qu'il faut discuter de nos résultats et des hypothèses explicatives actuelles ou futures. Dans le même esprit, il importe aussi de créer un espace où pourront être discutées diverses interprétations, y compris celles de familles, de professionnels, de gestionnaires et d'autres chercheurs concernés.

Ceci constitue une opération pour le moins délicate mais néanmoins indispensable, non seulement d'un point de vue éthique, mais aussi dans une perspective d'amélioration de l'efficacité des programmes en périnatalité. En effet, en plus des considérations proprement éthiques qui peuvent animer une telle démarche, les plus récentes

recherches sur les conditions de qualité des pratiques planificatrices en prévention et en promotion de la santé proposent de revoir radicalement les entreprises de planification souvent fondées exclusivement sur les écrits scientifiques, de façon à favoriser la conjugaison des paradigmes d'action. Il s'agit essentiellement d'un « renouvellement des compétences des planificateurs par une extension de la notion d'expertise pour y inclure l'intelligence des contextes et des rapports sociaux entre les acteurs dans un champ d'action donné » (Bilodeau, 2000). À très court terme, le Groupe de travail national Naître égaux – Grandir en santé, qui réunit des professionnels de santé publique des Directions régionales de santé publique, de l'Institut national de santé publique et de la Direction générale du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sera associé à la planification de cette démarche.

Sans présumer des résultats des échanges qui auront lieu au cours des prochains mois, pour nous, quelques orientations majeures se dessinent déjà. Nous les soumettons à la discussion.

Intervenir sur le plan politique

Nos résultats interpellent directement le réseau de la santé et des services sociaux pour qu'il se positionne politiquement et fasse de la réduction des inégalités sociales un véritable enjeu de santé publique. En effet, cette étude ne vient que confirmer, une fois de plus si nécessaire, la grande difficulté de réduire par des interventions socio-sanitaires l'impact de la pauvreté chronique sur la santé, dans ce cas-ci celle des nouveau-nés. Compte tenu de l'ensemble des facteurs de risque que cumulent les femmes enceintes de milieu défavorisé, on échappe difficilement à l'impression que des programmes comme NÉ-GS, même s'ils se veulent globaux, ne sont que de bien petits programmes, ne sont qu'une goutte d'eau dans un océan de problèmes. La stagnation des progrès en matière de prématurité et de RCIU et le peu de succès des interventions mises en place au Québec –ou ailleurs– depuis vingt ans nous conduisent à investir l'espace macro-social. À quand une politique résolument *politique* de périnatalité ?

Agir en amont de la grossesse

Dans le même esprit, il importe d'accentuer le développement et l'évaluation d'interventions en matière de santé préconceptionnelle. Il s'agit en effet d'agir avant même que ces femmes ne deviennent enceintes, afin que leur grossesse débute dans de meilleures conditions. Agir en amont, c'est prévenir les grossesses non désirées et les grossesses à l'adolescence en soutenant les jeunes filles dans diverses réalisations et en leur donnant accès à une contraception efficace ; c'est voir à l'amélioration de l'état nutritionnel des futures mères compte tenu, par exemple, de l'importance du poids prégravidique dans les RCIU et de la prise d'acide folique avant la grossesse pour prévenir les malformations congénitales et la prématurité ; c'est agir sur la résistance aux infections, afin de diminuer l'exposition aux tératogènes et d'améliorer la résistance aux infections et les conditions de vie. Ceci implique aussi de soutenir les gens en situation de grande pauvreté ou de marginalité sociale dans leurs projets de vie par des mesures d'abord et avant tout d'intégration sociale. Bref, c'est trouver un meilleur équilibre entre intervenir avant la naissance et avant la conception.

Intensifier la recherche de connaissances

Même si la pauvreté est universellement reconnue comme le plus « déterminant » des déterminants de santé publique, on connaît bien mal comment se tissent les liens entre environnement social et facteurs biologiques. Par exemple, il serait urgent de mieux comprendre l'impact de la réduction des symptômes dépressifs ou du stress de la mère sur le placenta et sur le fœtus. Il importe donc de soutenir d'autres recherches sur la genèse des inégalités sociales en matière de santé et, à cet égard, la périnatalité est un champ d'application fascinant et des plus pertinents.

De même, il faudra intensifier le travail de recherche sur les facteurs associés spécifiquement aux RCIU et à la prématurité chez les femmes enceintes défavorisées. Qu'on pense aux malformations congénitales et à la prématurité ou aux rapports entre le poids prégravidique et les RCIU, il y a là des objets d'étude de premier choix. De même, tous les projets évaluant une intervention en cours de grossesse devraient dorénavant inclure des marqueurs biologiques afin de documenter ces éléments pour une meilleure compréhension et interprétation des résultats.

À ces recherches fondamentales viendront sans aucun doute se greffer des études qualitatives pour explorer certains phénomènes mal connus et qui s'inspireront probablement des hypothèses explicatives qui ont été émises un peu plus haut. Enfin, les résultats de la présente étude appellent une stratégie d'évaluation intégrée des diverses innovations qui seront mises en œuvre au cours des prochaines années.

Améliorer l'efficacité du programme Naître égaux – Grandir en santé en associant étroitement les familles, les milieux de pratique et de recherche

NÉ-GS, c'est bien entendu un programme précis : un programme prénatal, mais aussi un programme postnatal qui poursuit des objectifs complémentaires. Mais c'est, fondamentalement, depuis plus de dix ans, un chantier de recherche-action, pourrions-nous dire, où se sont déjà succédés différents ajustements tant dans les objectifs, les composantes, les stratégies d'implantation, les formations que les outils. Au delà des modalités d'intervention proprement dites, la continuité de cette mobilisation pour l'amélioration des pratiques prénatales est, à moyen terme, le principal gage de leur efficacité : il ne faut surtout pas la compromettre.

Cet essai clinique randomisé occupe certes une place privilégiée dans cette démarche : nos résultats sont d'une grande complexité, mais ils constituent sans nul doute un tremplin pour poursuivre l'amélioration de l'efficacité du programme NÉ-GS en associant d'autres régions du Québec qui, au cours des dernières années, se sont engagées dans cette voie. Chose certaine, la très mauvaise santé des mères et des nouveau-nés de milieu défavorisé persiste et demeure un important problème de santé publique. C'est vraiment le moment d'investir davantage dans ce champ.

Puisqu'il est présentement impossible d'identifier par quels mécanismes le programme aurait produit certains résultats, il est très difficile de suggérer de nouveaux aménagements « sûrs ». De plus, comme on a pu le constater à la lecture des recensions thématiques d'écrits qui jalonnent ce rapport, bien peu d'interventions prénatales constituent des points de repères définitifs.

Au total, nous croyons qu'il faut oser nous demander, collectivement, s'il est possible qu'il y ait « quelque chose » qui cloche dans ce programme. Cette démarche aurait

d'ailleurs pu être réalisée bien plus tôt dans l'histoire de ce programme. En effet, il est de plus en plus largement admis que les maîtres d'œuvre de programmes socio-sanitaires devraient réfléchir plus sérieusement aux effets pervers potentiels de toute nouvelle intervention et inclure dans toute évaluation de programme des indicateurs qui documenteraient, le cas échéant, des effets paradoxaux (Tardif, 2000 ; Allard, 2000).

Concrètement, on ne peut dire avec certitude, à ce moment-ci, ce qui, des visites à domicile, de l'intensité du suivi ou de l'approche « intervenante privilégiée » pourrait être à l'origine des résultats que nous n'arrivons pas à expliquer de façon satisfaisante et qui ne sont peut-être que l'effet du hasard. Pour continuer d'améliorer l'efficacité de ce programme, il faut, nous semble-t-il, à la fois s'interroger sur ces modalités d'intervention et en mettre au point de nouvelles en tentant de garder les effets bénéfiques obtenus jusqu'à présent. De plus, et au risque de donner l'impression de vouloir « prêcher pour notre paroisse », nous sommes convaincus qu'il faut continuer aussi d'évaluer le tout selon les règles de l'art et auprès d'un nombre suffisant de participantes pour obtenir des résultats très solides.

À nos yeux, plusieurs pistes d'action (dans un ordre qui n'en est pas un) méritent d'être explorées.

- Compte tenu du rôle déterminant des facteurs biologiques dans le RCIU et la prématurité, y aurait-il lieu de miser davantage sur le suivi médical de grossesse, intégré dans les mœurs même en milieu défavorisé ? La mise en œuvre du volet « suivi de santé en complémentarité avec le médecin » pourrait être bonifiée, dans le sillon de la Commission Clair, en portant une attention particulière aux obstacles perçus par les médecins et par les infirmières pour que les collaborations souhaitées s'actualisent et se concrétisent par des ententes formelles.
- Devrait-on, comme le suggèrent Stevens-Simon et Orleans (1999), cibler davantage la population et les objectifs à poursuivre dans chacun des volets du programme (risque nutritionnel, tabagisme, isolement social) ? À la lumière de nos résultats, le tabagisme et le soutien aux femmes de 35 ans et plus apparaissent certainement prioritaires. Mais il faudra dans tous les cas garder en mémoire que les programmes globaux ont été développés dans l'espoir de maximiser les effets, somme toute modestes et limités, de ces mêmes interventions prénatales spécifiques.

- Dans l'esprit d'une véritable politique en périnatalité, pourrait-on mieux consolider les services universels et s'engager résolument dans une approche de développement communautaire où l'on mobiliserait les communautés non seulement après la naissance des tout-petits mais dès la grossesse ? Comment mieux rejoindre cette population fortement marquée par l'exclusion sociale ? Comment favoriser l'atteinte des objectifs poursuivis au cours de la période postnatale ? Pourrait-on combiner de façon encore plus systématique intervention professionnelle et intervention communautaire ou intervention individuelle et intervention de groupe ?
- Il faut certes également s'interroger sur le rapport coût-efficacité du volet prénatal d'un programme comme celui-ci. Puisque les visites systématiques accaparent une proportion importante des coûts du programme, faut-il maintenir la distribution des suppléments alimentaires, mais redistribuer ces sommes en fonction des réponses que l'on apportera aux questions précédentes sur les orientations des interventions en prénatal ? Enfin, puisque pour des raisons historiques, ce projet de recherche ne couvre en fait que le volet individuel prénatal du programme NÉ-GS, quel est le poids relatifs de ces résultats sur les autres volets du programme (continuité postnatale, accompagnement communautaire, action intersectorielle) ?

Ce sont ces choix, fondamentaux, qui sont à revoir en associant étroitement les familles, les milieux de pratique et de recherche. Au boulot !

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abou-Saleh, M.T.; Ghubash, R.; Karim, L.; Krymski, M.; Bhai, I. (1998) « Hormonal aspects of postpartum depression ». *Psychoneuroendocrinology*. 23(5) : 465-75.
- Adams, M.M.; Delaney, K.M.; Stupp, P.W.; McCarthy, B.J.; Rawlings, J. S. (1997) « The relationship of interpregnancy interval to infant birthweight and length of gestation among low-risk women ». *Georgia Paediatr Perinat Epidemiol*. 11 :148-62.
- Alexander, G.R.; Korenbrot, C.C. (1995) « The role of prenatal care in preventing low birth weight ». *Future of Children*, 5(1) :103-20.
- Allard, D. (2000) « Les résultats paradoxaux ne doivent pas être un frein à une action responsable ». *Relations*. Décembre : 27.
- Ancel, P.Y.; Saurel-Cubizolles, M.J.; Di Renzo, G.C.; Papiernik, E.; Breart, G. (1999) « Very and moderate preterm births : Are the risk factors different ? » *Br J Obstet Gynaecol*. 106(11) : 1162-70.
- Arcand, É. (1979) *Étude de l'alimentation de nourrissons, de la naissance à 6 mois dans un secteur de Montréal*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Armstrong, J.E.; Weijohn, T.T. (1991) « Dietary quality and concerns about body weight of low-income pregnant women ». *Journal of the American Dietetic Association*. 91(10) : 1280-2.
- Astolfi, P.; Zonta, L.A. (1999) « Risks of preterm delivery and association with maternal age, birth order, and fetal gender ». *Hum Reprod*. 14(11) : 2891-94.
- Baisch, M.J.; Fox, R.A.; Whitten, E.; Pajewski, N. (1989) « Comparison of breastfeeding attitudes and practices : Low-income adolescents and adult women ». *Maternal-Child Nursing Journal*. 18(1) : 61-71.
- Baranowski, T.; Rassin D.K.; Richardson, C.J.; Brown, J.P.; Bee, D.E. (1986) « Attitudes toward breastfeeding ». *J Dev Behav Pediatr*. 7 : 367-72.
- Basso, O.; Olsen, J.; Johansen, A.M.T. and Christensen, K. (1997) « Change in social status and risk of low birth weight in Denmark : Population based cohort study ». *British Medical Journal*. 315 : 1498-02.
- Basso, O.; Olsen, J.; Christensen, K. (1999) « Study of environmental, social, and paternal factors in preterm delivery using sibs and half sibs. A population-based study in Denmark ». *J Epidemiol Community Health*. 53(1) : 20-23.
- Beaudoin, A.; Turgeon-O'Brien, H.; Turcotte, D.; Damant, D. (2000) *Services prénataux et grossesses à risque*. Québec : Éditions Sylvain Harvey.
- Beauregard, D.; Renaud, M. (2000) *Les guides périnataux pour le suivi des familles. Document de travail*. Direction de la santé publique de Montréal-Centre et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

- Beck, C.T. (1996) « A meta-analysis of predictors of postpartum depression ». *Nursing Research*. 45(5) : 297-03.
- Belizán, J.M.; Barros, F.; Langer, A.; Farnot, U.; Victora, C.; Villar, J. (1995) « Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources ». *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 173 (3 P.1) : 894-99.
- Berkowitz, G.; Brindis, C.; Peterson, S. (1998) « Substance use and social outcomes among participants in perinatal alcohol and drug treatment ». *Womens Health*. 4(3) : 231-54.
- Bilodeau, A. (2000) *Les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat en santé publique, le cas des priorités régionales 1995-1998 de Montréal-Centre*, Thèse de doctorat, Montréal : Université de Montréal.
- Boltansky, L. (1971) « Les usages sociaux du corps ». *Ann Eco Soc Civilis*. 26(1) : 205-33.
- Borrensen, H.C. (1995) « Rethinking current recommendations to introduce solid food between four and six months to exclusively breastfeeding infants ». *J Hum Lact*. 11(3) : 201-4.
- Bourgoin, G.L., Lahaie, N.R., Rhéaume, B.A., Berger, M.G., Dovigi, C.V., Picard, L.M.; Sahai, V.F. (1997) « Factors Influencing the Duration of Breastfeeding in Sudbury Region ». *Revue canadienne de santé publique*. 88(4) : 238-241.
- Boyer, G.; Beaugregard, D.; Marchand, Y. (2000) *Naître égaux — Grandir en santé, vous connaissez ?*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Broussard, E.R. (1979) « Assessment of the adaptive potential of the mother-infant system : The Neonatal Perception Inventories ». *Seminars in Perinatology*. 3(1) : 91-100.
- Broussard, E.R.; Hartner, M.S.S. (1971) « Further considerations regarding maternal perception of the first born ». in J. Hellmuth, édit., *Exceptional Infant. Studies in Abnormalities*. New York : Brunner / Mazel Inc.
- Brugha, T.S.; Sharp, H.M.; Cooper, S.A.; Weisender, C.; Britto, D.; Shinkwin, R.; Sherrif, T.; Kirwan, P.H. (1998) « The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey ». *Psychol Med*. 28(1) : 63-79.
- Brugha, T.S.; Wheatley, S.; Taub, N.A.; Culverwell, A.; Friedman, T.; Kirwan, P.; Jones, D.R.; Shapiro, D. (2000) « A pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors ». *Psychol Med*. 30(6) : 1273-81.
- Bryce, R.L.; Stanley, F.J.; Garner, J.B. (1991) « Randomized controlled trial of antenatal social support to prevent preterm birth ». *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 98(10) : 1001-08.

- Buxton, K.E.; Gielen, A.C.; Faden, R.R.; Brown, C.H.; Paige, D.M.; Chwalow, A.J. (1991) « Women intending to breastfeed : Predictors of early experiences ». *Am J Prev Med.* 7(2) : 101-06.
- Campbell, S.B.; Cohn, J.F.; Meyers T. (1995) « Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity ». *Developmental Psychology.* 31(3) : 349-357.
- Catalano, R.; Hansen, H.T.; Hartig, T. (1999) « The ecological effect of unemployment on the incidence of very low birthweight in Norway and Sweden ». *Journal of Health & Social Behavior.* 40(4) : 422-28.
- Colin, C.; Desrosiers, H. (1989) *Naître égaux et en santé.* Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Colin, C.; Deschamps, J.P.; Cherrier, M.; Larcher, P.; Debionne, F.P.; Join-Lambert, L.; Deschamps, G. (1984) « Maternité en Quart-Monde ». *Revue française de santé publique.* 27 : 29-49.
- Collins, J. W.Jr.; Hammond, N.A. (1996) « Relation of maternal race to the risk of preterm, non-low birth weight infants : A population study ». *Am J Epidemiol.* 143(4) :333-7.
- Collins, N.L.; Dunkelschetter, C.; Lobel, M.; Scrimshaw, S.C.M. (1993) « Social support in pregnancy - psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression ». *Journal of Personality & Social Psychology.* 65(6) :1243-58.
- Cook, C.A.L.; Selig, K.L.; Wedge, B.J.; Gohn-Baube, E.A. (1999) « Access barriers and the use of prenatal care by low-income, inner-city women ». *Social Work.* 44(2) :129-39.
- Cooperstock, M.; Campbell, J. (1996) « Excess males in preterm birth: interactions with gestational age, race, and multiple birth ». *Obstet Gynecol.* 88(2) :189-93.
- Corbett, K.S. (2000) « Explaining infant feeding style of low-income Black women ». *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children & Families.* 15(2) : 73-81.
- Corse, S.J.; Smith, M. (1998) « Reducing substance abuse during pregnancy. Discriminating among levels of response in a prenatal setting ». *Journal of Substance Abuse Treatment.* 15(5) : 457-67.
- Cox, J.L.; Holden, J.M.; Sagovsky, R. (1987) « Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale ». *British Journal of Psychiatry.* 150 : 782-86.
- Craig, S.; Tyson, J.E.; Samson, J.; Lasky, R.E. (1982) « The effect of early contact on maternal perception of infant behavior ». *Early Human Development.* 6(2) : 197-204.

- Curry, M.A. (1998) « The interrelationships between abuse, substance use, and psychosocial stress during pregnancy ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 27(6) :692-9.
- Da Costa, D.; Larouche, J.; Dritsa, M.; Brender, W. (1999) « Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress ». *Journal of Psychosomatic Research*. 47(6) : 609-621.
- De Onis, M.; Villar, J.; Gulmezoglu, M. (1998) « Nutritional interventions to prevent intrauterine growth retardation : Evidence from randomized controlled trials ». *Eur J Clin Nutr*. 52 : S83-93.
- Degalanroosen, A.E.M.; Kuijpers, J.C.; Meershoek, A.P.J.; Vanvelzen, D. (1998) « Contribution of congenital malformations to perinatal mortality - A 10 years prospective regional study in the Netherlands ». *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*. 80(1): 55-61.
- Dejin-Karisson, E.; Hanson, B.S.; Ostergren, P.O.; Ranstam, J.; Isacson, S.O.; Sjoberg, N.O. (1996) « Psychosocial resources and persistent smoking in early pregnancy - A population study of women in their first pregnancy in Sweden ». *Journal of Epidemiology & Community Health*. 50(1) :33-9.
- Dejin-Karisson, E.; Hanson, B.S.; Ostergren, P.O.; Sjoberg, N.O.; Marsal, K. (1998) « Does passive smoking in early pregnancy increase the risk of small-for-gestational-age infants ? » *American Journal of Public Health*. 88(10) : 1523-27.
- Dix, D.N. (1991) « Why women decide not to breastfeed ». *Birth*. 18 : 222-29.
- Doré, N.; Mercier, J.-C. (1998) *Mieux vieux avec son enfant, de la naissance à deux ans. Guide pratique pour les parents*. Direction de la santé publique de Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Doucet, H.J.; Berry, R.A. (1988) « Feeding practices of low-income infants : A New Orleans Health Department study ». *Journal of the Louisiana State Medical Society*, 140 : 16-20.
- Dubois, L.; Bédard, B.; Girard, M.; Beauchesne, É. (2000) «L'alimentation» in Institut de la statistique du Québec. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*. Québec : Institut de la statistique du Québec. 1(5).
- Edwards, N.; Sims-Jones, N.; Breithaupt, K. (1998) « Smoking in pregnancy and postpartum : Relationship to mothers' choices concerning infant nutrition ». *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(3) : 83-98.
- Enderlein, M.C.; Stephenson, P.A.; Holt, V.L.; Hickok, D. (1994) « Health status and timing of onset of prenatal care: Is there an association among low-income women ? ». *Birth*. 21(2) :71-6.

- Evers, S.; Doran, L.; Schellenberg, K. (1998) « Influences on breastfeeding rates in low income communities in Ontario ». *Revue canadienne de santé publique*. 89(3) : 203-07.
- Flynn, C.A.; Helwig, A.L.; Meurer, L.N. (1999) « Bacterial vaginosis in pregnancy and the risk of prematurity: A meta-analysis ». *J Fam Pract*. 48(11) : 885-92.
- Ford, R.P.; Schluter, P.J.; Mitchell, E.A. (1995) « Factors associated with the age of introduction of solids ». *Journal of Paediatrics & Child Health*. 31(5) : 469-72.
- Freda, M.C.; Andersen, H.F.; Damus, K.; Poust, D.; Brustman, L.; Merkatz, I.R. (1990) « Lifestyle modification as an intervention for inner city women at risk for preterm birth ». *Journal of Advanced Nursing*. 15(3):364-72.
- Freda, M.C.; Chazotte, C.; Youchah, J. (1995) « What do we know about how to enroll and retain pregnant drug users in prenatal care ? ». *Journal of Women's Health*. 4(1) :55-63.
- Gardosi, J.; Francis, A. (2000) « Early pregnancy predictors of preterm birth: The role of a prolonged menstruation-conception interval ». *Br J Obstet Gynaecol*. 107(2) : 228-37.
- Gielen, A.C.; Faden, R.R.; O'Campo, P.; Paige, D.M. (1992) « Determinants of breastfeeding in a rural WIC population ». *J of Hum Lactat*. 8 :11-5.
- Gielen, A.C.; Windsor, R.; Faden, R.R.; Ocampo, P.; Repke, J.; Davis, M. (1997) « Evaluation of a smoking cessation intervention for pregnant women in an urban prenatal clinic ». *Health Education Research*. 12(2) : 247-54.
- Goldenberg, R.L.; Iams, J.D.; Mercer, B.M.; Meis, P.J.; Moawad, A.H.; Copper, R.L.; Das, A.; Thom, E.; Johnson, F.; McNellis, D.; Miodovnik, M.; Van Dorsten, J.P.; Caritis, S.N.; Thurnau, G.R.; Bottoms, S.F. (1998) « The preterm prediction study: The value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births ». *Am J Public Health*. 88(2) : 233-38.
- Graham, H. (1994) « Gender and class as dimensions of smoking behaviour in Britain: Insights from a survey of mothers ». *Social Science & Medicine*. 38(5) : 691-98.
- Graham, H. (1996) « Smoking prevalence among women in the European Community », 1950-1990. *Social Science & Medicine*. 43(2) : 243-54.
- Grossman, L.K.; Fitzsimmons, S.M.; Larsen-Alexander, J.B.; Sachs, L.; Harter, C. (1990) « The infant feeding decision in low and upper income women ». *Clin Ped*. 29 : 30-37.
- Grossman, L.K.; Larsen-Alexander, J.B.; Fitzsimmons, S.M.; Cordero, L. (1989) « Breastfeeding among low-income, high-risk women ». *Clinical Pediatrics*. 28(1) : 38-42.

- Haas, J.S.; Meneses, V.; McCormick, M.C. (1999) « Outcomes and health status of socially disadvantaged women during pregnancy ». *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine*. 8(4) :547-53.
- Hansen, D.; Lou, H.C.; Olsen, J. (2000) « Serious life events and congenital malformations: A national study with complete follow-up ». *Lancet*. 356(9233) :875-80.
- Havas, S.; Treiman, K.; Langenberg, P.; Ballesteros, M.; Anliker, J.; Damron, D.; Feldman, R. (1998) « Factors associated with fruit and vegetable consumption among women participating in WIC ». *Journal of the American Dietetic Association*. 98(10) :1141-8.
- Hedegaard, M.; Henriksen, T.B.; Sabroe, S.; Secher, N.J. (1993) « Psychological distress in pregnancy and preterm delivery ». *BMJ*. 307 : 234-39.
- Heins, H.C. Jr; Nance, N.W.; McCarthy, B.J.; Efirid, C.M. (1990) « A randomized trial of nurse-midwifery prenatal care to reduce low birth weight ». *Obstetrics & Gynecology*. 75(3 P.1) : 341-45.
- Hellerstedt, W.L.; Himes, J.H.; Story, M.; Alton, I.R.; Edwards, L.E. (1997) « The effects of cigarette smoking and gestational weight change on birth outcomes in obese and normal-weight women ». *American Journal of Public Health*. 87(4) : 591-96.
- Hodnett, E.D. (2001) « Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies ». Systematic Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (Issue 1).
- Hoffman, S. (2000) « Depressive symptomatology during pregnancy : Evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women ». *Health Psychology*. 19(6) : 535-43.
- Hoffman, S.; Hatch, M.C. (1996) « Stress, social support and pregnancy outcome - A reassessment based on recent research ». *Paediatric & Perinatal Epidemiology*. 10(4) : 380-05.
- Horst, C.N.; Obermann-DeBoer, G.L.; Kromhout, D. (1988) « Validity of the 24-hour recall method in infancy : The Leiden preschool children study ». *International Journal of Epidemiology*. 17, 217-221.
- Hosmer, D.W.; Lemeshow, S. (1989) *Applied logistic regression*. New-York : Wiley.
- Humphreys, A.S.; Thompson, N.J.; Miner, K.R. (1998) « Intention to breastfeed in low-income pregnant women : The role of social support and previous experience ». *Birth*. 25(3) : 169-74.
- James, W.P.; Nelson, M.; Ralph, A.; Leather, S. (1997) « Socioeconomic determinants of health. The contribution of nutrition to inequalities in health ». *BMJ*. 314(7093) :1545-9.

- Johnson, J.L.; Primas, P.J.; Coe, M.K. (1994) « Factors that prevent women of low socioeconomic status from seeking prenatal care ». *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 6(3) :105-11.
- Jones, D.A. (1987) « The choice to breastfeed or bottle-feed and influences upon that choice : A survey of 1525 mothers ». *Child: Care, Health and Development*. 13 : 75-85.
- Kaufman K.J.; Hall, L.A. (1989) « Influences of the social network on choice and duration of breastfeeding in mothers of preterm infants ». *Res Nurs & Health*. 12 : 149-59.
- Killingsworth-Rini, C.; Wadhwa, P.D.; Sandman, C.A. (1999) « Psychological adaptation and birth outcomes : The role of personal resources, stress ; sociocultural context in pregnancy ». *Health Psychology*. 18(4) : 333-45.
- Kitzman, H.; Olds, D.L.; Henderson, C.R. Jr; Hanks, C.; Cole, R.; Tatelbaum, R.; McConnochie, K.M.; Sidora, K.; Luckey, D.W.; Shaver, D.; Engelhardt, K.; James, D.; Barnard, K. (1997) « Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial ». *JAMA*. 278(8) : 644-52.
- Knight, M.; Duley, L.; Henderson-Smart, D.J.; King, J.F. (2000) « Antiplatelet agents for preventing and treating pre-eclampsia. Systematic Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* ». (Issue 4).
- Kolas, T.; Nakling, J.; Salvesen, K.A. (2000) « Smoking during pregnancy increases the risk of preterm births among parous women ». *Acta Obstet Gynecol Scand*. 79(8) : 644-48.
- Kramer, M.S. (1998) « Maternal nutrition, pregnancy outcome and public health policy ». *CMAJ*. 159(6) : 663-5.
- Kramer, M.S.; Demissie, K.; Yang, H.; Platt, R.W.; Sauve, R.; Liston, R. (2000A) « The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality ». *JAMA*. 284(7) : 843-49.
- Kramer, M.S.; Platt, R.; Yang, H.; McNamara, H.; Usher, R.H. (1999) « Are all growth-restricted newborns created equal(ly) ? ». *Pediatrics*. 103(3) : 599-602.
- Kramer, M.S.; Séguin, L.; Lydon, J.; Goulet, L. (2000B) « Socio-economic disparities in pregnancy outcome: Why do the poor fare so poorly? ». *Pediatric & Perinatal Epidemiology*. 14(3) : 194-210.
- Kyei-Aboagye, K.; Acker, D.B.; MacBain, D. (1998) « The effect of postdetoxification drug-free residential living on birth outcome in the pregnant drug abuser ». *Substance Abuse*. 19(3) :123-8.
- Kyrklund-Blomberg, N.B.; Cnattingius, S. (1998) « Preterm birth and maternal smoking : Risks related to gestational age and onset of delivery ». *Am J Obstet Gynecol*. 179(4) : 1051-55.

- Larroque, B.; Kaminski, M.; Lelong, N.; Subtil, D.; Dehaene, P. (1993) « Effects on birth weight of alcohol and caffeine consumption during pregnancy ». *American Journal of Epidemiology*. 137(9) : 941-50.
- Light, K.C.; Smith, T.E.; Johns, J.M.; Brownley, K.A.; Hofheimer, J.A.; Amico, J.A. (2000) « Oxytocin responsivity in mothers of infants : A preliminary study of relationships with blood pressure during laboratory stress and normal ambulatory activity », *Health Psychology*, 19(6) : 560-7.
- Littman, H.; Medendorp, S.V.B.; Goldfarb, J. (1994) « The decision to breastfeed : The importance of fathers' approval ». *Clin Ped*. 33(4) : 214-19.
- Lobel M.; Dunkel-Schetter C.; Scrimshaw, S.C. (1992) « Prenatal maternal stress and prematurity : A prospective study of socioeconomically disadvantaged women ». *Health Psychology*. 11(1) : 32-40.
- Lockwood, C.J. (1999) « Stress-associated preterm delivery: The role of corticotropin-releasing hormone ». *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 180(1 Pt 3) : S264-6.
- Logsdon, M.C.; Birkimer, J.C.; Usui, W.M. (2000) « The link of social support and postpartum depressive symptoms in African-American women with low incomes ». *American Journal of Maternal Child Nursing*. 25(5) : 262-66.
- Logsdon, M.C.; McBride, A.B.; Birkimer, J.C. (1994) « Social support and postpartum depression ». *Research in Nursing & Health*. 17(6): 449-57.
- Losch, M.; Dungy, C.I.; Russell, D.; Dusdekier, L.B. (1995) « Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding ». *J Pediatr*. 126 : 507-14.
- Lozoff, B. (1987) « Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infant developmental test performance ». *Pediatrics*. 79(6) : 981-995.
- Ludman, E.J.; McBride, C.M.; Nelson, J.C.; Curry, S.J.; Grothaus, L.C.; Lando, H.A., and Pirie, P.L. (2000) « Stress, depressive symptoms, and smoking cessation among pregnant women ». *Health Psychology*. 19(1) : 21-27.
- Luke, B.; Mabelle, N.; Keith, L.; Munoz, F.; Minogue, J.; Papiernik, E.; Johnson, T.R. (1995) « The association between occupational factors and preterm birth : A United States nurses' study ». *Am J Obstet Gynecol*. 173(3 P.1) : 849-62.
- Lumley, J.; Oliver, S.; Waters, E. (2000) « Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Systematic Review ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (Issue 4).
- MacMillan, H.L., avec le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2000) « Prévention de la violence faite aux enfants ». *JCMA*. 36 (2) : 69-79.

- Martin, C., Boyer, G., Beauregard, D., De Blois, S., Denhez, L., Durand, D., Fortier, M., Ouellet, F., Parenteau, S., Stewart, B. (1995) *Naître égaux — Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Matich, J.R.; Sims, L.S. (1992) « A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed ». *Soc Sci Med.* 34 : 919-27.
- Mayer, J.P. (1997) « Unintended childbearing, maternal beliefs, and delay of prenatal care ». *Birth.* 24(4) :247-52.
- Mayer, J.P.; Hawkins, B.; Todd, R. (1990) « A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a WIC clinic ». *American Journal of Public Health.* 80(1) : 76-78.
- McGregor, J.A.; French, J.I.; Parker, R.; Draper, D.; Patterson, E.; Jones, W.; Thorsgard, K.; McFee, J. (1995) « Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infections : Results of a prospective controlled evaluation ». *Am J Obstet Gynecol.* 173(1) : 157-67.
- McLaughlin, F.J.; Altemeier, W.A.; Christensen, M.J.; Sherrod, K.B.; Dietrich, M.S.; Stern, D.T. (1992) « Randomized trial of comprehensive prenatal care for low-income women: Effect on infant birth weight ». *Pediatrics.* 89(1) : 128-32.
- Meer, P.A. (1998) « Update on feeding babies solid food ». *Journal of Pediatric Health Care.* 12 : 152-153.
- Melanson-Ouellet, A.; Gagné, M-H.; Rouzier, A. (1977) *Étude sur l'allaitement et l'alimentation des nourrissons au Québec*. Ministère des affaires sociales, Direction générale de la Planification, service des études socio-économiques.
- Mikhail, B.I. (1999) « Perceived impediments to prenatal care among low-income women ». *Western Journal of Nursing Research.* 21(3) :335-55.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1997) *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Gouvernement du Québec.
- Morton, A.M.; Loos, C. (1995) « Does universal health care coverage mean universal accessibility ? Examining the Canadian experience of poor, prenatal women ». *Womens Health Issues.* 5(3) :139-42.
- Murray, L. (1992) « The impact of postnatal depression on infant development ». *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines.* 33(3) :543-61.
- Neter, E.; Collins, N.L.; Lobel, M.; Dunkel-Schetter, C. (1995) « Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women ». *Women's Health.* 1(1) : 51-75.

- Nordentoft, M.; Lou, H.C.; Hansen, D.; Nim, J.; Pryds, O.; Rubin, P.; Hemmingsen, R. (1996) « Intrauterine growth retardation and premature delivery - the influence of maternal smoking and psychosocial factors ». *American Journal of Public Health*. 86(3) : 347-54.
- Oakley, A.; Rajan, L.; Grant, A. (1990) « Social support and pregnancy outcome ». *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 97(2) : 155-62.
- O'Hara, M.W.; Swain, A.M. (1996) « Rates and risk of postpartum depression - A meta-analysis ». *International Review of Psychiatry*. 8(1) : 37-54.
- Olds, D.L.; Henderson, C.R.; Kitzman, H.J.; Eckenrode, J.J.; Cole, R.E.; Tatelbaum, R.C. (1999) « Prenatal and infancy home visitation by nurses : Recent findings ». *Future of Children*. 9(1) : 44-65.
- Olds, D.L.; Henderson, C.R.; Tatelbaum, R.; Chamberlin, R. (1986) « Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy : A randomized trial of nurse home visitation ». *Pediatrics*. 77(1) : 16-28.
- Olds, D.L.; Kitzman, H. (1993) « Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children ». *The Future of Children*. 3(3) : 53-92.
- Orr, S.T.; Blackmore-Prince, C.; James, S.A.; Griffin, J.M., and Raghunathan, T. (2000) « Race, clinical factors and pre-term birth in a low-income urban setting ». *Ethn Dis*. 10(3) :411-7.
- Orr, S.T.; James, S.A.; Miller, C.A.; Barakat, B.; Daikoku, N.; Pupkin, M.; Engstrom, K.; Huggins, G. (1996) « Psychosocial stressors and low birthweight in an urban population ». *American Journal of Preventive Medicine*. 12(6) : 459-66.
- Paarlberg, K. M.; Vingerhoets, J.J.M.; Passchier, J.A.N.; Heinen, A.G.J.J.; Dekker, G.A.; Van Geijn, H.P. (1999) « Smoking status in pregnancy is associated with daily stressors and low well-being ». *Psychology & Health*. 14(1) : 87-96.
- Papinczak, T.A. and Turner, C.T. (2000) « An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital ». *Breastfeeding Review*. 8(1) :25-33.
- Parraga, I.M.; Weber, M.A.; Engel, A.; Reeb, K.G.; Lemer, E. (1988) « Feeding practices of urban black infants ». *Journal of the American Dietetic Association*. 88 : 796-800.
- Peacock, J.L.; Bland, J.M.; Anderson, H.R. (1995) « Preterm delivery - Effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine ». *BMJ*. 311 : 531-35.
- Pedhazur, E.J.; Schmelkin, L.P. (1991) *Measurement, design, and analysis. An integrated approach*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates.

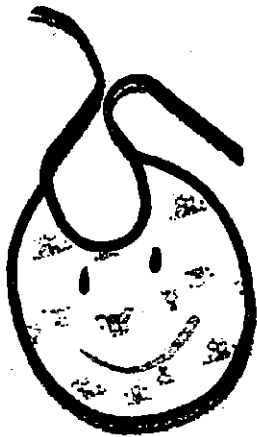
- Perreault, M., Boyer, G., Colin, C., Labadie, J.-F. (2000) *Naître égaux – Grandir en santé : évaluation de la mise en œuvre initiale dans quatre CLSC de Montréal*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Philipps, L.H.; O'Hara, M.W. (1991) « Prospective study of postpartum depression : 4 1/2-year follow-up of women and children ». *Journal of Abnormal Psychology*. 100(2) :151-5.
- Poole, V.L.; Klerman, L.V.; Flowers, J.S.; Goldenberg, R.L.; Cliver, S.P. (1997) « Pregnancy intendedness and maternal behavior in a low-income, high risk population ». *Journal of Nursing Science*. 2(1-6) :133-41.
- Pritchard, C.W.; Teo, P.Y.K. (1994) « Preterm birth, low birthweight and the stressfulness of the household role for pregnant women ». *Social Science & Medicine*. 38(1) : 89-96.
- Rajan, L.; Oakley, A. (1990) « Infant feeding practice in mothers at risk of low birth weight delivery », *Midwifery*. 6 : 18-27.
- Righard, L.; Alade, M.O. (1990) « Effect of delivery room routines on success of first breast-feed ». *Lancet*. 336 : 1105-07.
- Roberts, E.M. (1997) « Neighborhood social environments and the distribution of low birthweight in Chicago ». *American Journal of Public Health*. 87(4) : 597-03.
- Romney, M.C. (1984) « Congenital defects : Implications on family development and parenting ». *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 7(1) :1-15.
- Routhier, S.; Perreault, M. (1993) *Validation d'une fiche d'intervention clinique cumulative*. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, en collaboration avec le DSC de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- Sable, M.R.; Wilkinson, D.S. (1999) « The role of perceived stress on prenatal care utilization : Implications for social work practice ». *Health & Social Work*. 24(2) :138-46.
- Santé Canada. Système canadien de surveillance périnatale (2000) *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
- Satter, E. (1995) « Feeding dynamics : Helping children to eat well. ». *Journal of Pediatric health Care*. 9 :178-184.
- Savage, S.A.; Reilly, J.J.; Edwards, C.A.; Durnin, J.V. (1998) « Weaning practice in Glasgow longitudinal infant growth study ». *Archives of Disease in Childhood*. 79(2) : 153-6.
- Savitz, D.A.; Olshan, A.F.; Gallagher, K. (1996) « Maternal occupation and pregnancy outcome ». *Epidemiology*. 7(3) : 269-74.

- Schaffer, M.A.; Lia-Hoagberg, B. (1997) « Effects of social support on prenatal care and health behaviors of low-income women ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 26(4) :433-40.
- Scholl, T.O.; Hediger, M.; L.; Schall, J. I.; Khoo, C.S.; Fischer, R.L. (1996) « Dietary and serum folate - Their influence on the outcome of pregnancy ». *American Journal of Clinical Nutrition*. 63(4) : 520-25.
- Scott, J.A.; Binns, C.W.; Aroni, R.A. (1997) « The influence of reported paternal attitudes on the decision to breast-feed ». *J Paediatr Child Health*. 33 : 305-07.
- Séguin L.; Goulet L. (2001) « Social support dimensions associated with breastfeeding among low socioeconomic status women ». Submitted to Canadian J Public Health.
- Séguin, L.; Goulet, L.; Frohlich, K.; Dumas, M.E.; Desjardins, L. (1998) *Le rôle de l'environnement pour l'allaitement maternel chez des femmes défavorisées*. Rapport de recherche, Montréal :GRIS, Université de Montréal.
- Séguin, L.; Potvin, L.; St-Denis, M.; Loiselle, J. (1999) « Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women ». *Birth*. 26(3) : 157-63.
- Séguin, L.; St-Denis, M.; Loiselle, J.; Potvin L. (1993) *Stresseurs, soutien social et réactions dépressives à la période périnatale chez des primipares défavorisées et favorisées*. Rapport de recherche, Montréal :GRIS, Université de Montréal.
- Shedadri, S.; Gopaldas, T. (1989) « Impact of iron supplementation on cognitive functions in preschool and school-aged children : The Indian experience ». *American Journal of Clinical Nutrition*. 50 : 675-686.
- Sheehan, T.J. (1998) « Stress and low birth weight - A structural modeling approach using real life stressors ». *Social Science & Medicine*. 47(10) : 1503-12.
- Siega-Riz, A.M.; Adair, L.S.; Hobel, C.J. (1998) « Maternal hematologic changes during pregnancy and the effect of iron status on preterm delivery in a West Los Angeles population ». *Am J Perinatol*. 15(9) : 515-22.
- Smaill, F. (2000) « Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Systematic Review ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (Issue 4).
- Solem, J.B.; Norr, F.K.; Gallo, M.A. (1992) « Infant feeding practices of low-income mothers ». *Journal of Pediatric Health Care*. 6(2) : 54-59.
- Spencer, B.; Thomas, H.; Morris, J. (1989) « A randomized controlled trial of the provision of a social support service during pregnancy : The South Manchester Family Worker Project ». *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 96(3) : 281-88.
- Spinillo, A.; Capuzzo, E.; Piazzini, G.; Ferrari, A.; Morales, V.; Di Mario, M. (1998) « Risk for spontaneous preterm delivery by combined body mass index and gestational weight gain patterns ». *Acta Obstet Gynecol Scand*. 77(1) : 32-36.

- Spinillo, A.; Capuzzo, E.; Piazzini, G.; Nicola, S.; Colonna, L.; Iasci, A. (1994) « Maternal high-risk factors and severity of growth deficit in small for gestational age infants ». *Early Human Development*. 38(1) : 35-43.
- Stevens-Simon, C.; Orleans, M. (1999) « Low-birthweight prevention programs : The enigma of failure ». *Birth*. 26(3) : 184-91.
- Sword, W. (1999) « A socio-ecological approach to understanding barriers to prenatal care for women of low income ». *Journal of Advanced Nursing*. 29(5) :1170-7.
- Tappin, D.M.; Ford, R.P.; Nelson, K.P.; Wild, C.J. (1996) « Prevalence of smoking in early pregnancy by census area: Measured by anonymous cotinine testing of residual antenatal blood samples ». *New Zealand Medical Journal*. 109(1018) :101-03.
- Tardif, F. (2000) « Il faut reconnaître que prévenir, c'est aussi, parfois, s'abstenir ». *Relations*. Décembre : 26.
- Tavris, D.; Healy-Haney, N.; Anderson, I.M. (2000) « Evaluation of a pregnancy outcome risk reduction program in a local health department ». *WMJ*. 99(2) :47-51.
- Taylor, P.M.; Taylor, F.H.; Campbell, S.B.; Maloni, J.A.; Cannon, M. (1985) « Extra early physical contact and aspects of the early mother-infant relationship ». *Acta Paediatrica Scandinavica*. 316 : 3-14.
- Théorêt, B.; Brodeur, J.-M.; Perreault, M.; Séguin, L.; Boyer, G. (2000) « Le recrutement d'un groupe de femmes montréalaises de statut socio-économique très faible dans une étude clinique randomisée ». *Revue canadienne de santé publique*. 91(1) : 60-63.
- Treloar, S.A.; Martin, N.G.; Bucholz, K.K.; Madden, P.A.; Heath, A.C. (1999) « Genetic influences on post-natal depressive symptoms : Findings from an Australian twin sample ». *Psychol Med*. 29(3) : 645- 54.
- Van Jaarsveld, P.J.; Tichelaar, H.Y.; Dhansay, M.A.; Smuts, C.M.; Faber, M.; Van Staden, E.; Benadé, A.J.S. (1994) « The essential fatty acid status of pregnant women from a community with low socio-economic status ». *Med. Sci. Res*. 22 : 719-21.
- Villar, J.; Farnot, U.; Barros, F.; Victora, C.; Langer, A.; Belizán, J.M. (1992) « A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. The Latin American Network for Perinatal and Reproductive Research ». *New England Journal of Medicine*. 327(18) :1266-71.
- Von Dadelszen, P.; Omstein, M.P.; Bull, S.B.; Logan, A.G.; Koren, G.; Magee, L.A. (2000) « Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension : A meta-analysis ». *Lancet*. 355(9198) :87-92.
- Wadhwa, P.D.; Dunkel-Schetter, C.; Chicz-DeMet, A.; Porto, M. (1996) « Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy ». *Psychosomatic Medicine*. 58(5) : 432-446.

- Wadhwa, P.D.; Sandman, C.A.; Porto, M.; Dunkel-Schetter, C.; Garite, T.J. (1993) « The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth : A prospective investigation ». *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 169(4) : 858-65.
- Weisdorf, T.; Parran, T.V. Jr; Graham, A.; Snyder, C. (1999) Comparison of pregnancy-specific interventions to a traditional treatment program for cocaine-addicted pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 16(1) :39-45.
- Wheaton, B. (1994). « Sampling the stress universe ». in W.R. Avison and I.H. Gotlib, édit., *Stress and mental health : Contemporary issues and prospects for the future*. New York : Plenum Press.
- Widga, A.C.; Lewis, N.M. (1999) « Defined, in-home, prenatal nutrition intervention for low-income women ». *Journal of the American Dietetic Association*. 99(9) : 1058-62.
- Winikoff, B.; Myers, D.; Laukaran, V.H.; Stone, R. (1987) « Overcoming obstacles to breastfeeding in a large municipal hospital ». *Ped*. 80 : 423-33.
- Wisborg, K.; Henriksen, T.B.; Hedegaard, M.; Secher, N.J. (1996) « Smoking during pregnancy and preterm birth ». *Br J Obstet Gynaecol*. 103(8) : 800-05.
- Wong, L.D; Hockenberry-Eaton, M. (1999) *Whaley & Wong's nursing care of infants and children*. St. Louis : Toronto : Mosby.
- World Health Organisation in collaboration with UNICEF (1988). Weaning from breast milk to family food. A guide for health and community workers. WHO / UNICEF : Geneva.
- Wright, A.L.; Holberg, C.; Taussig, L.M. (1988) « Infant feeding practices among middle class Anglos and Hispanics ». *Pediatrics*. 83 : 496-503.
- Wright, H.J.; Walker, P.C. (1983) « Prediction of duration of breastfeeding in primiparas ». *J Epidem Commun Health*. 37 : 89-94.
- Wynn, M.; Wynn, A. (1997) « The problem of low birthweight, the cost and possibilities of prevention ». *Nutrition & Health*. 11(3) : 159-84.
- Wynn, S.W.; Wynn, A.H.; Doyle, W.; Crawford, M.A. (1994) « The association of maternal social class with maternal diet and the dimensions of babies in a population of London women ». *Nutrition & Health*. 9(4) :303-15.

**RÉSEAU DE SERVICES,
ACTIVITÉS ET PROJETS
OFFERTS AUX FAMILLES**



Du nouveau dans la famille?

naître égaux • grandir en santé
Un coup de main du quartier!



**RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX**

**DE MONTRÉAL-CENTRE
Direction de la santé publique**

Mars 2001

**PROJETS CONSOLIDÉS OU DÉVELOPPÉS
DANS LE CADRE DE NAÎTRE ÉGAUX— GRANDIR EN SANTÉ
AVEC LA TABLE PETITE-ENFANCE
TERRITOIRE DU CLSC DES FAUBOURGS**

**ATELIERS DE PRÉPARATION DE PURÉES
POUR BÉBÉS, DISTRIBUTION OLO**

Comité social Centre-Sud (ouest du quartier)*

1710, rue Beaudry

Montréal (Québec) H2L 3E7

☎ (514) 596-7088 ou 596-7092

Fax : (514) 596-7093

Personne-ressource : Annie Landry

**SALLE DE PSYCHOMOTRICITÉ
ET LUDOTHÈQUE**

La Relance Jeunes et Familles

2380, rue Ste-Catherine Est

Montréal (Québec) H2K 2J4

☎ (514) 525-1508

Fax : (514) 523-3669

Personne-ressource : Sylvie Gendron

RÉPIT DE FIN DE SEMAINE

Centre de la petite enfance Du Carrefour

2355, rue Provençale

Montréal (Québec) H2K 4P9

☎ (514) 526-3241

Fax : (514) 526-3864

Personne-ressource : André Rémillard

**VISITES À DOMICILE EN PÉRIODE PRÉ
ET POSTNATALE, SUIVI GLOBAL
DES FAMILLES**

CLSC des Faubourgs

1705, rue de la Visitation

Montréal, (Québec) H2L 3C3

☎ (514) 527-9565 poste 522

Fax (514) 598-7754

Personne-ressource : Louise Brousseau

**ATELIERS DE PRÉPARATION DE PURÉES
POUR BÉBÉS, DISTRIBUTION OLO**

Rencontres-Cuisines (est du quartier)*

2314, rue Ste-Catherine Est

Montréal (Québec) H2K 2J4

☎ (514) 528-1989

Fax : (514) 529-1359

Personne-ressource : Danielle Kimboo

**PRÊT DE JOUETS ET D'ÉQUIPEMENTS
POUR ENFANTS**

Centre communautaire Ste-Catherine

1700, rue Amherst

Montréal (Québec) H2L 3L5

☎ (514) 524-6756

Fax : (514) 524-6756

Personne-ressource : Laurent Deteix

**ATELIERS PARENTS ENFANTS 0-24 MOIS
CPE Ki-Ri**

2349, rue Rouen

Montréal (Québec) H2K 1L8

☎ (514) 523-8772

Fax : (514) 523-0924

Personne-ressource : Catherine Derome

SEMAINE DE LA FAMILLE (activités réalisées
par plusieurs organismes)

Pour information :

CLSC des Faubourgs

1705, rue de la Visitation

Montréal, (Québec) H2L 3C3

☎ (514) 527-9565 poste 409

Fax (514) 598-7754

Personne-ressource : Jean Labbé

ACTIVITÉS DE DÉMARCHAGE

Comité social Centre-Sud

☎ (514) 596-7088 ou 596-7092

Personne-ressource: Annie Landry

Le Relance Jeunes et Familles

☎ (514) 525-1508

Personne-ressource : Sylvie Gendron

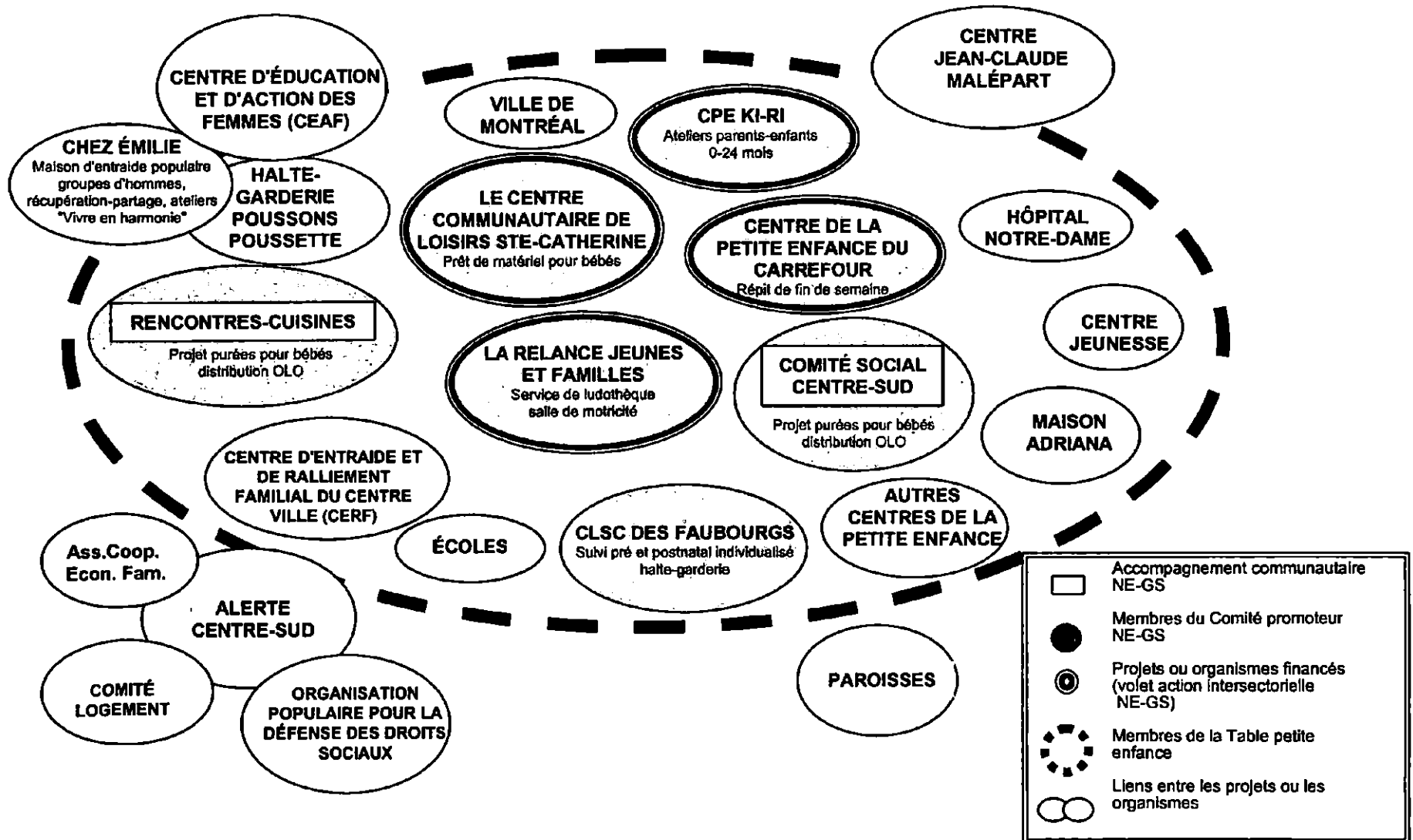
Responsable de la coordination de l'action intersectorielle : Jean Labbé, CLSC des Faubourgs

☎ (514) 527-9565 poste 409

* Organismes d'accompagnement communautaire

Territoire du CLSC DES FAUBOURGS

Réseau des services, activités et projets offerts aux familles



**PROJETS CONSOLIDÉS OU DÉVELOPPÉS
DANS LE CADRE DE NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ
AVEC LA CONCERTATION ENFANCE FAMILLE HOCHELAGA-MAISONNEUVE
TERRITOIRE DU CLSC HOCHELAGA-MAISONNEUVE**

**RÉPIT PARENTAL
ET STIMULATION PRÉCOCE**
Halte-Répit Hochelaga-Maisonneuve
2570, rue Nicolet
Montréal (Québec) H1W 3L5
☎ (514) 598-5357
Fax : (514) 523-8637
Personne-ressource : Aline Nadeau

Carrefour familial Hochelaga
3575, rue La Fontaine
Montréal (Québec) H1W 1V5
☎ (514) 523-9283
Fax : (514) 529-5646
Personne-ressource : Louise Renaud

**VISITES À DOMICILE EN PÉRIODE PRÉ
ET POSTNATALE, SUIVI GLOBAL
DES FAMILLES**
CLSC Hochelaga-Maisonneuve
3454, rue Sainte-Catherine Est
Montréal (Québec) H1V 2E2
☎ (514) 521-3700 poste 708
Fax : (514) 521-8920
Personne-ressource : Yves Mathurin

SUIVI POSTNATAL
Regroupement Entre-Mamans *
2147, rue Cuvillier
Montréal (Québec) H1W 3A6
☎ (514) 525-8884
Fax : (514) 525-1080
Personne-ressource : Colette Casavant

Le Petit Revdec *
4551, rue La Fontaine
Montréal (Québec) H1V 1P6
☎ (514) 899-5499
Fax : (514) 255-7855
Personne-ressource : Marie-Hélène Bohuon

Les membres du comité de coordination :

Paul Cousineau, Conseil scolaire de Montréal, région 5
☎ (514) 596-4105

Louise Garnier, Fondation de la Visite
☎ (514) 329-2800

Lucie Sampson, « Je Passe Partout »
☎ (514) 521-8235

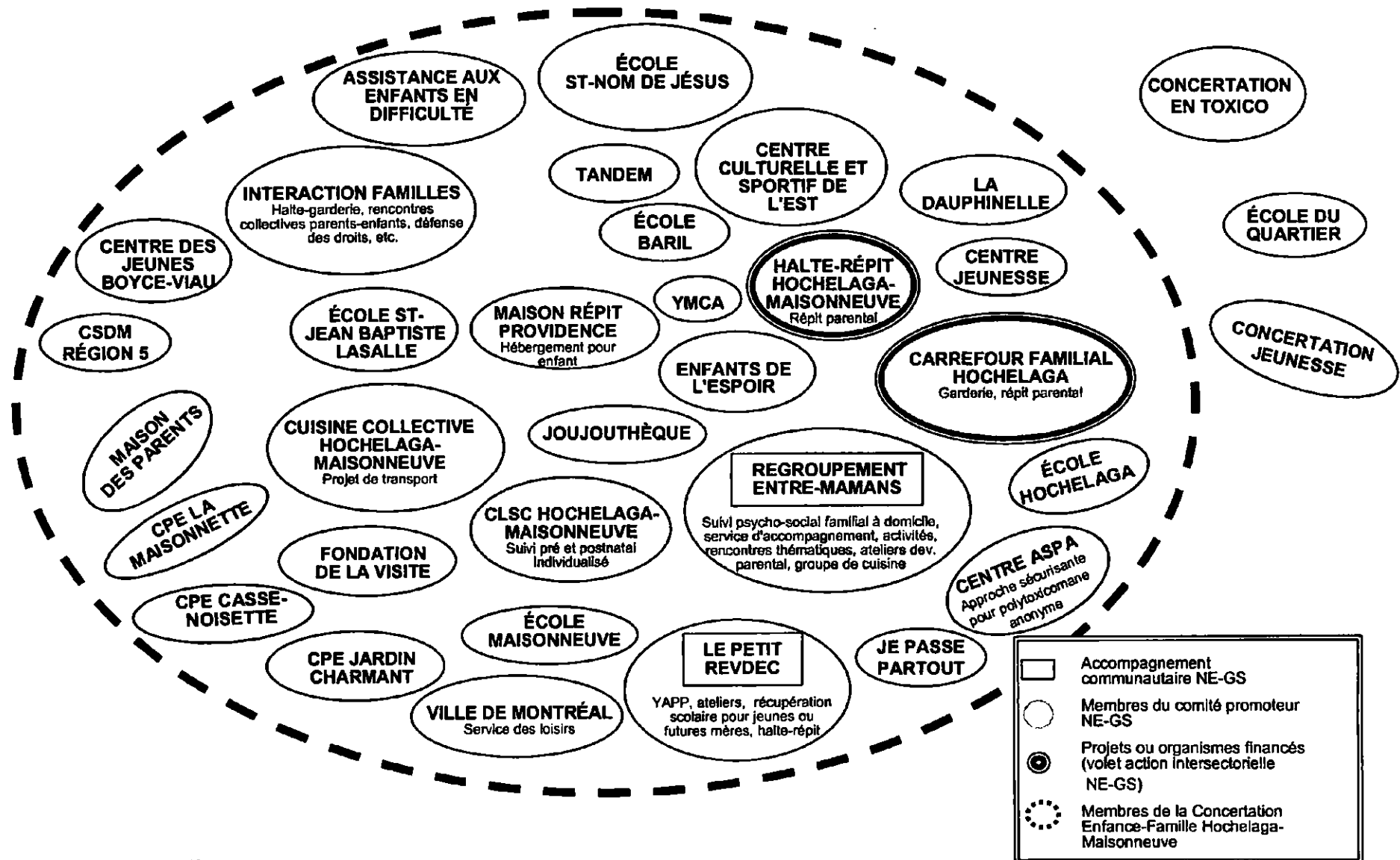
Marie-Hélène Bohuon, Le Petit Revdec
☎ (514) 899-5499

* Organismes d'accompagnement communautaire

Mars 2001

Territoire du CLSC HOCHELAGA-MAISONNEUVE

Réseau des services, activités et projets offerts aux familles



**PROJETS CONSOLIDÉS OU DÉVELOPPÉS
DANS LE CADRE DE NAÎTRE ÉGAUX— GRANDIR EN SANTÉ
AVEC LA TABLE INTERSECTORIELLE FAMILLE ME/PAT
TERRITOIRE DU CLSC CHSLD PAT/MONTRÉAL-EST**

**HALTE-GARDERIE, MARRAINAGE, ACTIVITÉS
PARENTS ET ENFANTS, SUIVIS INDIVIDUELS
DES MÈRES**

Le Carrefour des Pitchou*
11 369, rue Notre-Dame Est
Montréal-Est (Québec) H1B 2W5
☎ (514) 640-6200
Fax : (514) 640-0742
Personne-ressource : Monique Dostie-Cliche

Projet Mères-Amies

☎ (514) 640-1034
Personne-ressource : Diane Fréchette

**INFORMATION, FORMATION,
HALTE-GARDERIE**

Le Centre des femmes de Pointe-aux-Trembles
12 125, rue Notre-Dame Est, local 227
Montréal (Québec) H1B 2Y9
☎ et Fax : (514) 645-6068
Personne-ressource : Gisèle Pomerleau

**VISITES À DOMICILE EN PÉRIODE PRÉ ET
POSTNATALE, SUIVI GLOBAL DES FAMILLES
CLSC CHSLD Pat/Montréal-Est**

13 926, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec) H1A 1T5
☎ (514) 642-7747 poste 475
Fax: (514) 498-7505
Personne-ressource : Francine Labrie

**AIDE À DOMICILE, ACTIVITÉS PARENTS OU
PARENTS-ENFANTS, ÉCOUTE ET AIDE
TÉLÉPHONIQUES**

Les Relevailles de Montréal*
750, 16^e avenue, suite 10
Montréal (Québec) H1B 3M7
☎ et Fax : (514) 640-6741
Personne-ressource : Carole Lafrance

**CUISINES COLLECTIVES, DÉPANNAGE
ALIMENTAIRE (Halte-garderie)**

Cuisine collective À toute vapeur
850, rue Saint-Jean Baptiste, suite 601
Montréal (Québec) H1B 3Z8
☎ (514) 640-6024
Personne-ressource : France Joyal

**TRANSPORT JEUNES FAMILLES, FÊTE-FAMILLE,
ACTIVITÉS DE PROMOTION, D'INFLUENCE,
DE DÉMARCHAGE**

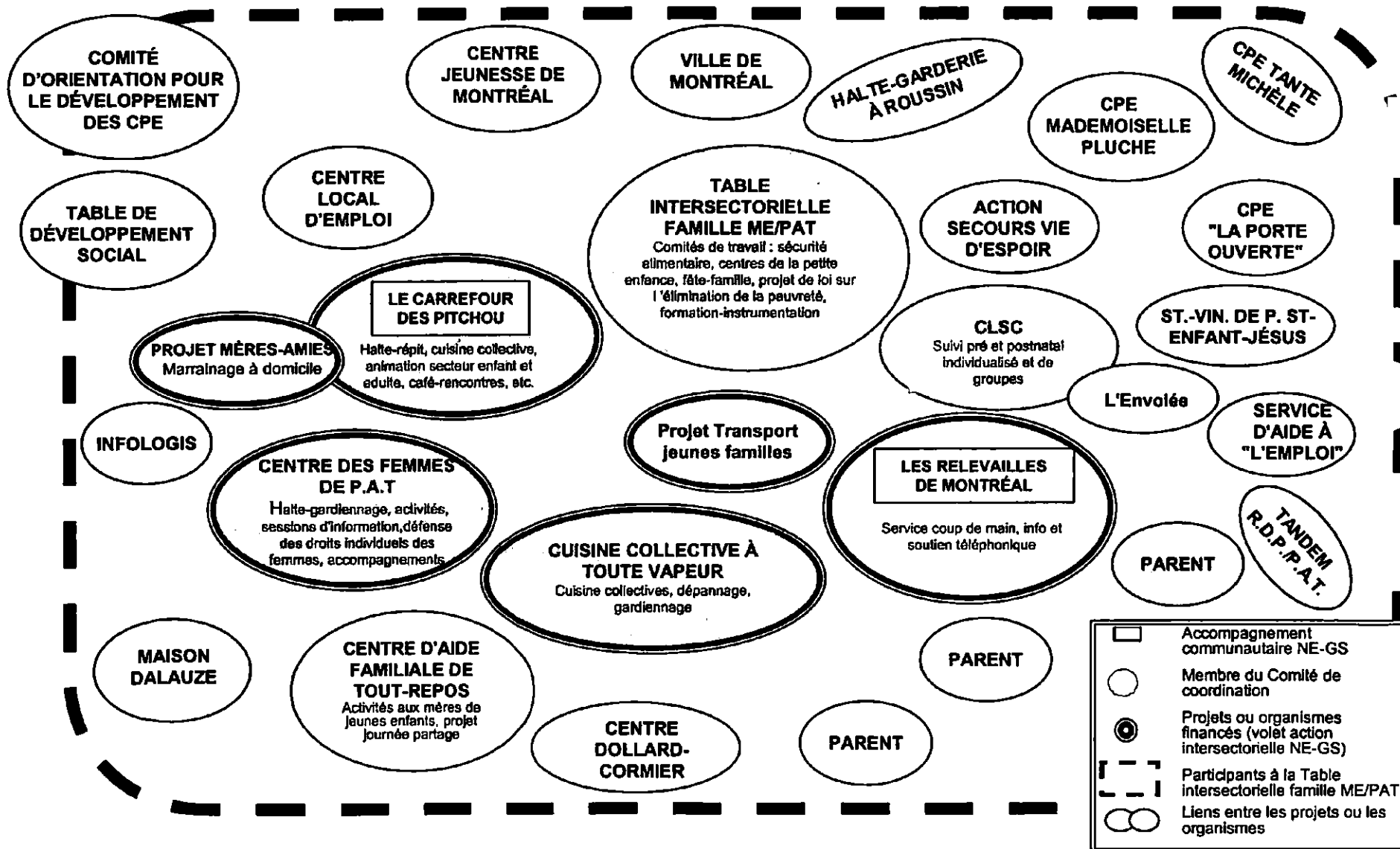
**Comité coordination avec tous les
organismes de la table intersectorielle**
☎ (514) 642-7747 poste 469
Fax : (514) 498-7505
Animatrice : Lyne Pépin

Responsable de la coordination de l'action intersectorielle : Lyne Pépin, CLSC CHSLD PAT/Mtl-Est
☎ (514) 642-7747 poste 469

* Organismes d'accompagnement communautaire

Territoire du CLSC CHSLD PAT/MONTRÉAL-EST

Réseau des services, activités et projets offerts aux familles



**PROJETS CONSOLIDÉS OU DÉVELOPPÉS
DANS LE CADRE DE NAÎTRE ÉGAUX— GRANDIR EN SANTÉ
AVEC LE COMITÉ NAÎTRE ÉGAUX— GRANDIR EN SANTÉ
DE MERCIER-EST QUARTIER EN SANTÉ
TERRITOIRE DU CLSC MERCIER EST/ANJOU (SECTEUR MERCIER-EST)**

**SENSIBILISATION SUR LES CONDITIONS
DE LOGEMENT VERSUS LA PAUVRETÉ**

InfoLogis Mercier

8763, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec) H1L 3M2

☎ (514) 354-7373

Fax : (514) 354-7373

Personne-ressource : Chantai Fortin

**AIDE ALIMENTAIRE
(DISTRIBUTION D'ALIMENTS,
MAGASIN PARTAGE,
CUISINES COLLECTIVES)**

Mercier-Est Quartier en santé

2735, rue Aubry
Montréal, (Québec) H1L 6P6

☎ (514) 356-1917

Fax : (514) 356-9565

Personnes-ressources : Yimga Maneffoming
et Chantale Burrough's

**SENSIBILISATION SUR LA
VIOLENCE CONJUGALE**

L'Escale pour elle

Comptoir Domaine, C.P. 51223
Montréal (Québec) H1N 3T9

☎ (514) 351-5875

Fax : (514) 351-3151

Personne-ressource : France Dupuis

**ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL,
ATELIERS THÉMATIQUES**

Centre Info-Femmes *

2185, rue Des Ormeaux
Montréal (Québec) H1L 4W9

☎ (514) 355-4529

Fax : (514) 355-7354

Personne-ressource : Micheline Côté

**AIDE ALIMENTAIRE
(DISTRIBUTION D'ALIMENTS,
MAGASIN PARTAGE ET MARDIS LÉGUMES)**

Paroisse St-François d'Assise

700, rue Georges-Bizet
Montréal (Québec) H1L 5S9

☎ (514) 353-2620

Fax : non

Personnes-ressources : Réal St-Jean
et Francine St-Jean

**SERVICES AUX FAMILLES ET AUX ENFANTS
DE MERCIER-EST (répit parental, échange
gardiennage et cuisines collectives)**

La Maison des familles de Mercier-Est

700, rue Georges-Bizet
Montréal (Québec) H1L 5S9

☎ (514) 354-6044

Fax : (514) 354-8954

Personne-ressource : Alain Roy

SUIVI PRÉ ET POSTNATAL

CLSC Mercier-Est/Anjou

9403, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H1L 6P2

☎ (514) 356-2572

Fax : (514) 356-2575

Personne-ressource : Denyse Biron

Ateliers nutrition 0-2 ans, stimulation précoce et carte-ressources pour les familles
(activités réalisées par plusieurs organismes)

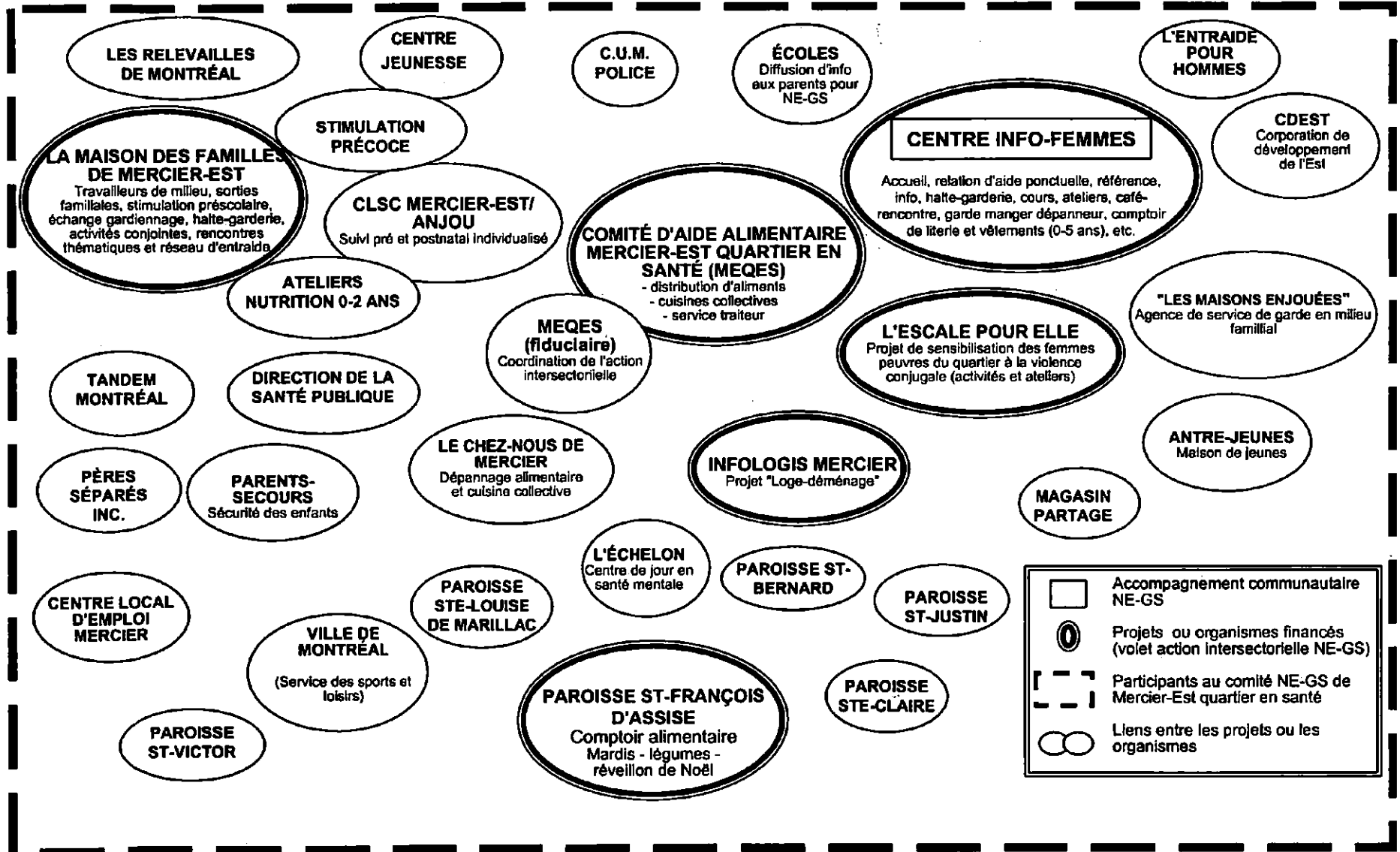
**Responsable de la coordination
de l'action intersectorielle :**

Michèle Robichaud, CLSC Mercier-Est/Anjou (en Intérim jusqu'en juin 2001)
☎ (514) 356-2574 poste 3203

* Organisme d'accompagnement communautaire
Mars 2001

Territoire du CLSC MERCIER-EST/ANJOU (secteur Mercier-Est)

Réseau des services, activités et projets offerts aux familles



**PROJETS CONSOLIDÉS OU DÉVELOPPÉS
DANS LE CADRE DE NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ
AVEC LE REGROUPEMENT NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ ANJOU
TERRITOIRE DU CLSC MERCIER EST/ANJOU (SECTEUR ANJOU)**

**DÉMARCHAGE AUPRÈS DES FAMILLES
DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES
ET ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL**

Carrefour Solidarité Anjou *
7251, boul. Joseph-Renaud # 101
Anjou (Québec) H1K 3V7
☎ (514) 355-4417
Fax : (514) 355-1769
Personne-ressource : Chantal Maltais

**SUIVI PRÉ ET POSTNATAL
CLSC Mercier-Est/Anjou**

9403, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H1L 6P2
☎ (514) 356-2572
Fax : (514) 356-2575
Personne-ressource : Denyse Biron

**CONSOLIDATION D'UN GROUPE D'ENTRAIDE
LORS DE LA DISTRIBUTION DES ALIMENTS
ET ATELIERS DE STIMULATION PRÉCOCE**

Service d'aide communautaire Anjou
6497, rue Azilda
Anjou (Québec) H1K 2Z8
☎ (514) 354-4299
Fax : (514) 354-2023
Personne-ressource : Jacqueline Léonard

ÉDUCATION ALIMENTAIRE

**Centre Haïtien d'organisation, de ressources
et de références d'Anjou**
6551, rue Azilda
Anjou (Québec) H1K 2Z8
☎ (514) 493-8278
Fax : (514) 493-8279
Personne-ressource : Ginette Touloute

ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL

Carrefour des femmes d'Anjou *
6830, Joseph-Renaud, suite 205
Anjou (Québec) H1K 3V4
☎ (514) 351-7974
Fax : (514) 351-7115
Personne-ressource : Lucie Ménard

**ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL
ET CUISINES COLLECTIVES**

Comité des femmes du Haut-Anjou *
7010, rue Jarry Est # 21
Anjou (Québec) H1J 1G2
☎ (514) 351-2627
Fax : (514) 351-4027
Personne-ressource : Mireille Beaudry

LOGEMENT ET PAUVRETÉ

Infologis Mercier
8763, rue Notre-Dame Est
Montréal (Québec) H1L 3M2
☎ (514) 354-7373
Fax : (514) 354-7373
Personne-ressource : Chantai Fortin

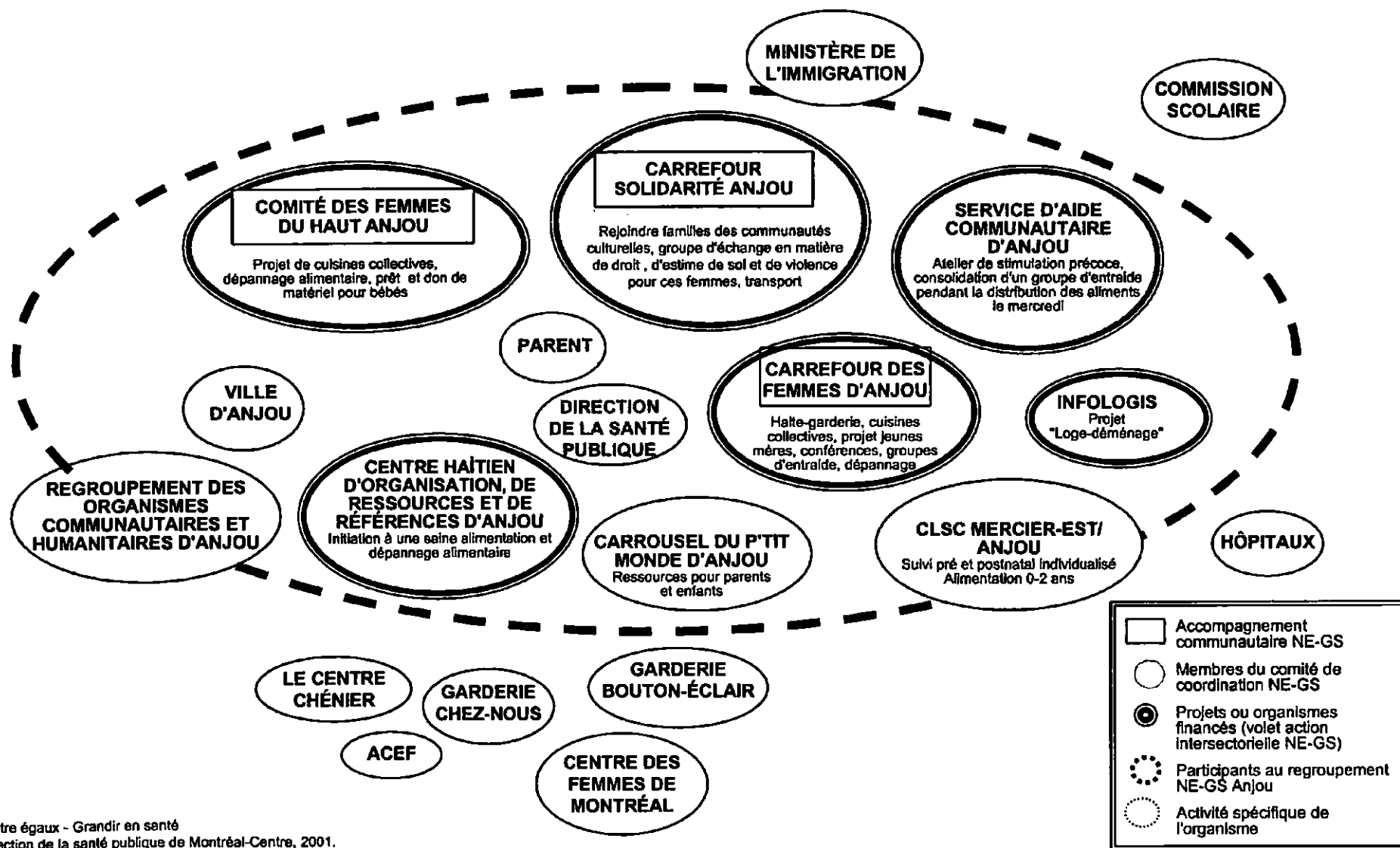
Sécurité alimentaire, accompagnement-transport, alimentation de l'enfant 0-2 ans, stimulation précoce, semaine de la famille, fête des nouveau-nés et outils de communication (activités réalisées par plusieurs organismes).

Organisme fiduciaire : Chantal Maltais, Carrefour Solidarité Anjou
☎ (514) 355-4417

* Organismes d'accompagnement communautaire

Territoire du CLSC MERCIER-EST/ANJOU (secteur Anjou)

Réseau des services, activités et projets offerts aux familles



**PROJETS CONSOLIDÉS OU DÉVELOPPÉS
DANS LE CADRE DE NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ
AVEC LE COMITÉ ACTION FAMILLE
DE MERCIER-OUEST QUARTIER EN SANTÉ
TERRITOIRE DU CLSC OLIVIER-GUIMOND**

ACCOMPAGNEMENT À L'ACCOUCHEMENT

Les Relevailles de Montréal
750, 16^e Avenue, suite 10
Pointe-aux-Trembles (Québec) H1B 3M7
☎ (514) 640-6741
Fax : (514) 640-6741
Personne-ressource : Carole Lafrance

ATELIERS ENFANTINS

CLAC de Guybourg
1905, Cadillac
Montréal (Québec) H1N 2T4
☎ (514) 252-8080
Fax : (514) 252-4740
Personne-ressource : Martine Poirier

DISCIPLINE ET LIMITES

Escale Famille Le Triolet *
3100, Arcand
Montréal (Québec) H1N 3C7
☎ (514) 252-0289
Fax : (514) 251-4606
Personne-ressource : Danièle Meilleur

ÉVÈNEMENT CULTUREL MULTIDISCIPLINAIRE

Projet Harmonie
6155, rue Duquesne
Montréal (Québec) H1M 2K6
☎ (514) 872-7678
Fax : (514) 872-7724
Personne-ressource : Gilles Corbeil

GESTION PARENTALE

Pères séparés
5810, Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H1N 1B2
☎ (514) 254-6120
Fax : (514) 254-2569
Personne-ressource : Sylvain Camus

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

DANS MERCIER-OUEST
Groupe d'entraide de Mercier-Ouest (GEMO)
1905, rue Cadillac
Montréal (Québec) H1N 2T4
☎ (514) 253-0297
Fax : (514) 252-4740
Personne-ressource : Lucie Lalonde

SUPÈRES

Escale Famille Le Triolet *
3100, Arcand
Montréal (Québec) H1N 3C7
☎ (514) 252-0289
Fax : (514) 251-4606
Personne-ressource : Danièle Meilleur

OLO (clientèle du CLSC)

Escale Famille Le Triolet *
3100, Arcand
Montréal (Québec) H1N 3C7
☎ (514) 252-0289
Fax : (514) 251-4606
Personne-ressource : Danièle Meilleur

PROJET TRANSPORT

Escale Famille Le Triolet *
3100, Arcand
Montréal (Québec) H1N 3C7
☎ (514) 252-0289
Fax : (514) 251-4606
Personne-ressource : Danièle Meilleur

**Personne contact pour
l'action intersectorielle :**

Benoît Carrière, CLSC Olivier-Guimond
☎ (514) 255-2494 poste 558

* Organisme d'accompagnement communautaire

**PROJETS CONSOLIDÉS OU DÉVELOPPÉS
DANS LE CADRE DE NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ
AVEC LA TABLE DE CONCERTATION ENFANCE-FAMILLE DE L'OUEST DE L'ÎLE
TERRITOIRE DU CLSC PIERREFONDS**

PROJET MÈRES VISITEUSES

Projet Communautaire de Pierrefonds *

12 301, rue Colin
Pierrefonds (Québec) H9A 1C3
☎ (514) 684-5995
Fax : (514) 684-7407

Personne-ressource : Shirley Miller

Carrefour Famille Cloverdale *

Cloverdale Multi-Ressources
9540, boul. Gouin Ouest
Pierrefonds (Québec) H8Y 1R3
☎ (514) 684-8228
Fax : (514) 684-1457

Personne-ressource : Élisabeth Salois

RÉPIT ET SOUTIEN AUX FAMILLES

Projet Communautaire de Pierrefonds *

12 301, rue Colin
Pierrefonds (Québec) H9A 1C3
☎ (514) 684-5995
Fax : (514) 684-7407

Personne-ressource : Shirley Miller

Carrefour Famille Cloverdale *

Cloverdale Multi-Ressources
9540, boul. Gouin Ouest
Pierrefonds (Québec) H8Y 1R3
☎ (514) 684-8228
Fax : (514) 684-1457

Personne-ressource : Élisabeth Salois

**VISITES À DOMICILE EN PÉRIODE PRÉ ET
POSTNATALE, SUIVI GLOBAL DES FAMILLES**

CLSC Pierrefonds

13 800, boul Gouin Ouest
Pierrefonds (Québec) H8Z 3H6
☎ (514) 626-2663 poste 467
Fax:(514) 626-0127

Personne-ressource : Madeleine Beauchamp

**Coordination de l'action intersectorielle :
conseil d'administration de la Concertation
Enfance-Famille de l'Ouest de l'île**

Rafik Boualam, CLSC Pierrefonds

☎ (514) 626-2663 poste 347

Shirley Miller, Projet Communautaire de Pierrefonds

☎ (514) 684-5995

Véronica Lopez, Cloverdale Multi-Ressources

☎ (514) 684-8228

Céline Pelletier-Lalonde, Fonds de dépannage
du Nord-Ouest

☎ (514) 683-0456

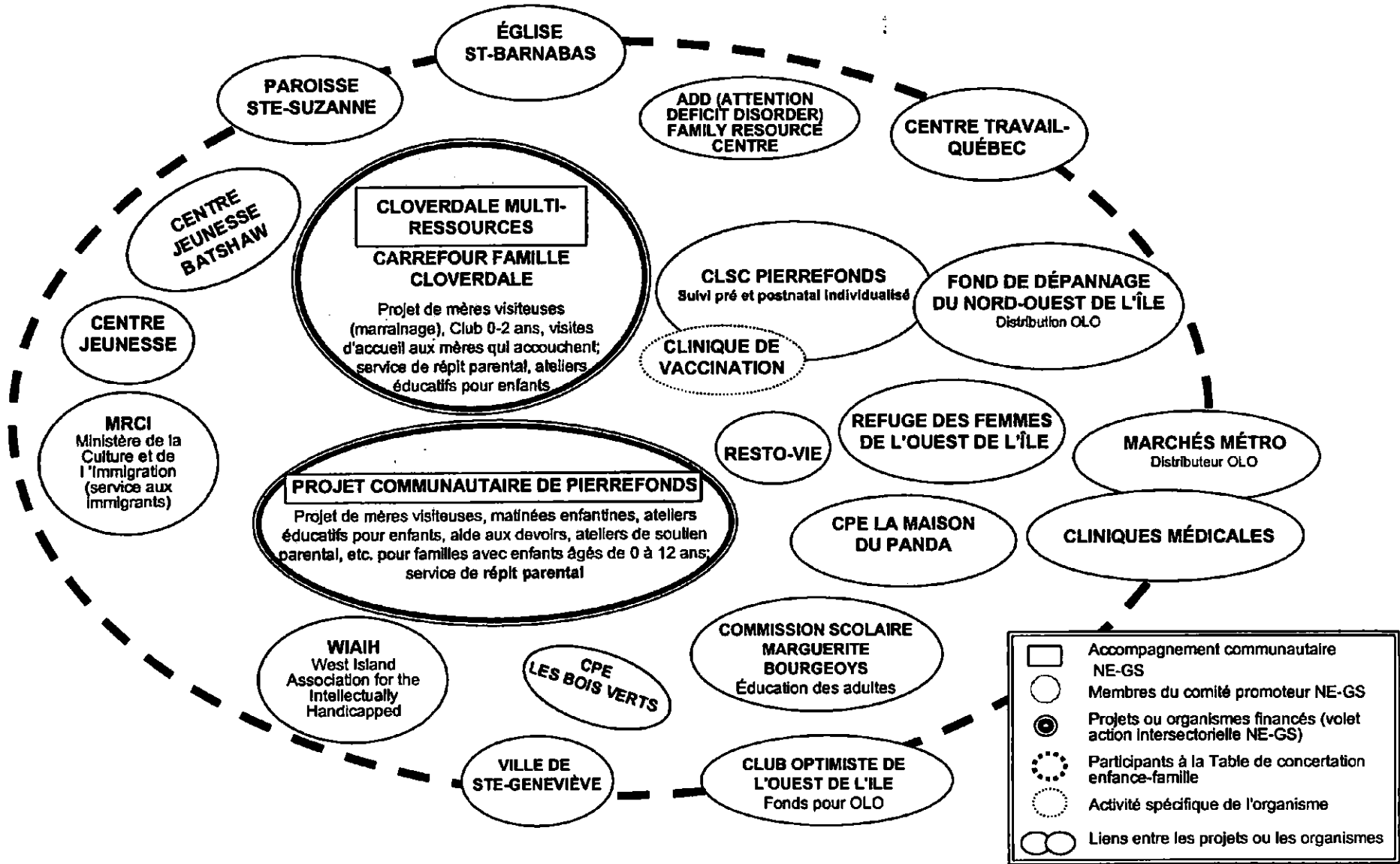
Pierre Hamel, Resto-Vie

☎ (514) 683-7485

* Organismes d'accompagnement communautaire

Territoire du CLSC PIERREFONDS

Réseau des services, activités et projets offerts aux familles



**PROJETS CONSOLIDÉS OU DÉVELOPPÉS
DANS LE CADRE DE NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ
AVEC CONCERT'ACTION ENFANCE-FAMILLE DE ST-MICHEL
TERRITOIRE DU CLSC ST-MICHEL**

COMMUNICATION ET PROMOTION

Carte-ressources du quartier

Pour info : Carole Gravel : (514) 955-1693

Boîte à outils

Éveil-stimulation (Destinée aux haltes-garderies)

Pour info : Carole Gravel : (514) 955-1693

Maison de la famille St-Michel : (514) 955-3717

Centre Éd. Comm. René-Goupil : (514) 596-4420

Halte-garderie Le Brind'herbe : (514) 721-2003

Maison d'Haïti : (514) 326-3022

Mon Resto St-Michel* : (514) 727-4249

SOUTIEN ALIMENTAIRE

La Bedondaine

Pour info : Carole Gravel : (514) 955-1693

Activités réalisées par deux organismes partenaires

La Fondation Carrefour Nouveau-Monde : 727-2259

Mon Resto St-Michel * : (514) 376-4249

Magasin Partage

Pour info : Carole Gravel : (514) 955-1693

Activités réalisées par deux organismes partenaires

Centre communautaire La Patience : (514) 326-4766

Mon Resto St-Michel * : (514) 727-4249

**CUISINES COLLECTIVES, GROUPES DE PARENTS,
HALTE-GARDERIE...**

Mon Resto St-Michel *

8461, Allée St-Léonard #3

Montréal (Québec) H1Z 1Z4

☎ : (514) 727-4249

Fax : (514) 727-4892

Personnes-ressources :

Mon Resto St-Michel : Hamid Méjia

Cuisines collectives : José Méjia

Groupes de parents, halte-garderie : Sonia Blouin

SOUTIEN AUX INTERVENANTES

Activités réalisées en collaboration avec

1,2,3 Go ! St-Michel

Naître égaux – Grandir en santé St-Michel

☎ (514) 955-1693

Personne-ressource : Carole Gravel

SOUTIEN AUX PARENTS

Fêtes des nouveau-nés michelois

Pour Info : Carole Gravel : (514) 955-1693

Activités réalisées par plusieurs partenaires

Maison de la famille St-Michel : (514) 955-3717

La Joujouthèque St-Michel : (514) 381-9974

Au Relais Jeunes Mères : (514) 721-7837

Mon Resto St-Michel * : (514) 727-4249

Groupe de parents

Pour info : Carole Gravel : (514) 955-1693

Activités réalisées par plusieurs partenaires

Maison de la famille St-Michel : (514) 955-3717

La Joujouthèque St-Michel : (514) 381-9974

Paroisse St-René-Goupil : (514) 374-6723

Mon Resto St-Michel * : (514) 727-4249

SUIVI PRÉ ET POSTNATAL

CLSC St-Michel

7950, boul. St-Michel

Montréal (Québec) H1Z 3E1

☎ (514) 374-8223

Fax : (514) 374-9180

Personne-ressource : Hélène Bélair

Naître égaux – Grandir en santé St-Michel

Carole Gravel, travailleuse de milieu

8961, 12^e avenue, Montréal (Québec) H1Z 3J5

☎ : (514) 955-1693 Fax : (514) 955-7900

Répondant du comité de coordination St-Michel :

Donald Médy

Maison de la famille St-Michel

☎ (514) 955-3717

* Organisme d'accompagnement communautaire

**PROJETS CONSOLIDÉS OU DÉVELOPPÉS
DANS LE CADRE DE NAÎTRE ÉGAUX— GRANDIR EN SANTÉ
AVEC LA TABLE DE CONCERTATION FAMILLE
TERRITOIRE DU CLSC VERDUN/CÔTE ST-PAUL (SECTEUR VERDUN)**

ACCOMPAGEMEN POSTNATAL

Maison des Familles de Verdun *

257, 1^{ère} Avenue # 2

Verdun (Québec) H4G 2V6

☎ (514) 762-3399

Fax : (514) 769-9216

Personne-ressource : Murielle Bernard

SUIVI PRÉ ET POSTNATAL

CLSC Verdun/Côte St-Paul

6045, boul. Monk

Montréal (Québec) H4E 3H5

☎ (514) 765-0413

Fax : (514) 765-3265

Personne-ressource : Jean Poiré

HALTE-RÉPIT

Pause Parents-Enfants de Verdun

3753, rue Wellington

Verdun (Québec) H4G 1V1

☎ (514) 768-7773

Fax : non

Personne-ressource : Solène Bourque

**STIMULATION POUR ENFANTS AVEC
RETARD DE DÉVELOPPEMENT**

Maison Répit Oasis Inc.

2025, rue Holy Cross

Montréal, (Québec) H4E 2A4

☎ (514) 768-7161

Fax : (514) 768-1467

Personne-ressource : Marguerite Laniel

Responsable du Comité promoteur :

Francis Belzile, travailleur de milieu

☎ (514) 766-4882 poste 235

Animateur de l'action intersectorielle :

Donald Lavergne, organisateur communautaire

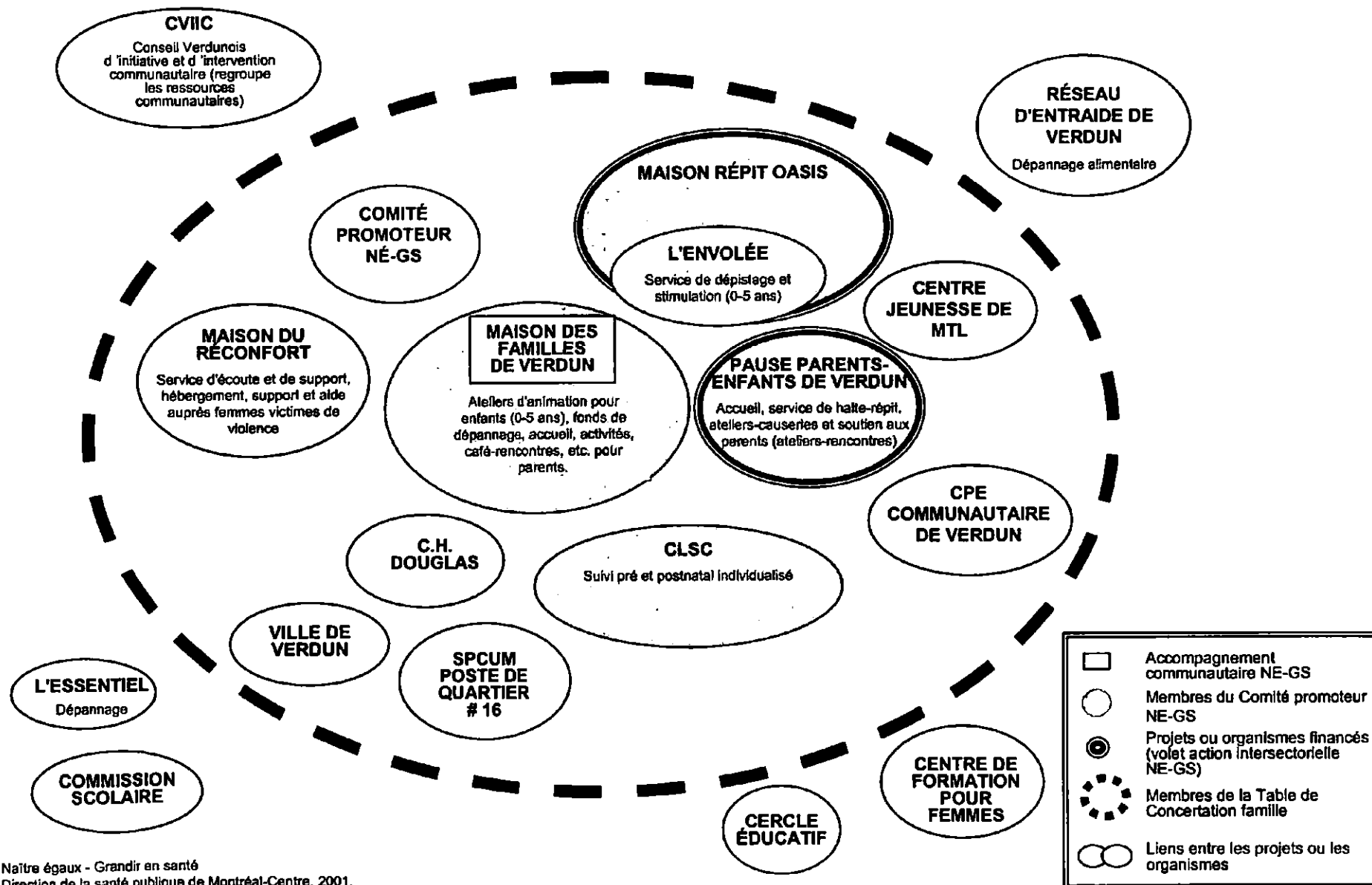
Table Famille et Table Petite enfance :

☎ (514) 766-4882 poste 233

* Organisme d'accompagnement communautaire

Territoire du CLSC VERDUN/CÔTE ST-PAUL (secteur Verdun)

Réseau des services, activités et projets offerts aux familles



**PROJETS CONSOLIDÉS OU DÉVELOPPÉS
DANS LE CADRE DE NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ
AVEC LE COMITÉ FAMILLE
TERRITOIRE DU CLSC VERDUN/CÔTE ST-PAUL (SECTEUR VILLE-ÉMARD)**

ALTERNATIVE EN ALIMENTATION

Maison d'Entraide St-Paul Émard

3225, rue des Trinitaires # 1

Montréal (Québec) H4E 2S4

☎ (514) 761-1280

Fax : (514) 761-0340

Personne-ressource : Gerarda Capece

SUIVI POSTNATAL ET

ACCOMPAGNEMENT JEUNES MÈRES

Station-Familles *

2385, rue Jolicoeur

Montréal (Québec) H4E 1X9

☎ (514) 762-2525

Fax : (514) 762-9383

Personne-ressource : Anne-Marie Dupuis

SUIVI PRÉ ET POSTNATAL

CLSC Verdun/Côte St-Paul

6045, boul. Monk

Montréal (Québec) H4E 3H5

☎ (514) 765-0413

Fax : (514) 765-3265

Personne-ressource : Jean Poiré

FORMATION À L'AUTONOMIE POUR FEMMES

CHEFFES DE FAMILLE MONOPARENTALE

Centre de Formation pour femmes

5999, rue Drake

Montréal (Québec) H4E 4G8

☎ (514) 768-7094

Fax : (514) 768-6199

Personne-ressource : Ginette Carrier

STIMULATION POUR ENFANTS AVEC

RETARD DE DÉVELOPPEMENT

Maison Répît Oasis Inc.

2025, rue Holy Cross

Montréal, (Québec) H4E 2A4

☎ (514) 768-7161

Fax : (514) 768-1467

Personne-ressource : Marguerite Laniel

ACTIVITÉS DE STIMULATION –

PRÉPARATION À LA RENTRÉE SCOLAIRE

Centre de loisirs Mgr Pigeon

5550, rue Angers

Montréal (Québec) H4E 4A5

☎ (514) 769-2741

Fax : (514) 769-5963

Personne-ressource : Richard Ranger

Répondant de NÉ-GS pour le comité famille :

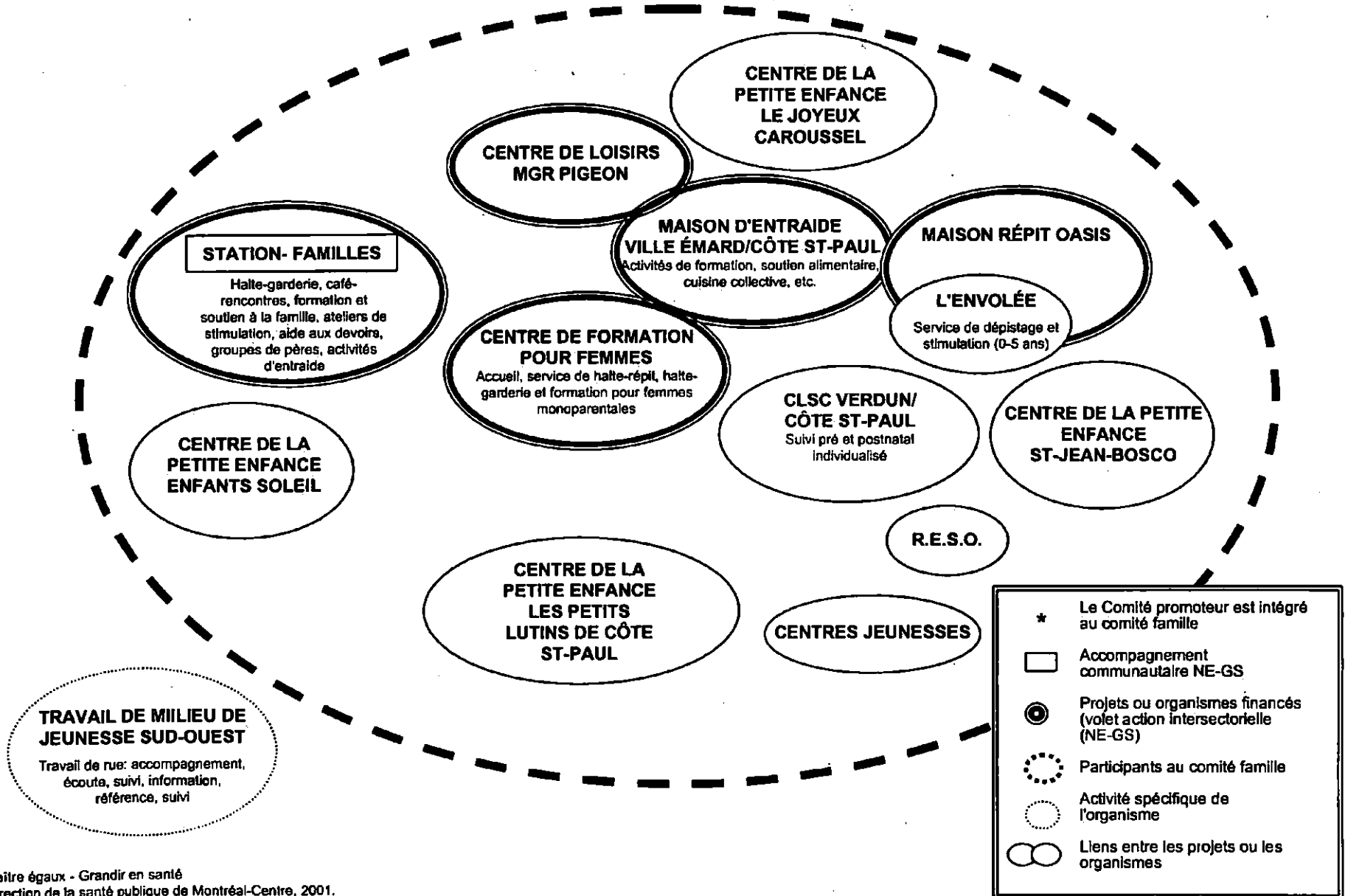
Francis Belzile, travailleur de milieu

☎ (514) 766-4882 poste 235

* Organisme d'accompagnement communautaire

Territoire du CLSC VERDUN/CÔTE ST-PAUL (secteur Ville-Émard)

Réseau des services, activités et projets offerts aux familles



« NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ »
PARTICULARITÉS DE LA TABLE INTERSECTORIELLE DE ROUYN-NORANDA

COMPOSITION (Qui participe ?)	MODE DE FONCTIONNEMENT ET MANDATS DE LA TABLE	PRINCIPAUX PROJETS OU ACTIONS RÉALISÉES	DIFFICULTÉES RENCONTRÉES	RÉSUSITES/FORCES (Qu'est-ce qui est rassembleur ?)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maison de la famille ▪ Vision Travail A ▪ Association pour l'intégration sociale ▪ Regroupement des CPE de l'A.-T. ▪ ACEF ▪ R.E.P.A.S. ▪ Table d'action contre la pauvreté ▪ Centre Élizabeth Bruyère ▪ CLSC (chef de l'administration de programmes) ▪ Le Pont ▪ C.L.E. ▪ Curé d'Immaculée-Conception ▪ RRSSAT ▪ Trois parents ▪ Centre Jeunesse 	<p>Mandats</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voir à ce que le plan d'action soit réalisé. ▪ Évaluer annuellement les impacts des actions posées. ▪ Dresser un plan d'action annuel. ▪ Faire circuler l'information sur les actions des différents partenaires. <p>Ce, en impliquant les familles qui vivent la pauvreté dans toutes les étapes du processus (conception, réalisation, évaluation).</p> <p>Fonctionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'animation sera assumée par le travailleur de milieu. ▪ La prise de notes sera assumée à tour de rôle par l'ensemble des participant-e-s. ▪ Les absent-e-s sont responsables de s'informer sur la prochaine rencontre. ▪ Tous-toutes sont responsables de la bonne marche de la Table. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude sur les besoins des familles pauvres ayant des enfants 0-5 ans (1997). ▪ Étude sur les besoins en gardiennage des familles pauvres (1998). ▪ Rallye familial dans le cadre de la semaine de la famille pour faire connaître les ressources familiales (mai 1998). ▪ Projet « Le communautaire s'affiche » (29 affiches d'organismes) lancé par une exposition à la Bibliothèque municipale et qui circule une à une dans les organismes participants. ▪ Onglet sur les organismes communautaires inséré dans l'annuaire de ma ville (distribué gratuitement). ▪ Halte-Répît de 12 places (2 demi-journées/semaine) de décembre 1998 à août 1999, depuis 6 places. ▪ Étude sur le logement à Rouyn-Noranda (été 1999). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au cours de la formation : difficultés de respecter à la fois le rythme de celles désireuses de passer à l'action et celui de celles désireuses de prendre le temps de développer une vision commune et partager sur nos services respectifs avant de dresser un plan d'action. ▪ Actuellement : difficulté pour certains organismes de continuer à participer compte tenu des coupures dans les différents programmes d'employabilité. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire aux réunions de formation ce qui fait en sorte que toutes sont sur la même longueur d'onde. ▪ Le plan d'action et les budgets de la Table sont la responsabilité de l'ensemble des organismes participants. ▪ La préoccupation d'impliquer les familles à toutes les étapes du processus. (Trois parents siègent à la Table depuis septembre 2000). ▪ Échange continuuel d'informations sur ce qui se passe dans nos organismes.

« NAÏTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ »
PARTICULARITÉS DE LA TABLE INTERSECTORIELLE DE ROUYN-NORANDA (SUITE)

COMPOSITION (Qui participe ?)	MODE DE FONCTIONNEMENT ET MANDATS DE LA TABLE	PRINCIPAUX PROJETS OU ACTIONS RÉALISÉES	DIFFICULTÉES RENCONTRÉES	RÉSUSITES/FORCES (Qu'est-ce qui est rassembleur ?)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seules les opinions exprimées dans le groupe seront prises en considération. <p>Fréquence des réunions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aux 6 semaines ou au besoin. <p>COMITÉ DE SUIVI DE LA TABLE INTERSECTORIELLE</p> <p>Rôle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer les prévisions budgétaires et faire la recherche de financement. ▪ Produire les rapports demandés. ▪ Préparer les réunions de la Table. <p>Composition</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le travailleur de milieu. ▪ 2 ou 3 représentant-e-s de groupes communautaires ou individus siégeant à la Table. <p>4 comités de travail :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Comité gardiennage 2) Comité connaissance des services 3) Comité logement 4) Comité financement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de position face à l'application de l'allocation logement. ▪ Campagne d'autofinancement pour la mise sur pied de nouveaux projets : <ul style="list-style-type: none"> - vente de billets où on ne peut rien gagner mais on a tout à gagner (en cours); - vente d'un calendrier informant la population des services offerts par les membres de la Table (sept. 2001). 		

« NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ »
PARTICULARITÉS DE LA TABLE INTERSECTORIELLE DE VAL-D'OR

COMPOSITION (Qui participe ?)	MODE DE FONCTIONNEMENT ET MANDATS DE LA TABLE	PRINCIPAUX PROJETS OU ACTIONS RÉALISÉES	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	RÉUSSITES/FORCES (Qu'est-ce qui est rassembleur ?)
<ul style="list-style-type: none"> • ADDS • Banque alimentaire • Centre Amitié Autochtone • Centre de Santé • Centre interprétation multiple • CLD • Garderie La Vallée des Loupiots • Maison de la Famille • CLE • Sécurité publique • Service d'entraide • Ville de Val-d'Or 	<p>Mode de fonctionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientation et buts communs. • Structure souple et efficace. • Actions concrètes. • Respect, écoute, transparence. • Relation égalitaire. • Reconnaissance des forces de chacun. <p>Prise de décision par consensus</p> <p>Mandats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Susciter la concertation. • Élaborer un plan d'action. • S'assurer que les besoins des familles seront mis à jour. • Informer, sensibiliser, recommander. 	<ul style="list-style-type: none"> • Halte-Répit (support financier au projet à 11 %). • Taxibus (implantation du transport en commun à Val-d'Or). • 8 séances d'information avec la nutritionniste du CLSC à la Banque alimentaire et tirage d'un bon d'achat d'épicerie de 100,00 \$. • Répondre aux besoins en protéine par l'achat de 1 000.00 \$ (viande, poulet, saucisse, etc...) et redistribution via les paniers alimentaires. • Séance d'information sur le Projet de la Loi sur l'élimination de la pauvreté à l'ADDS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilité financière de la Table. • Continuité des participants (on ne fait pas le transfert des dossiers lorsqu'il y a changement de personnel dans les organismes communautaires). • Recrutement au Comité de coordination (implication plus intense). 	<ul style="list-style-type: none"> • Avancement des dossiers permettant ainsi de rejoindre les besoins des familles (ex. : Taxibus). • Collaboration entre les organismes et impact au-delà de la Table.

Date de compilation : _____

 an mois jour

PROGRAMME INTÉGRÉ DE PRÉVENTION EN PÉRINATALITÉ
FICHE D'INTERVENTION CLINIQUE CUMULATIVE

Du : _____ au : _____
 an mois jour an mois jour

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Code de la cliente : _____

Code de l'intervenante privilégiée : _____

TEMPS DE TRAVAIL INVESTI

Durée de discussions ou d'interventions pour les deux semaines précédentes (en minutes) : _____

Nombre de discussions ou d'interventions pour les deux semaines précédentes :

- > au CLSC : individuel : _____ en groupe : _____
- > Autres : individuel : _____ en groupe : _____

Aucun contact : _____

(Motif)

RESSOURCES POUR LA CLIENTE (Travailleur social, nutritionniste, organisateur communautaire, etc.)

Ressources (Type de profession et type de groupe communautaire)	Motif(s)	Interventions	
		Interne	Externe

SOUTIEN À L'INTERVENANTE (Travailleur social, nutritionniste, organisateur communautaire, etc.)

Ressources (Type de profession et type de groupe communautaire)	Motif(s)	Interventions	
		Interne	Externe

DOSSIER

Date d'ouverture : _____
 an mois jour

Date de fermeture : _____
 an mois jour

Motif(s) de fin d'intervention (avortement, déménagement, fausse-couche, abandon du programme, disparue ou autres) :

Lors du suivi de la femme-cliente, les services énoncés ci-dessous ont-ils fait l'objet d'intervention* avec la cliente? Cochez à l'endroit approprié.

*Les interventions comprennent les rencontres individuelles, les téléphones, les discussions de cas, les consultations, les références, les notations au dossier et tout ce qui concerne la préparation et l'actualisation des services à la femme-cliente.

		BEAUCOUP	UN PEU	PAS DU TOUT
1. DÉMARCHE SYSTÉMATIQUE				
Avec la cliente	Individuellement			
	En groupe			
	Avec l'équipe multi ou autres			
	Dossiers			
	Déplacements routiers			
Autres (spécifiez) : _____				
2. SERVICES SYSTÉMATIQUES				
Suivi de santé				
Soutien alimentaire	Information et conseils			
	Surveillance (courbe de poids)			
Soutien information	Suppléments alimentaires			
	Préparation à l'accouchement			
	Facteurs de risque			
	Vécu de la grossesse			
	Préparation à la venue du bébé			
	Spécifiez : _____			
Soutien socio-économique et juridique	Logement			
	Situation financière problématique			
	Démarche d'ordre juridique			
	Spécifiez : _____			
Soutien psychosocial	Estime de soi			
	Compétence parentale			
	Conscientisation			
	Relations interpersonnelles			
	Spécifiez : _____			
3. SERVICES SELON LES BESOINS				
Soutien face au tabagisme				
Soutien comportemental	Spécifiez : _____			
Soutien matériel/dépannage				
Soutien par le réseau naturel				
Soutien au réseau naturel				
Soutien communautaire				
Soutien aux tâches ménagères				
Autres (spécifiez) : _____				



QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	« Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux – Grandir en santé »	15.00 \$	

NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN
2-89494-304-0

DESTINATAIRE

Nom _____

Organisme _____

Adresse

No

Rue

App.

Ville

Code postal

Téléphone _____

Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE

Garder notre
monde en santé