

**Services en périnatalité pour
les jeunes femmes enceintes
au
CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier**

**Évaluation du programme
« Jeunes parents »**

Francine Michaud B.A., M.A.
Édith Guilbert M.D., M.Sc
Nicole April M.D., M.P.H., F.R.C.P.
Johanne Harvey M.D., M.P.H., F.R.C.P.

Direction de santé publique de Québec
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Décembre 2002

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada, 2002
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec, 2002
ISBN : 2-89496-231-2

Vous pouvez vous procurer un exemplaire de cette publication en vous adressant à:

Madame Sylvie Bélanger
Direction de santé publique de Québec
2400, D'Estimauville
Beauport, Québec
G1E 7H9
Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur: (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

REMERCIEMENTS

Des remerciements sont adressés à toutes les intervenantes du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier qui ont attentivement rempli les fiches de dossier ayant permis la présente analyse de données. Des remerciements s'adressent également à plusieurs personnes qui ont lu ce rapport et qui ont apporté des commentaires judicieux : Francine Allard, Marie-Claire Lepage et Denise Nadeau.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	6
1. Méthodologie utilisée pour la collecte d'information	7
1.1 Clientes interrogées	7
1.2 Outil et procédure de collecte des données	7
2. Résultats	8
2.1 Portrait de la clientèle rejointe	8
2.2 Services offerts	10
3. Discussion et conclusion	11
Références	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Aspects sociaux.....	17
Tableau 2 :	Situation académique	18
Tableau 3 :	Situation socio-économique.....	19
Tableau 4 :	Pourcentage d'antécédents prénataux.....	20
Tableau 5 :	Dispositions face à la présente grossesse.....	21
Tableau 6 :	Antécédents médicaux personnels	22
Tableau 7 :	Habitudes de consommation de substances	23
Tableau 8 :	Présence de facteurs de stress sociaux	24
Tableau 9 :	Habitudes de vie.....	35
Tableau 10 :	Référence et lieu des rencontres prénatales	26
Tableau 11 :	Nombre de visites prénatales	27
Tableau 12 :	Délai entre les rencontres.....	28
Tableau 13 :	Moment de la première visite prénatale et nombre de visites prénatales en fonction du stade de grossesse	29
Tableau 14 :	Intervenant rencontré lors des visites prénatales	30

Introduction

Au Québec, le taux de fécondité chez les femmes de moins de 20 ans a quelque peu fluctué au cours des années. En réduction constante depuis la fin des années 1950, il s'est légèrement accru entre 1985 et 1995, pour diminuer de nouveau ensuite. En 2001, au Québec, ce taux est de 13,2 naissances vivantes pour 1 000 femmes de moins de 20 ans. À titre comparatif, au Canada, le taux de fécondité était de 22,7 pour 1 000 femmes de moins de 20 ans, en 1997 (1,2).

En ce qui concerne les données régionales, le taux de fécondité chez les femmes de moins de 20 ans de la région 03 est le plus bas taux du Québec, soit 7,9 sur 1 000 en moyenne pour les années 1995-96-97 (3). Avec un taux de fécondité de 29 pour 1 000 adolescentes de 15-19 ans en 1986 et de 33,8 pour 1 000 adolescentes en 1994¹(4,5), le territoire du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier est celui où on retrouve les taux les plus élevés. On notera qu'ils sont plus élevés que les taux québécois et canadien.

D'autres données récentes permettent aussi de décrire la situation des jeunes femmes enceintes du territoire du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier. En effet, en 1999, alors que 3,2 % des grossesses dans la région 03 survenaient chez les moins de 20 ans, c'est 8,4 % des grossesses dans le territoire du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier qui étaient le fait des jeunes femmes de ce groupe d'âge (6). En 1999, 56 femmes de moins de 20 ans de ce territoire devenaient mères. Toutes ces données justifient le choix fait au CLSC, à la fin des années 1980, d'offrir des services spécifiques aux jeunes femmes enceintes de ce territoire.

Des services en périnatalité sont donc offerts depuis les années 1980 aux adolescentes enceintes par le biais de la clinique jeunesse du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier, à raison de cinq jours par semaine. Depuis 1994, les services sont organisés sous forme de programme, le programme « Jeunes parents ».

Demande

Il y a quelques années, le CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier formulait à la Direction de santé publique de Québec (DSP) une demande d'évaluation du programme « Jeunes parents ». Au printemps 1999, les différentes parties s'entendaient sur la réalisation, par la DSP, d'une évaluation en trois volets. Par cette évaluation, les intervenantes souhaitaient faire le point sur la pertinence des services et des interventions effectuées auprès de ces jeunes femmes enceintes.

Le premier volet consistait en une étude descriptive des adolescentes enceintes suivies en période prénatale au CLSC. Le deuxième visait à décrire les adolescentes enceintes vivant sur le territoire du CLSC n'ayant pas eu leur suivi de grossesse au CLSC. Finalement, pour le troisième volet, il avait été convenu que des personnes de la DSP présenteraient une recension des écrits sur les modèles efficaces de suivi des adolescentes enceintes et animeraient une rencontre permettant aux intervenantes du CLSC de discuter

¹ Des données plus récentes par territoire de CLSC ne sont pas disponibles actuellement.

de leurs approches et de les comparer avec les recommandations venant des études sur le sujet.

Contexte

Depuis l'entente du printemps 1999, le médecin responsable de l'étude a quitté la Direction de santé publique. Avant son départ, elle avait préparé avec la collaboration d'intervenantes du CLSC, un dossier normalisé de suivi prénatal permettant de décrire la clientèle adolescente rejointe en période prénatale. Ce dossier devait être utilisé pour la collecte de données.

Pour ce qui est du deuxième volet, soit celui de décrire la clientèle adolescente enceinte non rejointe, il nécessitait une démarche plus complexe d'élaboration d'un devis d'étude devant être soumis à un comité d'éthique. Cette démarche s'imposait pour pouvoir utiliser les formulaires de déclaration de naissance (SP1). Le départ du médecin responsable de ce dossier a entraîné des délais considérables dans la réflexion face à cet objectif et a rendu impossible sa réalisation.

Quant au troisième volet de présentation et de discussion sur les interventions efficaces, il demeure à réaliser. L'implantation du nouveau programme du MSSS, le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP), est un nouvel élément contextuel à prendre en compte. Il serait pertinent de profiter de cette implantation pour réaliser ce volet tout en respectant les intérêts spécifiques des intervenantes du CLSC.

Le présent rapport traite du premier volet. Il se veut donc une description de la clientèle adolescente enceinte rejointe en période prénatale par le CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier et il présente les services qu'elles ont reçus.

1. Méthodologie utilisée pour la collecte d'information

1.1. Clientes interrogées

L'évaluation porte sur toutes les jeunes femmes enceintes âgées de moins de 20 ans se présentant pour un suivi de grossesse à l'un ou l'autre des points de services du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier entre janvier et décembre 2001. La période de recrutement des participantes s'est donc étalée sur 12 mois, puis la collecte de données a duré jusqu'au moment de terminer les suivis prénataux de ces jeunes femmes. Les femmes ont été avisées et ont consenti à la tenue de cette évaluation.

1.2. Outil et procédure de collecte des données

Le questionnaire principal a été développé par le médecin responsable de cette étude, en 1999, avec la collaboration d'intervenantes du CLSC impliquées dans le suivi prénatal. Ce questionnaire reprend le contenu du dossier médical déjà construit et utilisé antérieurement au CLSC. Il a été reformaté de façon à pouvoir être utilisé non seulement à des fins cliniques, mais aussi d'évaluation.

Ce questionnaire recueille des données générales sur la jeune femme ainsi que des informations sur son histoire prénatale, ses habitudes de vie, son histoire sociale et sa situation socioéconomique. Il comporte aussi des questions sur le père de l'enfant à naître ou le conjoint de la cliente.

À ce questionnaire s'ajoute une fiche contenant des renseignements sur chacune des visites prénatales, à savoir l'intervenante rencontrée, le lieu de la visite, le nombre de semaines de grossesse et d'autres informations cliniques. Les renseignements étaient obtenus pendant l'entrevue de suivi prénatal avec l'une ou l'autre des intervenantes de l'équipe offrant ce suivi et colligés par celles-ci sur le questionnaire principal ou la fiche de suivi prénatal. À chacune des visites avec l'une ou l'autre des intervenantes, médecins, infirmières ou travailleuses sociales, une fiche de suivi prénatal était remplie. Agissant comme nouveau dossier médical de la cliente, ce questionnaire ne requérait pas de temps supplémentaire pendant la consultation. Il s'inscrivait dans la pratique courante des intervenantes.

Les analyses descriptives ont été effectuées à partir du logiciel statistique SAS.

2. Résultats

Cette section présente la somme des informations recueillies auprès des jeunes femmes enceintes par les différentes intervenantes du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier. Elles sont regroupées autour des thèmes suivants : le portrait de la clientèle rejointe et les services offerts. Des données sont disponibles pour 47 jeunes femmes, sur 347 visites prénatales.

2.1. Portrait de la clientèle rejointe

Les jeunes femmes ayant bénéficié d'un suivi prénatal du CLSC sont âgées de moins de 20 ans : aucune n'a moins de 15 ans, 36,1 % ont de 15 à 17 ans et 59,6 % ont 18-19 ans. L'âge moyen est de 18,3 ans. De ces femmes, 78,7 % ont un conjoint qui est présent et, parmi ceux-ci, 83 % sont le père de l'enfant à naître. Les conjoints pour qui l'âge est connu sont âgés de 15 à 36 ans, une majorité ayant entre 15 et 24 ans (tableau 1).

La majorité de ces jeunes femmes ont complété un secondaire II ou III (42,6 %), un secondaire IV (17 %) ou un secondaire V (21,3 %) (tableau 2). Le quart de ces jeunes femmes poursuivent leur fréquentation scolaire et la moitié d'entre elles ont un projet scolaire (53,2 %) alors que 8,5 % sont sur le marché du travail (tableau 2). Près de 20 % des jeunes femmes ne fréquentent pas l'école, n'ont pas complété le secondaire V, n'ont pas de projet scolaire et ne sont pas non plus sur le marché du travail (donnée non présentée dans les tableaux).

Les conjoints des jeunes femmes pour qui on possède l'information ont principalement un secondaire II ou III complété (17 %), un secondaire V (10,6 %) ou une scolarité de niveau universitaire (10,6 %) (tableau 2).

La moitié des jeunes femmes suivies a déjà fait l'objet d'un signalement à la DPJ comparativement à leurs conjoints dont la proportion est beaucoup moindre (51,1 % vs 17 %). Inversement, elles sont beaucoup moins nombreuses que leur conjoint (4,3 % vs 17 %) à avoir ou à avoir eu des démêlés avec la justice (tableau 1). Toutefois, il faut souligner que la proportion de données manquantes pour ces deux variables est élevée pour les conjoints (44,7 %).

Elles sont plus de la moitié à bénéficier d'un soutien modéré (34 %) ou important (25,5 %) de leur réseau familial (tableau 1).

Presque le tiers de ces jeunes femmes n'a aucun revenu (31,9 %) alors que près de la moitié vit d'aide sociale (44,7 %). Une infime proportion (4,3 %) touche un salaire, dépend d'une autre source de revenu (4,3 %) ou reçoit une allocation de la CSST pour retrait préventif (2,1 %) (tableau 3). Quelques-unes (8,4 %) révèlent avoir des dettes allant de 250 \$ à 8 000 \$. Les données ne nous permettent pas de connaître la situation exacte des conjoints quant à leurs dettes. Ils sont cependant 19,2 % à vivre de l'aide sociale et 14,9 % sont sans revenu alors que 8,5 % rapportent un revenu d'un salaire, 6,4 % de l'assurance-emploi et 6,4 % des prêts et bourses. Les données manquantes concernant les ressources financières des conjoints sont élevées (40,4 %).

Comme le montre le tableau 4, pour la plupart des jeunes femmes suivies, il s'agit de leur première grossesse (61,7 %), alors que 29,8 % en sont à leur seconde grossesse et que 4,2 % ont déjà été enceintes plus de deux fois. Huit de ces jeunes femmes (17 %) ont un enfant vivant. Parmi les femmes suivies, 17,1 % ont déjà eu une ou deux interruptions volontaires de grossesse.

La présente grossesse n'était pas planifiée pour 76,6 % de ces jeunes femmes alors qu'elle l'était pour 21,3 % d'entre elles (tableau 5). Par ailleurs, toutes ces jeunes femmes disent l'accepter. Il semble que dans 27,7 % des cas, le père ou la mère désire un enfant d'un sexe particulier alors que pour 44,7 % ceci n'est pas un souhait exprimé à l'évaluation initiale. Tandis que 55,3 % de ces jeunes femmes n'ont aucune préoccupation face aux changements entraînés par la grossesse, 21,3 % rapportent être préoccupées par ce nouvel état (tableau 5).

Au moment de leur première visite prénatale, 68,1 % des jeunes femmes ont déclaré avoir l'intention de suivre des rencontres prénatales, alors que 14,9 % ne veulent pas et que 12,8 % sont encore incertaines (tableau 5). Une majorité de jeunes femmes (66 %) ont affirmé avoir l'intention d'allaiter leur nouveau-né, tandis que 17 % ne le souhaitent pas et que 14,9 % ne le savent pas encore (tableau 5).

Comme l'indique le tableau 6, la plupart des jeunes femmes pour qui on possède l'information ne présentent aucun antécédent médical personnel de maladie physique chronique ou de maladie mentale au moment de la première visite. On observe que 6,4 % souffrent d'une maladie physique chronique et 2,1 % ont déjà eu un problème de santé mentale. Elles sont aussi 6,4 % à avoir déjà eu une MTS, et 2,1 % à avoir eu un problème d'alcoolisme. Elles sont 17 % à déclarer un problème antérieur de toxicomanie. Par

ailleurs, elles sont 25,5 % à présenter un problème de santé durant la grossesse (tableau 6).

Au tableau 7, on peut voir des changements dans les habitudes de consommation de psychotropes de ces jeunes femmes comparativement à la situation antérieure à la grossesse. Elles sont plus nombreuses à ne pas fumer la cigarette ou à en fumer moins que 10 par jour, comparativement à ce qu'elles fumaient avant la grossesse. Elles sont aussi plus nombreuses à ne pas consommer d'alcool et de drogues pendant la grossesse comparativement à ce qu'elles consommaient avant d'être enceintes (tableau 7).

Le tableau 8 montre que plus de la moitié de ces jeunes femmes (57,5 %) ont vécu un déménagement récemment ou en vivra un prochainement. La même proportion (57,5 %) révèle avoir des problèmes financiers et une moindre proportion (27,7 %) aurait des problèmes de couple. À peu près le quart de ces jeunes femmes aurait des difficultés avec leur entourage (21,3 %) et vivrait de l'isolement social (23,4 %). Elles sont une petite proportion à exprimer avoir été ou être victimes de violence psychologique, physique ou verbale (6,4 %), à rencontrer des difficultés scolaires ou au travail (6,4 %) ou à avoir d'autres facteurs de stress sociaux (2,1 %) (tableau 8).

Au niveau des habitudes de vie, le tableau 9 révèle qu'un peu plus de la moitié de ces jeunes (59,6 %) mange ses trois repas par jour et une proportion tout aussi importante (63,8 %) déclare faire une activité physique. Elles sont 8,5 % à exprimer avoir des besoins en santé dentaire (tableau 9).

2.2 Services offerts

Parmi les 47 jeunes femmes suivies, 21,3 % ont été référées par une autre intervenante du CLSC, 10,6 % par un médecin de l'extérieur du CLSC, 6,4 % étaient déjà suivies par l'équipe de périnatalité alors que 25,5 % des jeunes femmes seraient venues au CLSC d'elles-mêmes (tableau 10). Dans la très grande majorité des cas (95,7 %), la première visite a eu lieu au CLSC (tableau 10).

Les tableaux 11 et 12 révèlent que l'ensemble de ces jeunes femmes ont rencontré l'un ou l'autre des professionnels en périnatalité pour 1 à 18 visites prénatales. Les données montrent que 11, 78,7 % des femmes ont fait de 1 à 9 visites prénatales alors que 10,6 % en ont fait 12 ou plus. La moyenne est de 7,4 visites. Globalement, ces visites prénatales étaient espacées de 1 à 86 jours.

Le tableau 13 montre que plus de la moitié des jeunes femmes (55,3 %) ont eu leur première visite prénatale entre 12 et 19 semaines de grossesse. Celles-ci ont bénéficié de 4 à 18 visites prénatales. Près du quart des jeunes femmes (21,3 %) étaient entre leur 20^e et 29^e semaine de grossesse au moment de leur première visite et elles ont profité de 1 à 5 visites. Deux jeunes femmes ont commencé leur suivi prénatal durant le premier trimestre de gestation et ont bénéficié de 13 à 18 rencontres, tandis qu'une jeune femme en était à plus de 30 semaines de grossesse et s'est présentée à deux visites prénatales.

D'après le tableau 14, les deux premières visites sont principalement faites par la nutritionniste (72,5 % et 65 %). Les visites subséquentes sont principalement faites par l'infirmière. Considérant que l'information sur les intervenantes rencontrées n'est disponible que pour 261 visites, la proportion de visites par intervenantes est la suivante : 38,3 % par une nutritionniste, 34,9 % par une infirmière, 14,2 % par une travailleuse sociale et 12,6 % par un médecin.

3. Discussion et conclusion

Entre janvier et décembre 2001, 47 femmes ont débuté un suivi de grossesse dans le cadre du programme « Jeunes parents » du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier. Les informations colligées au moment de l'évaluation initiale, puis à chaque visite de suivi, montrent que la majorité (60 %) des jeunes femmes ont 18-19 ans et qu'un peu plus du tiers (36 %) sont âgées de moins de 18 ans. Ceci correspond aux données recueillies dans le cadre de la mesure OLO pour ce CLSC, durant les années 1999-2000 (7).

La description des jeunes filles présentée dans ce rapport indique qu'il s'agit d'une clientèle faiblement scolarisée et peu autonome financièrement. En effet, 77 % d'entre elles n'ont pas complété le secondaire et la même proportion est sans revenu ou reçoit de l'aide sociale. Près de 60 % ont des problèmes financiers. Environ une femme sur cinq n'a pas complété le secondaire V, ne fréquente pas l'école et n'a pas de projet scolaire ni de travail. De plus, la moitié des femmes ont un vécu antérieur de maltraitance. Près de 20 % des jeunes femmes ont des antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme. Le soutien du réseau familial ou social est absent chez 17 % d'entre elles et 23 % sont isolées socialement.

Ces diverses caractéristiques correspondent bien à celles de la clientèle visée par le Programme « Jeunes parents » du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier, soit celle des adolescentes enceintes de milieu défavorisé (8). En 1994, l'équipe Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ) du CLSC avait fait un travail de redéfinition des objectifs de ce programme et réaffirmait l'importance de centrer ses efforts sur cette clientèle. On peut dire qu'au fil des ans, l'équipe FEJ n'a pas failli à sa tâche et rejoint bien sa clientèle-cible. Par contre, elle s'était dotée d'un objectif de « *rejoindre le plus grand nombre d'adolescentes enceintes de 19 ans et moins de son territoire* » (8). Sur ce point, les données de la présente évaluation ne permettent pas de connaître la proportion d'adolescentes enceintes du territoire effectivement suivies par le CLSC. Il se pourrait en effet que certaines jeunes femmes enceintes particulièrement à risque n'aient pas été vues par l'équipe FEJ. Les données nécessaires pour vérifier cette situation ne sont pas accessibles actuellement.

Concernant le suivi des jeunes femmes enceintes, on constate que celui-ci commence principalement aux 2^e et 3^e trimestres de la grossesse et que le nombre moyen de visites prénatales est de 7,4 par femme. De plus, 11 % des femmes se sont présentées à 12 visites ou plus, alors que 79 % en ont eu moins de dix. Dans son protocole d'intervention de 1994, l'équipe du CLSC mentionnait qu'il était « *de première importance que l'intervention auprès des adolescentes enceintes soit amorcée le plus tôt possible durant*

la grossesse » et, selon les standards médicaux, le nombre de visites prénatales suggéré est d'un minimum de douze.

Les données présentées dans ce rapport amènent plusieurs questionnements. Tout d'abord, malgré les objectifs dont l'équipe du programme «Jeunes parents» s'était dotés et les nombreux efforts consentis, le recrutement de la clientèle est tardif et l'on ne parvient pas à modifier cette situation. Avec un recrutement tardif, il s'ensuit un nombre moyen de visites prénatales inférieur à celui habituellement recommandé. À ce titre, on comprend que cette clientèle est difficile à rejoindre et peu encline à se plier à des recommandations liées au maintien de sa santé. Il est aussi possible que ces jeunes filles aient consulté d'autres milieux cliniques (cliniques médicales privées, hôpitaux); ceci pourrait être corroboré par les données à l'effet que seulement 12,6 % des visites faites au CLSC le sont avec un médecin. Mais rien ne nous permet de vérifier cette situation de façon plus précise.

Considérant qu'un suivi tardif ou insuffisant est un facteur connu de complications chez la mère et l'enfant (5), il serait important de songer à introduire des stratégies de recrutement précoce, souples et dans le milieu de vie des jeunes, pour améliorer le programme « Jeunes parents » du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier. En effet, il est question ici de permettre aux intervenantes d'aller dans la communauté pour rejoindre les jeunes femmes enceintes et de développer le plus tôt possible un lien de confiance avec elles. De plus, pour améliorer le suivi prénatal, il serait pertinent de réinventer l'offre de service afin de s'adapter aux besoins changeants et particuliers des adolescentes enceintes de ce milieu. L'idée est de fournir un suivi prénatal non conventionnel, par exemple à domicile ou dans des ressources de la communauté, pour que les jeunes femmes développent un lien de confiance privilégié avec les intervenantes du CLSC. Ces dernières auraient avantage à travailler en collaboration avec les membres de la communauté pour atteindre cet objectif. La mise en place de telles stratégies nécessite une implication active des ressources du CLSC et de la communauté ainsi qu'une adhésion de ces dernières à un tel projet.

Ces stratégies, expérimentées par d'autres, ont montré leur efficacité à atteindre les populations les plus à risque et à les rattachier aux services sociaux et de santé (9-12). À cet égard, une approche de ce type, le programme «Jeunes mères difficiles à rejoindre » (9), a déjà été mis en place temporairement dans la ville de Québec par le Centre jeunesse de Québec, entre 1995 et 1997. Il visait à suivre les adolescentes enceintes non rejointes par les CLSC de la région métropolitaine de Québec. Les clientèles de ces deux programmes étaient comparables, mais les jeunes femmes du programme « Jeunes mères difficiles à rejoindre » étaient plus nombreuses à avoir eu des antécédents de consommation d'alcool ou de drogues.

Dans le programme « Jeunes mères difficiles à rejoindre », le suivi débutait dans le 1^{er} trimestre chez 61 % des femmes comparativement à 4 % dans le programme « Jeunes parents ». L'intervenante en poste était très mobile et faisait beaucoup de suivi à l'extérieur de son milieu d'affiliation professionnelle (La Clairière). En conséquence, cela augmentait la possibilité de recrutement précoce et de contacts prénataux avec cette clientèle très à risque. Cette différence entre les deux programmes mérite d'autant plus

l'attention que plus la première visite était faite tôt dans la grossesse, plus le nombre total de visites prénatales était élevé (9).

Un autre point à soulever concernant la présente évaluation se réfère aux conjoints des jeunes femmes enceintes. La description présentée ici indique que ceux-ci semblent en moyenne plus âgés et plus scolarisés que les jeunes femmes et que certains d'entre eux ont un passé de maltraitance ou judiciaire comme elles. Dans l'évaluation du programme « Jeunes mères difficiles à rejoindre » (9), la description des conjoints était somme toute assez semblable; par contre, une analyse plus approfondie des habiletés parentales des jeunes couples avait montré l'influence négative du père sur certains aspects de la capacité parentale.

Les présentes données ne nous permettent pas de connaître l'implication des conjoints dans le suivi prénatal des jeunes femmes rencontrées dans le cadre du programme « Jeunes parents ». La présence des conjoints durant la grossesse, le plus souvent pères de l'enfant à naître, laisse croire que ceux-ci sont précisément « présents » pour la jeune mère « à risque » et qu'ils peuvent la soutenir. Furstenberg (1976) et Kellam et al. (1977) cités par Osofsky (13) rapportent que les enfants des mères adolescentes ont tendance à mieux se développer si une autre personne est présente à la maison avec la mère pour s'occuper d'eux. D'une part, la stabilité et le soutien du partenaire peuvent réduire le stress lié à la maternité et augmenter la capacité de la mère à faire face à ce stress. D'autre part, il est également possible que le partenaire agisse comme un modèle de rôle parental auprès de la jeune mère « à risque » compensant ainsi ceux qu'elle aurait reçus durant son enfance (14).

En milieu de pauvreté, les pères, par leur présence durant la grossesse, peuvent aussi témoigner de leur engagement parental envers l'enfant à naître, ce qui peut contribuer à son bien-être (15). Dans une étude longitudinale sur l'engagement paternel en milieu défavorisé, Harris et Marmer (16) constatent que le père joue un rôle protecteur important pour son enfant contre les adversités liées à la pauvreté. D'autres résultats de recherches rapportent que l'engagement parental des pères défavorisés est associée à une baisse de délinquance juvénile chez les garçons (17) et à la réduction de la négligence envers les enfants (18).

Tous ces éléments permettent d'amener un questionnement sur la dynamique de couple des jeunes femmes suivies par le programme « Jeunes parents » et de suggérer qu'une attention particulière soit donnée à l'influence du conjoint sur la jeune femme et son futur enfant ainsi que sur l'aide et le support apportés à ces jeunes hommes.

En conclusion, la grossesse à l'adolescence, et plus précisément la poursuite de la grossesse à cette période de la vie, demeure un défi permanent pour les intervenantes du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier. Soucieuses de la qualité de leur travail, celles-ci se sont permises d'évaluer leur intervention. Face aux résultats de cette évaluation, elles sont maintenant appelées à revoir les objectifs du programme, à questionner les moyens utilisés pour les atteindre et à saisir les opportunités offertes pour les actualiser. Dans le cadre du PSJP, qui est en implantation de façon pilote dans le territoire du CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier, on prévoit intensifier l'offre actuelle de services auprès des jeunes femmes enceintes et améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des

services à cette clientèle (19). L'occasion est ainsi fournie, par l'arrivée de ressources supplémentaires, de rejoindre les jeunes femmes enceintes le plus précocement possible dans leur grossesse et de leur offrir, ainsi qu'à leurs conjoints, le support et le suivi intensif suffisants afin qu'elles et ils demeurent en bonne santé physique et mentale, qu'elles et ils développent leurs habiletés parentales, qu'elles accouchent de bébés en santé et que leurs enfants se développent de façon harmonieuse. Cet ajout de ressources devrait permettre de développer de nouvelles approches de recrutement et de suivi plus près des milieux de vie des jeunes. Compte tenu de la vaste et solide expérience de ces intervenantes, une telle réorientation est prometteuse et a le potentiel d'améliorer de l'état de santé des jeunes femmes enceintes et de leur jeune famille.

Références

1. Institut de la statistique du Québec. Naissances et taux de fécondité selon l'âge de la mère, Québec, 1996-2001. 30 Septembre 2001.
2. Statistics Canada. Births and Deaths : 1997 Shelf Tables. Ottawa : Statistics Division. 1997; Catalogue no.84F0210XPB.
3. Rochon M. Nombre et taux de grossesse pour 1000 adolescentes, Québec et régions socio-sanitaires, 1995-1996-1997 (données préliminaires). Service de la recherche, DGPE, MSSS. Québec. Novembre 1999.
4. Guilbert E, Dumas S, Cyr L. Grossesse à l'adolescence et interruption volontaire de grossesse. État de la situation et organisation des services de prévention, Régions 03 et 12, 1994, Centre de santé publique de Québec, Équipe Adaptation familiale et sociale. 1997 : 173p.
5. Ayotte V., Guilbert E., Lepage M.-C. Grossesse à l'adolescence – Région 03 – Statistiques et pistes d'intervention. DSC du CHUL. Québec. Avril 1989 : 97p.
6. Labbé J. Répartition des naissances vivantes selon l'âge de la mère et le territoire de CLSC de résidence par région socio-sanitaire, Québec, 1999. Service de la surveillance de l'état de santé, DGSP, MSSS. Québec. Septembre 2002.
7. Cyr L., St-Pierre M., Goyette C. Extraits relatifs à la mesure OLO – Bilan 1999-2000. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Juin 2000.
8. Famille-Enfance-Jeunesse, CLSC de la Basse-Ville. Protocole d'intervention auprès de la clientèle mineure enceinte. CLSC de la Basse-Ville. Juin 1994 :63p.
9. Tremblay D., Lechasseur H., Desmeules M., Guilbert E., Lepage M.-C. Les jeunes mères difficiles à rejoindre : Étude d'implantation d'une intervention pré et postnatale auprès d'une clientèle à risque. *Revue Canadienne de Santé Publique*. 1998 : 89(6) :376-9.
10. Bell Woodard G.R., Edouard L. Reaching out: A community initiative for disadvantaged pregnant women. *Revue Canadienne de Santé Publique*. 1992 : 83(3) :188-90.
11. Donovan P. Taking family planning services to hard-to-reach populations. *Family Planning Perspectives*. 1996: 28(3):120-6.
12. Azzarto J. Problems with public health outreach. *Social Work in Health Care*. 1995:22(1):57-67.
13. Osofsky J. D, et al. Adolescent Parenthood : Risks and Opportunities for Mothers and Infants, p:112, dans *Handbook of Infant Mental Health*, eds. C.H. Zeanah,jr. 1993:501p.
14. Crockenberg S. et al. The father's role in infant development, p:39, dans *Handbook of Infant Mental Health*, eds. C.H. Zeanah,jr. 1993:501p.
15. Marsiglio W.P., Amato R.D. Day et Lamb M.E. Scholarship on Fatherhood in the 1990's and Beyond, *Journal of Marriage and the Family*. 2000; 62:1173-91.

16. Harris K. M., Marmen J. K. Poverty, Paternal Involvement, and Adolescent Well-Being, *Journal of Family Issues*. 1996;17(5):614-40.
17. Lamb M.E. L'influence du père sur le développement de l'enfant, *Enfance*. 1997;3:337-49.
18. Dubovitz H. et al. Fathers and Child Neglect. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:135-41.
19. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Soutien aux jeunes parents – Objectifs du programme, valeurs, cadre de fonctionnement. Présentation faite en mai 2001.

Tableau 1. Aspects sociaux

	Clienten (%)		Conjoint n (%)
Âge			
15 ans	1 (2,1)	15-19 ans	15 (31,9)
16-17 ans	16 (34)	20-24 ans	16 (34)
18-19 ans	28 (59,6)	25-29 ans	4 (8,5)
D.M. ¹	2 (4,3)	30 ans et plus	3 (6,4)
		D.M.	9 (19,2)
Présence du conjoint			
Oui			37 (78,7)
Non			9 (19,2)
D.M.			1 (2,1)
Le conjoint est-il le père de l'enfant à naître?			
Oui			39 (83)
Non			1 (2,1)
N.S.P. ²			1 (2,1)
D.M.			6 (12,8)
DPJ/RTF/CR antérieur ou actuel			
Oui	24 (51,1)		8 (17)
Non	13 (27,7)		16 (34)
N.S.P.	-		2 (4,3)
D.M.	10 (21,8)		21 (44,7)
Démêlés avec la justice antérieurs ou actuels			
Oui	2 (4,3)		8 (17)
Non	25 (53,2)		16 (34)
N.S.P.	-		21 (44,7)
D.M.	20 (42,6)		2 (4,3)
Soutien du réseau familial			
Inexistant	1 (2,1)		
Faible	7 (14,9)		
Modéré	16 (34)		
Important	12 (25,5)		
N.S.P.	1 (2,1)		
D.M.	10 (21,3)		

1. Donnée manquante

2. Ne sait pas

Tableau 2. Situation académique

	Cliente	Conjoint
	n (%)	n (%)
Niveau de scolarité complété primaire		
Primaire	3 (6,4)	2 (4,3)
Secondaire I	5 (10,6)	3 (6,4)
Secondaire II et III	20 (42,6)	8 (17,0)
Secondaire IV	8 (17,0)	3 (6,4)
Secondaire V	10 (21,3)	5 (10,6)
Cégep	-	2 (4,3)
Université	-	5 (10,6)
D.M. ¹	1 (2,1)	19 (40,4)
Fréquentation scolaire actuelle		
Oui	12 (25,5)	
Non	35 (74,5)	
Projet scolaire		
Oui	25 (53,2)	
Non	15 (31,9)	
N.S.P. ²	2 (4,3)	
D.M.	5 (10,6)	
Sur le marché du travail		
Oui	4 (8,5)	
Non	33 (70,2)	
D.M.	10 (21,3)	

1. Donnée manquante

2. Ne sait pas

Tableau 3. Situation socio-économique

	Cliente	Conjoint
	n (%)	n (%)
Source principale de revenu		
Salaire	2 (4,3)	4 (8,5)
Assurance salaire	-	3 (6,4)
Aide sociale	21 (44,7)	9 (19,2)
Prêts et bourses	-	3 (6,4)
Sans revenu	15 (31,9)	7 (14,9)
CSST (retrait préventif)	1 (2,1)	-
Autres	2 (4,3)	2 (4,3)
D.M. ¹	6 (12,8)	19 (40,4)
Montant des dettes		
Nil	1 (2,1)	
250 \$	1 (2,1)	
1 000 \$	1 (2,1)	
8 000 \$	1 (2,1)	
D.M.	43 (91,5)	

1. Donnée manquante

Tableau 4. Pourcentage d'antécédents prénataux (N=47)

		0	1	2	3	4	5	DM¹
Nombre de grossesses incluant celle-ci	n (%)	--	29 (61,7)	14 (29,8)	1 (2,1)	--	1 (2,1)	2 (4,3)
Aborta spontané	n (%)	41 (87,3)	3 (6,4)	--	--	--	--	3 (6,4)
Aborta provoqué	n (%)	36 (76,6)	6 (12,8)	2 (4,3)	--	--	--	3 (6,4)
Nombre d'enfants vivants	n (%)	35 (74,5)	8 (17)	--	--	--	--	4 (8,5)

1. Donnée manquante

Tableau 5. Dispositions face à la présente grossesse (N=47)

	Oui	Non	N.S.P.¹	D.M.²
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Présente grossesse planifiée	10 (21,3)	36 (76,6)	-	1 (2,1)
Présente grossesse acceptée	47 (100)	-	-	-
Intention de suivre des cours prénataux	32 (68,1)	7 (14,9)	6 (12,8)	2 (4,3)
Intention d'allaiter	31 (66)	8 (17)	7 (14,9)	1 (2,1)
Mère ou père désire un enfant d'un sexe particulier	13 (27,7)	21 (44,7)	-	13 (27,7)
Préoccupations face aux changements causés par la grossesse	10 (21,3)	26 (55,3)	1 (2,1)	10 (21,3)

1. Ne sait pas

2. Donnée manquante

Tableau 6. Antécédents médicaux personnels (N=47)

	Oui	Non	N.S.P.¹	D.M.²
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladie physique chronique	3 (6,4)	30 (63,8)	-	14 (29,8)
Maladie mentale	1 (2,1)	32 (68,1)	-	9 (29,8)
Toxicomanie	8 (17)	29 (61,7)	-	10 (21,3)
Alcoolisme	1 (2,1)	37 (78,7)	-	9 (19,2)
MTS antérieure	3 (6,4)	19 (40,4)	10 (21,3)	15 (31,9)
Porteuse du VIH	-	28 (59,6)	4 (8,5)	15 (31,9)
Problème actuel de santé	12 (25,5)	28 (59,6)	-	7 (14,9)

1. Ne sait pas

2. Donnée manquante

Tableau 7. Habitudes de consommation de substances (N=47)

	Actuel n (%)	Habituel n (%)
Nombre moyen de cigarettes fumées par jour		
Nil	23 (48,9)	18 (38,3)
< 10	15 (31,9)	3 (6,4)
10-19	6 (12,8)	9 (19,2)
20-29	3 (6,4)	11 (23,4)
30-39	-	-
> 40	-	-
D.M. ¹	-	6 (12,8)
Nombre moyen de consommations d'alcool par semaine		
Nil	44 (93,6)	13 (27,7)
< 7	3 (6,4)	22 (46,8)
7 – 14	-	1 (2,1)
> 14	-	-
Cuite (n/mois)	-	1 (2,1)
D.M.	-	10 (21,3)
Consommation de drogues		
Nil	45 (95,7)	22 (46,8)
Cannabis	1 (2,1)	14 (29,8)
Cocaïne	-	2 (4,3)
Hallucinogènes	1 (2,1)	1 (2,1)
Amphétamines	-	1 (2,1)
D.M.	-	7 (14,9)

1. Donnée manquante

Tableau 8. Présence de facteurs de stress sociaux (N=47)

	Oui n (%)	Non n (%)	Peut- être n (%)	N.S.P.¹ n (%)	D.M.² n (%)
Problèmes financiers	27 (57,5)	16 (34)	1 (2,1)	1 (2,1)	2 (4,3)
Difficultés scolaires ou au travail	3 (6,4)	31 (66)	2 (4,3)	1 (2,1)	10 (21,3)
Difficultés de couple	13 (27,7)	29 (61,7)	-	3 (6,4)	2 (4,3)
Victime de violence psychologique, verbale ou physique	3 (6,4)	29 (61,7)	2 (4,3)	10 (21,3)	3 (6,4)
Relations difficiles avec l'entourage	10 (21,3)	30 (63,8)	-	5 (10,6)	2 (4,3)
Déménagement récent ou prochain	27 (57,5)	13 (27,7)	2 (4,3)	4 (8,5)	1 (2,1)
Isolement social	11 (23,4)	30 (63,8)	2 (4,3)	4 (8,5)	-
Autres facteurs de stress	1 (2,1)	2 (4,3)	1 (2,1)	-	43 (91,5)

1. Ne sait pas

2. Donnée manquante

Tableau 9. Habitudes de vie

	n	%
Nombre de repas par jour		
2	12	25,5
3	28	59,6
D.M. ¹	7	14,9
Activité physique		
Oui	30	63,8
Non	16	34
D.M.	1	2,1
Besoin de services en santé dentaire		
Oui	4	8,5
Non	29	61,7
N.S.P. ²	2	4,3
D.M.	12	25,5

1. Donnée manquante

2. Ne sait pas

Tableau 10. Référence et lieu des rencontres prénatales

	n	%
Source de référence		
Déjà suivie par équipe périnatalité	3	6,4
Autre intervenant du CLSC	10	21,3
Médecin à l'extérieur du CLSC	5	10,6
Famille/entourage	3	6,4
Publicité	1	2,1
Cliente elle-même	12	25,5
Autres	10	21,3
D.M. ¹	3	6,4
Lieu de la visite		
CLSC	45	95,7
Domicile	2	4,3

1. Donnée manquante

Tableau 11. Nombre de visites prénatales

Nombre de visites prénatales	Fréquence	%
1	2	4,8
2	2	4,8
3	3	7,1
4	7	16,7
5	7	16,7
6	6	14,3
7	6	14,3
8	2	4,8
9	2	4,8
10	-	0
11	-	0
12 et plus	5	10,6
DM ¹	5	10,6

1. Donnée manquante

Tableau 12. Délai entre les rencontres

Visite	Nombre de clientes	Jours min	Jours max	Moyenne	Mode
v1-v2	39	1	81	19,5	15
v2-v3	38	1	80	24,5	29
v3-v4	35	2	86	30,7	32
v4-v5	26	1	63	20,6	28
v5-v6	20	0	68	20,6	8
v6-v7	14	0	40	12,6	0
v7-v8	10	0	27	13,5	14
v8-v9	7	0	18	10,7	12
v9-v10	5	0	27	11,4	0
v10-v11	5	5	14	8,6	-
v11-v12	5	3	26	10,8	-
v12-v13	4	1	20	10,0	1
v13-v14	3	6	13	8,7	-
v14-v15	3	0	17	6,7	-
v15-v16	2	0	4	2,0	-
v16-v17	2	0	6	3,0	-
v17-v18	2	0	7	5,0	-

Tableau 13. Moment de la première visite prénatale et nombre de visites prénatales en fonction du stade de grossesse

Nombre de semaines de grossesse à la première visite	Nombre de clientes n (%)	Nombre moyen de visites	Étendue du nombre de visites
Moins de 12 semaines	2 (4,3)	15,5	13-18
12-19 semaines	26 (55,3)	7,1	4-18
20-29 semaines	10 (21,3)	3,5	1-5
30 semaines et plus	1 (2,1)	2	-
D.M. ¹	8 (17)	-	-

1. Donnée manquante

Tableau 14. Intervenants rencontrés lors des visites prénatales

	Médecin		Infirmière		Travailleuse sociale		Nutritionniste		Total
	N	% ¹	N	%	N	%	N	%	N
Visite 1	6	15	3	7,5	2	5	29	72,5	40
Visite 2	3	7,5	9	22,5	2	5	26	65	40
Visite 3	1	2,6	22	57,9	2	5,3	13	34,2	38
Visite 4	4	11,1	16	44,4	1	2,8	15	41,7	36
Visite 5	2	7,1	17	60,7	4	14,3	5	17,9	28
Visite 6	2	9,1	9	40,9	6	27,3	5	22,7	22
Visite 7	5	33,3	5	33,3	3	20	2	13,3	15
Visite 8	1		2		3		3		9
Visite 9	2		2		3		-		7
Visite 10	2		1		1		-		4
Visite 11	1		2		2		-		5
Visite 12	2		1		1		1		5
Visite 13	1		-		3		-		4
Visite 14	-		1		1		-		2
Visite 15	-		1		-		1		2
Visite 16	1		-		1		-		2
Visite 17	-		-		1		-		1
Visite 18	-		-		1		-		1

1. Il s'agit ici de pourcentages valides (i.e. qui sont fonction du nombre de clientes qui ont effectué cette visite).