

Évaluation d'un programme de périnatalité, région de Québec

Pierre Lafontaine

Volume 8, numéro 1, avril 1979

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/600777ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/600777ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (imprimé)

1705-1495 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lafontaine, P. (1979). Évaluation d'un programme de périnatalité, région de Québec. *Cahiers québécois de démographie*, 8(1), 3-27.

<https://doi.org/10.7202/600777ar>

Résumé de l'article

S'étant vu confier par le Ministère des Affaires sociales la responsabilité de mettre sur pied un programme de périnatalité, quatre (4) Départements de santé communautaire de la région immédiate de Québec ont uni leurs efforts en vue de réaliser les objectifs fixés. A l'heure actuelle, la partie information du public est, à toute fin pratique, la seule qui soit vraiment en voie de réalisation. Dans le but d'évaluer dans quelle mesure le programme a su rejoindre les clientèles jugées prioritaires et aussi pour connaître le niveau d'impact de ces cours, un projet pilote impliquant le Ministère des Affaires sociales, les quatre (4) Départements de santé communautaire concernés et cinq (5) hôpitaux avec département d'obstétrique a permis de rejoindre 1 933 femmes ayant accouché dans ces centres hospitaliers. Sur la base d'une comparaison entre celles qui avaient ou non suivi les cours prénatals, il a été possible de dégager des renseignements intéressants sur les deux aspects : atteinte des clientèles cibles et impact des cours. Après avoir fait état des résultats observés, on émet quelques commentaires sur certains éléments de la problématique des cours prénatals.

ÉVALUATION

D'UN PROGRAMME DE PÉRINATALITÉ,

RÉGION DE QUÉBEC

Pierre Lafontaine *

RESUME

S'étant vu confier par le Ministère des Affaires sociales la responsabilité de mettre sur pied un programme de périnatalité, quatre (4) Départements de santé communautaire de la région immédiate de Québec ont uni leurs efforts en vue de réaliser les objectifs fixés. A l'heure actuelle, la partie information du public est, à toute fin pratique, la seule qui soit vraiment en voie de réalisation. Dans le but d'évaluer dans quelle mesure le programme a su rejoindre les clientèles jugées prioritaires et aussi pour connaître le niveau d'impact de ces cours, un projet pilote impliquant le Ministère des Affaires sociales, les quatre (4) Départements de santé communautaire concernés et cinq (5) hôpitaux avec département d'obstétrique a permis de rejoindre 1 933 femmes ayant accouché dans ces centres hospitaliers. Sur la base d'une comparaison entre celles qui avaient ou non suivi les cours prénatals, il a été possible de dégager des renseignements intéressants sur les deux aspects: atteinte des clientèles cibles et impact des cours. Après avoir fait état des résultats observés, on émet quelques commentaires sur certains éléments de la problématique des cours prénatals.

* Département de santé communautaire, Hôpital St-Sacrement, Québec.
Cette recherche a été effectuée par Lyse Cyr (DSC du CHUL), Denis Drouin (DSC de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus), Pierre Lafontaine (DSC de l'Hôpital St-Sacrement) et Raymond Roberge (DSC de l'Hôtel-Dieu de Lévis).

Présentation

En avril 1975, le Ministère des affaires sociales confiait aux trente-deux (32) Départements de santé communautaire de la province la responsabilité de mettre sur pied un programme de périnatalité comprenant trois (3) dimensions bien spécifiques, soit:

- " - la diffusion de l'information préventive sur la grossesse et l'accouchement,
- le dépistage et l'enregistrement des femmes enceintes et particulièrement les grossesses à risque élevé (GARE).
- la tenue d'un registre postnatal des risques élevés chez la mère et l'enfant. " (1)

Les quatre Départements de santé communautaire de la région immédiate de Québec (les D.S.C. du Centre hospitalier de l'Université Laval, de l'hôpital du Saint-Sacrement, de l'hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'Hôtel-Dieu de Lévis) ont convenu d'unir leurs efforts pour assurer une meilleure coordination de leurs activités dans cette phase d'implantation du programme. Un comité de coordination regroupant des représentants de chacun des quatre (4) D.S.C. fut formé et on y aborda régionalement différents thèmes tels la consultation, la formation du personnel et la programmation proprement dite.

A l'heure actuelle, le premier volet du programme (diffusion de l'information par une série de cours prénatals) est, à toute fin pratique, le seul qui soit vraiment en voie de

(1) Ministère des Affaires sociales du Québec, Direction générale de la planification, La périnatalité, une politique du MAS, 1973, 83 p.

réalisation. Et, c'est au niveau de l'évaluation de ce programme de cours prénatals que les conseillers en recherche de la région de Québec ont davantage contribué.

Compte tenu du fait qu'il s'agissait là d'une des toutes premières expériences des Départements de santé communautaire, nous avons favorisé une évaluation qui tienne compte non seulement des impacts du programme comme tels, mais qui fasse état de toute la démarche poursuivie par les quatre Départements dans cette expérience de santé communautaire. Aussi, la recherche d'évaluation réalisée à cet effet tient-elle compte de trois moments ou angles d'analyse: l'implantation du programme, son fonctionnement et ses impacts. A cette fin, différents mécanismes de cueillette d'information ont été élaborés, tout dépendant de la nature des renseignements à recueillir: entrevues, procès-verbaux, formulaires (ex.: rapport de la chargée de cours). En outre, le programme régional de périnatalité a donné lieu à un projet pilote impliquant le Ministère des Affaires sociales, les quatre Départements de santé communautaire concernés et cinq hôpitaux (1) de la région possédant chacun un département d'obstétrique. Cette expérience a consisté au couplage de deux sources d'information différentes: le formulaire d'assurance hospitalisation AH-101P (Annexe A), complété chaque fois qu'une personne est hospitalisée et un questionnaire post-accouchement (Annexe B), élaboré aux fins du projet et complété par les femmes ayant accouché dans les hôpitaux mentionnés, lors de leur séjour en post-partum. Ce projet a duré cinq mois et demi (du 29 mai au 12 novembre 1977) et a rejoint précisément 1 933 femmes. Les renseignements ainsi obtenus nous permettent tout au moins d'avoir de très bons indices sur la capacité des cours à rejoindre les clientèles

(1) Ces centres hospitaliers sont ceux de l'Enfant-Jésus, Chauveau, Lévis, Christ-Roi et Saint-Sacrement.

cibles et leur influence au niveau des comportements et d'aspects purement cliniques. Les résultats et commentaires qui suivront porteront sur ces deux aspects importants de notre démarche en santé communautaire.

I. ATTEINTE DES CLIENTELES CIBLES

Un des grands objectifs du programme régional de cours prénatals était de rejoindre, dans un premier temps, quarante (40) pour cent des femmes enceintes vivant sur le territoire des quatre Départements de santé communautaire concernés. Un document publié antérieurement par le Ministère des Affaires sociales précisait qu'environ vingt (20) pour cent des femmes enceintes au Québec suivaient des cours prénatals et vingt-cinq (25) pour cent dans les deux plus grandes villes (1). A ce niveau, l'expérience pilote révèle que le programme a atteint cet objectif puisque pour l'ensemble des quatre (4) Départements de santé communautaire, 46,2%, soit 893 des 1 933 femmes rejointes, avaient suivi des cours prénatals. Le pourcentage d'atteinte pour l'année 1977 entière est exactement le même. C'est donc dire qu'en terme d'atteinte globale de population, le programme a définitivement réalisé un de ses grands objectifs initiaux.

Par ailleurs, le programme de cours visait également une certaine partie de la clientèle qui se devait d'être rejointe prioritairement en raison de différents besoins (ex.: besoins d'information chez les primipares) ou risques particuliers (âge élevé, complications obstétricales antérieures, etc.). Les clientèles cibles du programme sont:

(1) Ministère des Affaires sociales du Québec, Direction générale de la programmation, Cours sur la grossesse et l'accouchement, mémoire d'intention sur l'implantation progressive du programme, avril 1975, p.2

- 1° les primipares
- 2° les grandes multipares (4 grossesses antérieures et plus)
- 3° les mères célibataires
- 4° les femmes de milieu socio-économique défavorisé
- 5° les femmes qui ont une histoire antérieure de mort-né, de décès néonatal, d'enfant prématuré ou d'avortement
- 6° les femmes de plus de 35 ans ou de moins de 16 ans
- 7° les femmes fumeuses
- 8° les femmes de poids supérieur à 200 livres ou inférieur à 100 livres
- 9° les femmes de taille inférieure à cinq pieds.

Les données qui apparaissent au tableau I fournissent une synthèse concernant l'atteinte de celles-ci. Précisons d'abord le contenu de chacune des colonnes qui y apparaissent. La colonne A présente le nombre de femmes de chacun des groupes cibles à s'être inscrites aux cours et le pourcentage que ce nombre représente par rapport au total des 893 femmes qui s'y sont inscrites. Ainsi, 591 de ces 893 femmes (66,2%) possédaient la caractéristique d'être primipares. Par ailleurs, à la colonne B, les données nous indiquent, pour chaque groupe cible, le nombre et la proportion de femmes de l'ensemble du groupe (1 933 femmes (50%) étaient des primipares. Notons ici qu'une même femme peut évidemment posséder plus d'une des caractéristiques par lesquelles on identifie la clientèle cible. C'est ce qui explique qu'aux colonnes A et B, la somme de chacune des valeurs absolues donne un total supérieur à 893 et 1 933 respectivement. La colonne D nous indique simplement le pourcentage d'atteinte de l'ensemble de la clientèle.

ATTEINTE DES CLIENTELES CIBLES; NOMBRE
ET POURCENTAGE. TABLEAU SYNTHESE

Caractéristiques de la clientèle-cible	Nombre et pourcentage chez les inscrites (893)		Nombre et pourcentage dans le groupe étudié (1933)		Atteinte de la clientèle cible; nombre et pourcentage		Atteinte (%) de l'ensemble du groupe étudié 893/1933 (46,2)	
	A		B		C		D	
1) Primipares	591	(66,2)	> 966	(50,0)	591/966	(61,2)	>	46,2
2) Grandes multipares (5e grossesse et plus)	6	(0,7)	< 53	(2,7)	6/53	(11,3)	<	46,2
3) Non mariées	48	(5,4)	< 117	(6,1)	48/117	(41,0)	<	46,2
4) Femmes de milieu socio-économique défavorisé:								
- scolarité faible (11 ans et moins)	292	(32,7)	< 865	(44,7)	292/865	(33,8)	<	46,2
- femmes à la maison	361	(40,4)	< 1034	(53,5)	361/1034	(34,9)	<	46,2
5) Femmes qui ont une histoire antérieure de								
- mort-né								
- décès néonatal	123	(13,8)	< 327	(16,9)	123/327	(37,6)	<	46,2
- avortement, fausse-couche								
6) Femmes de 35 ans et plus	22	(2,5)	< 97	(5,0)	29/97	(22,7)	<	46,2
Femmes de 19 ans et moins	19	(2,1)	< 75	(3,9)	19/75	(25,3)	<	46,2
7) Femmes fumeuses	314	(35,2)	< 791	(40,9)	314/791	(39,7)	<	46,2
8) Femmes de poids < 100 livres	118	(13,2)	> 240	(12,4)	118/240	(49,2)	>	46,2
Femmes de poids > 200 livres	3	(0,3)	= 6	(0,3)	3/6	(50,0)	>	46,2
9) Femmes de taille inférieure à 5 pieds	112	(12,5)	< 266	(13,8)	112/266	(42,1)	<	46,2

SOURCE: Ministère des Affaires sociales du Québec, fichier J93026, Programme de périnatalité, région de Québec.

Sur la base d'une comparaison entre les pourcentages des colonnes A et B d'une part et les colonnes C et D d'autre part, nous pouvons recueillir des indices intéressants sur l'atteinte des clientèles cibles. Ainsi, nous voyons que les primipares constituent la seule clientèle à être rejointe de façon vraiment significative. En effet, elles représentent plus de 66,2% de la clientèle de cours alors qu'elles ne représentent que la moitié de tout le groupe étudié. Par ailleurs, plus de 61,2% des primipares ont suivi les cours comparativement à un pourcentage d'atteinte globale de 46,2%. Nous remarquons également que les femmes possédant les caractéristiques des clientèles cibles suivantes ont été atteintes dans des proportions voisines et le plus souvent légèrement inférieures au pourcentage d'atteinte générale: femmes non mariées, femmes de poids ou de taille extérieurs aux normes prévues, femmes fumeuses, femmes ayant une histoire antérieure de mort-né, de décès néonatal ou d'avortement.

Par ailleurs, les grandes multipares, les femmes moins scolarisées (indicateur de niveau socio-économique) et celles âgées de 35 ans et plus ou de 19 ans et moins, présentent des pourcentages d'atteinte peu élevés comparativement à la clientèle en général. Dans la mesure où aucun mécanisme particulier permettant d'orienter vers les cours ces clientèles cibles n'a été instauré, les résultats observés sur l'atteinte de celles-ci peuvent, en partie du moins, être interprétés comme une description de la clientèle la plus sensible au programme offert. Cette interprétation revêt une grande importance au niveau de l'impact véritable du programme de cours et de sa capacité à rejoindre les femmes qui, en rapport avec certains critères, en auraient le plus besoin. A ce stade-ci de notre démarche, nous ne pouvons nous prononcer catégoriquement sur les raisons de cette faible participation des clientèles-cibles,

à savoir si celle-ci tient davantage à la perception qu'ont les femmes de leurs besoins ou à la forme du programme qui est possiblement plus adapté à certaines clientèles qu'à d'autres. Ce n'est qu'au niveau d'une étude plus qualitative que nous serons en mesure d'élucider ces questions importantes.

Nous avons par ailleurs, dans une deuxième étape, procédé à une distribution de la population étudiée, selon la présence ou l'absence d'une ou des caractéristiques énumérées. Le tableau 2 résume les résultats observés.

TABLEAU 2

DISTRIBUTION DE LA POPULATION TOTALE DU PROJET
ET DE LA POPULATION ATTEINTE PAR LES COURS,
SELON LA PRESENCE OU L'ABSENCE DES CARACTERIS-
TIQUES RETENUES, NOMBRES ET POURCENTAGES.

Présence ou absence des caractéristiques	Population to- tale comprise dans le projet	Population re- jointe par les cours
Aucune caractéristique	165 (8,5)	56 (6,3)
Une caractéristique	595 (30,8)	320 (35,8)
Plus d'une caractéristique	1173 (60,7)	517 (57,9)
TOTAL	1933 (100,0)	893 (100,0)

SOURCE: Ministère des Affaires sociales du Québec,
fichier J 93026, op. cit.

A la lumière des données qui apparaissent dans ce tableau, nous devons admettre que le programme a effectivement rejoint une clientèle qui présentait, dans une proportion de 93,7%, au moins une des caractéristiques identifiées au préalable comme propres à cette clientèle cible. Toutefois, il y a un élément important qui ressort de cette observation et qui mérite attention. Devant ces résultats, il apparaît difficile de parler d'une intervention bien spécifique auprès d'une fraction de la population qui serait plus "à risque". En effet, comment une série de douze (12) cours prénatals pourrait-elle répondre à des besoins aussi diversifiés que nombreux. Ces données nous incitent plutôt à ramener les cours prénatals à leur dimension réelle, à savoir un instrument d'information au service de la clientèle. Au départ, étant donné que les cours prénatals représentaient une des interventions les mieux structurées en périnatalité, il est possible que l'on ait surestimé la portée de cet instrument d'information en prétendant qu'il pourrait répondre aux besoins de la majorité des grossesses présentant un risque ou un besoin quelconque.

2. LES IMPACTS DU PROGRAMME DE COURS PRENATALS

Dans cette évaluation d'un programme régional de périnatalité, nous avons considéré les impacts à trois niveaux distincts: les impacts sociaux, les impacts sur le milieu (hospitalier et extrahospitalier) et enfin, les impacts sur la clientèle (comportements et aspects cliniques); nous traiterons ici de ces derniers.

Si on réfère au document La périnatalité, une politique du Ministère des Affaires sociales (1) on peut y discerner deux grands

(1) Ministère des Affaires sociales du Québec, Direction générale de la planification, op. cit.

objectifs généraux: une réduction de la mortalité maternelle et périnatale, puis, en second lieu, une réduction de la morbidité périnatale. En fait, la réalisation de ces deux objectifs ne devrait pouvoir se mesurer qu'après un certain nombre d'années, même si, paradoxalement, le taux de mortalité périnatale a atteint en 1975 l'objectif fixé pour 1980, soit un taux de 12 décès pour 1 000 naissances vivantes, chez les enfants de 1 000 grammes et plus (1). Parallèlement au développement de la technologie médicale, cette diminution de la mortalité périnatale s'explique également par des phénomènes purement démographiques (2).

Parmi toutes les interventions prévues pour l'atteinte de ces objectifs, la mise en oeuvre d'un programme d'information aux femmes enceintes (cours pré-natals) en est une importante déjà en voie de réalisation. Aussi, pour cerner l'influence des cours sur la clientèle, notre approche a été la suivante: nous avons d'abord vérifié, pour chacune des variables retenues, s'il y avait une différence statistiquement significative entre le fait d'avoir participé aux cours ou non. Puis, dans un deuxième temps, nous avons mis cette même variable en relation avec d'autres facteurs ayant pu, à notre avis, l'influencer. Ainsi, nous avons observé, dans l'analyse de l'atteinte des clientèles cibles, que la scolarité (les plus scolarisées) et la parité (les primipares) étaient deux variables particulièrement déterminantes quant à la décision de s'inscrire aux cours et d'y participer. S'appuyant sur cette observation, il nous apparaît logique de poser l'hypothèse que si ces caractéristiques exercent une grande influence sur cette première décision, elles peuvent également influencer d'autres comportements ou décisions. Par exemple, après avoir mis en relation l'allaitement maternel avec la participation aux cours, nous essaierons

(1) Ministère des Affaires sociales du Québec, Comité d'étude périnatale, Rapport annuel 1977.

(2) BERNARD, J.M., M.A.S., Les nouvelles configurations de la structure d'âge maternel et de la parité comme facteur important de diminution de la mortalité infantile et périnatale au Québec (1965/1974), 39 p.

de percevoir l'influence de chacune de ces variables (scolarité et parité) sur ce type de comportement (allaitement maternel), aussi bien chez les femmes qui auront suivi les cours que chez celles qui ne les ont pas suivis. Il est certain que les variables choisies pour les fins de notre étude ne tiennent pas compte de toutes les influences possibles d'un programme de cours prénatals; nous avons simplement retenu certaines des variables susceptibles d'être influencées par le programme de cours. Toutefois, notre objectif de départ n'était pas d'évaluer l'impact des cours au niveau de chacune de celles-ci, mais avant tout de délimiter, du moins dans ses grands traits, le champ d'influence du programme. A ce titre, notre recherche revêt avant tout un caractère exploratoire.

2.1 Impacts sur la clientèle (comportements, aspects cliniques)

Cette sous-partie a pour but d'analyser dans quelle mesure les cours pré-natals ont pu inciter les personnes qui les ont suivis à adopter différentes habitudes de vie susceptibles de favoriser une grossesse et un accouchement plus harmonieux. Dans le cadre de cet article, nous considérerons plus en détail l'influence des cours au niveau de deux comportements sur lesquels on a beaucoup insisté: l'abandon ou du moins la diminution de la consommation de cigarettes et l'allaitement maternel.

2.1.1 Consommation de cigarettes - participation aux cours

Le tableau suivant nous montre que la consommation de cigarettes diffère de façon statistiquement significative selon que l'on dit avoir participé aux cours ou pas. Ainsi, 15,9% et 3,8% des participantes ont respectivement diminué et augmenté leur consommation de cigarettes, alors que chez les non participantes, ces pourcentages sont de 10,6% et 7,2%. Il convient de mentionner que la proportion de femmes qui a diminué sa consommation de cigarettes demeure faible,

même chez celles qui ont suivi les cours.

TABLEAU 3

VARIATION DANS LA CONSOMMATION DE CIGARETTES
SELON LA PARTICIPATION AUX COURS

Participation aux cours	Consommation de cigarettes			
	Diminution	Stable	Augmentation	TOTAL
Oui	141 (15,9)	711 (80,3)	33 (3,8)	885(100,0) (46,7)
Non	107 (10,6)	832 (82,2)	73 (7,2)	1012(100,0) (53,3)
TOTAL	248 (13,1)	1543 (81,3)	106 (5,6)	1897(100,0) (100,0)

ddl = 2

$\chi^2 = 20,72$

Significatif avec risque d'erreur $< 0,01$

Valeurs manquantes: 36

Consommation de cigarettes - nombre de grossesses antérieures

Si nous examinons maintenant l'influence du nombre de grossesses antérieures sur la consommation de cigarettes (tableau 4), nous y remarquons que la tendance générale est la même, aussi bien chez celles qui ont suivi les cours que chez celles qui ne les ont pas suivis: les femmes qui en sont à leur première grossesse diminuent leur consommation dans une proportion plus élevée que celles ayant déjà connu une (1) ou plusieurs grossesses.

Hormis quelques exceptions, nous remarquons que plus le rang de grossesse est élevé, moins la diminution est forte.

Paradoxalement, nous observons qu'en ce qui concerne l'augmentation de la consommation, les tendances sont les mêmes: les femmes de parité 0 sont celles qui augmentent le plus leur consommation.

Les femmes n'ayant eu aucune grossesse antérieure sont celles qui participent le plus aux cours pré-natals (65,9% des participantes) et, de ce fait, elles ont pu influencer les résultats du tableau Consommation de cigarettes - participation aux cours. Il n'en demeure pas moins que les quelques petites différences observées au niveau de la consommation sont davantage liées, semble-t-il, à la participation aux cours. En effet, si nous comparons, pour chacun des rangs de grossesse, la consommation chez les participantes et les non participantes, nous constatons que les pourcentages de diminution sont plus élevés chez les participantes et les pourcentages d'augmentation plus élevés chez les non participantes.

Consommation de cigarettes - niveau de scolarité.

Par ailleurs, lorsque nous analysons l'influence de la scolarité sur la consommation de cigarettes, nous remarquons que chez les femmes qui ont participé aux cours, la scolarité semble exercer une influence moins forte que chez les non participantes; chez celles-ci, la diminution dans la consommation de cigarettes augmente avec le niveau de scolarité. Ainsi, les différences observées au tableau "Consommation de cigarettes selon la participation aux cours" ne seraient pas dues, ou peu, au fait que les femmes qui participent aux cours sont davantage scolarisées.

En examinant au tableau 5 la consommation de cigarettes chez les participantes et les non participantes, nous remarquons que, indépendamment de la scolarité, la proportion de celles qui ont diminué est plus élevée chez les participantes et la proportion de celles qui ont augmenté est plus élevée chez les non participantes. A la lumière de ces seuls résultats, les cours pré-natals auraient davantage

influencé la diminution dans la consommation de cigarettes durant la grossesse que ne l'aurait fait la scolarité.

TABLEAU 4

CONSOMMATION DE CIGARETTES SELON LE NOMBRE DE GROSSESSES ANTERIEURES
CHEZ LES FEMMES QUI ONT PARTICIPE AUX COURS PRENATALS *

Consommation de cigarettes	Nombre de grossesses antérieures					
	Aucune	Une (1)	Deux (2)	Trois(3)	Quatre(4) et plus	TOTAL
Augmentation	26 (4,4)	5 (2,6)	1 (1,4)	1 (3,4)	0	33 (3,8)
Stabilité	457 (78,4)	159 (82,4)	64 (87,7)	25 (86,2)	6 (85,7)	711 (80,3)
Diminution	100 (17,2)	29 (15,0)	8 (10,9)	3 (10,4)	1 (4,3)	141 (15,9)
TOTAL	583(65,9) (100,0)	193(21,8) (100,0)	73 (8,2) (100,0)	29 (3,3) (100,0)	7 (0,8) (100,0)	885(100,0) (100,0)

CHEZ LES FEMMES QUI N'ONT PAS PARTICIPE AUX COURS * *

Augmentation	31 (8,5)	20 (5,9)	14 (7,7)	5 (6,3)	3 (6,5)	73 (7,2)
Stabilité	283 (78,0)	284 (83,0)	157 (86,8)	66 (82,5)	42 (91,3)	832 (82,2)
Diminution	49 (13,5)	38 (11,1)	10 (5,5)	9 (11,2)	1 (2,2)	107 (10,6)
TOTAL	363(35,9) (100,0)	342(33,8) (100,0)	181(17,9) (100,0)	80(7,9) (100,0)	46 (4,5) (100,0)	1012(100,0) (100,0)

* Valeurs manquantes = 8

** $\chi^2 = 14,20$ Non significatif au seuil 0,05 Valeurs manquantes = 10

TABLEAU 5

CONSOMMATION DE CIGARETTES SELON LE NIVEAU DE SCOLARITE
CHEZ LES FEMMES QUI ONT PARTICIPE AUX COURS PRENATALS *

Consommation de cigarettes	Niveau de scolarité (en années)				
	0-7	8-11	12-15	16 et +	TOTAL
Augmentation	0 (0,0)	10 (3,8)	21 (4,1)	2 (2,4)	33 (3,8)
Stabilité	22 (84,6)	219 (82,6)	399 (78,2)	71 (84,5)	711 (80,3)
Diminution	4 (15,4)	36 (13,6)	90 (17,7)	11 (13,1)	141 (15,9)
TOTAL	26 (2,9) (100,0)	265 (30,0) (100,0)	510 (57,6) (100,0)	84 (9,5) (100,0)	885 (100,0) (100,0)

CHEZ LES FEMMES QUI N'ONT PAS PARTICIPE AUX COURS PRENATALS **

Augmentation	5 (5,0)	48 (10,4)	19 (4,7)	1 (2,2)	73 (7,2)
Stabilité	90 (90,0)	362 (78,7)	340 (84,2)	38 (82,6)	830 (82,2)
Diminution	5 (5,0)	50 (10,9)	45 (11,1)	7 (15,2)	107 (10,6)
Total	100 (9,9) (100,0)	460 (45,5) (100,0)	404 (40,0) (100,0)	46 (4,6) (100,0)	1010 (100,0) (100,0)

* $X^2 = 4,56$ Non significatif au seuil 0,05 Valeurs manquantes = 8

** $X^2 = 18,06$ Significatif avec risque d'erreur $< 0,001$
Valeurs manquantes = 22

2.1.2 Allaitement maternel - participation aux cours

La saine alimentation du nouveau-né constitue un des objectifs spécifiques du programme et l'allaitement maternel pour un y a été fortement recommandé. Un examen sommaire du tableau 6 nous permet de constater que chez les femmes qui ont participé aux cours, 46,8% ont dit allaiter leur enfant, contre 24,2% chez les non participantes.

TABLEAU 6

ALLAITEMENT MATERNEL SELON LA PARTICIPATION AUX COURS

Participation aux cours	Allaitement de l'enfant		
	oui	non	TOTAL
Oui	417 (46,8)	474 (53,2)	891 (100,0)
Non	247 (24,2)	774 (75,8)	1021 (100,0)
TOTAL	664 (34,7)	1248 (65,3)	1912 (100,0)

$\chi^2 = 107,3$ Significatif avec risque d'erreur $< 0,001$
Valeurs manquantes = 21

Encore ici, la scolarité et la parité entrent en ligne de compte si nous voulons connaître davantage les différents phénomènes qui incitent les femmes à allaiter.

Allaitement maternel - scolarité

Le tableau 7 démontre l'existence d'une différence statistiquement significative entre le fait d'allaiter son enfant et le niveau de scolarité: plus le niveau de scolarité augmente, plus les femmes disent allaiter leur enfant, qu'elles aient participé aux cours ou non. Cette observation tend à confirmer l'hypothèse selon laquelle les femmes plus scolarisées sont davantage sensibilisées à l'allaitement maternel. Ainsi, le fait que les femmes ayant douze (12) années ou plus de scolarité représentent 67,2% de la clientèle des cours pré-natals explique en partie les différences observées au niveau de l'allaitement maternel selon la participation aux cours. Par ailleurs, nous observons que, étudié séparément à l'intérieur de chaque niveau de scolarité, l'allaitement maternel demeure toujours plus élevé chez les participantes aux cours. Cette dernière observation semble indiquer que les cours pré-natals ont eu une influence sur l'allaitement maternel, l'effet de la scolarité une fois éliminé.

Par ailleurs, il n'y a pas de différence statistiquement significative dans l'allaitement maternel entre celles qui en sont à leur 1ère grossesse et celles à leur 2ème et plus. Cette observation se vérifie aussi bien chez les participantes que chez les non participantes (tableau 8). Ainsi, contrairement à ce que nous aurions pu penser au départ, les primipares ne semblent pas davantage sensibilisées à l'allaitement maternel, selon ces données. En effet, il aurait été plausible d'émettre l'hypothèse que les femmes ayant eu un ou plusieurs enfants aient pu conserver les mêmes attitudes qu'auparavant, surtout si leur(s) enfant(s) est (sont) en "bonne santé". Les résultats démontrent le contraire et les cours pré-natals semblent avoir un effet prépondérant sur l'allaitement maternel. Tant chez les primipares que les multipares, le pourcentage de femmes qui disent allaiter est de beaucoup supérieur chez celles qui ont suivi les cours.

TABLEAU 7

ALLAITEMENT MATERNEL SELON LE NIVEAU DE SCOLARITE
CHEZ LES FEMMES QUI ONT SUIVI LES COURS PRENATALS *

Allaitement maternel	Niveau de scolarité (en années)				
	0-7	8-11	12-15	16 et +	TOTAL
Oui	8 (30,8)	85 (32,0)	263 (51,2)	61 (71,8)	417 (46,8)
Non	18 (69,2)	181 (68,0)	251 (48,8)	24 (28,2)	474 (53,2)
TOTAL	26 (2,9) (100,0)	266(29,9) (100,0)	514(57,7) (100,0)	85(9,5) (100,0)	891(100,0) (100,0)

CHEZ LES FEMMES QUI N'ONT PAS SUIVI LES COURS PRENATALS**

Oui	11 (10,8)	85 (18,3)	123 (30,2)	27 (58,7)	246 (24,1)
Non	91 (89,2)	379 (81,7)	284 (69,8)	19 (41,3)	773 (75,9)
TOTAL	102(10,0) (100,0)	464(45,5) (100,0)	407(39,9) (100,0)	46 (4,6) (100,0)	1019(100,0) (100,0)

* $X^2 = 51,44$ Significatif avec risque d'erreur $< 0,001$
Valeurs manquantes = 2

** $X^2 = 56,73$ Significatif avec risque d'erreur $< 0,001$
Valeurs manquantes = 3

TABLEAU 8

ALLAITEMENT MATERNEL SELON LE NOMBRE DE GROSSESSES ANTERIEURES
CHEZ LES FEMMES QUI ONT PARTICIPE AUX COURS PRENATALS *

Allaitement maternel	Nombre de grossesses antérieures		
	Aucune	Une et plus	TOTAL
Oui	279 (47,4)	138 (45,7)	417 (46,8)
Non	310 (52,6)	164 (54,3)	474 (53,2)
TOTAL	589 (66,1) (100,0)	302 (33,9) (100,0)	891 (100,0) (100,0)

CHEZ LES FEMMES QUI N'ONT PAS PARTICIPE AUX COURS PRENATALS**

Oui	89 (24,2)	158 (24,2)	247 (24,2)
Non	279 (75,8)	495 (75,8)	774 (75,8)
TOTAL	368 (55,9) (100,0)	658 (44,1) (100,0)	1021 (100,0) (100,0)

* Valeurs manquantes = 2

** Valeurs manquantes = 1

Conclusion et considérations générales

Dans cet article sur l'évaluation d'un programme de périnatalité, nous avons porté notre attention sur deux aspects bien spécifiques à toute intervention en santé communautaire: l'atteinte des clientèles-cibles et l'impact de nos interventions auprès de la population.

Sur les clientèles-cibles, nous avons vu que les pourcentages d'atteinte de celles-ci s'avéraient plutôt faibles, à l'exception des primipares. Par ailleurs, le fait que plus de 93,7% des femmes inscrites aux cours répondent à au moins un des critères retenus pour l'identification de la clientèle cible, nous incite à nous poser des questions sur la capacité réelle des cours à offrir réponse aux multiples besoins de ces clientèles nombreuses et diversifiées.

Au niveau de l'impact des cours sur la clientèle, nous avons tenu compte de deux aspects, à savoir l'impact des cours sur certains comportements types susceptibles d'être modifiés et sur différents aspects cliniques. Dans le cadre de cet article, nous nous sommes restreints à l'analyse de l'impact des cours sur deux comportements bien identifiés. Mentionnons toutefois que la recherche d'évaluation réalisée pour le programme de périnatalité nous a permis de percevoir une nette différence entre l'impact des cours sur des comportements et leur impact sur des aspects cliniques. Au tableau 9, nous avons produit une synthèse de résultats observés dans cette recherche (1). Dans le premier cas (comportements), les résultats observés ont montré l'existence d'une différence statistiquement significative pour chacun des comportements étudiés, selon que l'on ait participé aux cours ou pas. De manière à nuancer les

(1) CYR, L., DROUIN, D., LAFONTAINE, P., ROBERGE, R., Evaluation d'un programme régional de périnatalité, Québec 1978.

résultats obtenus, nous avons mis en relation les comportements étudiés avec d'autres variables ayant pu effectivement influencer le comportement étudié. Les femmes plus scolarisées et les primipares ayant participé aux cours dans une proportion plus élevée que les autres femmes, il nous est apparu logique de mettre en relation le comportement étudié avec chacune de ces variables de façon à mieux cerner l'influence réelle des cours. Nous avons pu nous rendre compte que, indépendamment de la scolarité ou du nombre de grossesses antérieures, les femmes qui ont participé aux cours ont davantage adopté les types de comportements identifiés à une saine hygiène de vie. Cette observation, qui se vérifie au niveau de chacun des comportements étudiés, semble indiquer, à première vue, une très nette influence des cours au niveau de ceux-ci. Toutefois, il nous apparaît opportun d'apporter ici quelques éléments de réflexion qui nous aideront peut-être un peu mieux à situer les cours dans une perspective d'ensemble.

Si, au départ, nous considérons déjà le fait de s'inscrire à des cours prénatals comme un comportement sanitaire, il devient alors possible d'émettre l'hypothèse que les femmes qui ont participé aux cours pouvaient être également plus enclines, de façon générale, à adopter les comportements préventifs présentés à l'intérieur de ces cours. Vus en rapport avec cette approche, les cours prénatals apparaissent alors comme un élément générateur ou renforçateur d'habitudes pour lesquelles une bonne partie de la clientèle pouvait déjà manifester un penchant. Dans toute cette optique, le programme de cours apparaît comme un mécanisme d'information parmi d'autres sur différents facteurs pouvant avoir une influence, non seulement sur la grossesse en cours mais également au niveau des objectifs plus globaux de santé communautaire (par exemple, prise en charge et plus grande autonomie des gens devant leur santé).

TABLEAU 9

IMPACTS SUR LA CLIENTELE

	Différence statistiquement significative * (oui ou non) selon		
	Participation aux cours	Scolarité	Nombre de grossesses antérieures
<u>I - Impacts sur des comportements</u>			
1. Pratique d'exercices	Oui	Oui	Non
2. Consommation de cigarettes	Oui	Non (participantes)	-
3. Allaitement maternel	Oui	Oui	Non
4. Assistance du père à l'accouchement	Oui	Oui	-
<u>II - Impact sur des aspects cliniques</u>			
1. Durée de la grossesse-temps de travail - complications à l'accouchement - poids de naissance de l'enfant	Non	-	-
2. Gain de poids	Oui	-	Non

* Au seuil 0,05

Au niveau des aspects cliniques (temps de travail, durée de la gestation, etc.), les données de ce projet n'ont pas démontré une différence statistiquement significative entre le fait d'avoir participé aux cours et les différentes caractéristiques cliniques retenues. Nous avons observé une différence appréciable seulement au niveau du gain de poids pendant la grossesse. Toutefois, comme nous l'avons déjà mentionné, ces données sur les impacts veulent avant tout cerner un possible champ d'influence des cours et, à ce titre, ne présentent pas de caractère définitif. Malgré tout, les résultats observés nous amènent quand même à nous poser certaines questions. On peut se demander jusqu'à quel point les cours prénatals s'avèrent, au niveau des variables cliniques, l'intervention la plus adéquate qui soit. Nous savons que dans le programme de périnatalité, d'autres interventions effectivement plus cliniques sont prévues et c'est sur celles-ci qu'il faudrait, selon nous, au moins autant sinon davantage, miser pour atteindre les objectifs visés à ce niveau et, par le fait même, répondre plus adéquatement aux besoins de certaines clientèles cibles.



Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales
Assurance-hospitalisation

ANNEXE A

HOSPITALISATION
ABRÉGÉ ADMISSION/SORTIE

PÉRIODE:

Enregistrement	1	N° d'admission
Correction	2	
Annulation	3	

Nom de l'établissement		Code	Type	Urgent	1	N° d'assurance-malade	Consent	Ou	1		
1 N° dossier médical		Prénom du père		Nom de fille de la mère		Prénom et Nom du bénéf					
2 N° de téléphone	Nationalité	Statut	Depuis quand?	Religion	Lieu de naissance	État civil	Date de naissance	Sexe			
3 Adresse actuelle du bénéficiaire							Code postal	Com			
N°		Rue	App.	Municipalité	Comté	Province					
4 Adresse antérieure (en cas de changement d'adresse dans les trois derniers mois)					Date du changement	En cas d'urgence avertir					
5 M.D. ou D.D.S. recommandant		Adresse									
6 Nom de l'Employeur			Adresse			Occupation du bénéficiaire			Code d'occu		
7 Nom de la compagnie d'Assurance:		N° de certificat	N° de contrat	N° de groupe		N° d'assurance sociale					
8 Logement requis	Privé	Semi-privé	Salie	N° de chambre		Responsabilité du paiement		Admission antérieure			
9 N° de permis d'ambulance	N° de voiture patrouille		Date d'accident	Heure	Code d'accident	Provenance du bénéficiaire		Type	Code d'établissem		
10 Date d'admission		Heure	Médecin ou dentiste traitant		Code du médecin	Diagnostic d'admission			Code CIP		
Service	N° code du médecin	Nombre de jours	Diagnostic final	13 Infections	Complications	15 Acte opératoire	Code du chirurgien	Date de l'opération	Code d'anesthésiste	Tech. anes.	Ana Pat
11		Diagnostic	Diagnostic	Diagnostic	Consultations						
12		Diagnostic	Diagnostic	Diagnostic	14 Études spéciales						
16 Décès		- 48.1	Autopsie	Mort-naissance	Naissance à l'établissement	Masse à la naissance (Kgr)	Durée de la gestation (Semaines)		N° de dossier de la mère		
17 Date du congé		Date de sortie	Heure	Prix de journée	Jours de congé temporaires	Destination du bénéficiaire			Type	Code d'établissem	
18 Durée de séjour (logement fourni)			Nombre de jours	19 Contribution du bénéficiaire			20 Frais de séjour			Nombre de jours	
Pouponnière			Frais autorisés		X \$.....		Responsabilité du ministère des Affaires sociales			\$	
Salie			Supplément de chambre				Responsabilité d'un autre organisme			\$	
Semi-privé			Exonération				Responsabilité du bénéficiaire			\$	
Privé			TOTAL \$				Autres frais			\$	
Total							Total \$			\$	
21		Nombre de jours		22 Renseignements supplémentaires							
Nécessité médicale											

23 CONSENTEMENT

Je demande pour moi-même, ou le bénéficiaire ci-haut nommé, les avantages de la Loi de l'assurance-hospitalisation du Québec. J'accepte de payer le supplément journalier de pour un chambre privée ou semi-privée de soins de courte durée, ou le montant déterminé en vertu de cette loi et de ses règlements pour une salle, chambre privée ou semi-privée de soins prolongés. J'autoris l'établissement ainsi que le ou les médecins traitants ou consultants à fournir au ministère des Affaires sociales les renseignements nécessaires sur la présente hospitalisation, et à la Régie d'assurance-maladie du Québec les renseignements nécessaires pour exécuter les recours prévus aux articles 9 de la Loi de l'assurance-hospitalisation et 109 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. J'assume l'entière responsabilité financière de l'hospitalisation à compter de la date du congé autorisé par le médecin traitant.

Signature du malade ou du garant

Témoin

Je certifie que l'information fournie est conforme à celle du dossier médical.

Date

ÉTABLISSEMENT

DOSSIER MÉDICAL

DATE D'ADMISSION

MUNICIPALITÉ

PAROISSE

_____8

_____16

AN MOIS JOUR
_____22

_____26

_____28

Avez-vous suivi des cours prénatals? oui non

Si oui, identifiez le centre de cours: _____

Si oui, vous avez suivi, de 1 à 4 cours de 5 à 8 cours
de 9 à 12 cours plus de 12 cours

Si vous avez suivi des cours télévisés, identifiez le poste: _____

Grossesses antérieures (excluant celle-ci): (indiquez le nombre)

avortements (fausses-couches) 37 nés vivants décédés avant 7 jrs 41

morts-nés 39 nés vivants ayant survécu plus de 7 jrs 43 total: 45

Votre taille: _____ pieds _____ pouces ou _____ mètres

Votre poids normal: _____ livres ou _____ kg.

Combien de poids avez-vous gagné pendant la grossesse? _____ lbs ou _____ kg.

Combien avez-vous d'années de scolarité? _____

Quelle est votre occupation? _____

Quelle est l'occupation de votre conjoint? _____

* Si chômeur, inscrire l'occupation antérieure.

Avez-vous fait des exercices prénatals (incluant ceux faits aux cours prénatals) durant les cinq (5) derniers mois de votre grossesse?

jamais occasionnellement 1 fois/semaine
 2 fois/semaine 3 fois/semaine 4 fois ou plus/semaine

Combien fumiez-vous de cigarettes au début de votre grossesse?

aucune de 1 à 9 de 10 à 19 20 et plus

Combien fumiez-vous de cigarettes à la fin de votre grossesse?

aucune de 1 à 9 de 10 à 19 20 et plus

Le père a-t-il assisté à l'accouchement? oui non

Combien de temps a duré votre travail? moins de 6 hres entre 6 et 11 hres

entre 12 et 18 hres plus de 18 hres

Allaitiez-vous votre enfant? oui non

Si oui, qu'est-ce (ou qui est-ce) qui a surtout influencé votre décision? (cochez 1 ou 2 choix maximum)

le médecin qui vous a suivie le pédiatre

une nutritionniste ou diététiste la publicité

l'information reçue aux cours vous vous êtes renseignée

des femmes qui l'ont expérimenté autre _____

29

33
34

35

37

41

43

45

48

52

55

57

58

61