

LE DÉPLOIEMENT  
DES PROGRAMMES DE TYPE  
*Naître égaux – Grandir en santé*  
AU QUÉBEC

**Avis  
de l'Institut national de santé publique du Québec**

**rédigé par**

*Ginette Boyer*  
**Direction de la santé publique de Montréal-Centre**

*Johanne Laverdure*  
**Institut national de santé publique du Québec**

**Février 2000**

**Institut national de santé publique du Québec**

930, chemin Sainte-Foy, RC  
Québec (Québec) G1S 2L4

Téléphone : (418) 643-5336  
Télécopieur : (418) 646-9328  
Site Web : <http://www.inspq.qc.ca>

Document disponible sur le site Web.

Reproduction autorisée sous condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal, 1<sup>er</sup> trimestre 2000  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN : 2-550-35514-8

## REMERCIEMENTS

Nous souhaitons souligner la collaboration de certains représentants des Directions de la santé publique, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de chercheuses universitaires spécialisées dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance à l'enrichissement du présent avis de l'Institut national de santé publique du Québec à soumettre à la Table de coordination nationale en santé publique.

Merci enfin à Chantal Langevin, de la DSP Montréal-Centre et à Linda Blais de la DSP Québec pour leur soutien de secrétariat tout au long du processus de production de cet avis.

Dalal Badlissi	DSP Lanaudière
Daniel Beauregard	DSP Montréal-Centre
Renée Cyr	DSP Estrie
Claude Doyon	DSP Montréal-Centre
Maria Fortin	DSP Côte-Nord
Aline Gauthier	DSP Saguenay-Lac-Saint-Jean
Oumar Hamza	DSP Montérégie
Thérèse Hivon-Lizé	DSP Abitibi-Témiscamingue
Diane Jolicoeur	DSP Laval
Lucie Lafrance	RRSSS Mauricie et Centre-du-Québec
Johanne Laguë	DSP Montérégie
Johanne Lapointe	DSP Laval
Marie-Claire Laurendeau	DSP Montréal-Centre
Micheline Mallette	DSP Outaouais
Francine Maltais	DSP Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
Robert Ménard	MSSS
Michel Mercier	RRSSS Mauricie et Centre-du-Québec
Jocelyne Michaud	DSP Bas-Saint-Laurent
Réal Morin	INSPQ
Francine Ouellet	DSP Montréal-Centre
Christiane Piché	Université Laval
Micheline Proteau	DSP Laurentides
Hélène Rolin	DSP Outaouais
Louise Séguin	Université de Montréal
Monik St-Pierre	DSP Québec

# RÉSUMÉ

## **C**ontexte

Dans le cadre du bilan d'implantation des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, la Table de coordination nationale en santé publique s'est penchée sur les actions prioritaires à conduire en matière de développement et d'adaptation sociale des enfants et des jeunes, plus particulièrement sur les programmes de type *Nâtre égaux – Grandir en santé* (NÉ–GS). Rappelons que ce programme intégré pré et postnatal vise à réduire les inégalités sociales et de santé ainsi qu'à améliorer la santé et la qualité de vie des nouveau-nés et de leurs parents. Il comporte plusieurs cibles, de l'individu à l'environnement global, et fait appel à trois stratégies d'intervention : le renforcement du potentiel individuel, le renforcement du milieu et l'influence (action médiatique ou politique). Enfin, il vise l'ensemble des déterminants de la santé des familles en situation d'extrême pauvreté (les conditions et les habitudes de vie, le réseau de soutien, l'accessibilité des services, etc.).

L'Institut national de santé publique du Québec a obtenu le mandat de répondre aux attentes de la Table de coordination nationale en santé publique concernant l'état des connaissances sur les bénéfices connus et potentiels de NÉ–GS de même que sur les enjeux liés à l'implantation au Québec de ce programme. Les attentes de la Table concernant le financement de NÉ–GS ont été confiées aux autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux.

## **O**bjectif

Cet avis vise à fournir des informations à la Table de coordination nationale en santé pu-

blique concernant le programme NÉ–GS de manière à soutenir la prise de décision au regard du déploiement, au Québec, de ce programme.

## **M**éthode

Trois sources de données ont été utilisées pour documenter les bénéfices connus et potentiels des programmes de type NÉ–GS et les enjeux de leur implantation : **1**❖ la revue d'études comparatives d'essais cliniques randomisés de programmes pré et postnatals ; **2**❖ les résultats des études québécoises associées au programme NÉ–GS ; **3**❖ la consultation de professionnels des Directions de la santé publique, du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de chercheurs universitaires.

## **R**ésultats

Quatre grands constats émergent de l'état actuel des connaissances.

- Aucun programme d'intervention précoce auprès des familles ayant de jeunes enfants ne peut à lui seul prévenir et compenser les effets dévastateurs immédiats et intergénérationnels de la pauvreté sur la santé et le développement des enfants.
- Les programmes pré et postnatals évalués rigoureusement obtiennent des résultats d'une envergure modeste et limités à certaines sous-populations. Malgré cela, les recommandations de la communauté scientifique vont toutes dans le sens :
  - de maintenir en place les programmes pré et postnatals ;

- d'augmenter leur efficacité en misant sur des éléments de programme dont la pertinence fait déjà consensus (ex. : les suppléments alimentaires durant la grossesse) ;
  - de poursuivre la recherche afin de comprendre plus finement les problèmes de santé et de bien-être des familles ayant de jeunes enfants.
- Les résultats, présentement disponibles, des études associées au programme NÉ-GS s'inscrivent en continuité avec les constats précédents : il rejoint la population en situation d'extrême pauvreté et les effets observés sont modestes. De plus, il réussit à mobiliser les principaux acteurs, sauf les médecins.
- Le passage d'un « programme OLO » à un programme « de type NÉ-GS » est un choix fondamental qui implique une volonté explicite de rejoindre *les plus démunis des démunis* et de mettre en œuvre un programme *intégré* pré et postnatal. L'implantation de ce programme exerce une pression importante sur les ressources professionnelles et communautaires,

en exigeant des changements de pratiques tant qualitatifs que quantitatifs.

## **P**ortée des résultats

En dépit des limites des programmes pré et postnatals, il existe un solide consensus tant québécois qu'international à l'effet qu'il n'y a pas de meilleur moment pour intervenir énergiquement qu'au cours de la grossesse et des premières années de vie de l'enfant. De là se dégagent trois orientations :

- intervenir sur les causes structurelles de la pauvreté, à l'origine des inégalités sociales et de santé ;
- poursuivre le déploiement des programmes de type NÉ-GS au Québec, à la lumière des bénéfices connus et potentiels de cette intervention de périnatalité et de réduction des inégalités ;
- adapter la stratégie de recherche et de transfert des connaissances en tenant compte de la réalité des régions du Québec pour maximiser l'efficacité du programme NÉ-GS et en soutenir le déploiement.

## TABLE DES MATIÈRES

1.	MANDAT	1
2.	LE PROGRAMME <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	2
3.	QUOI DE NEUF DU CÔTÉ DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES PRÉ ET POSTNATALS ?	4
3.1	Du côté des interventions spécifiques en prénatal	4
3.2	Du côté des interventions globales en prénatal	7
3.3	Du côté des programmes pré et postnatals de visites à domicile	12
3.4	Du côté des inégalités sociales et de santé	13
3.5	Les évaluations de programmes pré et postnatals, <b>en bref</b>	15
4.	QUOI DE NEUF DU CÔTÉ DES ÉTUDES ASSOCIÉES AU PROGRAMME <i>Naître égaux – Grandir en santé</i> ?	16
4.1	L'évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal	16

4.2	L'évaluation participative de l'intégration du suivi individuel, de l'accompagnement communautaire et de l'action intersectorielle	18
4.3	L'étude des effets du volet prénatal du programme	19
4.4	L'étude de cas du processus d' <i>empowerment</i>	22
4.5	À propos des autres études en cours	24
4.6	Les études associées à <i>Naître égaux – Grandir en santé</i> , en bref	25
<b>5.</b>	<b>LES ENJEUX DU DÉPLOIEMENT DES PROGRAMMES DE TYPE <i>Naître égaux – Grandir en santé</i> DANS LES TERRITOIRES DE CLSC DU QUÉBEC</b>	<b>26</b>
5.1	L'atteinte de la population cible	26
5.2	Le passage d'un « programme OLO » à un programme « de type » <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	29
5.3	Le soutien à l'implantation	32
5.4	Les observations des répondants quant aux enjeux du déploiement de <i>Naître égaux – Grandir en santé</i> , en bref	33
<b>6.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>34</b>
6.1	La pertinence des objectifs du programme <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	35
6.2	Le choix de la population cible	36
6.3	Les composantes du programme <i>Naître égaux – Grandir en santé</i>	37
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>40</b>
<b>8.</b>	<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>42</b>

## 1. MANDAT

Dans le cadre des constats du premier bilan d'implantation des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* (MSSS, 1997), la Table de coordination nationale en santé publique s'est penchée sur les actions prioritaires à poser en matière de développement et d'adaptation sociale des enfants et des jeunes, plus particulièrement sur les programmes de type *Naître égaux – Grandir en santé* (NÉ–GS). Les éléments de réflexion concernaient l'état des connaissances quant aux bénéfices connus et potentiels de cette intervention, les enjeux liés à l'implantation de ces programmes et, finalement, le financement requis pour agir dans les régions du Québec.

La Table de coordination nationale en santé publique a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec pour la production d'un avis de santé publique portant sur l'impact des programmes de type NÉ–GS sur la santé et le bien-être des enfants et des familles en situation d'extrême pauvreté et les enjeux actuels liés à leur implantation dans les régions du Québec. Cet avis vise à fournir des informations à la Table concernant le pro-

gramme NÉ–GS de manière à soutenir la prise de décision au regard du déploiement, au Québec, de ce programme de périnatalité et de réduction des inégalités.

Le présent avis comprend d'abord une brève description du programme. Suivent les bénéfices connus et potentiels de l'intervention et les enjeux liés à l'implantation de programmes de type NÉ–GS dans les régions du Québec. Finalement, nous discuterons des constats qui se dégagent tant de l'état des connaissances que de la mise en œuvre de l'intervention.

Cet avis est le produit d'un travail de collaboration entre l'Institut national de santé publique du Québec et la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, enrichi d'une consultation des professionnels des Directions de la santé publique ayant la responsabilité de l'implantation du programme dans leur région, des professionnels du ministère de la Santé et des Services sociaux et de chercheurs universitaires associées à l'évaluation du programme NÉ–GS.

## 2. LE PROGRAMME *Naître égaux – Grandir en santé*

Lors de la publication de la structure opérationnelle du programme *Naître égaux – Grandir en santé* (Martin *et al.*, 1995), les auteurs ont présenté une recension des écrits sur les déterminants de la santé des familles en situation d'extrême pauvreté et sur l'efficacité des programmes pré et postnataux. Elles ont également justifié le choix de l'approche écologique sur laquelle repose ce programme. On voudra bien se référer à ce document au besoin. Aux fins du présent avis, rappelons seulement les objectifs du programme, avant de reprendre le résumé qui figure dans le document de référence des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* (MSSS, 1997).

*Naître égaux – Grandir en santé* est un programme intégré en périnatalité qui vise :

- à promouvoir la santé et le bien-être des familles et des jeunes enfants en situation d'extrême pauvreté ;
- à inclure la naissance de leur enfant dans un projet de vie élargi et porteur de réussite pour les familles en situation d'extrême pauvreté (Martin *et al.*, 1995, p. 57).

Ce programme comporte donc à la fois des objectifs liés à la promotion de la santé et à la prévention en périnatalité. Les objectifs de promotion de la santé visent une action sur les déterminants de la santé et l'amélioration des conditions favorables à la santé. Il s'agit :

- de reconnaître, de soutenir et de renforcer la capacité des femmes, des hommes, des

enfants et de leurs réseaux immédiats d'accéder à des conditions favorables à la santé et au bien-être de leur famille ;

- de reconnaître, de soutenir et de renforcer la capacité des différents milieux de répondre efficacement aux besoins des enfants et de leur famille, sur le plan de la santé et sur les plans social et économique ;
- d'amener les décideurs à élaborer des politiques visant l'équité dans l'accès à des conditions de santé adéquates pour les personnes, les familles et les communautés en situation d'extrême pauvreté (Martin *et al.*, 1995, p. 58).

Les objectifs liés à la prévention visent la réduction des problèmes de santé et de bien-être. Plus précisément, pour chaque territoire de CLSC, le programme vise :

- à diminuer à 5 % le taux de naissances prématurées ;
- à diminuer à 4 % le taux de naissances où le poids du bébé est inférieur à 2500 g ;
- à diminuer la proportion de femmes qui présentent une réaction dépressive durant la grossesse ;
- à diminuer la fréquence des épisodes de violence conjugale et familiale, particulièrement durant la grossesse ;
- à réduire l'incidence et les conséquences des abus et de la négligence à l'égard des enfants ;
- à diminuer la proportion d'enfants qui présentent des retards de développement (Martin *et al.*, 1995, p. 58).

### *Naître égaux – Grandir en santé*

Ce programme comporte de multiples cibles (de l'individu à l'environnement global). Il fait appel à trois stratégies d'intervention : renforcement du potentiel individuel, renforcement du milieu et influence (action médiatique ou politique). Enfin, il 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, etc.).

**Une intervenante privilégiée** établit une **relation de confiance avec la femme enceinte** et son réseau informel d'entraide. Soutenue par une équipe interdisciplinaire, elle offre un soutien global par des visites à domicile effectuées toutes les deux semaines, dès la vingtième semaine de grossesse. Elle accorde à la famille un soutien particulier au cours des trois mois qui suivent l'accouchement et met tout en œuvre pour garder contact avec elle au cours des deux années suivantes. Certaines familles se joignent au programme seulement après la naissance de leur enfant.

**La globalité, l'intensité et la précocité** de cette intervention ont un lien direct avec le cumul des difficultés que vivent ces familles. **Les suivis individuels impliquent plusieurs composantes** : suivi de santé en complémentarité avec le médecin, suivi nutritionnel (incluant la distribution de suppléments alimentaires pendant la grossesse – OLO : œuf, lait et jus d'orange – et un soutien à l'allaitement ou à un mode d'alimentation adapté au nourrisson), suivi psychosocial, soutien au développement de l'enfant, soutien au réseau immédiat, soutien d'ordre socio-économique, etc.

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. **Ces familles sont donc accompagnées vers divers groupes communautaires** (ateliers parents-enfants, cuisines collectives, etc.), ces ressources jouant un rôle déterminant en matière d'intégration sociale.

**Des regroupements locaux d'action intersectorielle** (où sont engagés les CLSC et la Direction de la santé publique) voient à la création ou à la consolidation des ressources communautaires en vue d'améliorer les conditions de vie de ces familles, d'accroître le soutien parental ou la stimulation infantile. La consolidation des ressources du milieu, y compris les services en CLSC, a toutefois **des retombées évidentes pour l'ensemble des familles d'un quartier**.

Les équipes de santé publique coordonnent la **conception, l'opérationnalisation et l'évaluation** de ce programme.

### 3. QUOI DE NEUF DU CÔTÉ DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES PRÉ ET POSTNATALS ?

Au cours des dix dernières années, plusieurs recensions d'écrits ont été à l'origine des politiques publiques qui ont soutenu le développement de *Naître égaux – Grandir en santé*. Nous ne reprendrons pas ici la revue détaillée des facteurs de risque associés à la santé et au bien-être des enfants et de leur famille. Partant de là, il s'agit maintenant de mettre à jour les connaissances sur les bénéfices connus et potentiels des programmes pré et postnatals avant d'aborder spécifiquement, dans la section 4, les résultats des projets de recherche associés à NÉ-GS.

L'objectif de la présente section est d'introduire les données les plus récentes en matière d'évaluation de programmes pré et postnatals. La publication récente de plusieurs études comparatives d'essais cliniques randomisés est au cœur de la présente recension d'écrits. Rappelons que différentes stratégies de recherche peuvent être utilisées pour évaluer l'efficacité d'un programme. Cependant, les essais cliniques randomisés sont largement reconnus comme étant la forme d'évaluation de programme la plus valide. En effet, répartir les participantes d'un programme *au hasard*, entre plusieurs groupes, est considéré comme le meilleur moyen de contrôler les différences (notamment de motivation) entre les utilisatrices et les non-utilisatrices. Il existe de nombreuses évaluations basées sur des études dites descriptives ou d'utilisatrices mais ces évaluations génèrent le plus souvent des résultats positifs parce qu'elles reposent sur les perceptions de participantes motivées. Dans ces conditions, il est impossible d'établir un lien de cause à effet entre l'intervention à l'étude et ces résultats. C'est pourquoi on accorde une valeur supérieure aux essais cliniques rando-

misés en matière d'évaluation de programmes.

#### 3.1 Du côté des interventions spécifiques en prénatal

Dans la plus récente parution de *The Cochrane Database of Systematic Review* (1999), on trouve une série d'analyses comparatives d'essais cliniques randomisés sur plusieurs types d'interventions prénatales réalisées à travers le monde. Voici, en substance, les conclusions quant aux programmes d'intervention nutritionnelle, aux programmes de cessation du tabagisme et aux programmes de soutien social.

##### ■ *Les programmes d'intervention nutritionnelle*

L'analyse de 14 études a démontré que les programmes de distribution de suppléments alimentaires durant la grossesse réduisent la mortalité fœtale et néonatale. De plus, ils améliorent modestement la croissance fœtale, à la condition que les suppléments fournissent une très nette augmentation de l'apport calorique. Aucun effet n'a été démontré sur la santé de la mère ou, à moyen terme, sur la croissance de l'enfant (Kramer, 1999a). Par ailleurs, l'analyse de quatre études révèle que les programmes de conseils nutritionnels aux femmes enceintes, quant à eux, sont efficaces pour augmenter la consommation de protéines et de calories, mais les études actuelles ne permettent pas de conclure à des effets sur la santé du fœtus, du nouveau-né ou de la mère. En outre, compte tenu de l'effet limité des programmes de suppléments alimentaires, Kramer évalue qu'il est peu probable que les

programmes de conseils nutritionnels aient un impact majeur sur la santé des mères et des nouveau-nés (Kramer, 1999b).

■ *Les programmes de cessation du tabagisme*

De l'analyse de 30 essais cliniques randomisés de programmes de cessation du tabagisme durant la grossesse (Lumley, Oliver, Waters, 1999), il faut d'abord retenir la grande variété des modalités et de l'intensité des interventions : diffusion d'information, groupes de soutien, suivi individuel, etc. On évalue qu'environ le quart des femmes qui fument avant leur grossesse cesseront spontanément avant leur première consultation médicale. Sur 100 femmes enceintes qui fument au moment de cette première consultation, environ dix cesseront de fumer dans le cadre d'un suivi par les services courants et six ou sept autres arrêteront après avoir participé à un programme particulier.

Lumley *et al.* concluent qu'il y a une réduction significative de la consommation de cigarettes chez les participantes à ces programmes. Les études portant sur l'effet de la cessation du tabagisme chez les femmes enceintes sur le nouveau-né démontrent que ces programmes sont efficaces pour réduire l'insuffisance de poids à la naissance et augmenter le poids moyen des nouveau-nés (en moyenne de 40 g), mais ils ne se sont pas avérés efficaces pour réduire la grande insuffisance de poids à la naissance et la mortalité périnatale. Les auteurs signalent cependant une limite importante des programmes de cessation du tabagisme chez les femmes enceintes et de leur évaluation :

Dans la conception et la mise en œuvre des programmes de cessation du tabagisme, on a très rarement pris en considération les craintes des femmes à l'effet qu'arrêter de fumer augmenterait le poids du bébé et, par conséquent, hausserait la probabilité d'un travail plus difficile ou d'une intervention chirurgicale [...]. Des consultations auprès de spécialistes en promotion de la santé ont également permis d'identifier certaines préoccupations à propos d'effets pervers liés à la cessation du tabagisme ou liés à l'augmentation de la culpabilité associée à la poursuite de la consommation de cigarettes : effets sur le bien-être psychologique des femmes, sur leur capacité de réaction dans des situations difficiles, ainsi que sur le bien-être des autres membres de la famille (Oliver 1997, cité par Lumley *et al.*, 1999, p. 4). [Traduction libre<sup>1</sup>.]

Ils recommandent donc d'intensifier le soutien offert aux femmes enceintes qui fument et de poursuivre la recherche sur les effets pervers possibles. Compte tenu de la très forte association entre l'usage du tabac pendant la grossesse et les inégalités socio-économiques, ils insistent de plus sur la nécessité d'accentuer la lutte à la pauvreté et d'intensifier le développement de politiques publiques sur le contrôle de l'usage du tabac,

spécialement en vue de prévenir la consommation de cigarettes chez les jeunes.

#### ■ *Les programmes de soutien social*

Hodnett (1999) a passé en revue 14 essais cliniques randomisés évaluant des programmes de soutien social pour des femmes enceintes à risque. Différents types de soutien étaient offerts (émotif, informatif, matériel, changement des habitudes de vie) lors de visites à domicile ou de rendez-vous médicaux. Quelques études ont démontré un effet positif sur l'une ou l'autre variable psychosociale telles la réduction de l'anxiété durant la grossesse et des préoccupations à propos du bébé, ou encore une réduction du sentiment d'épuisement; les participantes étaient moins souvent insatisfaites des services prénataux et déclaraient moins souvent ne pas avoir d'aide à la maison. Ces interventions de soutien social n'ont toutefois pas d'effets sur le poids à la naissance, sur la prématurité ou sur d'autres aspects de la santé physique de la mère ou de l'enfant. En dépit des nombreuses études associant stress, soutien social et issue de grossesse, il semble que même un soutien social intense durant la grossesse ne parvienne pas à contrer les effets du cumul des difficultés vécues par ces femmes.

### **3.2 Du côté des interventions globales en prénatal**

Outre cette récente revue des évaluations de programmes spécialisés en fonction de l'un ou l'autre facteur de risque associé à l'insuffisance de poids à la naissance et à la prématurité, la revue *Birth* vient de publier une recension des études réalisées depuis 1960 en vue d'évaluer les effets d'approches dites globales en prénatal (Stevens-Simon et Orleans, 1999). On y observe que la plupart de ces études présentent d'importantes lacunes méthodologiques qui rendent difficiles la

<sup>1</sup> « Women's fears that smoking reduction will, by increasing fetal size, increase the probability of a difficult labor or an operative delivery have been taken into account very rarely [...] in the design and implementation of smoking cessation programs. Preliminary consultation with health promotion specialists has also identified concerns about adverse effects of quitting, or increased guilt over continued smoking, on women's psychological well-being and capacity to cope with adverse circumstances, with flow-on effects to the well-being of other family members as possible adverse effects of smoking cessation interventions » (Oliver 1997, cité par Lumley *et al.*, 1999, p. 4).

comparaison des résultats. La grande majorité sont en fait des études descriptives. Au total, seulement huit études cliniques randomisées ont été retenues, mais certaines ne fournissent aucune donnée sur l'application des différentes composantes du programme ou sur des variables intermédiaires. Ceci rend très difficile toute interprétation de leurs résultats.

Tout en rapportant, comme on vient de le voir précédemment, que des programmes ciblant un facteur de risque et s'adressant aux femmes présentant ce risque peuvent être effica-

ces, les auteures démontrent qu'il n'en va pas de même pour des programmes à composantes multiples s'adressant à des populations ciblées uniquement sur la base de leur statut socio-économique. En effet, même si des études descriptives avaient démontré que ce type de programme pouvait avoir un impact sur la réduction du taux d'insuffisance de poids à la naissance, aucun des essais cliniques randomisés, présentés sommairement dans le tableau des pages suivantes, n'est parvenu à cette conclusion.

ÉTUDES CLINIQUES RANDOMISÉES ÉVALUANT L'EFFET DE PROGRAMMES  
 GLOBAUX D'INTERVENTION SUR LA RÉDUCTION DES NAISSANCES  
 DE POIDS INSUFFISANT

Tiré de :

Stevens-Simon, C. et Orleans, M. (1999). « Low-Birthweight Prevention Programs :  
 The Enigma of Failure ». *Birth*, 26: 3 : 184-191.

Brodeur *et al.* (1999). *Étude des effets du volet prénatal du programme :  
 Naître égaux – Grandir en santé.*

AUTEURS/ ANNÉE	POPULATION VISEE (facteurs de risque)	TYPE D'APPROCHE	VARIABLES IN- TERMÉDIAIRES (possibilité de 9 variables) + = amélioration SE = sans effet	POIDS DES NOUVEAU-NÉS
Olds, D.L. ; Henderson, C.R. ; Tatelbaum, R. <i>et al.</i> 1986	Socio-économique	Programme global [« comprehensive »] pré et postnatal de visites à domicile par des infirmières. Éduca- tion parentale, renfor- cement du réseau de soutien informel, accompagnement vers les ressources du mi- lieu.	Gain de poids maternel = SE <b>Alimentation = +</b> <b>Complications</b> <b>médicales ou</b> <b>obstétricales = +</b> <b>Soutien social et</b> <b>communautaire = +</b> <b>Stress ou</b> <b>dépression = +</b> <b>Respect du suivi</b> <b>médical = +</b>	Aucun effet significatif
Spencer, B. ; Thomas, H. ; Morris, J. 1989	Socio-économique  Poids maternel insuffi- sant  Problèmes de santé antérieurs à la gros- sese  Problèmes obstétri- caux antérieurs  Habitudes de vie	Programme prénatal de soutien social par des <i>travailleuses familiales</i> non professionnelles. Services variés adaptés à la situation de chaque famille : aide domesti- que, répit, accompa- gnement vers les ser- vices, soutien émotif, etc.		Aucun effet significatif
Heins, H.C. ; Webster, N.W. ; McCarthy, B.J. <i>et al.</i> 1990	Problèmes de santé antérieurs à la gros- sese  Problèmes obstétri- caux antérieurs	Programme de suivi prénatal par des infir- mières – sages-femmes et, au besoin, par des obstétriciens. Identifi- cation des risques, analyse des habitudes de vie, de l'état nutri- tionnel, du stress et du soutien social. Ap- prentissage des signes avant-coureurs du travail prématuré.		Aucun effet significatif

ÉTUDES CLINIQUES RANDOMISÉES ÉVALUANT L'EFFET DE PROGRAMMES  
 GLOBAUX D'INTERVENTION SUR LA RÉDUCTION DES NAISSANCES  
 DE POIDS INSUFFISANT

Tiré de :  
Stevens-Simon, C. et Orleans, M. (1999). « Low-Birthweight Prevention Programs :  
The Enigma of Failure ». *Birth*, 26: 3 : 184-191.  
Brodeur *et al.* (1999). *Étude des effets du volet prénatal du programme :  
Naître égaux – Grandir en santé.*

AUTEURS/ ANNÉE	POPULATION VISEE (facteurs de risque)	TYPE D'APPROCHE	VARIABLES IN- TERMÉDIAIRES (possibilité de 9 variables) + = amélioration SE = sans effet	POIDS DES NOUVEAU-NÉS
Oakley, A. ; Rajan, L. ; Grant, A. 1990	Socio-économique  Habitudes de vie  Problèmes obstétri- caux antérieurs	Programme prénatal de soutien social par des visites à domicile et des contacts télépho- niques effectués par des sages-femmes. Réponse sur demande et sur mesure aux de- mandes d'information et de soutien. Référé- nces vers les ressources du milieu.	Respect du suivi médical = SE	Aucun effet significatif
Bryce, R.L. ; Stanley, F.J. ; Garner, J.B. 1991	Problèmes obstétri- caux antérieurs	Programme prénatal de soutien social par des visites à domicile et des contacts télépho- niques effectués par des sages-femmes. Soutien émotif, soutien ins- trumental sur demande.		Aucun effet significatif
McLaughlin, F.J. ; Altemeier, W.A. ; Christensen, M.J. <i>et al.</i> 1992	Socio-économique	Programme prénatal de soutien social par des visites à domicile effectuées par des intervenantes non professionnelles. Répit, aide domestique, accompagnement vers les ressources.		Aucun effet significatif

ÉTUDES CLINIQUES RANDOMISÉES ÉVALUANT L'EFFET DE PROGRAMMES  
 GLOBAUX D'INTERVENTION SUR LA RÉDUCTION DES NAISSANCES  
 DE POIDS INSUFFISANT

Tiré de :

Stevens-Simon, C. et Orleans, M. (1999). «Low-Birthweight Prevention Programs :  
 The Enigma of Failure ». *Birth*, 26: 3 : 184-191.

Brodeur *et al.* (1999). *Étude des effets du volet prénatal du programme :  
 Naître égaux – Grandir en santé.*

AUTEURS/ ANNÉE	POPULATION VISEE (facteurs de risque)	TYPE D'APPROCHE	VARIABLES IN- TERMÉDIAIRES (possibilité de 9 variables) + = amélioration SE = sans effet	POIDS DES NOUVEAU-NÉS
Belizan, J.M. ; Barros, F. ; Langer, A. <i>et al.</i> 1995	Socio-économique  Habitudes de vie  Problèmes de santé antérieurs à la gros- sesse  Problèmes obstétri- caux antérieurs	Programme prénatal de visites à domicile effectuées par des travailleuses sociales et des infirmières. Renforcement du réseau de soutien informel, informations sur la grossesse et l'accouchement, ac- compagnement vers les services de santé.	Gain de poids maternel = SE Alimentation = SE <b>Complications médicales ou obstétricales = +</b> Stress ou dépression = SE Habitudes de vie = SE Respect du suivi médical = SE	Aucun effet significatif
Kitzman, H. ; Olds, D.L. ; Henderson, C.R. <i>et al.</i> 1997	Socio-économique	Programme prénatal et postnatal de visites à domicile réalisé par des infirmières. Informa- tion et soutien : santé de la mère, habitudes de vie, conditions de vie, soins des enfants, intégration sociale.	<b>Complications médicales ou obstétricales = +</b> <b>Infections vulvo- vaginales = +</b> <b>Stress ou dépression = +</b> Respect du suivi médical = SE	Aucun effet significatif



Dans le domaine de l'intervention prénatale, on a assisté, au cours des dernières années, au développement de programmes reposant sur une approche globale et comportant de multiples composantes en réponse aux effets modestes et limités des programmes d'intervention plus spécifiques, notamment en regard de l'insuffisance de poids à la naissance. Au total, les limites méthodologiques des évaluations de programmes globaux incitent à une grande prudence, mais les résultats disponibles convergent vers la pertinence de préciser davantage la population cible et de structurer l'intervention prénatale par des composantes spécifiques :

La plus importante conclusion à tirer de cette revue est que *trop peu d'études de qualité satisfaisante sont disponibles pour dégager quelque conclusion définitive que ce soit à propos de l'efficacité des programmes globaux*, à composantes multiples, de soins prénatals. [...] ... l'efficacité de ces programmes varie grandement et est reliée à la fois à la population cible et aux caractéristiques des programmes. Notre recension des écrits suggère que le problème n'est pas que les programmes globaux ont été implantés avant que l'efficacité de chacune de leurs composantes ait été démontrée. En effet, lorsque les composantes sont soigneusement choisies et mises en œuvre auprès des femmes enceintes qui présentent des risques modifiables et spécifiques (tabagisme, toxicomanies, malnutrition, anxiété liée à l'ambivalence du désir de grossesse, infections urinaires) et peut-être auprès des très jeunes adolescentes enceintes pauvres, certains programmes peuvent être efficaces. Le problème est que lorsque certains programmes sont offerts indistinctement à l'ensemble des femmes enceintes considérées à risque parce qu'elles sont pauvres ou qu'elles vivent

dans un environnement très stressant, ils sont inefficaces (Stevens-Simon et Orleans, 1999, p. 89). [Traduction libre<sup>2</sup>.]

<sup>2</sup> « The most important conclusion to be drawn from this review is that too few studies of sufficient quality are available to draw any firm conclusions about the effectiveness of comprehensive, multicomponent prenatal care. [...] ... the success of these programs is highly variable and is related to both population and program characteristics. Our review of literature suggests that the problem is not that multicomponent programs were implemented before the effectiveness of their individual components was established. Indeed, when the components are carefully selected and administered to pregnant women who exhibit specific, modifiable, risk characteristics (e.g., smoking, substance use, undernutrition, unmitigated pregnancy-reacted anxiety, lower genital tract infections) and perhaps to very young, poor, gravid teenagers, some programs can be effective. The problem is that when programs are applied indiscriminately at the population level to pregnant women, who are assumed to be at increased risk for low birthweight because they are poor or live in high-stress neighborhoods, they are ineffective » (Stevens-Simon et Orleans, 1999, p. 89).

### 3.3 Du côté des programmes pré et postnatals de visites à domicile

À l'hiver 1993, la revue américaine *The Future of Children* examinait les programmes de visites à domicile pour des familles ayant de jeunes enfants. Gomby *et al.* concluaient alors qu'en dépit de résultats limités et parfois mitigés, ceux-ci étaient suffisamment prometteurs pour recommander le déploiement de tels programmes (Gomby *et al.*, 1993). Depuis lors, plusieurs programmes de ce type ont effectivement été implantés et évalués. Au printemps 1999, la même revue a fait le point sur les plus récents développements en cette matière en comparant les résultats de six programmes (dont deux offrant une continuité pré et postnatale) parmi les mieux évalués, tous à partir d'essais cliniques randomisés. La nature de ces programmes varie, mais ils combinent généralement plusieurs objectifs en matière de compétence parentale, d'amélioration de la santé et du développement des enfants ou de réduction de l'abus et de la négligence envers les enfants. Ces programmes offrent, pour la plupart, du soutien social et matériel, de l'accompagnement vers les ressources de la communauté, des interventions directes de soutien au rôle parental ou de développement des enfants. Ils varient également en durée et en intensité, dans le choix de la population cible ainsi que dans le type d'intervenantes impliquées (parmi les professionnelles ou entre professionnelles et non-professionnelles). Les devis d'évaluation de ces programmes diffèrent eux aussi, notamment en fonction du nombre de sites et de leur durée mais, dans l'ensemble, ce sont des programmes relativement bien implantés et évalués rigoureusement.

Parmi les principaux constats de ces études, on retiendra tout d'abord que les programmes ont de la difficulté à recruter, à impliquer et à

fidéliser la population cible : de 20 à 67 % des familles quittent le programme avant la fin. Par ailleurs, lorsqu'un programme démontre des effets positifs, ceux-ci sont le plus souvent modestes, s'appliquent généralement à une sous-population et concernent rarement tous les objectifs visés. Dans l'ensemble, ces programmes ont souvent obtenu des résultats limités quant à l'amélioration des compétences parentales, à la santé, au développement et au comportement des enfants. Les résultats en matière d'abus et de négligence sont meilleurs, mais il faut souligner que plusieurs mesures sont basées sur les réponses des mères visitées elles-mêmes (ce qui est une limite à la validité des données recueillies).

Enfin, l'opérationnalisation de ces programmes soulève un certain nombre de questions sans réponse pleinement satisfaisante pour le moment. Dans une certaine mesure, les programmes dispensés ne correspondent pas à ce qui était planifié, de sorte qu'on ne peut évaluer si ces programmes auraient d'autres effets s'ils étaient implantés intégralement. Ainsi, on a pu observer les difficultés des établissements à offrir l'intensité prévue et celles des familles à s'y adapter. On s'interroge également sur les obstacles rencontrés par les intervenantes pour respecter un plan d'intervention spécifique lorsque surviennent des crises de toute nature au sein de la famille, tout comme sur l'impact de la mobilité du personnel. Enfin, on ne dispose pas de données concernant l'efficacité comparée de l'intervention dispensée par différentes professions ou entre intervenantes professionnelles et intervenantes non professionnelles.

Dans ces conditions, Gomby *et al.* (1999) recommandent à la fois que tout nouveau déploiement de programmes de visites à domicile soit réévalué à la lumière de ces nouvelles analyses et que l'on se concentre sur l'amélioration des programmes existants. Il apparaît cependant que les programmes de

visites à domicile ne devraient pas constituer la seule stratégie d'intervention auprès des familles ayant de jeunes enfants. En effet, il est maintenant établi que les programmes offrant les meilleurs résultats à long terme sur le développement des enfants combinent des interventions directes auprès des enfants fréquentant des centres éducatifs et des interventions auprès des parents, incluant des visites à domicile (Frede, 1995).

### 3.4 Du côté des inégalités sociales et de santé

La démonstration de l'impact de la pauvreté sur la santé et le bien-être n'est plus à faire. Encore tout récemment, le Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté (MSSS, 1999) en a repris la démonstration pour l'appliquer à la situation du Québec :

... la moins bonne santé physique et psychologique des Québécois pauvres et très pauvres ne peut être attribuée que très partiellement au fait qu'ils fument plus, qu'ils aient un moins bon soutien social, qu'ils soient davantage exclus du marché du travail, qu'ils sont moins scolarisés ou qu'ils sont plus touchés par l'obésité. La situation financière des familles québécoises s'avère un déterminant fondamental de leur état de santé physique et psychologique (p. 13).

L'impact de la pauvreté sur la santé et le bien-être des enfants est particulièrement critique. L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) confirme que « le statut socio-économique joue un rôle de premier plan dans la vie des enfants » (*Développement des ressources humaines Canada*, 1999), se faisant ainsi l'écho de plusieurs études établissant l'importance du re-

venu des familles pour le développement des jeunes enfants de moins de cinq ans (Brooks-Gunn *et al.*, 1997 ; Duncan *et al.*, 1994). Pour le Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté (MSSS, 1999) investir dans le champ de la petite enfance et de la famille est d'ailleurs une des principales pistes d'action pour renverser les effets négatifs de ces inégalités : il a donc soumis à la consultation une recommandation en ce sens.

C'est effectivement ce pari qui est à l'origine des grands programmes d'intervention précoce auprès des enfants. Mais comme on l'a vu précédemment, au cours des 20 dernières années, les résultats des évaluations les plus rigoureuses des programmes les mieux structurés permettent maintenant d'en préciser non seulement les bénéfices connus et potentiels, mais également d'en estimer les limites. Comme le rapporte McLoyd (1998), après avoir résumé les conclusions de quelques-unes des études incluses dans les analyses comparatives évoquées précédemment, certains des plus ardents promoteurs des programmes d'intervention précoce en petite enfance, à la lumière des résultats relativement modestes de ces programmes, insistent maintenant sur leurs limites :

...pas plus [le programme] Head Start que n'importe quel programme préscolaire ne peut immuniser les enfants contre les ravages de la pauvreté. L'intervention précoce ne peut tout simplement pas compenser les effets de conditions de vie insuffisantes, d'une alimentation et de services de santé inadéquats, de modèles adultes négatifs et d'écoles déficientes (Zigler and Styfco, 1999, p. 129). [Traduction libre.]<sup>3</sup>

<sup>3</sup> « ...neither Head Start nor any preschool program can inoculate children against the ravages of poverty. Early intervention simply cannot overpower the effects of poor living conditions, inadequate nutrition and health care, negative role models, and subs-

McLoyd estime que l'aggravation de la pauvreté au cours des dernières décennies finit par avoir un effet inter-générationnel, de sorte que les programmes font face à des problématiques de plus en plus sévères. C'est pourquoi il recommande que la poursuite des efforts de recherche et développement pour améliorer les interventions aille de pair avec la reconnaissance que la responsabilité de créer une société davantage égalitaire ne relève pas de la seule responsabilité de ces programmes.

---

tandards schools » (Zigler and Styfco, 1999, p. 129).

### 3.5 LES ÉVALUATIONS DE PROGRAMMES PRÉ ET POSTNATALS

EN BREF

Les données les plus récentes indiquent que :

- les limites des évaluations de programmes prénatals globaux ne permettent pas de tirer de conclusions définitives quant à leur efficacité. Les programmes d'intervention à composantes multiples destinés à des populations ciblées seulement sur la base de leur statut socio-économique n'ont pas d'effet sur la réduction de l'insuffisance de poids à la naissance, mais certains ont un effet sur des variables intermédiaires comme la dépression, l'alimentation et le stress.
- Par ailleurs, l'évaluation de composantes spécifiques de l'intervention sur le plan des objectifs et de la clientèle cible révèle, dans l'ensemble, des résultats modestes et limités. Ainsi :
  - les programmes prénatals de suppléments alimentaires réduisent la mortalité fœtale et néonatale ; ils ont un effet modeste sur la croissance fœtale et ils sont plus efficaces s'ils fournissent un très net apport calorique ;
  - les programmes de cessation du tabagisme s'avèrent efficaces pour réduire l'insuffisance de poids à la naissance et augmenter le poids moyen des nouveau-nés (40 g en moyenne), mais on n'a pas étudié les effets pervers possibles chez les femmes enceintes soumises à ces programmes ou chez les autres membres de leur famille ;
  - les programmes de soutien social ont des effets positifs sur certaines variables psychosociales comme l'anxiété durant la grossesse ou le sentiment d'épuisement, mais ils ne sont pas associés à une réduction de l'insuffisance de poids à la naissance ou d'autres aspects de la santé de la mère et de l'enfant.
- Les programmes pré et postnatals de visites à domicile donnent des effets modestes, s'appliquant généralement auprès d'une sous-population et concernent rarement l'ensemble des objectifs visés. Les résultats semblent plus concluants du côté de la réduction de l'abus et de la négligence que du côté du développement des enfants. Il est maintenant établi que les programmes offrant les meilleurs résultats à long terme sur le développement des enfants combinent des interventions directes auprès des enfants fréquentant des centres éducatifs et des interventions auprès des parents, incluant des visites à domicile. Les auteurs consultés recommandent actuellement de maintenir les programmes en place et de les améliorer à la lumière de ces résultats.
- Compte tenu de l'impact déterminant de la pauvreté sur la santé, aucun programme d'intervention précoce auprès des familles ayant de jeunes enfants ne peut à lui seul prévenir et compenser les effets dévastateurs immédiats et intergénérationnels de la pauvreté sur la santé et le développement des enfants.

## 4. QUOI DE NEUF DU CÔTÉ DES ÉTUDES ASSOCIÉES AU PROGRAMME *Nâtre égaux – Grandir en santé* ?

Depuis 1991, plusieurs projets de recherche ont été associés au développement du programme *Nâtre égaux – Grandir en santé*. On a ainsi réalisé deux évaluations de mise en œuvre, l'une correspondant à l'implantation du volet prénatal en 1991-1992 (Perreault *et al.*, 2000), l'autre à l'implantation de la continuité pré et postnatale au sein d'une démarche d'action intersectorielle de 1995 à 1998 (Boyer et Parisien, 1998). Un essai clinique randomisé (1993-2000) avait pour objectif d'évaluer les effets du volet prénatal (Brodeur *et al.*, 1999). Deux études qualitatives, l'une portant sur le processus *d'empowerment* des familles (Ouellet *et al.*, 2000) et l'autre sur le soutien social tant aux pères qu'aux mères dans leur rôle parental (Piché *et al.*, 1996) ont été amorcées respectivement en 1996 et 1998. Enfin, un nouvel essai clinique randomisé (en lien avec le précédent), combiné à une approche qualitative de « théorie de programme » a démarré l'automne dernier afin d'évaluer les effets de l'ensemble du programme, pré et postnatal, sur la compétence maternelle (Piché *et al.*, 1998). Depuis 1995, les partenaires regroupés au sein des instances d'action intersectorielle ont été associés systématiquement au choix des objets d'étude, de façon à en maximiser la pertinence et les retombées pour l'action. On reprendra donc ici les grands constats de chacune de ces études.

### 4.1 L'évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal

L'évaluation de mise en œuvre menée par Perreault, Boyer, Colin, Labadie, Denis, Racine (2000) avait la particularité d'utiliser un modèle théorique, le modèle politique et

contingent de Denis et Champagne (1990)<sup>4</sup>, pour tenter d'expliquer les écarts obtenus entre la planification du programme et sa réalisation. Huit mécanismes de collecte des données ont été utilisés, dont plus d'une centaine d'entrevues réalisées auprès des intervenantes et gestionnaires des quatre CLSC de Montréal participants, et ce, au cours de trois phases d'implantation réparties sur un peu plus d'un an. Des entrevues ont également été réalisées auprès de 35 femmes enceintes ayant participé au programme. Voici donc trois des principales conclusions de cette étude.

Premièrement, l'utilisation d'une approche de promotion de la santé exige des modifications profondes d'attitudes et de pratiques des intervenantes. Les femmes ont confirmé la très grande importance qu'elles accordent à l'établissement d'une véritable relation de confiance avec l'intervenante privilégiée. Au point de départ, les suppléments alimentaires sont l'élément le plus déterminant pour amener les femmes à faire appel au CLSC. Elles abordent donc le programme dans la perspective d'un test où leur méfiance est très importante.

...il est clair qu'une approche traditionnelle de prévention, avec ses interventions prescriptives et proscriptives, aurait

<sup>4</sup> « Ce modèle postule que le processus d'implantation d'une intervention doit être avant tout abordé selon une perspective politique, mais qu'il subit aussi les pressions d'une contingence structurelle, c'est-à-dire que les caractéristiques structurelles d'une organisation agissent en synergie ou en antagonisme dans l'actualisation des stratégies des acteurs, avec la dynamique politique entourant l'implantation de l'innovation. Selon ce modèle, l'organisation est une arène politique à l'intérieur de laquelle les acteurs poursuivent des stratégies fondamentales différentes » (Perreault *et al.*, 2000, p. 15).

amené des réactions négatives [...]. Des interventions trop directives et contrôlantes face au tabagisme, à l'alimentation, aux soins à accorder au nourrisson auraient certainement été interprétées comme des jugements normatifs susceptibles de mener à la perte du nourrisson ou des enfants déjà présents (Perreault *et al.*, 2000, p. 102).

Dans ces conditions, il reste encore beaucoup à faire pour mettre en place une intervention susceptible d'habilitier les femmes à modifier certaines habitudes de vie, comme le tabagisme ou l'allaitement maternel, sur la base de cette relation de confiance.

Deuxièmement, même si le recours aux ressources communautaires était prévu dès la première heure, ces acteurs n'ont pas été formellement associés au processus de planification du programme qui liait alors le Département de santé communautaire (DSC) Maisonneuve-Rosemont et les CLSC. Ceci explique en grande partie qu'au terme de cette évaluation de mise en œuvre, les CLSC n'avaient toujours pas développé de collaborations formelles dans le cadre du programme avec les ressources communautaires de leur territoire. Par ailleurs, dès le départ, le DSC et quelques CLSC ont déployé des efforts pour instaurer des mécanismes de référence et de liaison avec les médecins. Ces démarches sont toutefois demeurées sans résultat, tout comme dans l'étude de Lepage et Racine (1993). Si l'implication directe des ressources communautaires lors de la deuxième phase de mise en œuvre a effectivement permis de remédier à la situation, la question demeure entière en ce qui concerne les collaborations avec les médecins.

Enfin, l'implantation d'un programme n'est pas la simple diffusion d'une innovation mais bien sa « traduction » par le milieu d'implantation, comme l'affirme Callon

(1986). Or, cette traduction s'opère à l'intérieur de rapports de force entre les acteurs et entre les institutions à plusieurs niveaux : entre les professions, entre les professionnels et les gestionnaires, entre les CLSC, les organismes communautaires et la DSP, etc. Il est cependant primordial d'indiquer clairement les aspects du programme qui doivent être absolument maintenus et ne pas faire d'objet d'adaptation par les acteurs. Ainsi, il est clair que le programme n'aurait pas rejoint les personnes qu'il visait si l'on avait accepté, dès le départ, ou même en cours de route, de modifier les critères de recrutement.

#### **4.2 L'évaluation participative de l'intégration du suivi individuel, de l'accompagnement communautaire et de l'action intersectorielle**

Dans le cadre de l'évaluation des priorités régionales de prévention-promotion de la Régie régionale de Montréal-Centre (1995-1998), une démarche d'évaluation participative impliquant les partenaires des CLSC et des organismes communautaires des huit territoires de CLSC ayant implanté le programme NÉ-GS a été menée en 1997 (Boyer, Parisien, 1998 ; Bilodeau *et al.*, 1998). Il s'agissait, pour quatre des territoires de CLSC récemment identifiés, d'instaurer l'ensemble du programme pré et postnatal incluant le volet de suivi individuel et les volets d'accompagnement communautaire et d'action intersectorielle. Quatre territoires avaient déjà implanté le suivi individuel prénatal en CLSC en 1991, mais devaient instaurer la continuité postnatale et mettre en œuvre l'accompagnement communautaire et l'action intersectorielle. En plus de décrire le niveau de mise en œuvre de ces différents volets, l'évaluation avait pour objectif d'en évaluer l'intégration.

À l'automne 1997, au terme d'un processus de bilan réunissant les acteurs de tous les territoires, des niveaux variables d'implantation des différents volets selon les territoires ont été documentés. Cependant, tous étaient en mouvement pour atteindre un meilleur taux de recrutement, pour définir plus clairement des modalités de collaboration CLSC-organismes communautaires ou pour mobiliser de nouveaux partenaires dans la démarche d'action intersectorielle. Quatre recommandations destinées à consolider la réalisation du programme sont issues de cette démarche d'évaluation :

- associer les parents à chaque volet du programme et à l'ensemble des processus ;
- inscrire l'intervention en cours dans un continuum promotion de la santé/prévention/protection de la petite enfance, incluant l'intervention avec les familles d'enfants de 2 à 4 ans ;
- jouer un rôle actif dans l'atteinte de l'objectif « appauvrissement zéro » ;
- consolider les partenariats intersectoriels, notamment en donnant davantage de cohérence aux politiques et programmes sous l'égide de la Régie régionale de Montréal-Centre (Boyer, Parisien, 1998).

Par ailleurs, cette démarche d'évaluation participative de la deuxième phase de mise en œuvre du programme a été analysée en profondeur dans le cadre d'une thèse de doctorat portant sur *Les conditions associées à la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la prévention-promotion de la santé et du bien-être*. Pour Bilodeau (à paraître), « La force du projet réside dans sa capacité à mobiliser les milieux dans l'optique de rejoindre les familles en situation de grande pauvreté et d'exclusion » (p. 55). Cet effort de mobilisation a toutefois été marqué, au cours de ces années, par « l'évolution d'une approche prescriptive vers une approche parti-

cipative, c'est-à-dire l'évolution du rapport entre planification centrale et autonomie locale au cours du projet » (p. 59). En effet, selon Bilodeau, en dépit de l'approche technocratique de planification utilisée par la DSP et du contrôle qui y est associé, du déséquilibre des rapports entre institutions et organismes communautaires au sein des instances locales, de la lourdeur des structures initiales et de l'inadaptation des règles administratives (des conditions pourtant reconnues comme n'étant pas favorables à l'action de partenariat en prévention-promotion), la formation *sur mesure* à l'action intersectorielle (Désilets, à paraître) et la démarche d'évaluation participative ont permis de modifier substantiellement les rapports entre les acteurs :

Si les savoirs traditionnels du champ de la périnatalité suffisaient à soutenir la stratégie de renforcement du potentiel des personnes (...), la mise en œuvre des autres stratégies rendait nécessaire le recours aux savoirs communautaires et modifiait de fait leur statut. De plus, des composantes innovatrices, telles la participation des parents et la stratégie d'influence apparaissaient plutôt dans le programme cadre comme de grands objectifs et le peu de développement qu'elles ont pu connaître au cours de cet exercice triennal est le fait d'une co-construction des acteurs (Bilodeau, à paraître, p. 60).

Dans cette perspective, le recours à l'action intersectorielle apparaît comme une voie exigeante, certes, mais prometteuse dans un domaine d'intervention où il reste tant à faire :

Dans la mesure où le programme favorisera l'innovation communautaire au sein des instances locales de concertation, de la même façon qu'il a favorisé l'innovation institutionnelle, l'action intersectorielle et particulièrement le partenariat



institutionnel/communautaire gagnera en pertinence comme stratégie en vue de résoudre des problèmes complexes (Bilodeau, à paraître, p. 57).

### 4.3 L'étude des effets du volet prénatal du programme

Cet essai clinique randomisé, qui porte sur les effets du volet **prénatal seulement** du programme, a débuté en 1993. L'ensemble des résultats définitifs et leur analyse ne seront disponibles qu'à l'automne 2000. Au cours de l'automne dernier, l'équipe de recherche a toutefois présenté certains résultats préliminaires aux partenaires des CLSC et des Directions de la santé publique associés à cette évaluation ainsi qu'à la Table de coordination nationale en santé publique, le 2 décembre 1999. Les résultats qui suivent sont extraits d'un document remis à cette occasion (Brodeur, Perreault, Séguin, Boyer, Colin, 1999).

De janvier 1994 à mai 1999, 1329 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 un suivi personnalisé selon les paramètres du programme et, d'autre part, un groupe contrôle recevant des suppléments alimentaires en plus d'avoir accès aux services courants offerts dans leur communauté.

Les résultats sur la participation au programme indiquent que celui-ci a permis de rejoindre près de 50 % des femmes enceintes défavorisées dans l'ensemble des 10 territoires des CLSC participants (8 de la région Montréal-Centre et 2 de la région Abitibi-Témiscamingue). Cet excellent résultat est attribuable aux multiples stratégies de recrutement<sup>5</sup> qui ont été déployées dans chacun des CLSC. Parmi les participantes, 90 % vivaient sous le seuil d'extrême pauvreté (établi à 60 % du seuil de faible revenu), ce qui dépasse largement l'objectif de 50 % poursuivi par l'étude. Finalement, le maintien des femmes dans le programme, qui est un bon indicateur de leur satisfaction, dépasse 80 % dans

chacun des deux groupes. Les principales raisons d'interruption du suivi sont les déménagements, l'interruption de grossesse et l'abandon, ce dernier facteur étant responsable de moins de 4 % des cas.

Ces premiers résultats sur les effets du programme intégré indiquent que le volet prénatal a un effet significatif sur l'information reçue concernant l'alimentation durant la grossesse, l'alimentation du nouveau-né, la grossesse et l'accouchement, la prévention du tabagisme, les possibilités d'aide matérielle ainsi que sur l'aide matérielle effectivement reçue.

---

<sup>5</sup> Trois modes de recrutement ont été combinés : des moyens visant l'ensemble de la population des territoires des CLSC participants (ex. : brochures d'information dans les *Publi-sacs* et dans les chèques des prestataires de la sécurité du revenu, etc.), pose d'affiches et distribution personnalisée de dépliants dans les lieux fréquentés par la clientèle ciblée (ex. : babillards communautaires de dépanneurs, centres commerciaux, institutions financières, etc. ainsi que lors d'événements publics) et information transmise à divers groupes d'intervenants oeuvrant directement auprès de cette clientèle (ensemble du personnel du CLSC, personnel médical des cliniques privées opérant sur les territoires, etc.). On trouvera dans le prochain numéro de la *Revue canadienne de santé publique* une analyse détaillée de cette question (Théorêt *et al.*, vol. 91, n° 1).

Le programme a aussi des effets significatifs sur le soutien émotif reçu durant la grossesse ainsi que sur la santé mentale de la mère. Parmi les femmes présentant un état dépressif en prénatal, seulement 28,6 % des femmes du groupe expérimental demeurent dans cette situation en postnatal comparativement à 52,2 % chez celles du groupe contrôle. Ces résultats sont majeurs puisque ces composantes du programme sont susceptibles de générer des effets positifs en postnatal à moyen terme telles la réduction de l'abus et de la négligence et l'amélioration de la compétence maternelle<sup>6</sup>.

Par ailleurs, les résultats préliminaires ne permettent pas de constater de différences significatives globales entre le groupe expérimental et le groupe contrôle tant en ce qui a trait au pourcentage d'insuffisance de poids à la naissance (inférieur à 2500 g) qu'au poids moyen des nouveau-nés. À ce chapitre, le programme intégré n'a pas plus d'effets que les suppléments alimentaires associés aux programmes courants. Le taux extrêmement élevé de tabagisme dans cette population (57,6 % en début de grossesse et 51,3 % en fin de grossesse) pourrait freiner les effets du programme sur le poids de naissance. À cet égard, il est intéressant de constater que la seule différence significative observée dans les analyses préli-

minaires concerne l'association entre le poids moyen des nouveau-nés et le pays de naissance des mères. Les femmes nées à l'extérieur du Canada ont des bébés dont le poids moyen à la naissance est supérieur de 142 g à celui des femmes nées au Canada. Or, le taux de tabagisme diffère considérablement entre les deux groupes (9,8 % chez les femmes nées à l'extérieur du Canada et 67,7 % chez les femmes nées au Canada). Même si 25 % plus de femmes du groupe expérimental que du groupe contrôle ont reçu de l'information sur la prévention du tabagisme (62,7 % versus 37,3 %), la réduction du tabagisme a été semblable dans les deux groupes.

D'ici l'automne 2000, l'équipe de recherche aura complété ses analyses des effets du programme sur la santé du nouveau-né, sur les habitudes alimentaires, sur d'autres volets du soutien social reçu, sur les conditions de vie et les stressseurs aigus, sur le suivi médical prénatal et sur la santé de la mère durant la grossesse et après l'accouchement. L'analyse du niveau d'application du programme et des services reçus par les femmes du groupe contrôle, afin de voir à quel point ils diffèrent de ceux reçus par les femmes du groupe expérimental, aura aussi été complétée.

<sup>6</sup> Dans une recension des écrits sur la compétence maternelle, Piché *et al.* (1998) rapportent qu'il est bien établi qu'un sentiment d'efficacité parentale faible est associé à la dépression maternelle. Des mères ont d'ailleurs exprimé « qu'une des choses les plus difficiles à faire, lorsqu'elles se sentent dépressives, est d'être affectueuses, patientes et impliquées avec leurs enfants. Elles savent aussi que les stratégies éducatives qu'elles utilisent dans ces moments sont souvent inefficaces et devraient être différentes » (p. 4).

Lors de la présentation de ces résultats à chacune des équipes de CLSC ayant participé à cette étude, les intervenantes et les gestionnaires ont exprimé quelques préoccupations qui méritent d'être partagées. Soulignons d'abord leur perception de ce qu'il convient d'appeler la « contamination » possible du groupe contrôle. D'après eux, les changements de pratiques professionnelles sont palpables en dehors du programme. Par exemple, l'introduction d'un avis de grossesse, à Rouyn-Noranda, a permis de relancer personnellement toutes les femmes enceintes pour les inviter aux rencontres prénatales, de sorte que plusieurs femmes du groupe contrôle s'y seraient retrouvées. Dans le même esprit, le plan d'action intersectorielle développé dans chaque territoire met de l'avant des activités qui s'adressent à l'ensemble de la communauté.

Plusieurs intervenantes ont également rendu compte des difficultés qu'elles rencontrent pour intervenir sur ce qu'elles savent être des facteurs de risque (tabac, alimentation, etc.) lorsqu'elles se retrouvent auprès de femmes en pleine crise, quand ce n'est pas littéralement en situation de survie : « Il faut d'abord qu'elle mange, qu'elle dorme et qu'elle paie son loyer », dira l'une d'entre elles.

Les intervenantes ont de plus insisté sur le temps requis pour établir une relation de confiance sur la base de laquelle elles peuvent développer un plan d'intervention. Ceci leur semble particulièrement évident lors du passage du pré au postnatal. Ayant eu l'occasion d'amorcer une intervention directement en postnatal, auprès des femmes du groupe contrôle, elles estiment qu'il est infiniment plus difficile de s'introduire auprès de ces familles après la naissance du bébé et, surtout, de maintenir une relation au cours des mois qui suivent.

Enfin, les intervenantes, tout comme les gestionnaires, ont exprimé leur très grande satisfaction à propos de l'intégration du suivi individuel dans une démarche d'action intersectorielle. Ils affirment que cela a transformé radicalement leur façon de travailler avec les organismes du milieu, particulièrement avec les ressources communautaires. En outre, dans certains territoires, la présence plus récente de mères au sein de l'instance d'action intersectorielle locale permettrait de valider la pertinence et la faisabilité des interventions en cours ou en développement.

#### 4.4 L'étude de cas du processus d'empowerment

L'équipe de René, Ouellet, Durand, Dufour et Garon (Ouellet *et al.*, 2000) a étudié le processus d'empowerment à l'œuvre dans le cadre du programme NÉ-GS en interviewant à deux reprises, à un an d'intervalle, 24 familles qui comptaient un enfant âgé au départ d'un an, ayant bénéficié d'un suivi pré et postnatal. On a rencontré les mères, les pères (lorsque possible) ainsi que les 17 intervenantes impliquées dans ces suivis. Ces familles avaient été référées au point de départ par les intervenantes comme étant « en mouvement », c'est-à-dire manifestant une volonté de se mettre en démarche.

L'étude a d'abord permis de confirmer la pertinence d'une intervention préventive durant la période entourant la naissance d'un enfant. Pour plusieurs, « fonder une famille » est au cœur de leur projet de vie. Certains souhaitent également retourner aux études ou s'insérer sur le marché du travail. C'est donc le plus souvent autour de ces projets que s'est articulée l'intervention. On retiendra cependant que les démarches devant conduire à la réalisation de l'un ou l'autre projet et, plus largement, à l'actualisation du processus

d'*empowerment* se déroulent bien souvent à petits pas, le cheminement réalisé dans le cadre du suivi individuel ressortant d'ailleurs comme le premier d'entre eux :

Associé à un programme à volets multiples intégrant des composantes de partenariat et de mobilisation communautaire, un suivi personnalisé peut se présenter comme une étape nécessaire à une implication collective. On reconnaît en effet dans les milieux d'intervention qu'une forte proportion de parents, femmes et hommes, vivant dans l'exclusion doivent compter sur un accompagnement individuel soutenu avant d'être éventuellement amenés à se joindre à des groupes communautaires ou à des mouvements de revendication. Leur souffrance, leur gêne, leur colère, mais aussi leur grande méfiance à l'égard de ce qui est extérieur à leur noyau familial expliquent leurs difficultés à aller vers l'extérieur. Les intervenantes, en respectant le rythme des familles et en restant elles-mêmes en lien avec les différents groupes du milieu, ont pu faire cheminer certains parents vers le social, une démarche importante dans l'accès à plus de pouvoir sur sa vie (Ouellet *et al.*, 2000, p. 18).

La notion du temps comme élément essentiel du processus pour atteindre les plus pauvres a été largement reprise dans un ouvrage conjoint ATD Quart Monde et UNICEF (Groupe de recherche Quart Monde-Université, 1999, cité dans Ouellet *et al.*, 2000, p. 20).

Les intervenantes ont également remis en question les critères habituels d'évaluation de la productivité de l'intervention professionnelle puisque dans ces cas :

Les résultats, parfois à peine perceptibles à court terme, devraient être considérés sur du long terme. Il importe alors que l'institution s'engage aussi dans ce rapport au temps. En bout de ligne, nous ont-elles dit, la précarité financière dans laquelle on maintient les programmes destinés à soutenir le projet familial des plus pauvres demeure un enjeu majeur.

#### 4.5 À propos des autres études en cours

Deux autres études sont toujours en cours. L'équipe de Piché, Boyer et Perreault est à compléter une étude de cas multiples qui vise à décrire et à comprendre le soutien social (offert et reçu) en lien avec l'exercice du rôle parental (pères et mères) en contexte d'extrême pauvreté chronique. Chaque répondant a été rencontré à trois reprises. L'utilisation du génogramme comme outil de collecte de données<sup>7</sup> a permis de documenter finement la perspective intergénérationnelle des multiples facettes de l'extrême pauvreté dont sont issues les quelque 25 familles ayant participé à l'étude. De plus, des entrevues en profondeur ont permis d'analyser l'articulation entre le soutien formel offert dans le cadre de NÉ-GS et la dynamique de soutien informel dans laquelle il s'insère. Les résultats de cette étude seront publiés au cours de la prochaine année.

L'équipe de Piché, Goulet, Boyer et Théorêt vient de démarrer une évaluation d'impact de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » sur la compétence parentale. Cette étude impliquera 300 mères d'un enfant de 18 à 36 mois, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté. La collecte des données a démarré en octobre 1999 et se poursuivra jusqu'au début de l'an 2001. On y comparera trois groupes de mères : un premier ayant bénéficié de l'ensemble du programme NÉ-GS pré et postnatal, un deuxième n'ayant reçu que des suppléments alimentaires durant leur grossesse et le volet postnatal et, enfin, un troisième n'ayant reçu aucune intervention.

La portion qualitative de l'étude permettra en outre de tester le modèle théorique de processus et d'impact du programme. Les résultats seront disponibles en 2002.

---

<sup>7</sup> Le génogramme est une modélisation graphique du système relationnel familial. Il comporte un arbre généalogique pouvant inclure au moins trois générations et permet la visualisation rapide de l'état actuel des relations entre tous les membres de la famille et des événements marquants qu'ils ont vécus.

## 4.6 LES ÉTUDES ASSOCIÉES À *Nâître égaux – Grandir en santé*

EN BREF

Les données issues de l'essai clinique randomisé démontrent que le volet prénatal du programme *Nâître égaux – Grandir en santé* :

- permet, hors de tout doute, de rejoindre par une approche de promotion-prévention une population en situation chronique d'extrême pauvreté que le réseau de la santé et des services sociaux rejoint le plus souvent lors de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse ;
- améliore, à court terme, la santé mentale des mères (fortement associée au sentiment d'efficacité maternelle et au risque d'abus et de négligence), mais n'a pas d'effet sur l'insuffisance de poids à la naissance (d'autres résultats sont attendus au cours des prochains mois).

Les données des autres études disponibles indiquent que le programme NÉ-GS :

- mobilise largement les partenaires institutionnels et communautaires, sauf les médecins, à la condition expresse de les associer dès le départ à l'appropriation du programme et au processus de planification de la mise en œuvre ; associer les parents exige également un effort supplémentaire mais bénéfique ;
- est porteur de changements de pratiques professionnelles et, plus largement, de nouvelles pistes d'intervention adaptées à la complexité de la réalité de ces familles et de ces milieux ; à cet égard, il reste à adapter des interventions spécifiques sur l'adoption de saines habitudes de vie en considérant le développement des compétences personnelles et sociales et en misant sur la relation de confiance établie avec l'intervenante ;
- exige du temps si l'on veut atteindre, dans une perspective d'*empowerment*, des objectifs à plus long terme comme la participation à la vie de quartier, le retour aux études ou l'insertion sur le marché du travail.

## 5. LES ENJEUX DU DÉPLOIEMENT DES PROGRAMMES DE TYPE *Naître égaux – Grandir en santé* DANS LES TERRITOIRES DE CLSC DU QUÉBEC

Rappelons que le mandat dévolu à l'Institut national de santé publique du Québec dans la production de cet avis de santé publique implique non seulement de mettre à jour l'état des connaissances scientifiques, mais également de documenter l'implantation des programmes de type *Naître égaux – Grandir en santé* dans les régions du Québec. Lors d'une consultation menée en cours de rédaction du présent avis, une attention particulière a été accordée aux observations des répondants des programmes de type NÉ-GS au sein des Directions de la santé publique pour cerner les enjeux et les défis associés à l'implantation en cours.

Leurs observations seront d'abord regroupées autour de deux résultats attendus dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, plus particulièrement en matière de développement et d'adaptation sociale des enfants et des jeunes, soit l'atteinte de la population cible (rejoindre 50 % des femmes sous-scolarisées du Québec) et l'implantation de programmes de type NÉ-GS dans tous les territoires de CLSC du Québec. Suit une troisième section, celle du soutien à l'implantation de cette intervention.

Il importe de souligner que la lecture de ce volet diffère des précédentes puisqu'il s'agit ici de documenter le processus actuel de déploiement de NÉ-GS. En d'autres termes, quels sont les enjeux de l'implantation de programmes de type NÉ-GS ?

### 5.1 L'atteinte de la population cible

D'entrée de jeu, il convient de souligner qu'en dépit des orientations adoptées par les Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, en matière d'interventions universelles et sélectives chez les 0-5 ans (Conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, 1997), certains CLSC hésitent encore à prioriser les familles les plus vulnérables. Pour les CLSC, l'intensité de services préconisée pour desservir ces familles est manifestement difficile à conjuguer avec leurs autres mandats (ex. : services universels lors des congés précoces après l'accouchement). Les organismes communautaires éprouvent les mêmes difficultés lorsqu'il s'agit de concilier l'ensemble de leur mission et le développement d'activités spécifiques pour cette clientèle. Plus précisément, le manque de ressources est souvent identifié comme un obstacle majeur pour desservir à la fois un plus grand nombre de familles très vulnérables et maintenir l'offre de service à l'ensemble de la population en périnatalité et petite enfance. Ceci est particulièrement criant dans le champ de l'intervention postnatale, où les répondants régionaux constatent une érosion importante de l'intensité recommandée.

Le bilan des deux premières années d'implantation des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* souligne que les intervenantes ne rejoignent que 11,5 % de la population de femmes sous-scolarisées (MSSS, à paraître) : cela ne devrait pas étonner, si l'on se fie à l'expérience des dix territoires de CLSC pilotes de Montréal et d'Abitibi-Témiscamingue. En effet, tant lors de la première période de mise en œuvre (1991-1992)



qu'au cours de l'étude des effets de la phase prénatale du programme (1993-1999), ces CLSC ont dû déployer des efforts soutenus et variés avant d'atteindre leur objectif de recrutement, au terme de quelques années.

Dans quelques régions, des expériences de collaboration avec les médecins pour la transmission systématique d'un avis de grossesse ont grandement facilité la tâche des intervenantes. De plus, le programme « Du bon pied », développé entre certains Centres locaux d'emploi et les CLSC (MSSS, MSS, 1999) est prometteur. Lorsqu'il est systématiquement mis en œuvre, on réussit à sensibiliser le personnel recevant les demandes de prestations spéciales des femmes enceintes bénéficiaires de la sécurité du revenu et à obtenir leur consentement pour les référer à leur CLSC. Cependant, de façon générale, ce programme ne semble pas avoir généré les résultats escomptés, compte tenu de son déploiement inégal dans les régions.

Au-delà du temps nécessaire pour que les efforts de recrutement portent fruit, il faut souligner à quel point la question des critères d'admission, particulièrement la sous-scolarisation, entraîne inmanquablement un débat dans chacun des milieux. Cela semble relever principalement de quatre facteurs.

■ ***Le consensus autour de la clientèle à rejoindre***

Il faut distinguer entre l'objectif fondamental de rejoindre les familles en situation chronique d'extrême pauvreté sur chaque territoire, et son opérationnalisation. Si le revenu et la sous-scolarisation sont des indicateurs dont la pertinence est largement reconnue, il n'en demeure pas moins que ceux liés à l'exclusion sociale exigent un effort supplémentaire afin de bien identifier la clientèle cible qui varie nécessairement en fonction des réalités régionales. Par conséquent, les acteurs d'un milieu

doivent d'abord faire consensus autour de la clientèle cible de leur territoire. (Désilets, à paraître).

■ ***Le profil des femmes rejointes***

Spontanément, plusieurs intervenantes de CLSC et d'organismes communautaires ont l'impression de déjà desservir les familles ciblées par le programme NÉ-GS jusqu'à ce qu'elles étudient formellement la question. Par ailleurs, il semble difficile de préciser la clientèle desservie par les intervenantes : d'une part, le Système d'information des CLSC (SIC) n'est pas en mesure de fournir les données pertinentes ; d'autre part, la duplication des démarches et des outils d'évaluation (Priorités nationales de santé publique, Programme canadien de nutrition prénatale, Fondation OLO, Régies régionales) surcharge les intervenantes et gestionnaires de CLSC et augmente le risque d'erreur dans la transmission des données.

■ ***La volonté de rejoindre la clientèle visée***

Certains établissements offrent des services aux familles qui prennent l'initiative de les demander, sans faire d'efforts particuliers de démarchage auprès de celles qui n'expriment pas leurs besoins. D'autre part, en ce qui concerne les organismes communautaires, ils n'ont pas tous une tradition d'intervention spécifique auprès de cette sous-population et, de toute façon, ne disposent souvent pas de données très précises sur la clientèle qu'ils rejoignent. L'émergence d'une volonté explicite de rejoindre ces familles est un enjeu de taille.

■ ***Les interventions de promotion de la santé et de prévention auprès de la clientèle visée***

Le réseau des services de santé et de services sociaux a l'habitude d'intervenir auprès des familles en situation chronique d'extrême pauvreté dans des situations de protection de l'enfance. Cependant, il en va tout autrement des pratiques professionnelles de promotion de la santé et de prévention. Même si les objectifs de recrutement ne sont pas encore atteints, les témoignages abondent pour signaler à quel point NÉ-GS place les intervenantes de CLSC en contact direct avec des populations vivant des problématiques auxquelles elles étaient moins exposées auparavant. Or, la lourdeur de ces situations confronte durement les intervenantes à leurs limites professionnelles et personnelles puisqu'elles accompagnent des familles en contexte de survie, ce qui rend toute intervention préventive directe sur les habitudes de vie extrêmement difficile. Accompagner ces familles dans une démarche d'*empowerment* individuel et collectif entraîne donc une révision importante des pratiques professionnelles et communautaires qui implique une formation adaptée. De plus, en faisant un effort pour rejoindre les familles les plus marginalisées, les CLSC et les ressources communautaires rejoignent invariablement un grand nombre de familles à peine plus scolarisées, parfois un peu moins pauvres, mais qui démontrent elles aussi de grands besoins. L'intensité et la continuité de l'intervention, préconisées dans NÉ-GS, ne font sens qu'auprès des familles qui vivent un grave cumul de difficultés. Par contre, tel que spécifié dans l'« Avis 0-5 ans », il convient évidemment de ne pas limiter le soutien offert à ces seules familles.

Cette orientation des services vers « les plus démunis des démunis » exerce donc une pression importante sur les ressources, en exigeant des changements de pratiques tant qualitatifs que quantitatifs. De plus, les répondants régionaux soulignent que cette pression sur les ressources sera encore plus importante lorsque les efforts de recrutement

atteindront ou même dépasseront l'objectif visé de 50 % des femmes sous-scolarisées. On peut déjà constater les difficultés de gestion des demandes simultanées des familles cibles de NÉ-GS et des familles ayant des caractéristiques légèrement différentes, mais présentant elles aussi certains besoins.

## 5.2 LE PASSAGE D'UN « PROGRAMME OLO » À UN PROGRAMME « DE TYPE » *Nâtre égaux – Grandir en santé* »

Suite aux résultats de l'évaluation de la mise en œuvre initiale du programme (voir section 4.1), la mention programmes *de type* NÉ-GS a été inscrite dans le libellé de la priorité nationale de santé publique afin de tenir compte de la nécessaire appropriation du programme par les acteurs des différentes régions du Québec. À court terme, ceci peut engendrer une certaine confusion, d'où la nécessité de réaffirmer quels sont les objectifs à poursuivre et les composantes de base du programme et de saisir comment, dans les faits, les milieux se les approprient.

Avant même le lancement des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* (MSSS, 1997), la quasi-totalité des CLSC du Québec offraient un « programme OLO ». De l'avis de la Fondation OLO, cette appellation unique recouvre en fait une grande variété de pratiques.

En ce sens, passer des « programmes OLO » à un programme « de type NÉ-GS », tel qu'expérimenté à Montréal et en Abitibi-Témiscamingue, recouvre un choix fondamental, celui d'un programme « intégré » en pré et postnatal. Cette distinction est majeure mais n'est manifestement pas acquise.

NÉ-GS est une intervention d'inspiration écologique destinée à mobiliser les acteurs d'une communauté autour de la santé et du bien-être des familles marginalisées et qui comporte trois stratégies d'intervention complémentaires. C'est l'intégration de ces trois stratégies d'intervention qui distingue le plus NÉ-GS des « projets OLO ».

C'est pourquoi l'équipe des Directions de la santé publique de Montréal-Centre et d'Abitibi-Témiscamingue, dans le récent guide d'implantation de NÉ-GS (Goulet, J. *et al.*, 1999) recommande de sensibiliser au point de départ tous les acteurs d'un milieu plutôt que de consolider d'abord l'intervention en CLSC et de s'occuper ensuite des autres stratégies d'intervention. Les régions qui ont effectivement adopté cette approche au cours des dernières années en ont d'ailleurs confirmé le bien-fondé.

Ceci dit, il n'y a pas de recette magique pour réussir cette démarche de concertation fortement appuyée notamment dans *Agissons en complice*, le dernier rapport du Comité jeunesse du MSSS (1998). Chaque stratégie comporte sa part de défis et d'enjeux. Sans prétendre à l'exhaustivité, en voici les plus importants en regard de l'action intersectorielle, de l'accompagnement communautaire et du suivi individuel.

■ ***L'action intersectorielle***

Le développement du potentiel individuel et le renforcement du milieu constituent deux stratégies d'intervention avec lesquelles la plupart des intervenantes et des gestionnaires sont familiers. Il en va autrement de la stratégie d'influence médiatique et politique. Dans le cadre de NÉ-GS, l'objectif ultime du déploiement de cette stratégie dans le champ de la périnatalité demeure de susciter une intervention concertée sur les causes structurelles de la pauvreté plutôt que de se limiter à des

interventions destinées à corriger la dégradation de la santé de ces familles.

L'évaluation de NÉ-GS à Montréal (voir section 4.2), de même que le second bilan de l'implantation des *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* (MSSS, à paraître), révèlent bien peu de réalisations dans la sphère d'influence, si ce ne sont quelques activités de sensibilisation par le biais de journaux de quartier. On observe aussi qu'il y a peu de liens entre les ressources dites « de services » (répit, cuisines collectives, etc.) et celles dites « de défense des droits » (associations de lutte pour le logement, regroupements de personnes assistées sociales, etc.). Face à ce constat, les CLSC et les organismes communautaires de la région de Montréal ont collectivement réitéré leur engagement à mettre en œuvre cette stratégie. Ils ont choisi de s'associer aux 500 organismes et aux 125 000 personnes qui appuient les démarches du Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté (1999).

Un tel engagement collectif aurait été impossible aux premières heures de l'action intersectorielle. On peut comprendre que devant l'ampleur du travail et du temps requis pour rejoindre les familles ciblées ou pour développer de nouvelles modalités de collaboration entre les partenaires, cette stratégie soit souvent celle qui écope. En même temps, l'expérience révèle qu'il ne faut pas trop tarder à s'y engager, à impliquer les familles dans ce processus, à clarifier ce qui relève du palier local, mais aussi du palier régional ou même national. En effet, en inscrivant NÉ-GS comme voie d'action prioritaire, le MSSS, les Régies régionales et les établissements deviennent également porteurs à leur niveau d'une responsabilité à l'égard de la réduction à la source des inégalités sociales et de santé.

■ ***L'accompagnement communautaire***

Bien plus qu'une simple référence, le volet d'accompagnement communautaire implique la négociation de modalités de collaboration, certes complexes, entre CLSC et organismes communautaires et, à l'inverse, entre organismes communautaires et CLSC (René *et al.*, 1998). Lors de la première phase d'implantation de NÉ-GS, ce volet n'a pas été réalisé, notamment faute de l'avoir considéré comme une entité en soi (Perreault *et al.*, 2000).

Plusieurs éléments doivent être pris en compte lors de la mise en œuvre de l'accompagnement communautaire : la crainte des organismes communautaires de devenir le déversoir des CLSC ou celle de dévier de leur mission première; le recours à la confidentialité pour refuser toute collaboration ; la précarité financière des organismes ; le choc des philosophies d'intervention professionnelles et communautaires, etc. (Boyer, Parisien, 1998).

Ces obstacles sont nombreux, mais ils ne sont pas infranchissables. Associer le milieu communautaire au même titre que les CLSC dès les premières phases de planification de l'implantation est une condition gagnante. En effet, des expériences de collaboration ont été réussies pour peu que l'ensemble des intervenantes aient l'opportunité de se donner une vision commune du travail à accomplir *avec ces familles* dans le respect des rôles et des responsabilités de chacun.

#### ■ *Le suivi individuel*

Implanter un mode de travail interdisciplinaire où chaque professionnelle peut devenir intervenante privilégiée ne va pas de soi. Devenir intervenante privilégiée implique d'accorder la priorité à la création d'une relation de confiance avec chaque famille plutôt qu'à la spécialisation professionnelle, source de références à répétition et de multiplication d'intervenantes auprès d'une même famille.

Cependant, les professions sont inégalement représentées au sein des équipes. Les infirmières occupent massivement le champ de la prévention en périnatalité depuis de nombreuses années. Avoir recours à des travailleuses sociales en prénatal, avant même l'émergence de crises en postnatal (abus, négligence, violence, etc.) n'est pas acquis partout. De plus, la contribution même partielle d'une nutritionniste au sein d'une équipe se réalise souvent dans des conditions de travail précaires. En fait, de nombreuses barrières se dressent pour discuter véritablement des plans d'intervention en équipe. Ce sont le plus souvent des infirmières qui assurent les suivis individuels auprès des familles. Elles ont certes l'expérience des plans d'intervention, mais toutes n'adhèrent pas automatiquement à cette approche.

En somme, le suivi individuel pré et postnatal en CLSC constitue ici une des composantes d'un plan d'action local déterminé par un ensemble d'acteurs mobilisés autour d'objectifs communs. La mise au point de mécanismes de collaboration entre les établissements et les organismes communautaires, l'élaboration d'un plan d'action commun en vue de consolider le soutien à l'ensemble des familles d'un milieu, l'apprentissage collectif de la participation des familles à l'une ou l'autre étape de ce plan d'action local, l'influence médiatique auprès de la communauté et politique auprès des décideurs constituent autant de facettes d'un programme « intégré » qui enrichissent la seule intervention individuelle, fut-elle marquée d'une réelle relation de confiance entre la famille et l'intervenante privilégiée.

### 5.3 Le soutien à l'implantation

Depuis dix ans, le programme NÉ-GS a considérablement évolué. Il s'agit d'un chantier qui comporte l'avantage d'être bien enraciné dans les pratiques de deux régions du Québec. Par contre, les acquis des partenaires des sites pilotes ne sont pas encore entièrement transférables. Un guide d'intervention pré et postnatale, un guide d'intervention nutritionnelle ainsi qu'un guide de formation à l'action intersectorielle paraîtront au cours de l'an 2000. Les résultats de trois projets de recherche seront rendus disponibles au cours de la prochaine année. Ces résultats seront à l'origine de nouveaux ajustements du programme.

Les répondants ont également souligné la lourdeur de l'implantation simultanée, dans tous les territoires de CLSC, d'un programme d'une telle complexité. La place accordée au programme au sein de chaque Régie régionale et, en conséquence, les moyens dont disposent les responsables régionaux pour soutenir son implantation, varient sensiblement d'une région à l'autre. Si les professionnels des DSP peuvent faciliter l'appropriation du programme et soutenir l'émergence d'un leadership local, cela ne peut remplacer l'implication de la direction de chaque CLSC envers sa communauté d'appartenance.

En effet, on a pu constater à maintes reprises que seule l'adhésion explicite de la haute direction du CLSC (et souvent même du conseil d'administration de l'établissement) permettra de soutenir quotidiennement, année après année, les intervenantes dans leurs efforts répétés pour rejoindre les familles, adapter leur intervention et optimiser le travail de collaboration à l'interne (interdisciplinaire) ou à l'externe (avec les organismes communautaires ou plus largement en intersectoriel). Concrètement, la présence périodique du chef de programme aux rencontres clés de l'instance d'action intersectorielle et la présence continue d'une représentante de l'équipe interdisciplinaire sont de nature à favoriser le passage d'une intervention individuelle à une intervention collective. Une telle volonté politique est également nécessaire pour faciliter la tâche de l'organisateur communautaire qui agit souvent à titre de coordonnateur de l'action intersectorielle. Précisons que dans certains territoires, la grande mobilité du personnel cadre et professionnel ajoute à la nécessité de clarifier la place que le CLSC entend accorder au programme.

Le seul engagement du CLSC ne peut cependant garantir le succès de l'action intersectorielle. La même qualité d'adhésion des autres organismes ou établissements partenaires s'avère nécessaire.

## 5.4 LES OBSERVATIONS DES RÉPONDANTS QUANT AUX ENJEUX DU DÉPLOIEMENT DE *Naître égaux – Grandir en santé*

EN BREF

Les observations des répondants des Directions de la santé publique à propos de l'implantation de programmes de type *Naître égaux – Grandir en santé* se résument ainsi :

- Passer des « programmes OLO » à un programme de « type NÉ–GS » recouvre un choix fondamental, celui d'un programme « intégré » en périnatalité. Le suivi individuel pré et postnatal en CLSC devient ainsi *une* composante d'un plan d'action local déterminé par un ensemble d'acteurs mobilisés autour d'objectifs communs.
- L'émergence d'une volonté politique de rejoindre « les plus démunis des démunis » pour atteindre les objectifs de développement et d'adaptation des familles en grande vulnérabilité exerce une pression importante sur les ressources, en exigeant des changements de pratiques tant qualitatifs que quantitatifs.
- En faisant un effort pour atteindre les familles les plus marginalisées, les CLSC et les organismes communautaires rejoignent invariablement un grand nombre de familles à peine plus scolarisées, parfois un peu moins pauvres, mais qui démontrent elles aussi de grands besoins.
- Les CLSC jouent un rôle déterminant dans l'appropriation du programme et la mobilisation de la communauté. Seule l'adhésion explicite de la haute direction du CLSC permettra de soutenir quotidiennement, année après année, les intervenantes dans leurs efforts répétés pour rejoindre les familles, adapter leur intervention et optimiser le travail de collaboration à l'interne (interdisciplinaire) ou à l'externe (avec les organismes communautaires ou plus largement en intersectoriel).

## 6. DISCUSSION

Évaluer l'efficacité des programmes pré et postnatals est une entreprise complexe. La présente recension des écrits fait état des limites de plusieurs études dont les résultats doivent être interprétés avec prudence, d'autant plus que les effets à moyen et long terme de ces programmes sont rarement évalués. Au Québec, nous ne disposons toujours que des résultats préliminaires de l'essai clinique randomisé du volet prénatal du programme *Naître égaux – Grandir en santé*. Par ailleurs, des travaux sont actuellement en cours pour connaître les effets du programme sur la compétence maternelle. De plus, de nouveaux travaux de recherche pourraient être réalisés sur les effets du programme NÉ-GS sur la santé et le développement des enfants et sur les milieux de vie. Enfin, d'autres projets de recherche au Québec sont susceptibles d'apporter, d'ici les prochaines années, un éclairage supplémentaire sur ces questions (Enquête Santé Québec *En 2002, j'aurai 5 ans* (Tremblay, R. *et al.*, 1994), Évaluation des initiatives 1,2,3 GO ! (Goulet, D., 1999).

Quatre grands constats émergent de l'état actuel des connaissances sur l'efficacité des programmes d'intervention pré et postnatals, sur l'impact de la pauvreté sur la santé et le bien-être des familles, sur les résultats des recherches associées au programme NÉ-GS et sur les enjeux reliés au déploiement de ce programme dans le cadre des Priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997). Rappelons que les données sur lesquelles reposent chacun des constats suivants ont été résumés aux pages 15, 25, 33.

- Compte tenu de l'impact déterminant de la pauvreté sur la santé, aucun programme d'intervention précoce auprès des familles ayant de jeunes enfants ne peut à lui seul prévenir et compenser les effets dévasta-

teurs immédiats et intergénérationnels de la pauvreté sur la santé et le développement des enfants.

- Les programmes pré et postnatals évalués rigoureusement obtiennent des résultats d'une envergure modeste et limités à certaines sous-populations (détails à la page 15). Malgré cela, les recommandations de la communauté scientifique vont toutes dans le sens :
  - de maintenir les programmes pré et postnatals en place ;
  - d'augmenter leur efficacité en fonction des éléments de certains programmes qui font déjà consensus (ex. : maintenir les suppléments alimentaires durant la grossesse) ;
  - de poursuivre la recherche afin de comprendre plus finement les problèmes de santé et de bien-être des familles ayant de jeunes enfants.

- Les résultats, présentement disponibles, des études associées au programme NÉ–GS s’inscrivent en continuité avec les constats précédents : il rejoint la population vivant une situation d’extrême pauvreté et les effets observés sont modérés. De plus, il réussit à mobiliser les principaux acteurs, sauf les médecins.
- Le passage d’un « programme OLO » à un programme « de type NÉ–GS » est un choix fondamental qui implique une volonté explicite de rejoindre *les plus démunis des démunis* et de mettre en œuvre un programme *intégré* pré et postnatal. L’implantation de ce programme exerce une pression importante sur les ressources professionnelles et communautaires, en exigeant des changements de pratiques tant qualitatifs que quantitatifs.

Certaines tendances se dégagent de l’analyse des programmes en périnatalité depuis les quinze dernières années. Au Québec, comme ailleurs, nous avons implanté des programmes reposant sur une approche globale pour améliorer la portée d’interventions plus spécifiques et pour réduire les inconvénients que causent aux familles des interventions souvent multiples et non coordonnées.

Tout comme plusieurs programmes américains similaires, le programme *Nâtre égaux – Grandir en santé* se retrouve donc à un tournant. Comment pourrait-on améliorer l’efficacité de NÉ–GS ? Plusieurs éléments de réponse sont actuellement disponibles. C’est dans cet esprit que nous reviendrons maintenant tour à tour sur la pertinence des objectifs, le choix de la population cible et les composantes du programme NÉ–GS.

## 6.1 La pertinence des objectifs du programme *Nâtre égaux – Grandir en santé*

En confrontant les objectifs de NÉ–GS (présentés à la section 2) à la recension des écrits, le principal constat demeure l’incapacité d’un programme de ce type à réduire les taux de prématurité et d’insuffisance de poids à la naissance. Les effets des programmes efficaces de soutien alimentaire et de cessation du tabagisme, à cet égard, sont trop modestes pour réduire les taux actuels.

Ces objectifs de santé publique demeurent néanmoins incontournables. Aussi, à partir de l’état actuel des connaissances, il faudrait :

- distinguer les facteurs associés au retard de croissance intra-utérin de ceux associés à la prématurité et à la grande prématurité tout en tenant compte des acquis de la recherche sur leur effet cumulatif en milieu défavorisé. Ceci pourrait nous amener à raffiner le choix de la population cible et les composantes de l’intervention ;
- étudier une des hypothèses explicatives, soit l’importance relative du poids prégravidique des femmes sur l’issue de la grossesse. En effet, des chercheurs s’interrogent présentement sur la capacité de renverser en quelques mois les conséquences d’un état chronique de malnutrition.

La pertinence des autres objectifs de prévention de NÉ–GS, le développement des enfants, la réduction de l’abus et de la négligence, la violence conjugale et familiale et la dépression n’est pas remise en question. Les résultats préliminaires des effets du volet prénatal étant positifs sur la santé mentale des mères, il



s'agit d'un acquis majeur en vue de réduire l'abus et la négligence et de favoriser le développement des enfants.

De même, la pertinence de maintenir les objectifs de promotion de la santé fait toujours consensus, tout en reconnaissant qu'il s'agit plutôt d'objectifs à moyen et long terme.

## 6.2 Le choix de la population cible

Les interrogations soulevées précédemment à propos de l'insuffisance de poids à la naissance et de la prématurité se répercutent sur le choix de la population cible. Il faut cependant examiner cette question plus largement, puisque le programme NÉ-GS poursuit simultanément d'autres objectifs.

Les femmes en situation chronique d'extrême pauvreté et leur famille ont été retenues comme population cible à cause de la forte prévalence des problématiques de santé et de bien-être au sein de cette population. On observe que la pauvreté économique extrême et davantage la faible scolarité sont fortement associées à l'insuffisance de poids à la naissance (Montreuil, 1999) ainsi qu'aux situations d'abus et de négligence à l'endroit des enfants (McLoyd, 1998).

NÉ-GS permet effectivement de rejoindre cette population, dans la mesure où les milieux en manifestent la volonté explicite par un engagement tant institutionnel que communautaire. Ainsi, en ce qui concerne la scolarité, 100 % des femmes recrutées dans le programme NÉ-GS n'ont pas complété le 5<sup>e</sup> secondaire. Sans déployer un effort systématique de recrutement, il est très peu probable que l'on réussisse à les rejoindre, comme en témoignent les résultats du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) où 49,8 %

des femmes suivies ont obtenu leur diplôme d'études secondaires (Beaudoin *et al.*, 1999).

La collaboration entre les Centres locaux d'emploi et les CLSC ou entre les médecins et les CLSC facilite l'atteinte de la population la plus défavorisée. Ces collaborations doivent se poursuivre pour intervenir de façon mieux coordonnée auprès de ces familles. À l'intérieur d'une démarche d'action intersectorielle, des modalités formelles de collaboration permettront d'articuler la complémentarité du suivi médical en cabinet, du suivi de santé en CLSC et de l'accompagnement communautaire (ex. : maintien à domicile d'un cas à très haut risque d'accouchement prématuré).

Les données disponibles nous indiquent que la création d'une relation de confiance dès la période prénatale facilite grandement la réalisation de l'intervention postnatale. Les résultats des plus récentes recherches suggèrent de multiplier les efforts auprès de femmes enceintes présentant aussi des facteurs de risque spécifiques associés au retard de croissance intra-utérin et à la prématurité.

## 6.3 Les composantes du programme *Nâître égaux - Grandir en santé*

### ■ *La phase prénatale*

Du côté de l'intervention prénatale, nous avons vu que l'efficacité des programmes d'intervention globale s'accroît lorsqu'ils incluent certaines composantes spécifiques sur des facteurs de risque de l'insuffisance de poids à la naissance ou de la prématurité, tels que l'alimentation et le tabagisme. Dans la pratique, un des enjeux demeure toutefois la difficulté de concilier une intervention à court terme sur les habitudes de vie et le maintien, à

moyen terme, d'une relation de confiance permettant l'intervention au cours de la période postnatale.

Concernant l'alimentation, la recension des écrits confirme que la distribution de suppléments alimentaires s'inscrit dans la voie à suivre, pourvu que l'apport calorique soit substantiel. De nombreuses questions demeurent toutefois à propos de l'efficacité du suivi nutritionnel proprement dit. Au Québec, les CLSC se sont largement inspirés de l'expertise développée par le Dispensaire diététique de Montréal (DDM) (Duquette *et al.*, 1991). Mais il est présentement impossible de conclure formellement à l'efficacité de cette intervention puisque, comme c'est parfois le cas, les résultats des essais cliniques randomisés publiés dans la littérature scientifique diffèrent des résultats tirés des études d'utilisatrices. Le même raisonnement s'applique ici aux résultats de l'évaluation du Programme canadien de nutrition prénatale (Beaudoin *et al.*, 1999).

En dépit des effets positifs de quelques programmes d'intervention de cessation du tabagisme chez les femmes enceintes, certaines lacunes méthodologiques dont l'absence d'évaluation des effets pervers liés à la cessation du tabagisme ou encore, à l'augmentation de la culpabilité associée au maintien de l'habitude tabagique chez celles-ci incitent à la plus grande prudence dans ce domaine<sup>8</sup>. En réponse à ces constats, la mise au point d'une approche individuelle, adaptée aux conditions de vie dans lesquelles évoluent ces femmes, devra se faire en complémentarité avec une approche sociétale, visant à modifier les normes sociales à propos de l'usage de la cigarette durant la grossesse.

---

<sup>8</sup> Dans le même sens, l'évaluation de certains programmes de prévention du tabagisme auprès des jeunes de milieu scolaire a révélé des effets négatifs (Beudet *et al.*, 1999).

### ■ *La phase postnatale*

Cette même réflexion sur l'articulation entre une intervention globale et des interventions spécifiques gagnerait sans doute à être reprise, du côté de l'intervention postnatale, à propos de l'allaitement et de l'alimentation des très jeunes enfants, par exemple. Cependant, ce qui retient surtout l'attention en postnatal, c'est l'importance de ne pas se limiter à l'intervention auprès des mères et d'intensifier la stimulation directe des enfants par des programmes dispensés dans des centres éducatifs<sup>9</sup>. Au Québec, cette question revêt une importance particulière dans la conjoncture actuelle. En effet, le ministère de la Famille et de l'Enfance a prévu la mise en œuvre de programmes de développement des enfants au sein des Centres de la petite enfance. De plus, l'accès à une programmation intégrée en milieu de garde est une autre des priorités nationales de santé publique<sup>10</sup>.

Pour intervenir intensément auprès des tout-petits, encore faut-il y avoir accès ! Une des grandes difficultés exprimées par les intervenantes demeure l'utilisation adéquate des ressources du milieu – incluant les services de garde. En effet, certaines femmes craignent toujours de perdre l'affection de leurs enfants si elles les confient aux soins d'une éducatrice (Colin *et al.*, 1992). À l'inverse, certaines femmes se déchargeraient de leurs responsabilités parentales en ayant recours aux services de garde. Enfin, les problèmes d'accessibilité (coût, transport) seraient également fréquents.

<sup>9</sup> Dans le cadre de son plan d'action, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre prépare un document de référence sur les programmes de stimulation précoce auprès des enfants.

<sup>10</sup> « Que 35 % des enfants du Québec de 2 à 5 ans vivant dans des familles en situation d'extrême pauvreté bénéficient d'une programmation intégrée en milieu de garde : que cette programmation soit offerte dans toutes les régions du Québec et dans 60 % des territoires de CLSC » (MSSS, 1997, p. 39).

Dans ce contexte, il ne s'agit pas tant d'ajouter un autre volet au programme NÉ-GS que de réaffirmer la nécessité de recadrer le suivi individuel dans une démarche locale d'action intersectorielle où l'on établira des modalités de collaboration entre les organismes et les établissements concernés<sup>11</sup>. Tout en conservant une intervention auprès des parents, on développera une intervention adaptée pour les 0-2 ans, en continuité avec l'intervention aux 2-5 ans préconisée dans les *Priorités nationales de santé publique* (MSSS, 1997).

### ■ *L'intensité requise*

Tout en ajustant les contenus de l'intervention du programme NÉ-GS, il faudra revoir la question de l'intensité requise pour atteindre les objectifs retenus. Ainsi, nous ignorons l'intensité minimale indispensable pour maintenir un effet significatif sur la santé mentale des mères au cours de la grossesse ou pour créer la relation de confiance qui facilitera l'intervention postnatale. De plus, il est plausible que l'intervention nutritionnelle prénatale gagnerait à être amorcée plus tôt au cours de la grossesse. En postnatal, les interventions démontrées efficaces reposent toutes sur une grande intensité de services au cours des premières années de vie de l'enfant.

Bref, il est impossible, à ce moment-ci, de déterminer avec certitude si le nombre de dix visites prénatales peut être réduit, du moins pour certaines femmes, ou si au contraire, il doit être augmenté. Par contre, comparé à plusieurs autres programmes d'intervention postnatale, le nombre de 25 visites ou contacts

<sup>11</sup> Par exemple, la place des haltes-garderies dans le réseau des services de garde ressort comme une question majeure car plusieurs familles suivies dans le cadre du programme NÉ-GS surmontent leurs craintes en les utilisant d'abord ponctuellement.

postnatals sur une période de deux ans correspondrait davantage à un minimum. Un solide consensus international et québécois soutient qu'en dépit des limites des programmes pré et postnatals et compte tenu de celles des programmes à l'intention des enfants d'âge scolaire et des adolescents, il n'y a pas de meilleur moment pour investir énergiquement qu'au cours de la grossesse et des premières années de vie de l'enfant (Tremblay, 1999 ; McCain et Fraser Mustard, 1999).

■ ***Suivi individuel, accompagnement communautaire et action intersectorielle***

De nombreuses données éclairent les paramètres du suivi professionnel individuel.

On ne peut pas en dire autant de l'intégration de cette intervention dans l'ensemble des efforts d'une communauté pour soutenir les familles les plus vulnérables qui, elle, n'a pas fait l'objet d'évaluations aussi formelles. La mise en œuvre d'interventions inspirées du modèle écologique constitue toujours une avenue des plus prometteuses, comme en témoignent le Comité jeunesse (MSSS, 1998) le tout récent bilan des initiatives 1,2,3 GO ! (Goulet, D., 1999) et le projet de recherche canadien pour le bien-être de la famille (Prilleltensky *et al.*, 1999). Dans la pratique, les répondants des Directions de la santé publique déjà engagés dans la mise en œuvre d'un programme de type NÉ-GS confirment le caractère novateur et prometteur de cette approche.

## 7. CONCLUSION

La recension des écrits sur l'évaluation de programmes pré et postnatals, les résultats des recherches associées au programme *Naître égaux – Grandir en santé* et les observations des répondants des Directions de la santé publique engagés dans le déploiement des programmes de type NÉ–GS ont permis de mettre en perspective toute la complexité de la mise au point d'interventions efficaces dans ce domaine. Compte tenu du mandat dévolu à l'Institut national de santé publique du Québec, trois orientations se dégagent :

- **Intervenir sur les causes structurelles de la pauvreté, à l'origine des inégalités sociales et de santé**

S'il se dégage une certitude de cette réflexion sur les programmes de type NÉ–GS, c'est celle-ci : aucun programme, à lui seul, n'est en mesure de compenser les effets dévastateurs de la pauvreté sur la santé et le bien-être des familles ayant de jeunes enfants. De façon générale, les programmes produisent des effets, rarement spectaculaires à court terme, et sont certes toujours perfectibles. Cependant, sans intervention sur les causes structurelles de la pauvreté à l'origine des inégalités sociales et de santé, ces programmes ne peuvent tout simplement pas réduire l'incidence de problématiques qui s'aggravent dans une dynamique intergénérationnelle comme celles du poids à la naissance ou du développement des enfants.

- **Poursuivre le déploiement des programmes de type NÉ–GS au Québec, à la lumière des**

### **bénéfices connus et potentiels de cette intervention de périnatalité et de réduction des inégalités**

Le consensus de la communauté scientifique est à l'effet de maintenir, en les ajustant, les programmes intégrés pré et postnatals qui présentent des caractéristiques similaires à celles du programme *Naître égaux – Grandir en santé*. Recadrer le suivi individuel dans un programme d'inspiration écologique, c'est-à-dire intégré dans une démarche intersectorielle, constitue toujours une avenue très prometteuse.

- **Adapter la stratégie de recherche et de transfert des connaissances en tenant compte de la réalité des régions du Québec pour maximiser l'efficacité du programme NÉ–GS et en soutenir le déploiement**

Nous avons évoqué à plusieurs reprises la nécessité d'avoir recours au soutien de la recherche pour mieux connaître l'un ou l'autre aspect de l'intervention pré et postnatale et continuer d'améliorer l'efficacité du programme NÉ–GS. Si plusieurs projets de recherche ont été réalisés dans le cadre du projet pilote des régions de Montréal et de l'Abitibi-Témiscamingue, le déploiement de ce programme dans l'ensemble des régions du Québec implique nécessairement de réviser en conséquence la stratégie de recherche et de transfert des connaissances.

Dans cette perspective, en collaboration avec les partenaires des différents milieux et avec les chercheurs universitaires, il faudra pour-

suivre le travail amorcé : développer la connaissance des réalités des familles en situation chronique de pauvreté, documenter le processus d'appropriation du programme dans d'autres régions du Québec, valider des

outils d'intervention, évaluer les effets à moyen et à long terme des composantes du programme NÉ-GS sur la santé et le bien-être des enfants, des familles et des communautés.

## 8. RÉFÉRENCES

- Beaudet, N., Déry, V., Goyer, É., Hubert, F., O'loughlin, Perreault, N., Renaud, L., Roy, J.-P. (1999). *Programme Cœur en santé St-Louis du Parc. Analyse des effets paradoxaux : réflexions et recommandations*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Beaudoin, A., Turgeon-O'Brien, H., Turcotte, D. et Damant, D. (1999). *Nature et impact des activités réalisées avec la contribution du Programme canadien de nutrition prénatale*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires.
- Bilodeau, A., (à paraître). *Les conditions associées à la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la prévention-promotion de la santé et du bien-être, Étude du cas 4 : Le projet Naître égaux – Grandir en santé de la priorité Tout-petits*, Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Bilodeau, A., Allard, D., Chamberland, C. et l'équipe d'évaluation (1998). L'évaluation participative des priorités régionales de prévention-promotion de la santé et du bien-être : les premiers pas d'un partenariat en évaluation. Rapport synthèse, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Boyer, G., Parisien, D. (1998). *Naître égaux – Grandir en santé. Évaluation participative des priorités régionales de prévention - promotion de la santé et du bien-être*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Brodeur, J.M., Perreault, M., Séguin, L., Boyer, G., Colin, C. (1999). *Étude des effets du volet prénatal du programme Naître égaux – Grandir en santé. Résultats préliminaires*, document inédit.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G.J. (1997). « The Effects of Poverty on Children », *The Future of Children*, vol. 7, n° 2, p. 55-71.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G. Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Montréal, Éd. St-Martin.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction, *L'année sociologique*, vol. 36, p. 169-208.
- Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté. (1999). *Proposition pour une loi sur l'élimination de la pauvreté*, Québec, Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté.
- Comité jeunesse (1998). *Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes. Agissons en complices*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

- Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté. (1999). *Pour réduire les inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté. Document de consultation*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec. (1997). *Interventions à visée préventive auprès des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille pour concrétiser le virage prévention/promotion aux niveaux local et régional*.
- Denis, J.L., Champagne, F. (1990). *Analyse de l'implantation*, GRIS, Université de Montréal.
- Désilets, E., (à paraître). *Action intersectorielle avec les familles vivant dans l'extrême pauvreté, guide de formation et d'animation*, Naître égaux – Grandir en santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Développement des ressources humaines Canada. (1999). « Quelles caractéristiques familiales ont le plus d'incidence sur le taux de réussite scolaire des enfants ? », *Recherche appliquée. Bulletin*, Édition spéciale, p. 5-8.
- Duncan, G.J., Brookds-Gunn, J., Klebanov, P.K. (1994). « Economic Deprivation and Early Childhood Development », *Child Development*, vol. 65, p. 296-318.
- Duquette, M.-P., Desrosiers-Choquette, J., Dubois, S. (1991). *Programme d'aide aux femmes enceintes de milieux défavorisés. Projet-pilote en CLSC*, Dispensaire diététique de Montréal.
- Frede, E.C. (1995). « The Role of Programme Quality in Producing Early Childhood Program Benefits » *The Future of Children*, vol. 5, n° 3, p. 115-132.
- Gomby, D., Culross, P.L., Behrman, R.E. (1999). « Home Visiting : Recent Program Evaluations – Analysis and Recommendations », *The Future of Children*, vol. 9, n° 1.
- Gomby, D., Larson, C.S., Lewitt, E.M., Berhman, R.E. (1993). « Home visiting : Analysis and Recommendations », *The Future of Children*, vol. 3, n° 3, p. 1-17.
- Goulet, D. (1999). 1,2,3 GO ! *Comment changer le monde, tout-petit à tout-petit, Rapport de consultation sur une expérience en cours et son avenir*, Centraide du Grand Montréal.
- Goulet, J., Beaugard, D., et al. (1999). *Naître égaux – Grandir en santé. Suggestions pour la mise en œuvre à partir des projets pilotes de Montréal-Centre et de l'Abitibi-Témiscamingue*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Groupe de recherche Quart Monde-Université (1999). *Le croisement des savoirs. Quand le Quart Monde et l'université pensent ensemble*, Paris, Les Éditions de l'Atelier/Éditions ouvrières, Les Éditions Quart-Monde.
- Hodnet, ED. (1999). « Support during Pregnancy for Women at Increased Risk », (Cochrane Review) *The Cochrane Library*, vol. 3, Oxford : Update Software.



- Kramer, MS. (1999a). « Balanced Protein/Energy Supplementation in Pregnancy », (Cochrane Review) The Cochrane Library, vol. 3, Oxford : Update Software.
- Kramer, MS. (1999b). « Nutritional Advice in Pregnancy », (Cochrane Review) The Cochrane Library, vol. 3, Oxford : Update Software.
- Lepage, M.-C., Racine, P. (1993). *Étude d'implantation du programme intégré de services en périnatalité auprès des femmes enceintes de milieu défavorisé*, Québec : Département de santé communautaire du CHUL.
- Lumley, J., Oliver, S., Waters, E. (1999). « Interventions for Promoting Smoking Cessation during Pregnancy », (Cochrane Review) The Cochrane Library, vol. 3, Oxford : Update Software.
- Martin, C., Boyer, G., Beaugard, D., De Blois, S., Denhez, L., Durand, D., Fortier, M., Ouellet, F., Parenteau, S., Stewart, B. (1995). *Nàître 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, 213 p.
- McCain, M.N., Fraser Mustard, J. (1999). *Inverser la véritable fuite des cerveaux. Étude sur la petite enfance. Rapport final remis au Secrétariat à la petite enfance de l'Ontario*. Toronto, Publications Ontario.
- McLoyd, V. (1998). « Children in Poverty : Development, Public Policy, and Practice » in Damon W. (ed.) *Handbook of Child Psychology*, 5<sup>th</sup> ed., New York, John Wiley & Sons, p. 135-208.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, (à paraître). *Deuxième bilan des priorités nationales de santé publique*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux et Ministère de la Solidarité sociale (1999). *Opération de référence des futures mères ou futurs parents de milieu défavorisé vers les CLSC. Bilan de la deuxième année d'implantation*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Montreuil, S. (1999). *Données récentes à propos de l'insuffisance de poids à la naissance et de la prématurité*, Communication au comité scientifique de la Fondation OLO, avril 1999.
- Oliver, S. (1997). « Exploring Lay Perspective on Questions of Effectiveness. », in Maynard, A., Chalmers, I., ed., *Non-random reflexions on health services research*, London, BMJ Publishing, p. 272-291.

- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R., Garon, S. (2000). *Intervention en soutien à l'empowerment dans Naître égaux – Grandir en santé*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Perreault, M., Boyer, G., Colin, C., Labadie, J.-F., Denis, J.-L., Racine, P. (2000). *Naître égaux – Grandir en santé. Évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal dans 4 CLSC de Montréal*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Piché, C., Boyer, G., Perreault, M., (1996). *Perceptions du soutien social chez des mères et des pères en situation d'extrême pauvreté participant au programme Naître égaux – Grandir en santé*, protocole soumis au Conseil québécois de la recherche sociale.
- Piché, C., Goulet, C., Boyer, G., Théorêt, B. (1998). *Naître égaux – Grandir en santé : évaluation de l'impact de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » sur la compétence parentale*, protocole soumis au Conseil québécois de la recherche sociale.
- Prilleltensky, I., Cameron, G., Chamberland, C., Connors, E., Laurendeau, M.-C., Maidman, F., Nelson, G., Peirson, L., Peters, R. (1999). *Promoting Family Wellness and Preventing Child Maltreatment. Fundamentals for Thinking and Action*, Waterloo, Ont., Wilfrid-Laurier University.
- René, J.-F., Fournier, D., Duval, M., Garon, S. (1998). *Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et transformations dans les pratiques des organismes communautaires*, projet de recherche en cours avec le soutien du Fonds pour l'adaptation des services de santé.
- Stevens-Simon, C. et Orleans, M. (1999). « Low-Birthweight Prevention Programs : The Enigma of Failure », *Birth*, vol. 26, n° 3, p. 184-191.
- Théorêt, B., Brodeur, J.-M., Perreault, M., Séguin, L., Boyer, G. (2000). « Le recrutement d'un groupe de femmes montréalais de statut socio-économique très faible dans une étude clinique randomisée », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 91, n° 1.
- Tremblay, R. *et al.* (1994). Étude longitudinale et expérimentale du développement des enfants de la naissance à l'adolescence, Demande de subvention dans le cadre du programme GTRC, du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.
- Tremblay, R. (1999). « Que deviennent les enfants turbulents et comment peut-on les aider ? », communication au forum sur *La pertinence d'adopter une approche globale de la santé en milieu scolaire : les liens possibles entre la trajectoire de développement des enfants et sa trajectoire scolaire*, Québec, Journées annuelles de santé publique, novembre 1999.
- Zigler, E. et Styfco, S. (1999). « Head Start : Criticisms in a Constructive Context ». *American Psychologist*, vol. 49, p. 127-132.