

LA PARTICIPATION DES FEMMES DE MILIEUX ÉCONOMIQUEMENT FAIBLES AUX SERVICES PRÉNATALS: ESSAI DE MODÉLISATION

Daniel Turcotte
Université Laval
Québec, Québec

Geneviève Lessard
Centre de recherche sur les services communautaires
Québec, Québec

André Beaudoin
Université Laval
Québec, Québec

Résumé: Plusieurs recherches font ressortir l'importance des services prénatals sur le déroulement et l'issue de la grossesse et ce, autant pour la mère que pour l'enfant. En effet, ces services peuvent diminuer le risque de mortalité du fœtus pendant la grossesse, contribuer à réduire les risques de complications à l'accouchement et réduire les risques de mortalité de l'enfant à la naissance, particulièrement lorsqu'ils commencent dès le premier trimestre de la grossesse et se poursuivent jusqu'à l'accouchement. Même si ce fait est largement reconnu, plusieurs femmes des milieux économiquement faibles ne reçoivent pas ces services. Jusqu'à maintenant, les recherches sur la participation des femmes aux services prénatals se sont principalement attardées à l'analyse des caractéristiques des participantes et à l'étude de l'accessibilité aux services. La présente recherche vise à dépasser la seule influence des déterminants sociodémographiques, psychosociaux et organisationnels pour s'attarder au rationnel qui sous-tend la décision des femmes défavorisées de recourir à des services prénatals.

Abstract: A number of studies have identified the importance of prenatal services in pregnancy progress and outcome both for mother and child. In fact, such services can reduce the risk of fetal mortality during pregnancy and infant mortality during birth and help reduce the risk of complications during delivery, particularly when they begin in the first trimester of the pregnancy and continue until delivery. Although this is a widely recog-

nized fact, many women in poor economic environments do not receive prenatal services. Until now, studies on women's participation in prenatal services have mainly dealt with an analysis of participant characteristics and service accessibility. This study goes beyond socio-demographic, psychosocial, and organizational determinants to examine the underlying rationale for disadvantaged women's decision to use prenatal services.

Plusieurs recherches font ressortir l'importance des services prénatals sur le déroulement et l'issue de la grossesse et ce, autant pour la mère que pour l'enfant. En effet, de tels services peuvent contribuer à améliorer la qualité de l'alimentation de la mère pendant la grossesse et conduire à une modification de certaines habitudes de vie néfastes comme la consommation de cigarettes et d'alcool. Des services prénatals adéquats diminuent le risque de mortalité du fœtus pendant la grossesse (Abrams, 1993) contribuent à réduire les risques de complications à l'accouchement et réduisent les risques de mortalité de l'enfant à la naissance (Abrams, 1993; Avruch & Cackley, 1995; Goldenberg, Patterson, & Freese, 1992), particulièrement lorsqu'ils commencent dès le premier trimestre de la grossesse et se poursuivent jusqu'à l'accouchement (Bedics, 1994).

Les programmes d'information nutritionnelle et de suppléments alimentaires constituent des composantes majeures des services prénatals offerts aux femmes des milieux économiquement défavorisés. Plusieurs recherches indiquent que ces programmes ont un impact sur l'état de santé de la mère et de l'enfant à naître. En effet, l'amélioration de la qualité nutritionnelle des femmes enceintes permet de diminuer considérablement le nombre de bébés de petit poids ou présentant d'autres problèmes de santé qui requièrent des soins médicaux importants (Avruch & Cackley, 1995; Buescher, Larson, Nelson, & Lenihan, 1993; Montgomery & Splett, 1997; Schramm, 1992; Wynn & Wynn, 1997). Selon Abrams (1993), les programmes offrant des suppléments alimentaires sont efficaces pour diminuer le nombre de bébés de petit poids, réduisant par le fait même les coûts en soins médicaux. Par ailleurs, plus longue est la durée de la participation aux services, plus les taux de naissances de petit poids et les coûts en soins médicaux diminuent (Abrams, 1993; Bradley & Martin, 1994; Buescher et al., 1993).

Les services prénatals constituent donc une voie intéressante d'intervention préventive auprès des femmes enceintes dont la situation financière et les conditions de vie constituent des facteurs de risque face à leur grossesse. En contribuant à améliorer l'alimenta-

tion de la mère pendant la grossesse et en l'aidant à adopter des habitudes de vie mieux adaptées à sa condition, ces services apparaissent essentiel non seulement pour le bien-être de l'enfant, mais aussi pour celui de la mère (Abrams, 1993; Enderlein, Stephenson, Holt, & Hickok, 1994).

Même si ce fait est largement reconnu, plusieurs femmes des milieux économiquement faibles ne s'y inscrivent pas; leur portée en est ainsi considérablement réduite. En effet, l'efficacité des services prénatals passe par leur capacité de rejoindre les femmes les plus à risque de rencontrer des difficultés pendant leur grossesse. Jusqu'à maintenant, les recherches sur la participation se sont principalement attardées à l'analyse des caractéristiques des participantes et à l'étude de l'accessibilité aux services. Ces deux orientations de recherche fournissent cependant peu d'indications sur les raisons qui incitent certaines femmes à s'engager dans des programmes même si elles sont dans des situations difficiles. Pour comprendre leur réalité particulière, il est nécessaire de dépasser la seule influence des déterminants sociodémographiques, psychosociaux et organisationnels pour s'attarder au rationnel qui sous-tend leur décision de recourir à des services prénatals. C'est la perspective adoptée dans la présente étude dont les résultats débouchent sur une modélisation de la participation des femmes enceintes provenant de milieux économiquement faibles aux services prénatals.

Basée sur une méthodologie qualitative, cette recherche s'appuie sur l'opinion de participantes et d'intervenantes engagées dans des services prénatals financés, en partie, dans le cadre du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) et par le programme OLO (Œufs Lait Oranges) au Québec. La première partie de l'article situe les services du PCNP-OLO à l'égard des femmes enceintes susceptibles de rencontrer des difficultés en regard du déroulement et de l'issue de leur grossesse. La deuxième partie présente une brève recension de l'état des connaissances sur les facteurs qui influencent la participation des femmes enceintes aux services prénatals. La troisième précise la méthodologie utilisée. En quatrième lieu, les résultats sont présentés sous trois angles principaux: les trajectoires de prise de contact des femmes avec les services, les facteurs d'influence sur leur engagement face à ces services, et les bénéfices qu'elles en retirent. L'article se termine par l'identification de pistes d'action.

LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE: LE PCNP/OLO

C'est dans la perspective d'intervenir de manière préventive auprès des futures mères à risque que le gouvernement canadien a mis en place, au milieu des années 90, le PCNP. Ce programme s'inscrit dans le cadre du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) dont le but est «d'aider les groupes communautaires (...) à répondre aux besoins en santé et en développement des besoins les plus urgents des enfants vulnérables (0 à 6 ans) en intervenant dès avant la conception, avant la naissance, dans les premiers mois et dans les premières années de la vie de l'enfant» (Santé Canada, 1995a, p. 1). En ce qui a trait plus spécifiquement au PCNP, ce programme offre une aide financière aux organismes communautaires et aux établissements publics de la santé et des services sociaux, principalement les CLSC, qui offrent des services aux femmes enceintes en situation de risque. Les projets financés dans le cadre du PCNP doivent permettre l'atteinte de trois principaux objectifs: (1) la diminution des taux de naissances prématurées et de bébés de petit poids; (2) l'amélioration de la santé des femmes enceintes; et (3) le développement du partenariat et de la collaboration entre les femmes enceintes, les familles, les groupes communautaires, les nutritionnistes et autres professionnels de la santé ainsi que les gouvernements (Santé Canada, 1995b, p. 4).

Au Québec, les activités du PCNP s'inscrivent en continuité avec les services dispensés dans le cadre du programme OLO. La clientèle visée par le PCNP-OLO est constituée des femmes enceintes qui sont susceptibles de rencontrer des difficultés pendant leur grossesse et de donner naissance à des enfants prématurés ou de petit poids en raison de leurs problèmes de santé, de leurs habitudes de vie, ou de leur alimentation. Le programme vise en priorité à rejoindre les femmes enceintes qui présentent l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes: se trouvent dans des situations de pauvreté ou de violence, consomment de l'alcool ou des drogues, souffrent d'un diabète gestationnel, sont adolescentes, ont un statut de réfugiée, ou proviennent de communautés autochtones et Inuits et habitent à l'extérieur des réserves ou des territoires conventionnés. En plus de la distribution d'un supplément alimentaire (lait, œufs, et vitamines ou oranges), les activités financées par le programme peuvent inclure les conseils nutritionnels, les activités éducatives, de même que les services de soutien et de counselling ayant pour objet de répondre aux besoins psychosociaux des femmes qui sont confrontées à différents problèmes. Par ailleurs, la réalisation des projets

doit être marquée du souci d'informer et d'orienter, au besoin, les participantes vers d'autres services communautaires complémentaires dont elles peuvent bénéficier pendant leur grossesse. Précisons, enfin, que les services offerts dans le cadre des projets financés par le PCNP peuvent se poursuivre jusqu'à un an après l'accouchement pour les mères qui allaitent.

Dans plusieurs organismes, les activités réalisées dans le cadre du PCNP-OLO présentent des similitudes avec le programme «Naître égaux — Grandir en santé» (Martin & Boyer, 1995). L'objectif visé est similaire, soit améliorer la santé et la qualité de vie des femmes enceintes défavorisées et de leurs enfants, la population cible semblable, soit les femmes en situation de pauvreté, et plusieurs services sont de même nature, notamment l'évaluation des besoins, le suivi personnalisé et le soutien informatif pendant la grossesse, de même que la fourniture de suppléments alimentaires. Le programme «Naître égaux — Grandir en santé» se distingue cependant par son volet de concertation inter-établissements et de développement communautaire, et par le suivi postnatal.

Comme pour toute autre activité s'adressant à des populations difficiles à rejoindre, la capacité des projets développés dans le cadre du PCNP-OLO de rejoindre les femmes visées constitue un enjeu important. Les femmes qui vivent dans des conditions de pauvreté fréquentent moins les services médicaux, les rencontres prénatales, les services périnataux préventifs et les rencontres postnatales (Colin, Lavoie, & Poulin, 1989; Colin, Ouellet, Boyer, & Martin, 1992). En outre, ces femmes ont également du mal à aller consulter un professionnel de la santé ou sont réticentes à le faire (CNBES, 1997). Il s'agit là d'une situation préoccupante si l'on considère qu'actuellement, au Canada, pour plus de 10% des naissances, il existe un risque d'insuffisance pondérale du fait du piètre état de santé et de la mauvaise alimentation de la mère (Barrington, 1996).

LA PARTICIPATION DES FEMMES AUX SERVICES PRÉNATALS

Plusieurs études ont été réalisées avec la préoccupation de cerner les caractéristiques des femmes et de leur environnement qui sont associées à leur participation aux services prénatals. Ces études ont conduit à identifier plusieurs facteurs qui peuvent, globalement, être regroupés en trois catégories selon qu'ils portent sur des éléments d'ordre: (1) sociodémographique, (2) psychosocial, ou (3) organisationnel.

Les facteurs sociodémographiques

Les facteurs sociodémographiques se rapportent principalement aux traits individuels des femmes enceintes. Ils touchent des aspects comme l'âge, le niveau de scolarité, le statut marital, le revenu familial, et le style de vie. Bien que le jeune âge (moins de 20 ans) de la femme enceinte augmente les risques qu'elle ne dispose pas de soins adéquats pendant sa grossesse (Goldenberg et al., 1992), plusieurs études indiquent que les adolescentes sont moins portées à demander de l'aide pendant leur grossesse (Bedics, 1994; Cartoof, Klerman, & Zazuella, 1991; Enderlein et al., 1994; Johnson, 1988). Il en est de même des femmes qui présentent un faible niveau de scolarité (Bedics, 1994; Enderlein et al., 1994; Goldenberg et al., 1992; Hoerger & Howard, 1995; Schaffer & Lia-Hoagberg, 1994; Schramm, 1992) et des femmes sans conjoints (Bedics, 1994; Schaffer & Lia-Hoagberg, 1994; Schramm, 1992).

Le revenu familial est également associé à la propension à participer à des services prénatals (Bedics, 1994; Enderlein et al., 1994; Goldenberg et al., 1992; Hoerger & Howard, 1995; Sargent & Rawlins, 1991; Schaffer & Lia-Hoagberg, 1994). Il faut toutefois mentionner que plusieurs études qui mettent ce facteur en évidence ont été réalisées aux États-Unis où les services prénatals ne sont pas gratuits. Mais même en contexte de gratuité, il y a une tendance chez les personnes des milieux économiquement faibles à faire preuve de réserve face aux services dispensés dans les établissements publics (Turcotte, Samson, Lessard, & Beaudoin, 1997). Le même phénomène s'observe chez les femmes dont le style de vie se situe à la marge: celles qui consomment régulièrement des drogues, qui abusent de l'alcool, ou qui ont des démêlées avec la justice (Bedics, 1994; Hoerger & Howard, 1995; Johnson, 1988).

Les facteurs psychosociaux

En regard des facteurs psychosociaux, certaines études indiquent que les femmes qui sont confrontées à une grossesse non désirée sont moins portées à recourir aux services prénatals (Bedics, 1994; Goldenberg et al., 1992; Schaffer & Lia-Hoagberg, 1994). Cette situation pourrait s'expliquer par le déni de la grossesse et l'ambivalence de la future mère.

La situation d'emploi et le nombre d'enfants sont également associés à l'utilisation des services prénatals. Les femmes qui occupent

un emploi à l'extérieur du foyer de même que celles qui ont d'autres enfants présentent un taux plus faible d'utilisation des services (Cartoof et al., 1991; Goldenberg et al., 1992; Kelley, Perloff, & Liu, 1992; Schramm, 1992). Toutefois, cette tendance n'est pas constante: les résultats de l'étude de Sargent et Rawlins (1991) indiquent que les femmes qui avaient déjà des enfants se sont montrées plus assidues des services prénatals.

Plusieurs études établissent également l'influence des relations familiales et sociales sur la participation aux services prénatals. Goldenberg et al. (1992) mentionnent que les femmes qui proviennent de familles dysfonctionnelles sont presque deux fois (1.8 fois) plus susceptibles de ne pas recevoir des services prénatals adéquats. Influencées par l'attitude de leur famille et de leur conjoint ou craignant leurs réactions négatives, certaines femmes choisissent de ne pas participer à programmes prénatals (Schaffer et Lia-Hoagberg, 1994). En fait, le milieu familial véhicule une conception de la grossesse et une vision des services sociaux et de santé qui façonne l'attitude de la future mère face aux services prénatals (Bedics, 1994; Enderlein et al., 1994).

Enfin, Goldenberg et al. (1992) mentionnent que la participation aux services prénatals est souvent le reflet des expériences antérieures de la femme enceinte avec le système de santé et de son appréciation de l'efficacité du personnel médical. Selon Bedics (1994), certaines femmes évitent de demander des services en raison de leurs craintes à l'endroit des médecins et des procédures médicales.

L'accessibilité aux services

Certaines «barrières externes» (Goldenberg et al., 1992) auraient plus d'influence que les facteurs démographiques dans la décision des femmes de ne pas recourir à des services prénatals (Kelley et al., 1992). Par exemple, pour les femmes nouvellement arrivées dans une communauté, la méconnaissance des ressources constitue un obstacle à l'utilisation des services (Goldenberg et al., 1992; Hoerger & Howard, 1995). Dans d'autres situations, la participation sera restreinte par les horaires des organismes (Cartoof et al., 1991; Goldenberg et al., 1992; Schaffer & Lia-Hoagberg, 1994), la période d'attente (Cartoof et al., 1991; Schaffer & Lia-Hoagberg, 1994), ou le caractère restrictif des critères d'éligibilité (Bedics, 1994). La visibilité, la disponibilité, et le caractère attrayant des services offerts ont une influence sur l'utilisation des services par les femmes

enceintes et, plus spécialement, les adolescentes (Cartoof et al., 1991; Olds, 1988). Par ailleurs, certaines contraintes extérieures aux services peuvent également faire obstacle à la participation, qu'il s'agisse des problèmes de transport ou de la difficulté des femmes à se libérer (Bedics, 1994; Cartoof et al., 1991; Enderlein et al., 1994; Goldenberg et al., 1992; Kelley et al., 1992; Schaffer & Lia-Hoagberg, 1994). À ces facteurs s'ajoutent les attitudes des intervenantes, la nature de la relation avec l'intervenante, le temps consacré aux participantes et le caractère irréaliste de certaines attentes (Bedics, 1994; Cartoof et al., 1991; Kelley et al., 1992; Schaffer & Lia-Hoagberg, 1994).

En résumé, plusieurs facteurs exercent de l'influence sur la participation des femmes enceintes aux services prénatals. Par contre, pour comprendre les enjeux que comporte la participation aux services prénatals et leur influence sur la décision des femmes d'y participer, il est nécessaire de s'en référer aux points de vue des personnes qui sont directement impliquées dans ces services, soit les femmes elles-mêmes et les intervenantes. C'est là la perspective privilégiée dans cette étude. Inspirée par la démarche suggérée par l'évaluation réaliste (Pawson & Tilley, 1997), la méthodologie de recherche a été structurée avec l'objectif de construire un modèle mettant en relation la participation des femmes avec le contexte de réalisation du programme, la nature des activités réalisées, et les bénéfices retirés. Trois questions principales ont guidé la collecte des données: (1) comment les femmes enceintes de milieux défavorisés en viennent-elles à participer aux services prénatals? (2) quelle est la nature des activités auxquelles elles participent? et (3) quels bénéfices en retirent-elles?

LA MÉTHODOLOGIE

Les données utilisées dans cette étude ont été recueillies dans le cadre de groupes de discussion (*focus group*). Cette méthode de collecte de données a été utilisée parce qu'il est généralement reconnu qu'en obligeant les personnes présentes à préciser leur pensée et à justifier leur position elle facilite l'émergence de points de vue diversifiés sur un même sujet (Krueger, 1988; Magill, 1993; Morgan, 1993). Trois groupes de discussion ont été réalisés: un avec des femmes enceintes impliquées dans des services prénatals offerts dans le cadre du PCNP et deux avec des intervenantes impliquées directement auprès de ces femmes. En outre, deux femmes enceintes qui avaient exprimé leur intérêt à participer à la recherche et qui n'ont

pas pu se présenter lors des rencontres de groupe ont fait l'objet d'une entrevue individuelle. Ces deux catégories de répondantes ont été retenues en raison de la vision particulière que chacune pouvait apporter. Au total, 10 femmes enceintes et 22 intervenantes ont eu l'opportunité d'exprimer et de confronter leurs points de vue sur les services prénatals.

Le critère de diversité a été privilégié dans le choix des participantes. Des intervenantes occupant différents types d'emplois (diététicienne ou nutritionniste, infirmière, intervenante sociale) et œuvrant dans différents organismes (centres locaux de services communautaires et organismes communautaires) ont été sélectionnées. Chez les femmes enceintes, sept participantes étaient inscrites à des services offerts dans des CLSC et trois dans des organismes communautaires. En outre, la moitié en étaient à leur première grossesse; chez les cinq autres, deux avaient rencontré des problèmes importants lors des grossesses précédentes et une autre avait perdu un enfant en très bas âge. Soulignons enfin que ces femmes appartenaient à différents groupes d'âge, l'une d'entre elles étant âgée de 16 ans.

Les rencontres de groupe ont duré environ trois heures et leur déroulement a fait l'objet d'un enregistrement audiovisuel. Les deux entrevues individuelles, d'une durée d'environ une heure, ont été enregistrées sur magnétophone. Tous les enregistrements ont été transcrits intégralement pour faire ensuite l'objet d'une analyse thématique. Les sujets identifiés ont permis de construire un répertoire de codes qui a été utilisé pour le découpage des entrevues. Les segments d'information ont par la suite été regroupés par thèmes permettant ainsi de faire ressortir les différences et les similitudes dans les propos des participantes. Les résultats de cette analyse ont conduit à distinguer différentes voies d'insertion dans les services prénatals, à identifier les motifs sous-jacents à la participation des femmes à ces services, et à relever les principaux résultats qui leur sont attribués. Dans le cas des intervenantes, l'analyse a permis de constater une saturation de l'information. Dans le cas des participantes, il serait hasardeux de prétendre à la saturation avec un nombre aussi faible de répondantes, même si leurs propos se rejoignaient sur plusieurs aspects. Les problèmes rencontrés dans la constitution des groupes ont toutefois empêché d'élargir l'échantillon.

En diversifiant les caractéristiques des répondantes, cette recherche visait à obtenir différents points de vue. Mais l'étude n'a touché

que des participantes et n'a pas exploré la perspective des femmes qui choisissent de ne pas bénéficier des services prénatals; l'impossibilité de recruter ces femmes à l'intérieur des paramètres de la présente étude explique cette décision méthodologique. Évidemment, on ne peut prétendre que le point de vue des participantes reflète nécessairement la perspective des non participantes; par contre, comme elles vivent dans des contextes socio-économiques semblables, il est possible de penser que leur réalité se ressemble et qu'elles sont confrontées à des contraintes et des obstacles similaires. Il va de soi que cette assertion aurait intérêt à être vérifiée dans une étude subséquente. Il n'en reste pas moins que le témoignage de femmes défavorisées et d'intervenantes qui interviennent auprès de ces femmes constitue une information susceptible de contribuer à une meilleure compréhension de la décision des femmes des milieux économiquement faibles de participer aux services prénatals qui leur sont offerts.

LES TRAJECTOIRES DE PARTICIPATION AUX SERVICES PRÉNATALS

Une première observation qui se dégage des données se réfère à l'absence d'uniformité des services qui sont offerts aux femmes enceintes entre les différents territoires de CLSC. Lorsque les femmes et les intervenantes parlent des services prénatals, elles font référence à trois principaux types d'activités: le suivi individuel, les rencontres de groupe, et la distribution de suppléments alimentaires.

Le suivi individuel correspond généralement à un accompagnement de la femme enceinte qui est effectué par une infirmière, une nutritionniste ou une travailleuse sociale dont le rôle consiste à la guider dans sa grossesse, à lui apporter le soutien psychosocial dont elle a besoin, et à la référer aux ressources du milieu, si nécessaire. Dans la pratique, le contenu et le nombre de rencontres réalisées en suivi individuel varient selon les besoins des participantes. Par ailleurs, dans certains organismes, ces suivis individuels sont précédés d'une rencontre d'évaluation alimentaire effectuée le plus souvent par une diététicienne ou une nutritionniste. Cette rencontre vise à évaluer les habitudes alimentaires de la femme et à la conseiller face aux aliments à consommer pour favoriser le développement normal de son enfant. Parfois, cette évaluation s'accompagne d'un suivi nutritionnel qui apporte à la mère soutien et conseils dans la façon de s'alimenter. En plus du suivi individuel, certains services prénatals offrent des rencontres de groupe axées sur l'information par rap-

port à la grossesse et à l'accouchement; la formule la plus répandue est celle des cours prénatals. Ces services sont complétés par des suppléments alimentaires et vitaminiques. Outre ces volets, certains organismes offrent un suivi postnatal dont les objectifs sont de favoriser le maintien des habitudes acquises pendant la grossesse et d'aider la mère qui allaite son enfant à se nourrir de façon adéquate ou de lui permettre l'achat de formules lactées adaptées au besoin du nourrisson.

Si les services offerts diffèrent d'un organisme à un autre, il en est de même des trajectoires que suivent les femmes enceintes pour s'y inscrire présentement. Les propos des personnes rencontrées permettent d'identifier trois voies de prise de contact des femmes enceintes avec les services prénatals: (1) le dépistage par les intervenantes œuvrant dans l'organisme qui offre ces services, (2) les références externes, qui proviennent généralement de médecins et d'intervenants d'organismes communautaires, et (3) l'information par le réseau naturel. Le tableau 1 illustre ces trois voies d'accès.

Même si elles sont référées par un professionnel ou informées des services mis à leur disposition par leur réseau naturel, ces voies d'accès n'assurent pas pour autant que les femmes vont s'engager de façon active dans les services prénatals en participant aux activités offertes et en mettant à contribution l'information qu'elles y reçoivent pour modifier leurs habitudes de vie. En effet, c'est à chacune d'elles que revient la décision de déterminer la nature de sa participation aux services qui lui sont proposés.

Tableau 1
Les voies de prise de contact des femmes enceintes avec les services prénatals

Voies d'accès	Illustrations
Dépistage par les intervenants	C'est l'infirmière du CLSC qui m'a appelée. Je savais que ça existait, mais je ne savais pas trop c'était quoi, ni c'était pour qui. (Parti.#9)
Références référées externes	Moi, c'est par le service d'entraide (comptoir alimentaire). Eux, ils m'ont au CLSC. (Parti.#6)
Information par le réseau naturel	Nous, on est dans le centre-ville. Dans le quartier, tout le monde se connaît un peu et du moment que l'on a commencé à en rejoindre une ou deux de ce milieu qui est plus particulier, il y a beaucoup de publicité qui se fait de bouche à oreille. Assurément, cela nous amène une clientèle très à risque que l'on n'aurait pu toucher autrement. (Int.#22)

De l'avis des personnes rencontrées, plusieurs facteurs exercent une influence sur cette décision. Certains se présentent comme des obstacles à la participation: les préjugés sociaux, l'attitude de la mère face à sa grossesse, sa perception des services sociaux et de santé, les réactions de son milieu familial et social, le caractère obligatoire de certaines activités, et l'absence de facilités matérielles pour encourager la participation. Ainsi, certaines femmes se sentent mal à l'aise de participer aux services prénatals, et particulièrement de recevoir de l'aide alimentaire, en raison des préjugés sociaux qui sont véhiculés face aux familles pauvres qui choisissent d'avoir des enfants. Voici comment ce malaise est exprimé:

Au 1er enfant, c'est pas pire, au 2ème aussi mais au 3ème tu te dis: «Je ne sais pas ce que le monde doit dire. C'est pauvre et ça fait des enfants». Moi, pour le 3ème, ça m'a gêné de le demander. (...) «Ils font des enfants dans la misère». (Parti.#2)

Pour d'autres femmes, la réserve face aux services prénatals tient à leur méfiance face aux établissements de services sociaux ou à l'écart qu'elles perçoivent entre leur situation et celle des intervenantes. Cette perception négative des services est parfois renforcée par les réactions du conjoint ou des membres de la famille.

Moi je viens d'une famille bien nantie et je ne voudrais pas qu'ils me voient avec mes coupons. Je ne voudrais pas qu'ils soient au courant. S'il avait fallu que j'en parle à ma famille, ça aurait été non. (Parti.#5)

À ces éléments s'ajoute, pour certaines femmes, l'ambivalence face à l'enfant qu'elle porte, ambivalence qui les amène à être davantage préoccupées par le questionnement face à leur grossesse que par leurs habitudes de vie et leur impact sur le développement de l'enfant.

Des fois, c'est peut-être pas voulu non plus. Si l'enfant n'est pas voulu, déjà là, ça rejoint moins de monde. Si elles ne veulent pas le bébé, c'est sûr qu'elles ne seront pas motivées. (Parti.#10)

Enfin, des femmes soulignent l'effet négatif que peut avoir le caractère obligatoire de certaines activités.

Au début, on avait beaucoup d'abandons. Dans nos critères, il y avait l'obligation de suivre des ateliers de com-

pétences parentales. On s'est rendu compte que c'était trop gros. On a décidé de les laisser facultatifs et de faire le lien de confiance pour les attirer. Depuis qu'on a modifié les exigences, il n'y a plus d'abandon. (Int.#20)

En dépit de ces obstacles, certaines femmes choisissent de s'engager dans les services et acceptent de modifier leurs habitudes de vie pour mieux vivre leur grossesse; il y a donc des éléments qui font contrepoids aux obstacles. Dans les propos des femmes enceintes et des intervenantes, quatre motifs principaux sont mentionnés pour expliquer la demande de services prénatals: (1) la possibilité d'avoir accès à des suppléments alimentaires, (2) le désir d'avoir un enfant en santé, (3) le besoin d'être sécurisée face au déroulement de la grossesse et face à l'accouchement, et (4) la possibilité d'avoir des contacts avec d'autres femmes qui vivent la même situation. Donc, même si l'accès à des suppléments alimentaires est très important et s'il apparaît parfois comme l'incitatif premier à la demande de services, il ne constitue pas pour autant le seul motif de participation aux services prénatals; les femmes viennent y chercher davantage. Et si elles maintiennent leur participation, c'est parce qu'elles en retirent des bénéfices.

À cet égard, les propos des femmes enceintes et des intervenantes indiquent que les services prénatals débouchent sur des résultats positifs. Ainsi, les femmes se sentent sécurisées lorsqu'elles savent qu'elles ont accès à une aide alimentaire qui leur assure qu'elles vont pouvoir procurer à leur enfant ce dont il a besoin pour favoriser son développement. En outre, elles se sentent valorisées dans leur rôle de mère et trouvent une occasion de sortir de leur isolement et de normaliser leurs préoccupations et leurs inquiétudes. De plus, elles acquièrent une meilleure connaissance des ressources de leur communauté et développent une perception plus positive des services sociaux et de santé, ce qui les amène à être moins réfractaires à l'idée de recevoir de l'aide. Voici quelques propos illustrant ces bénéfices.

Selon les intervenantes rencontrées, pour amener les femmes à s'engager dans une démarche de changement, il est nécessaire de créer un lien de confiance. D'où l'importance d'adopter des stratégies d'intervention qui rejoignent leurs attentes et leurs besoins. Ces stratégies reposent, notamment, sur une approche respectueuse des valeurs et des préoccupations individuelles et sur une démarche progressive basée sur la confiance.

On la respecte. On évite d'aborder certains sujets, on suit ses besoins. On en a déjà perdu, peut-être qu'on ne respectait pas leurs besoins ou qu'on voulait aller au-delà d'où elles étaient rendues. (Int.#15)

Malgré l'évaluation positive globale qui est faite des services prénataux, quelques pistes d'action visant à les améliorer sont suggérées. Une première concerne la nécessité de diffuser davantage d'information sur les services qui sont disponibles pour les femmes enceintes, en ciblant davantage les personnes qui sont moins informées, comme les adolescentes et les femmes plus isolées, et celles qui sont susceptibles d'avoir de l'influence sur leur participation.

Faire plus de publicité. Pour les conjoints: l'afficher dans les usines, dans les écoles. Pour les mères: faire des activités communautaires pour que le monde vienne voir c'est quoi. (...) En parler plus dans les écoles. (Parti.#9)

Une autre piste porte sur l'importance de faire en sorte que les services qui sont développés aient une pérennité afin, d'une part, de permettre leur enracinement dans la communauté et, d'autre part, d'éviter de créer des attentes qui demeurent sans réponse lorsque les budgets diminuent. En outre, plusieurs intervenantes suggèrent

Tableau 2
Les bénéfices associés aux services prénataux

Types d'effets	Illustrations
Augmentation du sentiment de sécurité	<i>Je me sentais coupable de ne pas avoir assez de lait; je ne lui donnais pas ce qu'il avait besoin. Quand tu vas chercher ça, tu es convaincue que tu donnes le meilleur à ton futur enfant. Tu te rassures. (Parti.#2)</i>
Diminution de l'isolement social	<i>Ça m'apporte un contact social, (...) ça me donne une place où aller, où je peux voir du monde qui sont dans la même situation que moi, qui vivent la même affaire que moi. (Parti.#10)</i>
Valorisation	<i>Ça donne un sentiment de réussite et ça augmente l'estime de soi. (...) Elles se sentent soutenues et plus capables de donner à leurs enfants. (Int. #13)</i>
Attitude face aux services	<i>Moi avant, les gens du CLSC, je ne connaissais pas ça vraiment. Je pensais qu'ils ne pouvaient pas grand chose pour moi. J'ai vu qu'ils peuvent faire quelque chose. (...) (les CLSC) je pensais que c'était juste pour ceux qui ont des problèmes de santé. Je ne pensais pas que c'était une place pour avoir des soins pédagogiques ou sociaux. (Parti.#7)</i>

la mise en place d'actions étalées sur une longue période afin de favoriser le maintien des acquis et de procurer aux parents le soutien financier, émotionnel, et éducationnel dont ils ont besoin après la naissance de leur enfant.

On a une clientèle sans réseau, quand elles ont accouché, elles se sentent moins soutenues, elles ont moins d'aide concrète. Même si on les met en lien avec d'autres organismes, ce n'est pas assez. Je voudrais que le programme puisse s'étendre jusqu'à deux ans. C'est une clientèle anémique, avec retard. (...). Si on veut développer des liens, c'est long, les résultats ne sont pas au bout d'un an. (Int.#6)

Dans le même sens, certaines intervenantes soulignent la nécessité que les services dépassent l'aide individuelle pour déboucher sur le développement de ressources dans la communauté et sur un enrichissement du tissu social. À cet égard, elles suggèrent que les intervenantes de CLSC se concertent davantage et qu'elles travaillent de façon plus étroite avec les organismes communautaires qui sont souvent mieux placés pour effectuer un suivi ponctuel auprès des familles à risque et pour agir au niveau du développement des ressources d'une communauté. Cette suggestion supporte l'importance de la concertation et du partenariat entre les ressources de la communauté et entre les intervenants qui offrent des services aux femmes enceintes.

Il faut un souci de créer des réseaux. Que les gens participent, s'approprient. Pas juste nous. Il faut leur donner des moyens d'éclorer leur potentiel. (...) Il faut créer des liens avec les organismes communautaires du milieu pour que cette question de la malnutrition soit prise en charge. (Int.#12)

En résumé, si les services prénatals se traduisent en activités et en programmes dont la nature varie d'un organisme à un autre, dans l'ensemble, la participation des femmes à ces services leur permet de vivre leur grossesse dans de meilleures conditions tant au plan de leurs habitudes de vie qu'au plan de la sécurité affective. En rejoignant des femmes qui sont généralement méfiantes face aux services sociaux, les activités prénatales contribuent à établir des passerelles avec les populations difficiles à rejoindre. Évidemment, il est difficile de statuer sur leur portée à plus long terme quant à la

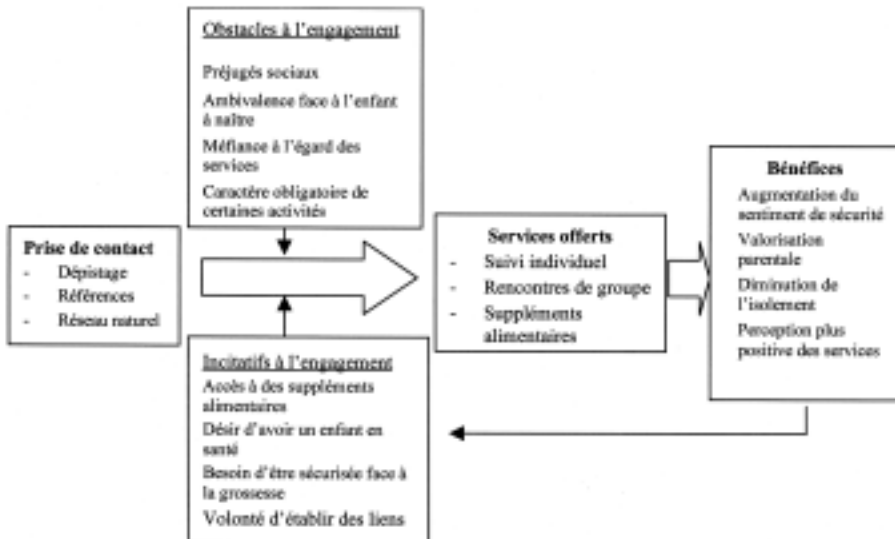
qualité de l'environnement familial dans lequel va se retrouver le nouveau-né et quant aux opportunités de développement qui lui seront offertes. Toutefois, la provision de services concrets comme les suppléments alimentaires et vitaminiques constitue une approche attrayante qui permet d'entrer en contact avec des femmes qui trop souvent se tiennent à l'écart des services qui sont offerts dans leur communauté.

La figure suivante résume les principales données sur la participation des femmes aux services prénatals et propose une modélisation de leur réalisation en distinguant les modalités de prise de contact avec les services, les obstacles et les incitatifs à la participation, et les bénéfices retirés.

CONCLUSION

Les données de cette étude sur la participation des femmes aux services prénatals rejoignent les résultats d'autres recherches sur le sujet et, particulièrement, ceux de Schaffer et Lia-Hoagberg (1994) sur l'importance que les femmes enceintes accordent à leur santé et à celui de l'enfant qu'elle porte. Elles confirment également les ré-

Figure 1
Modélisation de la participation aux services prénatals



sultats de l'étude de Ingram, Rawls, et Moberly (1993) qui démontrent l'efficacité des «coupons» pour motiver les femmes enceintes à participer à des services prénatals, et elles rejoignent les constatations de Leduc et Beaugard (1989) sur l'importance d'offrir un supplément alimentaire pour rejoindre les femmes enceintes de milieu défavorisé. Cet élément n'est toutefois pas le seul à soutenir la participation aux services prénatals. En fait, les femmes ont des préoccupations qui dépassent les seuls bénéfices matériels liés à l'aide alimentaire: elles veulent avoir un bébé en santé, elles sentent le besoin d'être sécurisées sur le déroulement de leur grossesse et elles ont le goût d'être en contact avec d'autres femmes dans la même situation.

En ce qui concerne les obstacles à la participation, la référence à la méconnaissance des services et à la méfiance à l'endroit des établissements publics rejoint les observations déjà soulevées dans d'autres recherches (Bedics, 1994; Goldenberg et al., 1992; Hoerger & Howard, 1995). Pour corriger cette situation, selon les intervenantes, les organismes auraient intérêt à faire davantage de publicité sur leurs activités et à établir des liens de partenariat plus étroits au sein de leur communauté. Cette position sur l'importance de la collaboration des professionnels et des organismes de la communauté rejoint un des aspects soulevés par Leduc et Beaugard (1989) dans leur bilan du programme OLO de Valleyfield.

Toutefois, il n'y a pas que le manque d'information qui fasse obstacle à la participation des femmes; les réactions du milieu familial et social, l'ambivalence de la mère face à sa grossesse, les attitudes des intervenants, et les obstacles structurels sont autant d'éléments mentionnés par les femmes enceintes et les intervenantes qui concordent avec les résultats de recherches antérieures (Bedics, 1994; Cartoof et al., 1991; Enderlein et al., 1994; Fallon & Fishler, 1994; Goldenberg et al., 1992; Hoerger & Howard, 1995; Kelley et al., 1992; Olds, 1988; Schaffer & Lia-Hoagberg, 1994). Par ailleurs, les résultats de cette étude mettent en évidence deux facteurs qui ne figurent pas dans de la littérature, soit les préjugés véhiculés dans la société concernant les familles pauvres qui ont des enfants et l'effet répulsif du caractère obligatoire rattaché à certaines services comme, par exemple, la nécessité de participer aux cours prénatals pour avoir droit aux suppléments alimentaires.

En fait, pour susciter et maintenir la participation des femmes aux services prénatals, il apparaît plus stratégique de miser sur les bé-

néfices qu'elles peuvent en retirer que de tabler sur le caractère obligatoire de certaines activités. Les données de cette étude mettent en évidence plusieurs de ces bénéfices dont les femmes sont conscientes: elles peuvent tisser des liens qui contribuent à atténuer leur isolement, acquérir un sentiment accru de sécurité, augmenter leur sentiment de compétence parentale, développer une meilleure connaissance des ressources disponibles dans leur communauté, et se familiariser avec les modalités de prise de contact avec les services disponibles. Ces observations sont concordantes avec les résultats de Avruch et Cackley (1995) et de Leduc et Beaugard (1989).

Les résultats de la présente étude suggèrent des stratégies qui peuvent favoriser la participation des femmes de milieux défavorisés aux services prénatals. Cependant pour porter un jugement éclairé sur la pertinence de ces actions, elles devront éventuellement faire l'objet d'une évaluation. Ces stratégies se présentent ainsi:

- (1) augmenter les activités publicitaires de façon à mieux faire connaître les objectifs et la nature des services prénatals disponibles pour les femmes enceintes;
- (2) promouvoir ces services en faisant ressortir les bénéfices que les mères et leur enfant peuvent en retirer. Des activités de sensibilisation sur l'influence des habitudes de vie de la mère sur le développement de l'enfant qu'elles portent pourraient aider les femmes en situation de risque à mieux voir les bénéfices associés à ces services;
- (3) se préoccuper davantage de l'influence de la famille et du conjoint sur la participation des femmes aux services prénatals; et
- (4) favoriser le développement de liens de partenariat et la réalisation d'actions concertées entre les organismes d'une même communauté qui œuvrent auprès des familles défavorisées afin d'assurer une plus grande continuité dans les actions qui sont réalisées auprès de ces familles aux différentes étapes du développement de l'enfant.

NOTE

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une recherche financée par Santé Canada sur le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Les points de vue exprimés sont uniquement ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement la politique du ministère de Santé Canada.

RÉFÉRENCES

- Abrams, B. (1993). Preventing low birth weight: Does WIC work? A review of evaluations of the special supplemental food program for women, infants and children. Dans C.L. Keen, A. Bendich, & C.C. Willhite (Éd.), *Maternal nutrition and pregnancy outcome* (pp. 306–316). New York: The New York Academy of Sciences.
- Avruch, S., & Cackley, A.P. (1995). Savings achieved by giving WIC benefits to women prenatally. *Public Health Reports*, 110, 27–34.
- Barrington, G.V., & Associates Inc. (1996) *Programme canadien de nutrition prénatale. Guide d'évaluation*. Ottawa: Santé Canada, Direction de la planification stratégique et de l'examen.
- Bedics, B.C. (1994). Non-use of prenatal care: Implications for social work involvement. *Health & Social Work*, 19, 84–92.
- Bradley, P.J., & Martin, J. (1994). The impact of home visits on enrollment patterns in pregnancy-related services among low-income women. *Public Health Nursing*, 1, 392–398.
- Buescher, P.A., Larson, L.C., Nelson, M.D., & Lenihan, A.J. (1993). Prenatal WIC participation can reduce low birth weight and new born medical costs: A cost-benefit analysis of WIC participation in North Carolina. *Journal of the American Dietetic Association*, 93, 163–166.
- Cartoof, V.G., Klerman, V.L., & Zazueta, V.D. (1991). The effect of source of prenatal care on care-seeking behavior and pregnancy outcomes among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 12, 124–129.
- CNBES (Conseil national du bien-être social). (1997). *Parents en santé, bébés en santé*. Ottawa: Ministère des travaux publics et services gouvernementaux.
- Colin, C., Ouellet, F., Boyer, G., & Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal: Éditions coopératives Saint-Martin.
- Colin, C., Lavoie, J.P., & Poulin, C. (1989). *Les personnes défavorisées. «Et la santé, ça va?»*. Montréal: Gouvernement du Québec; ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Enderlein, M.C., Stephenson, P.A., Holt, V.L., & Hickok, D. (1994). Health status and timing of onset of prenatal care: Is there an association among low-income women? *Birth, 21*, 71–76.
- Fallon, P.D., & Fishler, L.S. (1994). Clerical staff attitudes toward patients in 19 prenatal care clinics in New York City. *American Journal of Perinatology, 11*, 362–366.
- Goldenberg, R.L., Patterson, E.T., & Freese, M.P. (1992). Maternal, demographic, situational and psychosocial factors and their relationship to enrollment in prenatal care: A review of the literature. *Women & Health, 19*, 133–151.
- Hoerger, T.J., & Howard, L.Z. (1995). Search behavior and choice of physician in the market for prenatal care. *Medical Care, 33*(4), 332–349.
- Ingram, J., Rawls, R.D., & Moberly, H.D. (1993). Using incentives to motivate women to seek prenatal care: An effective outreach strategy. *Journal of Health & Social Policy, 5*, 23–32.
- Johnson, D.L. (1988). Primary prevention of behavior problems in young children: The Houston Parent-Child Development Center. Dans R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorion, & J. Ramos-McKay. *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 44–52). Washington: American Psychological Association.
- Kelley, M.A., Perloff, N.M., & Liu, W. (1992). The role of perceived barriers in the use of a comprehensive prenatal care program. *Journal of Health & Social Policy, 3*, 81–89.
- Krueger, R.A. (1988). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Leduc, F., & Beauregard, D. (1989). *OLO: Oeuf-lait-orange: Tout un bilan*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires, Faculté des sciences sociales, Université Laval.
- Magill, R.S. (1993). Focus groups, program evaluation, and the poor. *Journal of Sociology & Social Welfare, 20*, 103–114.
- Martin, C., & Boyer, G. (1995). *Naitre égaux, grandir en santé: Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec: Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.

- Montgomery, D.L., & Splett, P.L. (1997). Economic benefit of breast-feeding infants enrolled in WIC. *Journal of the American Dietetic Association*, 97, 379–385.
- Morgan, D.L. (Ed.) (1993). *Successful focus group*. Newbury Park, CA: Sage.
- Olds, D.L. (1988). The prenatal/early infancy project. Dans R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorion, & J. Ramos-McKay. *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 9–23). Washington: American Psychological Association.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Santé Canada (1995a). *Programme d'action communautaire pour les enfants: Volet nutrition prénatale. Concepts du programme*. Ottawa: Santé Canada.
- Santé Canada (1995b). *Programme d'action communautaire pour les enfants: Volet nutrition prénatale. Guide du requérant*. Ottawa: Santé Canada.
- Sargent, C., & Rawlins, J. (1991). Factors influencing prenatal care among low-income Jamaican women. *Human Organization*, 50, 179–187.
- Schaffer, M.A., & Lia-Hoagberg, B. (1994). Prenatal care among low-income women. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 75, 152–159.
- Schramm, W.F. (1992). Weighing costs and benefits of adequate prenatal care for 12,023 births in Missouri's Medicaid Program, 1988. *Public Health Reports*, 107, 647–652.
- Turcotte, D., Samson, C., Lessard, G., & Beaudoin, A. (1997). *De l'intention à l'évaluation: La dynamique de réalisation des projets d'action communautaire*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires, Faculté des sciences sociales, Université Laval.
- Wynn, M., & Wynn, A. (1997). The problem of low birthweight, the cost and possibilities of prevention. *Nutrition and Health*, 11, 159–184.

