

**Bilan du programme OLO
1999-2000 à 2004-2005
Un outil pour sa consolidation en CSSS**

**Direction régionale de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale**

Décembre 2006

Rédaction***Lucie Tremblay***

Équipe Adaptation familiale et sociale, secteur 0-5 ans

et

Marie-Claire Lepage

Équipe Adaptation familiale et sociale, secteur 0-5 ans

Collaboration***Manon Côté***

Équipe Connaissance et surveillance

Pour obtenir un exemplaire de ce rapport, communiquez avec :M^{me} Sylvie Bélanger, 2400, avenue D'Estimauville, Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217

Télécopieur : 418 666-2776

Courrier électronique : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 16 \$ plus TPS (total 16,96 \$). Payable à l'avance à l'ordre de l'ASSS-CN/DRSP.

Cette publication est versée dans la banque Santécom.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2006

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

ISBN-10 : 2-89496-322-X (Version imprimée)

ISBN-13 : 978-2-89496-322-7 (Version imprimée)

ISBN-10 : 2-89496-323-8 (PDF)

ISBN-13 : 978-2-89496-323-4 (PDF)

Référence suggérée :

TREMBLAY, L., et LEPAGE, M.-C. *Bilan du programme OLO 1999-2000 à 2004-2005 : un outil pour sa consolidation en CSSS*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2006, 108 pages.

Note : Comme la majorité des personnes impliquées dans ce programme sont des femmes, le féminin est utilisé dans ce document pour alléger le texte et il désigne aussi le masculin.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iii
LISTE DES TABLEAUX (annexe D)	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	vi
REMERCIEMENTS	vii
INTRODUCTION.....	1
1 OBJET D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE	3
1.1 Objet d'évaluation	3
1.2 Méthodologie	3
1.2.1 Cadre d'analyse et stratégie d'évaluation	3
1.2.2 Sources, traitement et analyse des données	4
1.2.3 Estimation de la population visée (cible).....	5
1.3 Forces et limites de l'étude	6
2 REVUE DE LITTÉRATURE	9
2.1 Risques nutritionnels associés aux issues de grossesse défavorables.....	9
2.1.1 Indice de masse corporelle et gain de poids.....	9
2.1.2 Acide folique.....	10
2.1.3 Oméga-3.....	10
2.1.4 Fer	10
2.2 Autres facteurs de risque associés aux issues de grossesse défavorables.....	11
2.2.1 Faible revenu.....	11
2.2.2 Niveau de scolarité.....	11
2.2.3 Âge.....	12
2.2.4 Tabagisme	12
2.3 Interventions auprès des femmes enceintes à risque	12
2.3.1 Interventions nutritionnelles auprès des femmes vivant en contexte de vulnérabilité	13
2.3.2 Soutien social	14
2.3.3 Interventions auprès des adolescentes	15
2.4 Orientations des politiques publiques	15
3 RÉSULTATS ET DISCUSSION	17
3.1 Fonctionnement du programme OLO	17
3.1.1 Admissibilité et accueil des participantes	17
3.1.2 Composition et fonctionnement des équipes	18

3.1.3	Fréquence et déroulement des rencontres d'équipe	18
3.1.4	Facteurs facilitants	18
3.1.5	Difficultés éprouvées	19
3.2	Population rejointe par le programme OLO.....	20
3.2.1	Inscriptions.....	20
3.2.2	Principale source de revenu familial.....	20
3.2.3	Degré d'atteinte de la population ciblée	21
3.2.4	Évaluation de la proportion de femmes suivies par rapport aux naissances de la région	22
3.2.5	Suivis non complétés	23
3.3	Caractéristiques des femmes au moment de l'inscription au programme OLO	27
3.3.1	Scolarité	27
3.3.2	Âge.....	31
3.3.3	Situation matrimoniale.....	33
3.3.4	Statut d'immigrante ou de réfugiée.....	35
3.3.5	Facteurs de risque	36
3.3.6	Nombre de semaines de gestation.....	37
3.4	Caractéristiques liées aux suivis	40
3.4.1	Période couverte par le suivi.....	40
3.4.2	Type de soutien offert	41
3.4.3	Allaitement.....	44
3.5	Caractéristiques des bébés à la naissance.....	46
3.5.1	Insuffisance de poids à la naissance.....	46
3.5.2	Prématurité.....	47
3.5.3	Naissances multiples.....	48
3.5.4	Suivi des issues de grossesse défavorables.....	48
3.6	Analyse de l'adéquation entre les ressources en nutrition et le suivi recommandé..	51
4	PISTES DE RÉFLEXION POUR LA CONSOLIDATION DU PROGRAMME OLO.....	53
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE.....	65
	ANNEXE A : Questionnaire utilisé pour le bilan annuel OLO	69
	ANNEXE B : Questionnaire s'adressant aux nutritionnistes travaillant en périnatalité	75
	ANNEXE C : Trajectoire des femmes inscrites au programme OLO et rôle des intervenantes.....	85
	ANNEXE D : Tableaux complémentaires.....	97

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Nombre d'inscriptions au programme OLO et nombre de suivis non complétés, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005	24
Tableau 2 :	Nombre de naissances, 1992 à 2003, et moyenne de 1999 à 2003, CLSC, région et province	24
Tableau 3 :	Principale source de revenu familial au moment de l'inscription au programme OLO, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005	25
Tableau 4 :	Évaluation de la population visée et degré d'atteinte de la cible	25
Tableau 5 :	Nombre d'années de scolarité des femmes inscrites au programme OLO, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005	29
Tableau 6 :	Nombre d'années de scolarité des femmes ayant donné naissance, CLSC, région, province, moyenne de 1999 à 2003	30
Tableau 7 :	Âge des femmes au moment de l'inscription au programme OLO, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005	32
Tableau 8 :	Âge des femmes ayant donné naissance, CLSC, région et province, moyenne de 1999 à 2003	32
Tableau 9 :	Situation matrimoniale des femmes inscrites au programme OLO, CLSC, région, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005	34
Tableau 10 :	Situation matrimoniale des femmes ayant donné naissance dans la région, moyenne de 1999 à 2003	34
Tableau 11 :	Femmes immigrées ou réfugiées inscrites au programme OLO, 2001-2002 à 2004-2005	36
Tableau 12 :	Facteurs de risque des femmes inscrites au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005	37
Tableau 13 :	Nombre de semaines de gestation des femmes inscrites au programme OLO, CLSC, région, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005	38
Tableau 14 :	Période couverte par le suivi OLO, CLSC et région, moyenne de 2001-2002 à 2004-2005	40
Tableau 15 :	Type de soutien offert en période postnatale aux femmes inscrites au programme OLO, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005	42
Tableau 16 :	Types de soutien offert en périodes prénatale et postnatale aux femmes inscrites au programme OLO et recommandations régionales	43
Tableau 17 :	Caractéristiques des bébés à la naissance des femmes inscrites au programme OLO, CLSC, région, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005	49
Tableau 18 :	Caractéristiques des bébés à la naissance, CLSC, région et province, moyenne de 1999 à 2003	49
Tableau 19 :	Type de naissance (unique ou multiple), région, 1999 à 2003	51
Tableau 20 :	Estimation du temps nécessaire en nutrition afin d'assurer un suivi nutritionnel minimal	52
Tableau 21 :	Synthèse des pistes de réflexion	62

LISTE DES TABLEAUX (annexe D)

Tableau A-1 : Évolution des inscriptions au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région	99
Tableau A-2 : Évolution de la principale source de revenu au moment de l'inscription au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région	100
Tableau A-3 : Évolution du nombre de semaines de gestation des femmes au moment de l'inscription au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région	101
Tableau A-4 : Nombre de semaines de gestation des femmes à l'inscription au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région	102
Tableau A-5 : Évolution du supplément OLO pour l'allaitement et du soutien à l'achat de préparations lactées pour les nourrissons du programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région	103
Tableau A-6 : Évolution et moyenne du nombre de bébés allaités à la naissance, programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC et région	104
Tableau A-7 : Caractéristiques à la naissance des bébés des femmes inscrites au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région	105
Tableau A-8 : Caractéristiques des bébés à la naissance, un regard historique pour 1976 et les moyennes sur cinq ans de 1984 à 2003 ¹ , région et province	106

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Évolution du nombre et de la proportion des inscriptions au programme OLO (1999-2000 à 2002-2003), par rapport au nombre de naissances de la région (2000 à 2003)	26
Figure 2 :	Évolution de la répartition de la principale source de revenu des femmes inscrites au programme OLO, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005	26
Figure 3 :	Nombre et proportion des inscriptions au programme OLO, par rapport au nombre de naissances par CLSC, moyenne de 1999 à 2003	27
Figure 4 :	Nombre d'années de scolarité des femmes inscrites au programme OLO, par rapport aux femmes accouchées de la région, moyenne de 1999 à 2003	30
Figure 5 :	Âge des femmes inscrites au programme OLO par rapport aux femmes accouchées de la région, moyenne de 1999 à 2004	33
Figure 6 :	Situation matrimoniale des femmes inscrites au programme OLO (moyenne de 1999-2000 à 2004-2005), par rapport aux femmes accouchées de la région (moyenne de 1998 à 2003).....	35
Figure 7 :	Évolution de la proportion des suivis commencés avant la vingtième semaine de gestation, programme OLO, région, 1999-2000 à 2004-2005	39
Figure 8 :	Répartition (%) du nombre de semaines de gestation des femmes à l'inscription au programme OLO, région, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005.....	39
Figure 9 :	Évolution de la proportion de femmes bénéficiant du supplément OLO pour l'allaitement, région, 1999-2000 à 2004-2005.....	43
Figure 10 :	Évolution de la proportion de soutien à l'achat de préparations lactées par rapport à l'ensemble du soutien OLO offert, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005.....	44
Figure 11 :	Proportion de femmes inscrites au programme OLO allaitant à la naissance, CLSC et région, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005.....	45
Figure 12 :	Évolution de la proportion de femmes inscrites au programme OLO allaitant à la naissance, 1999-2000 à 2004-2005	46
Figure 13 :	Caractéristiques à la naissance des bébés nés des femmes inscrites au programme OLO par rapport aux bébés nés dans la région, moyenne de 1999 à 2003	50
Figure 14 :	Évolution de l'insuffisance de poids à la naissance des bébés nés des femmes inscrites au programme OLO (1999-2000 à 2002-2003) comparativement aux bébés des femmes accouchées de la région (2000 à 2003).....	50

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
NE-GS	Naître égaux – Grandir en santé
OLO	Œufs, lait, jus d’orange
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
SFR	Seuil de faible revenu
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

REMERCIEMENTS

Différentes personnes ont contribué à cette étude, et nous tenons à les remercier sincèrement :

- Pour leur précieuse contribution à la collecte de l'information sur les suivis et le fonctionnement du programme et à la validation des statistiques nécessaires à la production de ce bilan : les nutritionnistes des CLSC (Centre local de services communautaires) de la région travaillant en périnatalité;
- Pour la relecture du bilan et leurs judicieux conseils : les nutritionnistes Odette Drolet, Céline Juneau, Josée Nadeau et Monique Warren;
- Pour la collecte des données ayant fait l'objet des bilans annuels OLO utilisés aux fins de la présente analyse ainsi que pour les données régionales sur les naissances : notre collègue de l'équipe Connaissance et surveillance, Manon Côté, dont la contribution a été très appréciée;
- Pour le soutien technique et la mise en page de l'édition finale de ce rapport : Colette Tremblay, secrétaire de l'équipe Pauvreté/Développement social et des communautés de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

INTRODUCTION

Depuis 1995, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale alloue un financement aux CLSC afin qu'ils puissent offrir le programme OLO (œufs, lait, jus d'orange). En 1996 s'est ajoutée une aide financière provenant du Programme canadien de nutrition prénatale offert par le gouvernement fédéral. La Fondation OLO attribue également un soutien financier ou sous forme de coupons alimentaires. En 2002, certaines femmes ont commencé à recevoir des coupons du programme OLO dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Ce dernier programme n'est pas le sujet du présent rapport, mais, au besoin, des précisions sont apportées lorsque des recoupements existent entre les deux programmes.

De 1995 à 2003, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale a publié un rapport annuel sur la population rejointe par le programme OLO. Le 1^{er} avril 2005, un nouveau système d'information clientèle, soit la Fiche de périnatalité, a été mis en place. Son utilisation devrait faciliter la collecte de l'information nécessaire au suivi du programme OLO et en augmenter la validité. Dans ce contexte, un bilan global des résultats du programme a été jugé pertinent. Le but du présent rapport est donc de tracer un bilan des six dernières années, soit les années financières de 1999-2000 à 2004-2005.

Le bilan comprend quatre chapitres. Le premier définit les objectifs et la méthodologie utilisée. Le deuxième chapitre présente un bref résumé de la littérature scientifique récente. Il porte principalement sur les risques nutritionnels et les principaux facteurs de risque de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance ainsi que sur l'effet des interventions sur les issues de grossesse. Le troisième présente les principaux résultats obtenus sur le fonctionnement du programme OLO dans la région tel que le décrivent les nutritionnistes en périnatalité des CLSC, la population rejointe, le suivi et certains de ses effets. Enfin, le dernier chapitre reprend les principaux résultats qui se dégagent de l'analyse et suggère des pistes afin de consolider le programme OLO dans la région.

1 OBJET D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

1.1 Objet d'évaluation

Le programme OLO, l'objet d'évaluation, a pour objectif principal la prévention de l'insuffisance de poids à la naissance et de la prématurité. Il vise plus spécialement à venir en aide aux femmes enceintes à faible revenu en leur permettant de recevoir, dans le contexte d'un suivi nutritionnel, un supplément alimentaire (œufs, lait et jus d'orange) ainsi qu'un supplément de vitamines et de minéraux, au besoin.

Les participantes bénéficient d'un suivi de santé individualisé ainsi que d'un suivi psychosocial s'il y a lieu. Elles peuvent avoir accès à d'autres services ou ressources tels que les groupes de cuisine collective. Le programme peut se poursuivre en période postnatale par la distribution d'un supplément OLO pour les mères qui allaitent, par un soutien à l'achat de préparations lactées pour les mères à faible revenu qui ont décidé de ne pas allaiter ainsi que par un suivi complémentaire adapté aux besoins des familles. Parmi la population rejointe par le programme OLO, une partie est également admissible aux SIPPE à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, et ce, tant pour le volet Soutien aux jeunes parents que pour le volet Naître égaux – Grandir en santé (NE-GS).

Les objectifs visés par ce bilan sont de :

- rendre compte des résultats obtenus avec le programme OLO à partir des données disponibles pour les années 1999-2000 à 2004-2005;
- documenter et comprendre les résultats observés;
- proposer des recommandations selon les observations qui se dégagent de l'analyse.

1.2 Méthodologie

1.2.1 Cadre d'analyse et stratégie d'évaluation

Le cadre d'analyse retenu pour ce bilan s'attarde aux principaux éléments d'un programme et se résume comme suit :

- la population rejointe et ses caractéristiques;
- le fonctionnement du programme;
- certains effets du suivi;
- l'adéquation entre les ressources et le suivi recommandé.

La stratégie d'évaluation s'appuie sur deux collectes de données, une quantitative et une qualitative, décrites dans la présente section. De plus, le choix de la méthode utilisée pour estimer la population ciblée par le programme est également expliqué compte tenu de son influence sur certains résultats. Enfin, on présente certaines forces et limites du rapport.

1.2.2 Sources, traitement et analyse des données

Données quantitatives

Les principales sources de données utilisées sont les statistiques accumulées au cours de la période étudiée et déjà compilées sous forme de tableaux par la technicienne en recherche de l'équipe Connaissance et surveillance de la Direction régionale de santé publique.

La région compte quatre CSSS (Centre de santé et de services sociaux), incluant huit CLSC. Notons que deux CLSC ont divisé leur territoire en deux équipes distinctes pour les programmes Famille-enfance-jeunesse. Ainsi, l'ensemble totalise dix milieux. Les renseignements nécessaires à la production du bilan proviennent du questionnaire « Extrants relatifs à la mesure OLO (pré et postnatal) » (annexe A); il a été rempli annuellement par chacun des huit CLSC de la région, de façon manuscrite ou informatisée. Pour l'ensemble des six années, un total de 6 265 femmes de la région ont participé au programme OLO. Notons que les femmes inscrites aux SIPPE bénéficient également de la mesure OLO et sont incluses dans les résultats depuis l'année 2002-2003 pour le volet Soutien aux jeunes parents et 2003-2004 pour le volet NE-GS. L'analyse visait à étudier le profil des participantes, les caractéristiques à la naissance des bébés des participantes et les suivis effectués. Lorsque l'information est disponible, elle est comparée avec l'information provenant du Fichier des naissances, afin de mieux cerner les caractéristiques des participantes du programme par rapport à l'ensemble des femmes de la région ayant accouché. L'analyse visait également à tracer l'évolution des variables dans le temps afin de cerner les tendances qui se dégagent.

Les résultats présentés étant issus de données arrondies, il est possible que certains totaux ne soient pas exacts à l'unité près. Le fait d'arrondir produit ce type de résultats.

Dans quatre CLSC, plusieurs personnes sont responsables de l'entrée des données annuelles, tandis que cette responsabilité relève d'une seule personne dans les autres CLSC. Les personnes assumant cette tâche sont très différentes selon les milieux : coordonnatrice du programme, chef d'équipe, nutritionniste, technicienne en diététique, infirmière, intervenante sociale ou secrétaire.

Données qualitatives

La deuxième source d'information est un questionnaire qui a été rempli par les nutritionnistes des CLSC travaillant en périnatalité (annexe B). Il a été élaboré dans le but de mieux cerner le fonctionnement du programme dans chacun des milieux et d'établir, au besoin, un parallèle avec les résultats observés. Il s'agissait de questions ouvertes qui abordaient les thèmes suivants :

- information générale sur la nutritionniste;
- admissibilité et inscription au programme OLO;
- intervenantes du programme;
- fonctionnement de l'équipe OLO;
- types de suivis effectués;
- commentaires sur les principales données statistiques du bilan;
- information sur la tenue des statistiques;
- enjeux et défis.

Les différentes sections du rapport sont alimentées par les résultats de la compilation des questionnaires.

1.2.3 Estimation de la population visée (cible)

Le nombre de femmes que le programme OLO doit rejoindre annuellement est difficile à évaluer, car le revenu des familles donnant naissance à un enfant ne fait pas partie de l'information figurant sur le Bulletin de naissance vivante permettant de constituer le Fichier des naissances du ministère de la Santé et des Services sociaux. Une analyse des différentes modalités d'estimation de la population ciblée par le programme (femmes enceintes sous le seuil de faible revenu [SFR]) a conduit au choix de la méthode qui semblait donner le résultat le plus représentatif de la situation. Elle est expliquée ci-après. On présente également les autres options afin de préciser les raisons qui ont motivé ce choix.

La population ciblée peut être estimée à partir du nombre de mères se situant sous le SFR recensées par Statistique Canada (2001). Par la suite, comparer le nombre obtenu avec le nombre de femmes inscrites au programme OLO permet d'évaluer le degré d'atteinte de la population ciblée. Notons que l'information obtenue de Statistique Canada provient de données-échantillon de 20 % de la population. De plus, ce type de statistique peut comporter une marge d'erreur liée au cumul de données brutes arrondies, ce qui crée des difficultés particulièrement pour les milieux où le nombre de naissances est plus faible. Les différences notées entre les totaux par CLSC varient de cinq à quinze unités par CLSC. Enfin, quand on compare les résultats du recensement aux données du Fichier des naissances (Institut de la statistique du Québec¹), on constate qu'ils semblent sous-estimer le nombre de femmes accouchées âgées de moins de 20 ans. En effet, selon le recensement, seulement 70 femmes âgées de moins de 20 ans auraient donné naissance à un enfant au cours de l'année 2001, alors que le Fichier des naissances¹ rapporte un total de 185 femmes pour le même groupe. Ces comparaisons laissent croire à une marge d'erreur très importante pour ce groupe d'âge. Cet écart d'au moins cent femmes peut affecter le calcul du taux d'atteinte de la population ciblée.

Différentes estimations de la population visée par le programme OLO sont envisageables. À partir des données du recensement, on peut la calculer en utilisant le nombre de femmes se situant sous le SFR ayant au moins un enfant âgé de moins d'un an ou en utilisant le nombre de celles ayant au moins un enfant âgé de moins de 18 ans à la maison. On peut ensuite comparer ces données au nombre de femmes inscrites au programme OLO pour l'année 1999-2000 ou au nombre moyen de femmes inscrites pour l'ensemble de la période étudiée. C'est ce dernier nombre qui a été retenu, afin de limiter les erreurs liées aux écarts annuels dans le nombre d'inscriptions. La cible du programme OLO est estimée à 22 % de l'ensemble des mères de la région. Si on retient plutôt les femmes se situant sous le SFR ayant au moins un enfant âgé de moins de 18 ans, la cible devient 17 % de l'ensemble des mères. Comme le nombre réel de familles rejointes par le programme se rapproche probablement davantage du nombre de mères ayant des enfants de moins d'un an que du nombre de celles ayant des enfants de moins de 18 ans, on a retenu le premier groupe. Notons qu'il n'a pas été possible d'obtenir l'information pour des catégories intermédiaires (familles avec des enfants de moins de cinq ou douze ans).

Une autre méthode de calcul a été analysée : le modèle développé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux par Guy Massicotte (1995 et 1999). Ce modèle est utilisé pour déterminer la répartition du budget OLO selon la proportion de naissances vulnérables dans chaque territoire de CLSC. Avec cette méthode, la proportion de naissances vulnérables obtenue est plus faible (76,2 % pour la région), étant donné que ce critère tient compte non seulement du revenu des ménages, mais également de l'âge de la mère, de sa scolarité et de son lieu de résidence. Puisque le critère d'admissibilité au programme OLO est le faible revenu, cette estimation n'a pas été retenue pour le présent rapport.

1.3 Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte différentes forces et limites qui se présentent comme suit :

Forces

- La principale force de l'étude réside dans la période qu'elle couvre (six années). En effet, travailler à partir des 6 265 inscriptions au programme a permis, d'une part, l'analyse de l'évolution des données dans le temps et, d'autre part, de dégager les variables et caractéristiques de façon plus marquée que si on avait travaillé à partir des compilations annuelles, où le nombre de femmes est évidemment plus restreint.
- Une autre force de l'étude est qu'elle compare certaines caractéristiques des mères OLO à celles de l'ensemble des mères accouchées de la région.
- Une dernière force est la contribution des nutritionnistes de la région à la validation des statistiques et des renseignements fournis sur le fonctionnement du programme. Leurs commentaires ont permis d'assurer un lien étroit entre les résultats statistiques et la réalité de chacun des CLSC.

Limites

- Une première limite concerne l'ensemble des résultats qui est issu d'une compilation manuscrite d'information recueillie par plusieurs personnes et ayant pu être saisie aussi par diverses personnes dans certains CLSC. Des omissions ou un manque d'uniformité dans la saisie peuvent être réalistement envisagés. Cependant, comme ce bilan présente une compilation de données sur six années totalisant une moyenne d'un peu plus de mille femmes par année, l'intérêt de ces résultats demeure.
- Une autre limite touche l'analyse des données : il n'est pas possible de mettre en relation les variables sociodémographiques et les issues de grossesse des femmes rejointes par le programme.
- Une dernière limite est liée à la période annuelle couverte par les statistiques OLO comparativement à celle des statistiques sur l'ensemble des femmes ayant accouché : les premières sont compilées du 1^{er} avril au 31 mars (année financière), alors que les secondes le sont du 1^{er} janvier au 31 décembre (année civile). Les données les plus près ont donc été comparées : par exemple, les données du bilan OLO sur les naissances de 1999-2000 ont été comparées avec les données du Fichier des naissances de 2000. De façon générale, le nombre

de naissances par année est demeuré assez stable au cours de la période étudiée, quoique certains territoires de CLSC aient connu des variations plus importantes. Par ailleurs, les données sur les caractéristiques des mères du programme OLO ont été recueillies au moment de leur inscription, tandis que les données sur les naissances proviennent du Fichier des naissances (donc recueillies au moment de la naissance). Il est possible que certaines variables, telles que l'âge, la situation familiale ou le revenu, aient été différentes au moment de l'inscription et à l'accouchement; par conséquent, les sous-groupes comparés peuvent être légèrement différents. Une autre différence réside dans la période utilisée pour l'analyse comparative des deux groupes de population. En effet, les données du Fichier des naissances étaient disponibles jusqu'en 2003 ou 2004, alors que le bilan OLO comprend des données jusqu'en 2005.

Enfin, les participantes au programme OLO n'ont pas été consultées pour le bilan. Leurs commentaires auraient enrichi ce dernier en nous permettant de connaître leur satisfaction à l'égard de l'intervention.

2 REVUE DE LITTÉRATURE

La revue de littérature présente quelques recherches récentes sur les problématiques en relation avec le programme OLO, telles que l'influence de la nutrition sur les issues de grossesse défavorables et les principaux facteurs de risque associés. Quelques études recensées portent sur des interventions auprès de femmes présentant des conditions de vulnérabilité. Enfin, on aborde également les orientations politiques relatives aux conditions sociales difficiles.

2.1 Risques nutritionnels associés aux issues de grossesse défavorables

La grossesse est une période importante durant laquelle l'alimentation et l'état nutritionnel de la mère représentent des facteurs clés pouvant influencer sa santé et celle de l'enfant en devenir. Les risques de morbidité et de mortalité associés à la prématurité et à l'insuffisance de poids à la naissance ont fait l'objet de nombreuses études, comme le mentionne la Politique de périnatalité 2006².

2.1.1 Indice de masse corporelle et gain de poids

Du point de vue nutritionnel, deux éléments principaux sont à considérer. D'une part, un indice de masse corporelle prégravidique faible (< 20) augmenterait les risques de prématurité³⁻⁵ et de retard de croissance intra-utérin^{4, 5} particulièrement lorsqu'il est associé à un mauvais état nutritionnel (anémie)³. D'autre part, l'apport énergétique de la mère serait associé à son gain de poids pendant la grossesse et influencerait le poids de naissance du bébé⁵⁻⁷. Plus précisément, une étude⁸ a montré une association positive entre les apports alimentaires de la mère (évalués pour douze nutriments) et le poids et la taille du bébé. Une étude américaine⁹ a également montré que 25,2 % des naissances de bébés de poids insuffisant survenues en Caroline du Sud en 1998 et en 1999 étaient attribuables à un indice de masse corporelle prégravidique faible de la mère ($< 19,8$) et que 26,8 % de ces naissances étaient attribuables à un gain de poids gestationnel insuffisant. D'un point de vue biochimique, les déficiences alimentaires au cours de la grossesse pourraient affecter la nutrition fœtale en diminuant la disponibilité des éléments nutritifs et, indirectement, en influençant le volume plasmatique et la perfusion placentaire^{5, 10}.

Le lien entre l'alimentation pendant la grossesse et la prématurité n'est pas clairement démontré^{3, 11, 12}. Toutefois, selon les auteurs d'un rapport sur la prématurité produit par l'Institute of Medicine¹³, les études recensées ont montré une association modeste entre le gain de poids gestationnel et la prématurité. Les auteurs citent également la Preterm Prediction Study, laquelle montre une forte association entre un indice de masse corporelle prégravidique faible et la prématurité.

Les conséquences à long terme des issues de grossesse sont moins connues. Une étude a montré qu'un retard de croissance intra-utérin pouvait « programmer » le fœtus à développer des maladies cardiovasculaires, métaboliques et endocriniennes au cours de la vie adulte¹⁴. Une seconde étude a permis de mettre en relation la prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance avec le développement du syndrome métabolique à l'âge adulte¹⁵. Ce syndrome se

caractérise principalement par une obésité abdominale, une hypertension artérielle ainsi qu'une résistance à l'insuline.

Différentes avenues nutritionnelles sont envisagées afin de réduire les risques de prématurité, telles que la prise d'acide folique¹⁶⁻¹⁸, d'oméga-3¹⁹ et de fer²⁰. Des études doivent toutefois être poursuivies afin d'approfondir ces relations pour qu'il soit ensuite possible de formuler des recommandations précises¹².

2.1.2 Acide folique

Plusieurs études, dont celles traitant de nutrition pendant la grossesse, ont montré le lien entre l'acide folique et les malformations du tube neural^{10, 21, 22}. Par ailleurs, selon les résultats d'une revue de littérature portant sur 34 recherches sur le sujet, un apport insuffisant en acide folique au cours du deuxième trimestre de la grossesse serait associé à un risque accru de prématurité¹⁸. Une étude plus récente montre les mêmes résultats¹⁷, tandis que d'autres montrent le lien entre un faible niveau d'acide folique et l'augmentation des risques d'avortement spontané^{16, 17}. Le mécanisme exact n'est pas encore bien défini, mais les auteurs mentionnent qu'une déficience en acide folique pourrait avoir des conséquences négatives sur le développement cellulaire et la croissance intra-utérine¹⁷.

2.1.3 Oméga-3

Quelques études mettent en relation les risques de prématurité et un apport insuffisant en oméga-3, dont celle de Olsen et Secher¹⁹, qui conclut qu'une faible consommation d'oméga-3 est un facteur de risque significatif de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance. Olsen et ses collaborateurs²³ avaient observé dans une étude antérieure une diminution du risque de récurrence dans les accouchements prématurés de 46 % chez les femmes ayant consommé 6,1 grammes d'huile de poisson durant leur grossesse comparativement à celles ayant reçu de l'huile d'olive comme placebo. Une autre étude mentionne que la consommation d'oméga-3 pourrait augmenter la croissance fœtale²⁴. Toutefois, une synthèse de la revue de littérature faite par Michel Lucas²⁵ indique qu'il n'y a pas d'études publiées à ce jour montrant l'efficacité des oméga-3 d'origine marine sur les issues de grossesse. Cette conclusion est corroborée par les auteurs du rapport sur la prématurité de l'Institute of Medicine¹². Par contre, les données d'observation suggèrent que l'augmentation des apports en oméga-3 d'origine animale pourrait prévenir la dépression, notamment pendant la grossesse et en période post-partum²⁶⁻²⁹.

2.1.4 Fer

Une étude menée à Québec²⁰ montre une relation significative entre l'anémie présente au premier trimestre chez les femmes enceintes de la population en général (hématocrite < 0,33) et une augmentation de 6 % des risques d'insuffisance de poids à la naissance. Des études antérieures citées par les auteurs avaient démontré la même relation. Ces résultats montrent l'importance d'évaluer l'état en fer le plus tôt possible au début de la grossesse.

2.2 Autres facteurs de risque associés aux issues de grossesse défavorables

Plusieurs auteurs ont étudié les facteurs pouvant influencer les issues de grossesse. La présente section décrit les facteurs faisant partie des données recueillies sur les femmes inscrites au programme OLO.

2.2.1 Faible revenu

Un article de Fowles⁷ sur la nutrition prénatale et les issues de grossesse présente plusieurs recherches expliquant le lien entre le faible revenu chez les femmes enceintes et les apports nutritionnels inadéquats. Les femmes enceintes à faible revenu consommeraient des quantités excessives de lipides, de vitamine A et de sodium et des quantités insuffisantes de vitamine D, d'acide folique, de calcium, de fer et de phosphore. Ces déficiences nutritionnelles augmenteraient le risque d'issues de grossesse défavorables (mortinaissance et insuffisance de poids) chez cette population à haut risque.

Une équipe de chercheurs de Montréal³⁰ a effectué une revue de littérature qui a permis d'approfondir la relation entre les disparités socioéconomiques et les issues de grossesse. Elle rapporte que la proportion des issues de grossesse défavorables augmente généralement avec la diminution du niveau socioéconomique de la mère. Une situation financière précaire ou un faible degré de scolarité n'a probablement pas d'effet direct sur le rythme de croissance fœtale ou la durée de gestation; ces situations mènent toutefois à des comportements inadéquats, à une exposition au stress et à des réactions psychologiques au stress qui augmentent les risques de retard de croissance intra-utérin ou de naissance prématurée. Une étude menée par Beaudoin et coll.³¹ confirme l'importance du revenu sur l'ensemble de la situation de risque des femmes enceintes. Selon les auteurs, le stress résultant des difficultés économiques serait un facteur déterminant qui diminuerait la portée des programmes pour femmes enceintes à risque, tels que le programme OLO et le Programme canadien de nutrition prénatale.

2.2.2 Niveau de scolarité

Parker et coll. (1994) (dans Kramer et coll.³⁰) rapportent que les niveaux de scolarité maternel et paternel permettent une forte prédiction des issues de grossesse défavorables. Un faible niveau de scolarité limite l'accès des personnes à l'emploi et aux ressources sociales (non spécifiées par les auteurs), réduit leur capacité d'intégration dans la société et augmente les risques de pauvreté subséquente.

Une étude menée à partir de données de la National Longitudinal Survey of Youth, conduite au Canada en 1994-1995 (citée dans Millar et Chen³²), portait sur un échantillon de 4 181 enfants. Selon les analyses, le niveau de scolarité de la mère était associé au revenu familial, à la monoparentalité, à son âge au moment de l'accouchement et à sa consommation de tabac pendant la grossesse : chacune des variables constituait un facteur de risque de retard de croissance intra-utérin. Le facteur le plus important était le tabagisme. Même si l'ensemble de ces facteurs de risque est contrôlé, un faible niveau de scolarité maternel reste associé à un risque accru d'insuffisance de poids à la naissance. Une seconde étude menée à partir des naissances

québécoises de 1990 et de 1991 (192 150 naissances)³³ conclut que, même en tenant compte de l'effet de l'âge, de la parité et de l'état matrimonial de la mère ainsi que du sexe de l'enfant, l'incidence du niveau de scolarité maternel sur le taux de nouveau-nés présentant un faible poids à la naissance demeure importante et significative.

2.2.3 Âge

La grossesse à l'adolescence requiert une attention particulière compte tenu des besoins nutritionnels plus élevés à cette période, en combinaison avec une fréquence importante de mauvaises habitudes alimentaires³⁴. Une intervention personnalisée est nécessaire afin de guider les choix alimentaires, tel que le rapporte Fowles⁷. Une étude sur le gain de poids et l'issue de la grossesse des adolescentes enceintes suivies au Dispensaire diététique de Montréal suggère que l'objectif de gain de poids chez les adolescentes enceintes doit dépasser le 90^e percentile des courbes de gain de poids gestationnel (ajusté en fonction de la masse prégravide) afin de prévenir la prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance³⁵.

2.2.4 Tabagisme

Les liens entre le tabagisme et la prématurité ou l'insuffisance de poids à la naissance sont largement démontrés. L'étude de Kyrklund-Blomberg et coll.³⁶ confirme le lien avec l'augmentation des risques de prématurité. Pour leur part, Millar et Chen.³² montrent une association positive avec le risque de retard de croissance intra-utérin. Une autre étude portant sur 1 060 femmes enceintes³⁷ a montré une forte association entre le tabagisme de la mère au troisième trimestre de la grossesse et le poids de naissance du bébé.

Par ailleurs, une étude montre que les mères adolescentes et les mères monoparentales (Allen et coll. dans Chen et coll.³³) seraient plus susceptibles que les autres mères de fumer durant leur grossesse. Plus récemment, Millar³⁸ traçait également un profil des femmes enceintes fumeuses ou régulièrement en présence de fumeurs. Une plus grande proportion de ces femmes étaient âgées de moins 25 ans (le tiers), non mariées (le tiers), se situaient dans la catégorie de revenu inférieur (30 %) et n'avaient pas complété une onzième année de scolarité (38 %).

Enfin, une étude menée auprès de 78 397 femmes³⁹ a montré que les femmes fumeuses présentaient sept fois plus de risque que les non-fumeuses de consommer de l'alcool et/ou des drogues.

2.3 Interventions auprès des femmes enceintes à risque

Plusieurs programmes s'adressent spécialement aux femmes présentant des facteurs de risque au cours de leur grossesse. Quelques études canadiennes et américaines portant sur ces programmes sont présentées dans cette section.

2.3.1 Interventions nutritionnelles auprès des femmes vivant en contexte de vulnérabilité

La grossesse semble un moment propice pour recevoir de l'information nutritionnelle. Selon Olson⁴⁰, la transition vers la maternité est associée à des changements positifs dans les choix alimentaires. Les femmes effectuant cette transition pour la première fois vivent davantage de changements positifs et constituent une population cible pour l'éducation en nutrition.

Quelques études ont porté sur l'influence de la méthode du Dispensaire diététique de Montréal (méthode Higgins) sur les issues de grossesse. Cette méthode offre un suivi nutritionnel intégrant la distribution de suppléments alimentaires (œufs, lait, jus d'orange). Ce type de suivi a donné naissance au programme OLO offert dans les CLSC depuis les années 1980. Les travaux de Higgins et coll.⁴¹ ont démontré qu'il y a une augmentation moyenne du poids de naissance de 107 grammes chez les enfants des femmes bénéficiant d'un suivi comportant **au moins quatre contacts** avec la nutritionniste sur une période de seulement six à neuf semaines. Une réduction des cas d'insuffisance de poids à la naissance de 67 % a été observée chez les femmes sous-alimentées (dont les besoins protéiques ne sont pas comblés).

Kramer et Kakuma⁴² ont publié une revue de littérature sur l'effet d'un supplément protéino-énergétique durant la grossesse (les protéines n'excédant pas 25 % de l'apport énergétique total). Ils concluent que les conseils nutritionnels destinés à augmenter l'apport en protéines et en énergie sont efficaces (augmentation significative des apports), mais n'ont pas d'effet sur les issues de grossesse. Cependant, la prise d'un supplément énergétique et protéique est associée à une augmentation modeste du gain de poids de la mère (20,74 grammes par semaine) et du bébé (augmentation du poids de naissance de 37,62 grammes), et entraînerait une réduction substantielle du risque de retard de croissance intra-utérin (68 %).

Aux États-Unis, le Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC) a été étudié à plusieurs reprises. Ce programme offre aux femmes enceintes à faible revenu des aliments santé (ou des bons alimentaires) et des conseils nutritionnels. En 2002, des chercheurs⁴³ ont vérifié l'effet de la participation au programme WIC sur le poids de naissance, en contrôlant des caractéristiques familiales telles que le lieu de résidence, le degré d'estime de soi, les comportements déviants, le manque d'information, etc. Ils ont observé une association positive significative entre la participation au programme et le poids de naissance de l'enfant. Une autre étude américaine⁴⁴ a montré que les programmes WIC permettent de réduire l'insécurité alimentaire de 50 % chez les femmes enceintes qui y participent pour la première fois. Selon les Diététistes du Canada⁴⁵, la sécurité alimentaire existe lorsque « tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active ». Ainsi, ces femmes vulnérables deviennent moins à risque du point de vue nutritionnel.

Une autre étude publiée en 2005¹¹ trace un portrait de l'ensemble des études ayant porté sur les WIC. Dans leur analyse, les auteurs divisent l'insuffisance de poids en deux catégories, selon qu'elle renvoie à la prématurité ou à une naissance à terme présentant un retard de croissance. Selon eux, les causes de la prématurité demeurent incertaines et le lien entre l'amélioration de

l'alimentation et la diminution des naissances prématurées est très douteux (Collaborative Groupe on Preterm Birth Prevention, 1993; Dyson et coll., 1998; Goldenberg et Andrews, 1996; Goldenberg et Rouse, 1998; Joseph et coll., 1998; tous cités dans Joyce et coll.¹¹). Le soutien nutritionnel (bons alimentaires) donné à la mère peut influencer sa prise de poids, mais le lien de ce soutien avec le poids de naissance du bébé n'est pas clairement démontré. Les résultats de cette étude sont corroborés par d'autres auteurs, dont Bitler et Currie¹²; toutefois, ceux-ci mentionnent que l'effet de la participation au WIC serait plus important chez les femmes très désavantagées du point de vue de leur niveau de scolarité et de leur revenu et chez les mères adolescentes.

Le **moment du début du suivi** est important. Selon Hobel et Culhane⁴⁶, les interventions devraient débuter tôt pendant la grossesse, soit au premier trimestre. En effet, l'alimentation inadéquate avant la grossesse, en début de gestation et au cours du troisième trimestre influence le moment de la naissance et le poids du bébé. Ces auteurs concluent que les interventions débutent probablement trop tard et qu'il devrait même être envisagé d'intervenir avant la grossesse afin de prévenir les risques de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance liés au stress maternel, au travail physique et à la restriction alimentaire.

L'**intensité de l'intervention** a également un effet sur les issues de grossesse. Desjardins et Hardwick⁴⁷ ont étudié le programme de la Ville de Toronto Healthiest Babies Possible (HBP), qui s'adresse à des femmes à faible revenu présentant plusieurs facteurs de risque. L'intervention consiste en un suivi à domicile partagé également entre une infirmière et une nutritionniste. Les participantes reçoivent un litre de lait par jour. Les auteurs ont montré que la probabilité d'insuffisance de poids à la naissance décroît de 10 % pour chaque visite effectuée, jusqu'à un seuil de neuf entrevues. L'étude conduite auprès de 1 883 femmes a montré que les entrevues faites par les infirmières et les nutritionnistes devaient être espacées d'environ trois semaines au cours des deux derniers trimestres de la grossesse, et qu'il fallait un total de neuf à onze entrevues pour réduire de façon significative le taux d'insuffisance de poids à la naissance.

Pour terminer cette section, soulignons qu'il demeure important de distinguer la prise de suppléments seule et une prise de suppléments associée à un suivi nutritionnel fait avec une certaine intensité et qui est adapté aux risques nutritionnels.

2.3.2 Soutien social

Une revue de littérature exhaustive portant sur seize études impliquant 13 651 participantes a été effectuée par Hodnett et Fredericks en 2006⁴⁸. Les auteurs ont vérifié le lien entre les interventions de soutien social s'adressant aux femmes à risque de donner naissance à un bébé de poids insuffisant ou prématuré et les issues de grossesse. Le soutien social incluait un soutien émotionnel (consultation, réassurance) ou une assistance tangible (transport pour un rendez-vous médical, assistance pour les autres enfants) commencé au premier ou au second trimestre de la grossesse, celui-ci se poursuivant jusqu'à la fin de la grossesse ou en période postnatale. Leurs travaux n'ont pas permis d'établir une relation significative entre le soutien social et la prématurité ou l'insuffisance de poids à la naissance. Les auteurs concluent que le soutien social n'est pas suffisant pour surmonter les effets de la pauvreté et des désavantages sociaux ou les complications de la grossesse à long terme chez des femmes à haut risque.

2.3.3 Interventions auprès des adolescentes

Les effets du programme d'intervention nutritionnelle du Dispensaire diététique de Montréal sur les adolescentes enceintes ont été évalués en 1997⁴⁹. Les résultats ont montré que, malgré un risque plus élevé chez les adolescentes étudiées que chez celles du groupe témoin, elles avaient 39 % moins de risque de donner naissance à un bébé de faible poids, 56 % moins de risque de donner naissance à un bébé de très faible poids et 41 % moins de risque de prématurité à la suite de l'intervention.

La grossesse à l'adolescence nécessite une intervention personnalisée, afin d'adapter les conseils en fonction des phases de développement de l'adolescente⁵⁰. Les stratégies utilisées devraient tenir compte des caractéristiques de chacune des phases de l'adolescence, chaque période étant associée à un niveau de développement cognitif et psychosocial spécifique. Les stratégies d'intervention évoluent également en fonction de l'autonomie de l'adolescente et de l'évolution de l'implication des parents. Les travaux de David³⁴ montrent aussi l'importance d'adapter le type d'intervention aux caractéristiques des adolescentes et de l'élargir pour tenir compte du milieu dans lequel elles évoluent.

2.4 Orientations des politiques publiques

La revue de littérature de Kramer et coll.³⁰ les a amenés à conclure que les pays où la prévalence du retard de croissance intra-utérin et de la prématurité est plus faible (ex. : Écosse, Espagne) atteignent leur but non pas par des interventions de soins de santé mais par la réduction de la prévalence des désavantages socioéconomiques. Selon eux, il n'est pas possible d'éliminer les risques élevés de retard de croissance intra-utérin et de prématurité chez les bébés de personnes à faible revenu sans éliminer la pauvreté elle-même.

Notons que la prématurité est en augmentation dans les pays industrialisés; celle-ci s'explique, entre autres, par une augmentation des naissances multiples (résultant des traitements pour l'infertilité), une augmentation de la proportion de femmes âgées de plus de 35 ans donnant naissance à un enfant et le recours accru aux interventions obstétricales. De plus, des changements apportés à la saisie des données sur les naissances de bébés de moins de 500 grammes ont eu un effet significatif sur le nombre de naissances prématurées recensées⁵¹.

3 RÉSULTATS ET DISCUSSION

Ce chapitre présente les principaux résultats sur le fonctionnement du programme tel que décrit par les nutritionnistes des CLSC. Suit la présentation des données recueillies par les CLSC sur la population rejointe et ses caractéristiques au moment de l'inscription, et l'information sur les suivis et les caractéristiques des bébés à la naissance. Les caractéristiques des femmes rejointes par le programme OLO sont comparées, lorsque c'est possible, à celles de l'ensemble des femmes de la région provenant du Fichier des naissances¹. Afin de ne pas alourdir le bilan, la discussion est intégrée à chacune des sections. Les tableaux et figures pertinents à une section sont regroupés à la fin de celle-ci.

3.1 Fonctionnement du programme OLO

Afin de bien cerner le fonctionnement du programme, les nutritionnistes de la région ont été consultées. Une description sommaire des équipes et de leur fonctionnement dans chacun des CLSC est présentée à l'annexe C*. Compte tenu du fait que deux CLSC ont réparti le fonctionnement administratif de leurs équipes Famille-enfance-jeunesse en deux sous-territoires, la région totalise dix milieux pour la collecte d'information.

3.1.1 Admissibilité et accueil des participantes

Dans l'ensemble des milieux, les critères d'admissibilité au programme sont les suivants :

- femme dont le revenu se situe sous le SFR, selon les seuils établis par Statistique Canada;
- femme prestataire de l'assistance-emploi (aide sociale);
- femme admissible aux SIPPE (revenu sous le SFR et scolarité inférieure à onze ans).

Dans la moitié des milieux, les femmes dont le revenu se situe légèrement au-delà du SFR peuvent occasionnellement être admises dans le programme selon la présence d'autres facteurs de risque et leur situation financière globale (endettement), lorsque les intervenantes le jugent nécessaire. Les femmes sont interrogées sur leurs sources de revenu, mais aucune preuve de revenu n'est demandée.

L'accueil des participantes débute avec la réception des demandes. Cette étape diffère d'un milieu à l'autre (annexe C). Dans la moitié d'entre eux, une intervenante de l'équipe de périnatalité reçoit les demandes (nutritionniste, infirmière, intervenante sociale). Dans les autres milieux, la personne qui reçoit les demandes ne fait pas partie du programme OLO (secrétaire, infirmière de l'Accueil-évaluation-orientation).

La personne qui effectue le premier contact avec la femme enceinte diffère selon les milieux : ce peut être la personne qui a reçu la demande ou une autre intervenante. Ainsi, dans trois milieux, le premier contact est établi par une infirmière et, dans trois autres, par la nutritionniste. Dans deux milieux, l'infirmière, la nutritionniste ou l'intervenante sociale peut effectuer la première entrevue, selon les besoins exprimés par la femme ou observés par l'intervenante ayant évalué la

* Chaque fois que l'on fait référence à un tableau en annexe, le numéro de celui-ci est précédé de la lettre A.

demande. Dans deux milieux, une première entrevue conjointe est effectuée par l'infirmière et l'intervenante sociale. Ces mêmes personnes sont responsables de présenter le programme OLO et d'évaluer les facteurs de risque à partir d'une grille ou d'un questionnaire.

3.1.2 Composition et fonctionnement des équipes

Dans l'ensemble des milieux (annexe C), une infirmière et une nutritionniste sont impliquées dans le suivi des femmes inscrites au programme OLO. L'une ou l'autre joue un rôle clé auprès des femmes, entretenant des liens plus fréquents avec elles. Selon les situations, ce rôle peut également être joué par un membre de l'équipe. Une intervenante sociale fait également partie de l'équipe dans neuf des dix milieux; toutefois, dans six milieux, elle intervient au besoin seulement. L'implication d'une technicienne en diététique a été notée dans la moitié des milieux. Ses fonctions concernent les activités de groupe et l'aide à la planification des menus; elle intervient en période postnatale dans un des milieux. Dans deux milieux, elle assume également la fonction de chef d'équipe. Enfin, dans cinq milieux, les femmes ont la possibilité de rencontrer d'autres intervenantes (intervenante communautaire, psychoéducatrice ou orthophoniste).

Les entrevues se déroulent au CLSC ou au domicile. L'endroit privilégié pour le suivi varie beaucoup d'un milieu à l'autre, allant de 2 % des entrevues faites à domicile à presque 100 %. Le choix d'un endroit ou l'autre ne semble pas avoir de lien avec la taille du milieu.

3.1.3 Fréquence et déroulement des rencontres d'équipe

La moitié des milieux ont mis en place des modalités de fonctionnement en équipe pour le programme OLO. Ainsi, quatre équipes se rencontrent chaque mois et une autre toutes les deux semaines. Dans ces cinq milieux, les rencontres se tiennent spécialement pour le programme OLO (trois milieux) ou s'intègrent aux rencontres planifiées pour les SIPPE (deux milieux)*. Dans trois autres milieux, la fréquence des rencontres d'équipe est variable; elles se tiennent selon les besoins exprimés par les intervenantes. Enfin, dans les deux autres milieux, aucune rencontre d'équipe ne se tient dans le cadre du programme OLO.

Un plan d'intervention ou un plan de services individualisés peut être rédigé par certaines équipes.

3.1.4 Facteurs facilitants

Selon l'information recueillie auprès des nutritionnistes des CLSC, les facteurs pouvant favoriser un bon fonctionnement du programme sont, entre autres :

- une définition claire des critères d'admissibilité (1);
- la promotion du programme : ce facteur a été souligné à la fois comme une difficulté (section suivante) et un facteur facilitant. Pour trois nutritionnistes, la bonne connaissance du programme par les intervenantes et par les établissements de santé ainsi que sa bonne réputation seraient des facteurs facilitants;

* Le chiffre entre parenthèses correspond au nombre de fois que chacun des éléments a été mentionné.

- le travail en équipe interdisciplinaire (5), la bonne ambiance de travail (2) et la souplesse des intervenantes (2);
- le type de suivi offert : le supplément alimentaire (coupons) serait un excellent incitatif à la participation au programme (2);
- l'accessibilité du transport (1) ainsi que la possibilité de faire les suivis à domicile (1);
- un suivi commencé tôt pendant la grossesse : cela faciliterait la création de liens significatifs avec les intervenantes (1);
- le fait que la majorité des femmes souhaitent un bébé en santé : cela faciliterait le respect des recommandations (1).

3.1.5 Difficultés éprouvées

Les nutritionnistes consultées ont relevé quelques difficultés relatives au fonctionnement du programme dans leur milieu.

Méconnaissance du programme : Deux nutritionnistes ont parlé d'un manque de promotion du programme OLO ainsi que d'un manque d'information dans leur milieu respectif. Deux autres ont parlé de contacts insuffisants entre les CLSC et les cliniques médicales et les centres hospitaliers, limitant l'orientation¹ vers leur établissement des femmes répondant aux critères d'admissibilité du programme.

Procédure d'admission : Dans un milieu, le nombre de demandes faites par des étudiantes étrangères est très important et celles-ci peuvent avoir un revenu supérieur au SFR. Par ailleurs, elles ne possèdent pas toujours la carte d'assurance maladie du Québec. Selon l'intervenante du milieu, il est possible que certaines femmes non admissibles soient inscrites au programme. La mise en place d'un mécanisme permettant la vérification de l'admissibilité au programme (demande de preuves de revenu) serait souhaitée.

Contexte d'intervention : Certains commentaires ont fait état du temps consacré à des tâches connexes limitant le temps d'intervention nutritionnelle (1) ainsi que du manque de ressources en nutrition pour effectuer des suivis intensifs en période prénatale (1) ou pour offrir un suivi en période postnatale (2). Dans un contexte de mobilité du personnel, il est plus difficile de maintenir les liens de confiance avec les femmes (1). De plus, le transfert non systématique de l'information entre les CLSC nuirait également à la continuité de l'intervention (1).

Suivis : Quelques nutritionnistes mentionnent des difficultés liées au suivi, telles qu'un manque d'assiduité (1), un manque de motivation des femmes à suivre les recommandations (1), une réticence à rencontrer l'intervenante sociale (1) et une irrégularité due aux déménagements fréquents de ces familles (1).

¹ Dans le présent document, les termes « orientation » ou « recommandation » sont utilisés à la place du terme « référence », car il ne correspond pas au sens habituel.

3.2 Population rejointe par le programme OLO

En premier lieu, nous présentons le nombre d'inscriptions au programme pour la région et par CLSC, selon une analyse globale et évolutive. Le critère d'admissibilité étant le faible revenu, nous nous arrêtons ensuite aux principales sources de revenu des femmes inscrites. Cette section présente également le degré d'atteinte de la population ciblée. Enfin, nous mettons en relation le nombre d'inscriptions au programme avec le nombre total de naissances afin d'en évaluer la proportion.

3.2.1 Inscriptions

Selon les nutritionnistes consultées, les principales sources d'orientation des femmes vers le programme OLO sont les cliniques de périnatalité (8), les cliniques médicales (8) et les femmes elles-mêmes (7). Les autres sources sont les intervenantes du CLSC (5), le centre local d'emploi (4), l'Accueil-évaluation-orientation du CLSC (4) et les autres CLSC (3). Quelques autres sources ont été nommées par des nutritionnistes (7).

Pendant la période étudiée, en moyenne, 1 044 femmes ont été inscrites au programme OLO dans la région (tableau 1, tableau A-1). Par rapport au nombre total de naissances dans la région (tableau 2), la proportion des suivis OLO effectués a baissé graduellement d'une année à l'autre, passant d'un maximum de 21,7 % (1999-2000) à un minimum de 18,4 % (2002-2003) (figure 1). Les résultats par CLSC montrent aussi une proportion de suivis dont la tendance générale baisse graduellement (tableau A-1). Il est difficile d'expliquer cette diminution.

3.2.2 Principale source de revenu familial

Le principal critère d'admission au programme OLO est le faible revenu, c'est-à-dire un revenu se situant sous le SFR établi par Statistique Canada.

Constat : Toutes les femmes inscrites répondent au critère d'admission (tableau 3).

Dans l'ensemble de la région, la principale source de revenu est un salaire se situant sous le SFR de Statistique Canada pour 49 % des femmes. L'assistance-emploi constitue pour sa part la principale source de revenu pour 37 % des femmes. Ces deux groupes représentent 86 % des femmes suivies.

La proportion des femmes dont la principale source de revenu est un salaire se situant sous le SFR a augmenté pendant la période étudiée (figure 2), passant de 43,2 % en 1999-2000 à 53,6 % en 2004-2005. Inversement, la proportion de femmes prestataires de l'assistance-emploi est passée de 42,5 % à 30,7 %. Les résultats annuels pour chacun des CLSC sont présentés au tableau A-2.

Une analyse des moyennes de la principale source de revenu par CLSC (tableau 3) montre que, dans cinq milieux, plus de la moitié des femmes ont un salaire se situant sous le SFR. La proportion la plus élevée de femmes prestataires de l'assistance-emploi se retrouve dans le secteur Basse-Ville-Limoilou-Vanier (47 %). Le secteur Sainte-Foy-Sillery-Laurentien se

démarque avec une proportion de 27 % des femmes ayant une bourse d'études comme principale source de revenu. Selon la nutritionniste du secteur, il s'agit principalement d'étudiantes étrangères.

Un total de 6,4 % des femmes se retrouvent dans le groupe « aucun revenu ». Les nutritionnistes des CLSC expliquent cette situation principalement par le fait que certaines femmes sont en attente d'assurance-emploi ou d'assistance-emploi. D'autres habitent chez leurs parents ou ont épuisé leurs prêts et bourses. Enfin, des femmes immigrantes ayant épuisé leurs revenus ou en attente d'un statut se retrouvent également dans ce groupe.

3.2.3 Degré d'atteinte de la population ciblée

Il est possible d'établir le degré d'atteinte de la population visée par le programme OLO à partir du nombre d'inscriptions au programme et de la taille de la population établie comme cible. Cependant, comme nous le mentionnions dans la méthodologie, l'estimation du nombre de mères vivant sous le SFR (population ciblée) demeure approximative. Les données fournies par le recensement de 2001 (tableau 4) utilisées afin d'estimer la cible montrent que presque toutes les femmes vivant sous le SFR auraient été rejointes en 2000. Par contre, lorsqu'on calcule à partir de la moyenne des inscriptions pour la période étudiée, les résultats montrent que 93,6 % des femmes seraient rejointes par le programme.

La sous-estimation apparente du nombre de mères âgées de moins de 20 ans dans les données de recensement de Statistique Canada (2001) mérite une attention particulière. Un écart de plus de cent femmes a été noté, celui-ci peut donc affecter le calcul du degré d'atteinte de la population ciblée. Des données plus précises sont présentées dans la section sur l'âge (tableau 8). De plus, le degré d'atteinte de la population ciblée est calculé par rapport au nombre d'inscriptions, ce qui peut également surestimer le résultat étant donné, entre autres, que certaines femmes abandonnent le programme avant la fin de leur grossesse.

Notons que, dans l'ensemble des CLSC, on observe des fluctuations annuelles importantes dans le nombre d'inscriptions (tableau A-1). Toutefois, l'utilisation de six années pour vérifier l'atteinte de la cible devrait réduire les effets des écarts observés. Malheureusement, aucune cible précise ne peut être utilisée actuellement compte tenu des données disponibles; pour les fins du rapport, on a donc retenu l'estimation faite à partir de la moyenne des inscriptions pour la période étudiée.

L'analyse montre que deux milieux rejoignent une proportion nettement plus faible de femmes, soit le CLSC de La Jacques-Cartier (52,6 %) et le CLSC Sainte-Foy–Sillery–Laurentien (65,5 %). Au CLSC de Charlevoix, le dépassement important de la cible (135 %) pourrait être en partie expliqué par l'erreur liée à l'arrondissement des données fournies par Statistique Canada, erreur qui peut avoir plus d'incidence lorsque le volume de naissances est faible. Cette observation pourrait également s'appliquer au CLSC de Portneuf, bien que le dépassement observé soit moins important.

Le dépassement de la cible observé dans certains CLSC pourrait s'expliquer, d'une part, par la sous-estimation du nombre de mères âgées de moins de 20 ans lors de l'établissement de la cible

et, d'autre part, par des divergences dans l'interprétation des critères d'admission au programme. En effet, l'évaluation de la situation financière doit tenir compte de la taille de la communauté, de la taille de l'unité familiale et du revenu brut (avant impôt) de la famille économique². Enfin, il est possible que des personnes aient bénéficié du programme OLO sans y être admissibles, par exemple des étudiantes en provenance d'autres pays qui ont déclaré faussement un revenu répondant au critère ou qui ne détiennent pas de carte d'assurance maladie.

3.2.4 Évaluation de la proportion de femmes suivies par rapport aux naissances de la région

Selon nos estimations, 18,8 % des femmes ayant donné naissance dans la région devraient être suivies par le programme OLO (tableau 4). Tel que nous le mentionnions dans la section sur les limites du rapport, les données OLO ne sont pas comparables de façon exacte avec les données régionales du tableau 3, les premières étant compilées par année financière (du 1^{er} avril au 31 mars), alors que les secondes sont compilées par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre). L'année du Fichier des naissances correspondant à la deuxième année couverte par une année financière d'OLO a donc servi à la comparaison (ex. : nombre de naissances du Fichier des naissances en 2000 comparé au nombre de femmes suivies par le programme OLO en 1999-2000).

Le nombre de naissances survenues dans la province¹ a connu une diminution de près de 25 % de 1992 à 2004, passant de 96 054 à 74 200 (tableau 2). Cette diminution a été plus marquée entre les années 1992 et 2000 (diminution de 28 %), mais la situation s'est stabilisée depuis. Pendant la période étudiée (1999 à 2003), une fluctuation de plus ou moins 2 à 4 % a été observée dans la province, totalisant une augmentation moyenne de 0,8 %. La même tendance a été observée dans la région, totalisant une diminution des naissances de 23 % entre 1992 et 1998 et de 1,4 % en moyenne entre 1999 et 2003. L'année 2000 présente le nombre de naissances le plus bas pour ces six années, autant dans la province que dans la région. Les proportions de naissances par CLSC sont plus élevées pour les CLSC Sainte-Foy–Sillery–Laurentien, de La Jacques-Cartier, Orléans et La Source, chacun comptant entre 15 % et 17,7 % des naissances totales (tableau 2).

Pour la période étudiée, la proportion de suivis OLO effectués par rapport au nombre de naissances dans la région baisse graduellement, malgré un nombre total de naissances assez stable (figure 1, tableaux 2 et A-1). L'admissibilité au programme étant fixée principalement par un critère financier (SFR), la modification du seuil utilisé affecte directement le nombre d'inscriptions. Les directives sur l'utilisation de ce critère ont régulièrement été mises à jour depuis 2000, et une uniformité dans la région devrait être observée depuis cette date. Toutefois, une compréhension et une utilisation différentes de ces directives de la part des intervenantes ne sont pas impossibles.

La moyenne des femmes rejointes par le programme OLO par CLSC montre des variations d'un CLSC à l'autre (figure 3, tableaux 1 et 2). Par exemple, le CLSC Basse-Ville–Limoilou–Vanier a vu 12,6 % de l'ensemble des naissances de la région, tout en effectuant près du tiers (31,4 %) des

² La famille économique est définie comme étant toutes les personnes partageant le même logement qui sont apparentées par le sang, par alliance, par adoption ou vivant en union libre.

suivis OLO de la région. Les proportions de naissances des CLSC Sainte-Foy–Sillery–Laurentien et de La Jacques-Cartier représentent près de 18 % pour chacun d’entre eux, alors que les suivis qu’ils font représentent respectivement 12 % et 7 % de tous les suivis OLO. Ces disparités s’expliquent par une concentration des femmes vivant en contexte de plus grande vulnérabilité dans certains milieux. Pour les autres CLSC, les proportions de femmes suivies sont plus près de la proportion des naissances obtenue pour la région.

Selon les nutritionnistes, les fluctuations du nombre de suivis observées seraient liées à la visibilité inégale du programme et aux variations du nombre de femmes enceintes orientées vers ce service. Dans certains CLSC, on note également des fluctuations importantes du nombre de naissances annuelles. Enfin, certains CLSC ont bénéficié de l’augmentation de la l’orientation de femmes admissibles par les cliniques jeunesse et de périnatalité de leur milieu.

3.2.5 Suivis non complétés

Les suivis non complétés varient de 7 % à 10,7 % pour l’ensemble de la région, totalisant une moyenne de 8,8 % pour la période étudiée (tableaux 1 et A-1). Par territoire de CLSC, les moyennes varient de 6,5 % à 14,3 %. L’évolution des suivis non complétés (tableau A-1) montre des fluctuations importantes, passant de 0 % à 21,6 %. Les principales explications mentionnées par les nutritionnistes seraient, entre autres, un nombre important de déménagements, le manque d’intérêt de certaines femmes, un nombre important de fausses-couches et d’avortements ainsi que des modifications dans la situation financière.

Dans les cas de déménagement, après avoir obtenu le consentement de la femme, les équipes OLO des CLSC privilégient un transfert personnalisé avec une intervenante du CLSC du nouveau lieu de résidence de la mère. Selon les commentaires des nutritionnistes, cette pratique aurait avantage à être systématisée.

Tableau 1 : Nombre d'inscriptions au programme OLO et nombre de suivis non complétés, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005

SUIVIS	CLSC								Région
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
Inscriptions ¹ (n ^{bre})	59	108	106	328	113	136	141	54	1 044
% de la région ²	5,6	10,3	10,2	31,4	10,8	13,0	13,5	5,2	100,0
Suivis non complétés (n ^{bre})	4	13	15	22	8	10	15	4	92
% par CLSC et région	6,5	12,4	14,3	6,8	7,1	7,1	10,9	7,4	8,8

1. Nombre moyen d'inscriptions au programme OLO par CLSC et pour la région.
2. Proportion du nombre de femmes inscrites au programme OLO dans chacun des CLSC par rapport à l'ensemble des inscriptions de la région.

Tableau 2 : Nombre de naissances, 1992 à 2003, et moyenne de 1999 à 2003, CLSC, région et province

NAISSANCES PAR ANNÉE (N ^{BRE})	CLSC								Région	Province
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix		
1992									7 493	96 054
1993									7 251	92 322
1994									7 000	90 417
1995									6 866	87 258
1996									6 604	85 130
1997									6 178	79 724
1998									5 763	75 865
1999	361	1 059	574	677	951	946	821	231	5 620	73 599
2000	350	909	598	684	950	868	796	242	5 397	72 010
2001	366	1 003	562	707	975	925	843	243	5 624	73 699
2002	337	975	561	697	922	899	852	236	5 479	72 478
2003	357	953	546	722	1 051	868	851	232	5 580	73 600
Moyenne 1999 à 2003 (n ^{bre})	354	980	568	697	970	901	833	237	5 540	73 077
%	6,4	17,7	10,3	12,6	17,5	16,3	15,0	4,3	100,0	

Tableau 3 : Principale source de revenu familial au moment de l'inscription au programme OLO, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005

PRINCIPALE SOURCE DE REVENU	CLSC								Région
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
Assistance-emploi (aide sociale) (n ^{bre})	23	30	33	146	33	48	51	13	376
%	39,5	27,9	30,6	47,2	29,0	35,2	36,2	23,2	36,6
Salaire sous le SFR de Statistique Canada (n ^{bre})	31	43	49	131	67	75	71	36	503
%	53,4	40,1	46,3	42,1	58,9	54,9	50,5	67,2	49,0
Bourse d'études (n ^{bre})	1	29	12	14	3	3	5	1	67
%	0,9	26,6	10,9	4,5	2,4	2,5	3,8	1,2	6,5
Aucun revenu (n ^{bre})	4	5	5	17	11	10	11	3	66
%	6,3	4,5	4,7	5,5	9,4	7,4	8,0	5,9	6,4
Autre (n ^{bre})	0	0	1	2	0	0	2	0	5
%	0,0	0,2	0,9	0,5	0,1	0,0	1,2	0,0	0,5
Données manquantes (n ^{bre})	0	1	7	1	0	0	0	1	11
%	0,0	0,8	6,6	0,3	0,1	0,1	0,2	2,5	1,0
Total (n ^{bre})	59	108	107	310	113	136	141	54	1 027
%	5,7	10,5	10,4	30,2	11,0	13,2	13,7	5,2	100,0

Tableau 4 : Évaluation de la population visée et degré d'atteinte de la cible

	CLSC								Région	Proportion des femmes inscrites par rapport aux naissances de la région
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix		
Cible : Parent sous le SFR ¹ , recensement (n ^{bre})	50	165	115	275	215	130	125	40	1 115	
Inscriptions, programme OLO, 1999-2000 (n ^{bre})	61	158	126	351	141	133	140	60	1 170	21,0 %
Degré d'atteinte de la cible pour 1999-2000 (%)	122,0	95,8	109,6	127,6	65,6	102,3	112,0	150,0	104,9	
Inscriptions, programme OLO, moyenne six années (1999-2000 à 2004-2005) (n ^{bre})	59	108	106	328	113	136	141	54	1 044	18,8 %
Degré d'atteinte de la cible pour la moyenne des six années (%)	118,0	65,5	92,2	119,3	52,6	104,6	112,8	135,0	93,6	

1. Parent de sexe féminin âgé de 15 ans et plus ayant au moins un enfant âgé de moins d'un an à la maison dans la famille de recensement selon le SFR pour le Québec et les CLSC. Recensement 2001, données-échantillon (20 %).

Figure 1 : Évolution du nombre et de la proportion des inscriptions au programme OLO (1999-2000 à 2002-2003), par rapport au nombre de naissances de la région (2000 à 2003)

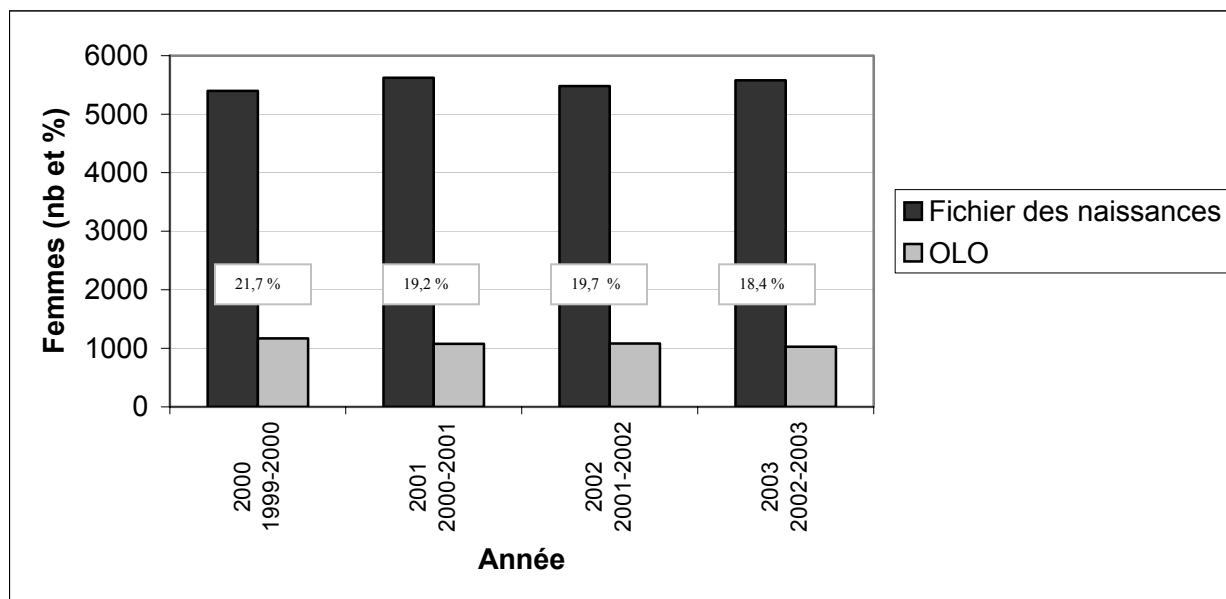


Figure 2 : Évolution de la répartition de la principale source de revenu des femmes inscrites au programme OLO, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005

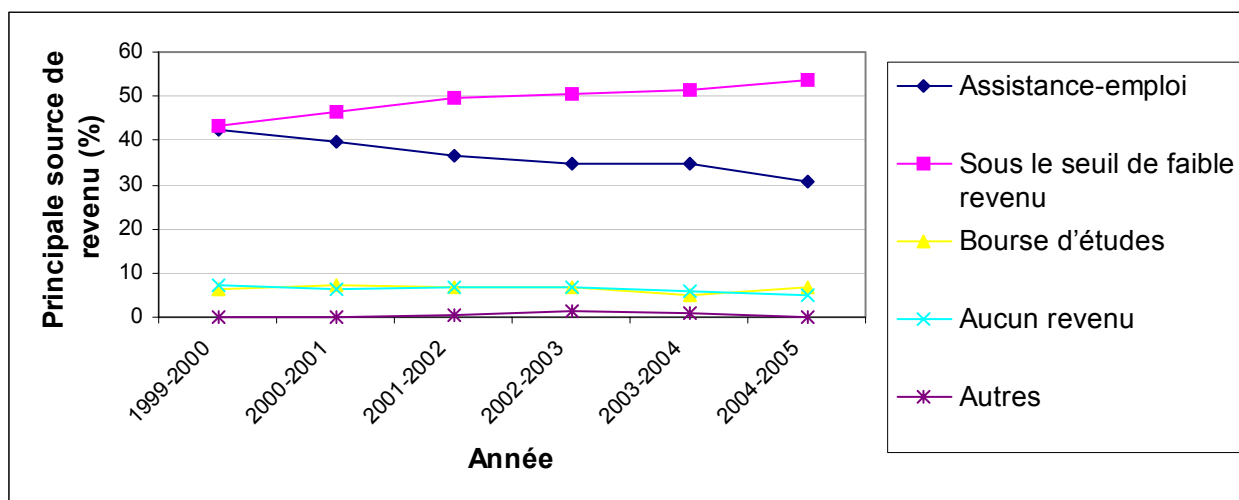
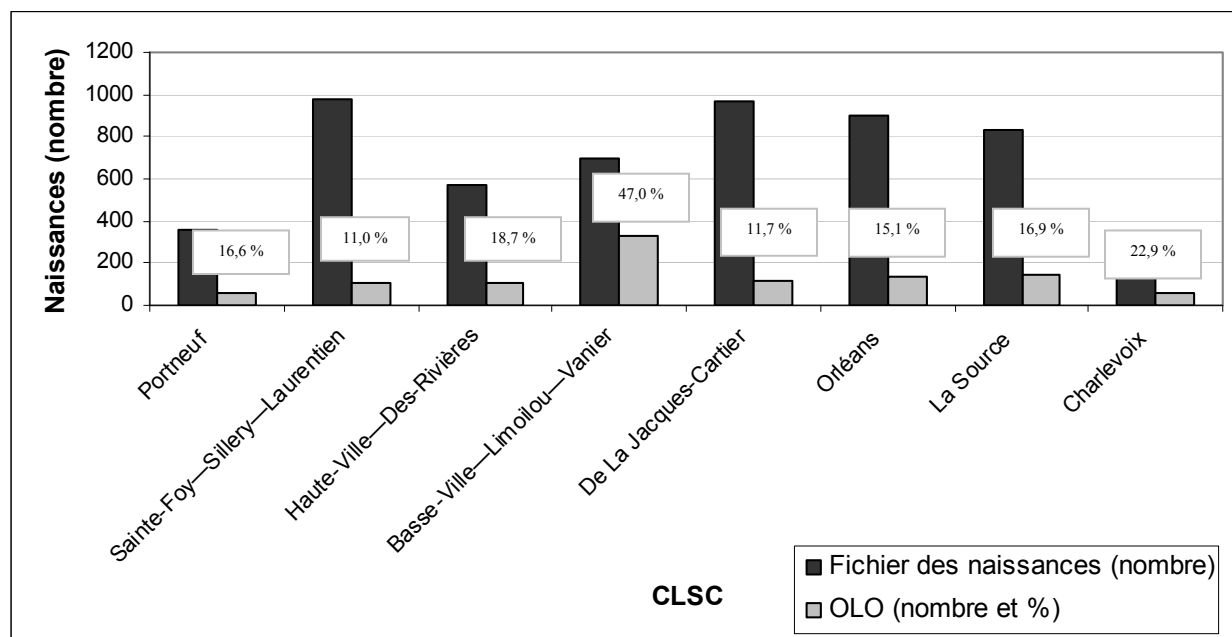


Figure 3 : Nombre et proportion des inscriptions au programme OLO, par rapport au nombre de naissances par CLSC, moyenne de 1999 à 2003



3.3 Caractéristiques des femmes au moment de l'inscription au programme OLO

Cette section présente les statistiques recueillies sur les caractéristiques des femmes rejointes par le programme OLO, soit leur scolarité, leur âge, leur situation matrimoniale et leur statut d'immigrante ou de réfugiée. Les statistiques incluent également les facteurs de risque relevés ainsi que le nombre de semaines de gestation des femmes au moment de l'inscription.

3.3.1 Scolarité

Un des facteurs associés aux issues de grossesse défavorables et pouvant caractériser les femmes à faible revenu est la sous-scolarité, c'est-à-dire une scolarité de moins de onze années.

Dans l'ensemble de la région, 31 % des femmes inscrites au programme OLO avaient une scolarité de moins de onze années (tableau 5). Une analyse par CLSC montre une variation très importante de ce facteur, passant de 11,5 % à 47,7 % selon les milieux. La sous-scolarité semble plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain. Non seulement on y retrouve la proportion la plus élevée de sous-scolarisation (47,7 %), mais c'est aussi au CLSC de Portneuf que l'on retrouve la plus forte proportion de mères (15,3 %) ayant une scolarité inférieure à neuf années. Notons que ce même territoire présente également la proportion la plus élevée de femmes dont le revenu se situe dans le groupe « revenu insuffisant » (53 %). Pour sa part, le CLSC Sainte-Foy—Sillery—Laurentien se démarque nettement avec la plus forte proportion de femmes ayant une scolarité de onze ans et plus (87,2 %), dont près du quart (24,3 %) se situent dans le groupe « seize ans et plus ». Ces résultats sont représentatifs des données sur les naissances de la région. C'est aussi

dans ce CLSC que se retrouve la plus grande proportion de femmes dont la source de revenu principale est « bourse d'études » (27 %).

Une proportion élevée de femmes dont le degré de scolarité est inconnu se retrouve dans les CLSC Portneuf (10 %) et Basse-Ville–Limoilou–Vanier (7 %). Selon les nutritionnistes de ces milieux, cela pourrait être lié au fait que plusieurs personnes se partagent l'inscription des données dans le système d'information clientèle et que certains renseignements n'ont pas nécessairement été recueillis. Par ailleurs, plus de renseignements manqueraient sur les femmes inscrites au cours de la période postnatale.

Deux constatations se dégagent lorsqu'on compare la scolarité des femmes inscrites au programme OLO avec celle de l'ensemble des femmes accouchées (tableaux 5 et 6). D'une part, la proportion de femmes faiblement scolarisées (moins de onze ans de scolarité) est cinq fois plus élevée chez les femmes inscrites au programme OLO (31 %) que chez les femmes accouchées de la région (5,7 %). Cette comparaison permet de croire que presque toutes les femmes ayant moins de onze ans de scolarité sont rejointes par le programme OLO. D'autre part, il est intéressant de noter que, si on y ajoute les femmes ayant « onze-douze ans de scolarité » suivies par le programme OLO, on en arrive à 67 % des femmes inscrites, comparativement à 25 % chez les femmes accouchées de la région (figure 4), ce qui montre à quel point les femmes moins scolarisées sont rejointes par le programme.

Le programme OLO atteint une très grande proportion des femmes peu scolarisées dans chacun des CLSC. Cet autre résultat indique que les femmes rejointes par le programme sont bien celles qui sont ciblées.

La scolarité des femmes accouchées de la région se différencie de celle obtenue pour la province principalement pour le groupe « moins de onze ans », dont la proportion est deux fois moins élevée dans la région (5,7 %) que dans la province (12 %). Pour les autres groupes, les proportions sont assez semblables.

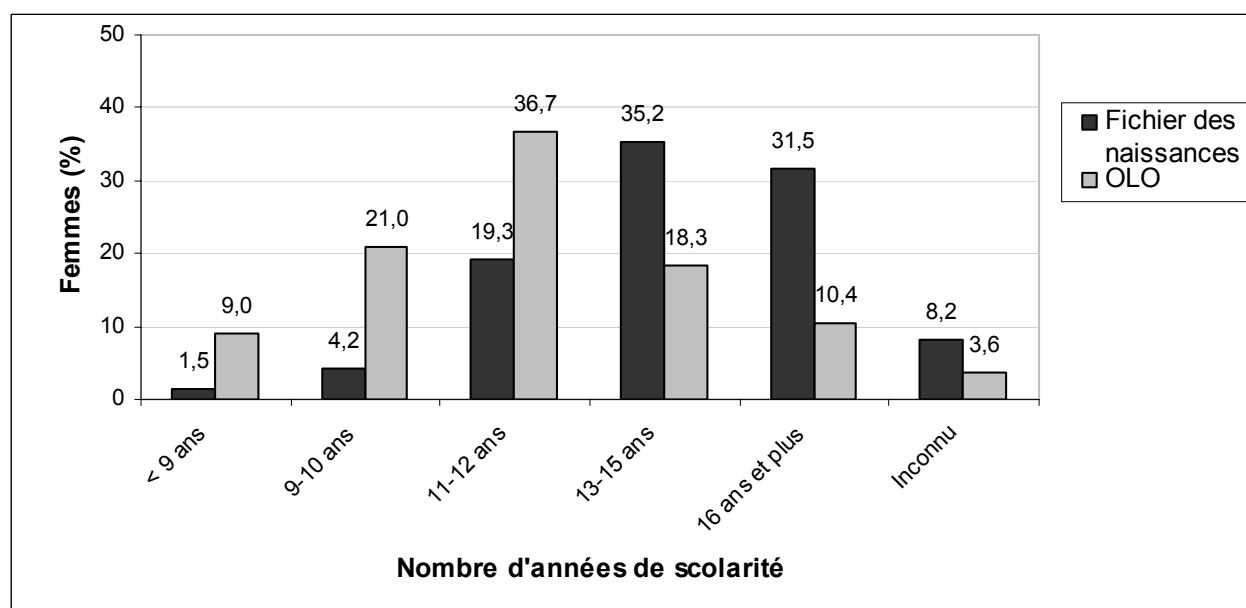
Tableau 5 : Nombre d'années de scolarité des femmes inscrites au programme OLO, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005

SCOLARITÉ	CLSC								Région
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
Moins de 9 années (n ^{bre})	9	4	7	27	15	18	11	6	95
%	15,3	3,3	6,1	8,2	13,4	12,9	8,0	11,1	9,0
9-10 années (n ^{bre})	19	9	19	73	26	28	31	14	219
%	32,4	8,2	18,1	22,7	23,1	20,7	22,3	26,0	21,0
Total moins de 11 années (n ^{bre})	28	12	26	100	41	46	42	20	323
%	47,7	11,5	24,2	30,9	36,5	33,6	30,3	37,2	31,0
11-12 années (n ^{bre})	19	35	37	117	39	47	67	21	383
%	32,7	32,4	35,2	36,4	35,0	34,8	48,5	39,6	36,7
13-15 années (n ^{bre})	4	33	24	54	20	29	18	9	191
%	7,1	30,5	22,8	16,8	18,2	21,0	12,8	16,4	18,3
16 années et plus (n ^{bre})	2	26	18	30	7	14	10	2	109
%	2,6	24,3	17,0	9,3	5,8	10,5	7,4	4,0	10,4
Total 11 années et plus (n ^{bre})	25	94	80	201	66	90	95	32	683
%	42,3	87,2	74,9	62,5	58,9	66,3	68,7	60,1	65,4
Données manquantes (n ^{bre})	6	2	1	21	5	0	1	2	38
%	9,9	1,4	0,9	6,6	4,6	0,1	1,0	2,8	3,6
Total (n ^{bre})	59	108	106	322	112	136	138	54	1 043
%	5,6	10,3	10,2	30,9	10,7	13,0	13,2	5,2	100,0

Tableau 6 : Nombre d'années de scolarité des femmes ayant donné naissance, CLSC, région, province, moyenne de 1999 à 2003

SCOLARITÉ	CLSC								Région	Province
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix		
Moins de 9 années (n ^{bre})	5	4	7	28	10	10	12	6	84	2 543
%	1,4	0,4	1,1	4,0	1,0	1,1	1,4	2,5	1,5	3,5
9-10 années (n ^{bre})	16	13	12	63	34	40	34	21	233	6 249
%	4,5	1,3	2,1	9,0	3,5	4,4	4,1	8,9	4,2	8,5
Total moins de 11 années (n ^{bre})	21	17	19	91	44	50	46	27	317	8 792
%	5,9	1,7	3,3	13,1	4,5	5,5	5,5	11,4	5,7	12,0
11-12 années (n ^{bre})	95	104	79	189	212	180	151	57	1 068	16 174
%	26,8	10,6	13,9	27,1	21,9	20,0	18,1	24,1	19,3	22,1
13-15 années (n ^{bre})	129	310	193	203	379	348	303	88	1 951	21 223
%	36,3	31,7	34,0	29,1	39,1	38,6	36,4	37,1	35,2	29,0
16 années et plus (n ^{bre})	79	451	223	155	248	267	272	53	1 747	21 607
%	22,3	46,1	39,3	22,2	25,6	29,6	32,7	22,4	31,5	29,5
Total 11 années et plus (n ^{bre})	303	865	495	547	839	795	726	198	4 766	59 004
%	85,4	88,4	87,1	78,5	86,6	88,1	87,2	83,5	86,0	80,7
Données manquantes (n ^{bre})	31	97	54	59	86	57	61	12	457	5 343
%	8,7	9,9	9,5	8,5	8,9	6,3	7,3	5,1	8,2	7,3
Total (n ^{bre})	355	979	568	697	969	902	833	237	5 540	73 139
%	6,4	17,7	10,3	12,6	17,5	16,3	15,0	4,3	100,0	100,0

Figure 4 : Nombre d'années de scolarité des femmes inscrites au programme OLO, par rapport aux femmes accouchées de la région, moyenne de 1999 à 2003



3.3.2 Âge

Tel que nous l'avons présenté dans la revue de littérature, les femmes âgées de moins de 20 ans sont plus à risque de donner naissance à un enfant de faible poids ou prématuré.

Depuis l'année 2002-2003, le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) est implanté dans les CLSC de la région. Comme la proportion de jeunes femmes suivies est demeurée assez stable depuis l'implantation de ce programme (données non présentées), cela signifie que les jeunes mères étaient bien rejointes par OLO.

La répartition des femmes inscrites au programme OLO par groupe d'âge est présentée au tableau 7. Dans l'ensemble de la région, 15,2 % des femmes suivies étaient âgées de moins de 20 ans, dont 4,2 % se situaient dans le groupe des 14-17 ans et 11,1 %, dans celui des 18-19 ans.

Le tableau 8 présente la répartition de l'âge des femmes accouchées de la région et de la province. Notons que les données des tableaux 7 et 8 ne sont pas exactement comparables. En effet, le tableau 7 présente l'âge des femmes au moment de leur inscription au programme OLO, tandis que le tableau 8 présente l'âge des femmes de la région au moment de l'accouchement. Les femmes ayant bénéficié du programme OLO peuvent avoir changé de groupe d'âge en cours de grossesse. Toutefois, la comparaison des données régionales montre que la majorité des femmes enceintes âgées de moins de 20 ans seraient rejointes par le programme OLO. Cette comparaison indique également que la proportion de jeunes mères est cinq fois plus élevée chez les femmes inscrites au programme OLO que chez les femmes accouchées de la région (15,2 %, comparativement à 2,8 %). Pour le même groupe d'âge, on retrouve une proportion de 4 % dans la province. De plus, environ deux fois plus de femmes inscrites au programme OLO se situent dans le groupe des 20-24 ans, soit 37,8 %, comparativement à 16,8 % parmi l'ensemble des femmes accouchées de la région. La figure 5 illustre bien les différences dans la distribution des groupes d'âge. Ainsi, 53,1 % des femmes suivies sont âgées de 24 ans et moins, alors que 19,6 % des femmes accouchées de la région appartiennent à ce groupe d'âge.

Une analyse par CLSC montre une plus grande proportion de femmes âgées de moins de 20 ans au CLSC de Portneuf (19,9 %), dont un peu moins de la moitié sont âgées de moins de 18 ans. Les membres de l'équipe OLO de ce CLSC expliquent ce constat par un dépistage efficace des jeunes femmes enceintes effectué par la clinique de périnatalité de leur territoire, par le travail de l'infirmière en milieu scolaire ainsi que par une bonne connaissance du programme par la population. Les deux autres CLSC où les suivis effectués auprès de ce groupe d'âge sont plus élevés que la moyenne régionale sont Orléans (18,4 %) et de La Jacques-Cartier (16,7 %).

La proportion de jeunes mères touchées par le programme est plus grande que la proportion de jeunes mères parmi l'ensemble des femmes accouchées (tableaux 7 et 8). Cette comparaison révèle aussi que la majorité des jeunes mères est rejointe par les CLSC, ce qui montre une excellente participation des jeunes femmes au programme OLO.

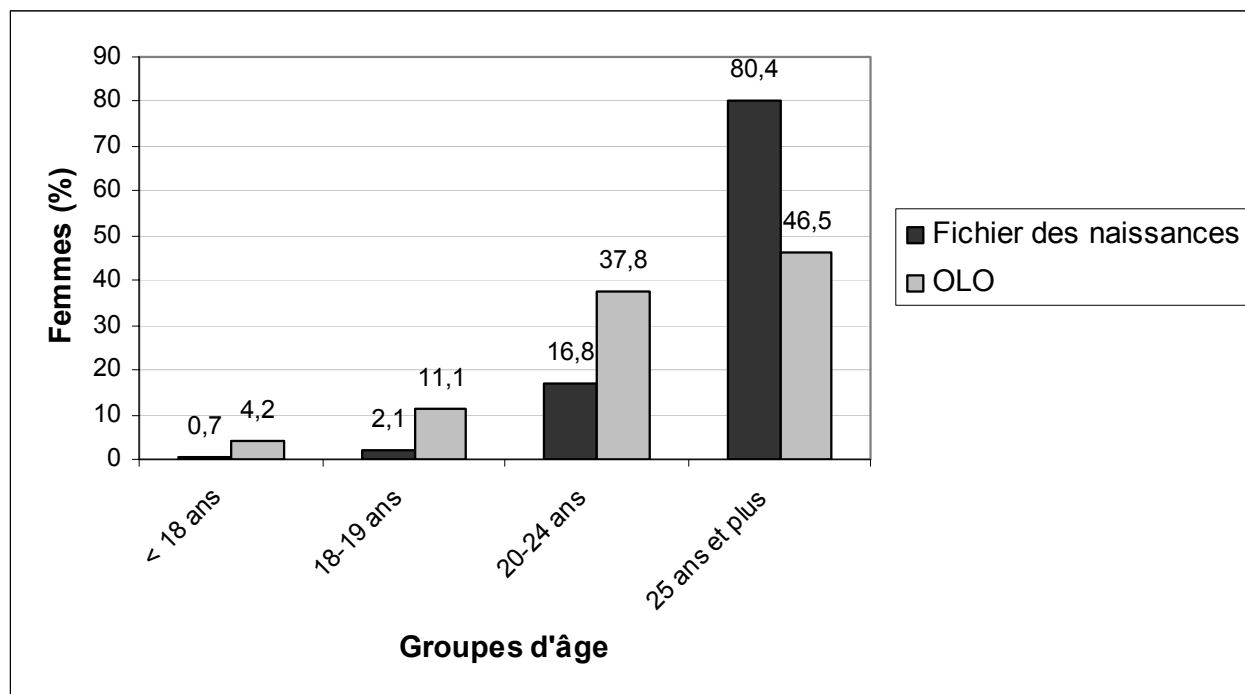
Tableau 7 : Âge des femmes au moment de l'inscription au programme OLO, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005

ÂGE DES FEMMES	CLSC								Région
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
< 18 ans (n ^{bre})	5	2	3	12	7	7	7	2	43
%	8,0	2,2	2,7	3,6	6,0	4,9	4,7	3,1	4,2
18-19 ans (n ^{bre})	7	12	9	36	12	18	15	7	116
%	11,9	10,8	8,6	11,0	10,6	13,5	10,4	12,0	11,1
Total < 20 ans (n ^{bre})	12	14	12	48	19	25	21	8	159
%	19,9	13,0	11,3	14,6	16,7	18,4	15,1	15,0	15,2
20-24 ans (n ^{bre})	22	35	43	125	42	51	55	21	394
%	36,9	32,5	40,8	38,2	37,5	37,4	38,8	39,0	37,8
25 ans ou plus (n ^{bre})	25	59	50	155	52	60	64	23	486
%	42,6	54,3	46,6	47,2	45,9	44,1	45,2	42,3	46,5
Total 20 ans ou plus	47	94	93	280	94	111	118	44	880
%	79,5	86,8	87,4	85,4	83,3	81,5	84,0	81,3	84,3
Données manquantes	0	0	1	0	0	0	1	2	5
%	0,6	0,2	1,3	0,0	0,0	0,1	0,8	3,7	0,5
Total	59	108	106	328	113	136	141	54	1 044

Tableau 8 : Âge des femmes ayant donné naissance, CLSC, région et province, moyenne de 1999 à 2003

ÂGE DES FEMMES	CLSC								Région	Province
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix		
< 18 ans (n ^{bre})	3	2	3	13	5	5	5	2	37	746
%	0,8	0,2	0,5	1,9	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	1,0
18-19 ans (n ^{bre})	7	10	11	37	16	17	14	7	119	2 279
%	2,0	1,0	1,9	5,3	1,6	1,9	1,7	2,8	2,1	3,1
Total < 20 ans (n ^{bre})	10	13	14	52	22	23	20	9	157	3 026
%	2,8	1,3	2,5	7,4	2,2	2,5	2,4	3,8	2,8	4,1
20-24 ans (n ^{bre})	64	106	93	192	154	143	123	53	929	14 240
%	18,1	10,8	16,3	27,5	15,9	15,9	14,8	22,4	16,8	19,5
25 ans ou plus (n ^{bre})	280	861	462	455	795	736	691	175	4 455	55 875
%	79,1	87,9	81,2	65,3	82,0	81,7	83,0	74,1	80,4	76,4
Total 20 ans ou plus	344	967	555	647	949	879	814	228	5 384	70 115
%	97,2	98,7	97,6	92,8	97,8	97,6	97,7	96,5	97,2	95,9
Total	354	979	569	697	970	901	833	236	5 540	73 140

Figure 5 : Âge des femmes inscrites au programme OLO par rapport aux femmes accouchées de la région, moyenne de 1999 à 2004



3.3.3 Situation matrimoniale

La situation matrimoniale peut influencer l'issue de grossesse, les femmes monoparentales ayant une plus grande probabilité de donner naissance à un enfant de poids insuffisant ou prématuré que les femmes vivant en couple.

Dans l'ensemble de la région, près du quart (24,1 %) des femmes inscrites au programme OLO étaient monoparentales au moment de l'inscription (tableau 9). Deux CLSC présentent des proportions nettement plus élevées que la moyenne régionale, soit Sainte-Foy–Sillery–Laurentien (37,6 %) et de La Jacques-Cartier (30,5 %).

L'information disponible sur les femmes accouchées de la région est le nombre de mères ne vivant pas en couple (tableau 10). Cette information, quoique pertinente, n'est pas exactement comparable à celle colligée sur les femmes inscrites au programme OLO. Toutefois, la comparaison entre les deux groupes de population met en évidence la proportion plus élevée de femmes inscrites au programme OLO n'ayant pas de conjoint au moment de l'accouchement (24,1 %) par rapport à la proportion parmi les femmes accouchées de la région (9,3 %) (figure 6).

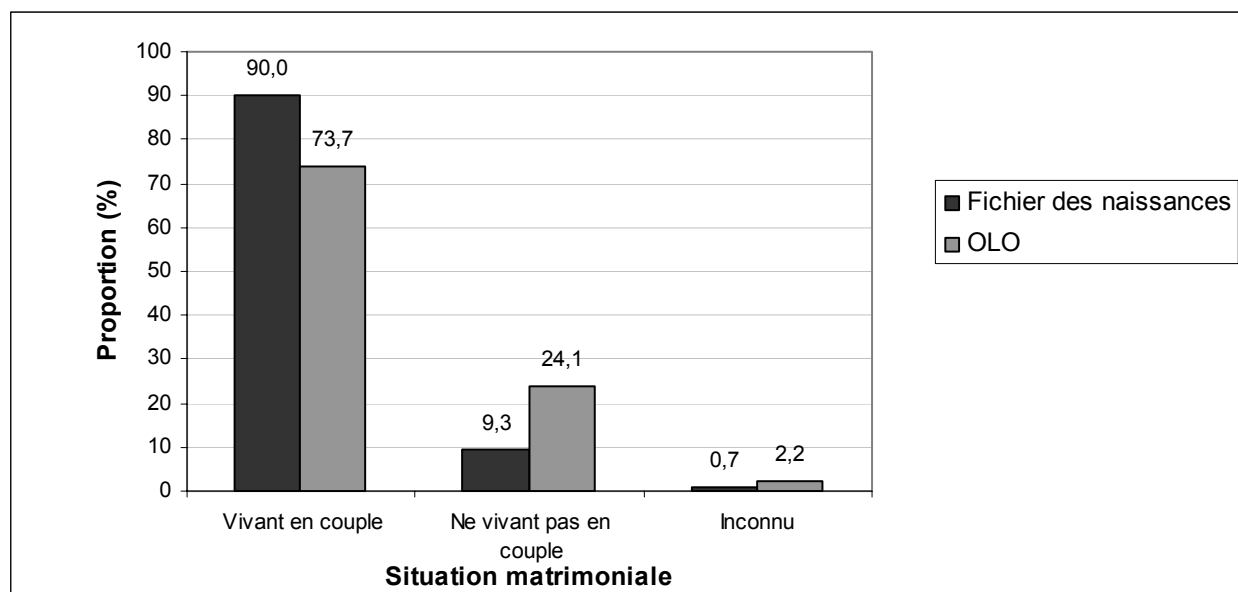
Tableau 9 : Situation matrimoniale des femmes inscrites au programme OLO, CLSC, région, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005

SITUATION MATRIMONIALE	CLSC								Région
	Portneuf	Sainte-Foy- Sillery- Laurentien	Haute-Ville- Des-Rivières	Basse-Ville- Limoilou- Vanier	De La Jacques- Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
Monoparentale (n ^{bre})	13	41	23	61	35	33	34	10	249
%	21,9	37,6	21,7	19,1	30,5	24,5	24,1	18,6	24,1
Vivant en couple (n ^{bre})	45	67	81	244	79	101	106	42	763
%	77,0	61,8	75,8	76,7	69,5	74,0	75,4	77,1	73,7
Situation matrimoniale non connue (n ^{bre})	1	1	3	13	0	2	1	2	22
%	1,1	0,6	2,5	4,1	0,0	1,5	0,6	4,3	2,2
Total de femmes (n ^{bre})	59	108	106	318	113	136	141	54	1 034
Proportion des naissances par CLSC par rapport à la région (%)	5,7	10,4	10,3	30,8	10,9	13,2	13,6	5,2	100,0

Tableau 10 : Situation matrimoniale des femmes ayant donné naissance dans la région, moyenne de 1999 à 2003

SITUATION MATRIMONIALE (N ^{BRE})	ANNÉE					MOYENNE 1999-2003	
	1999	2000	2001	2002	2003	NOMBRE	%
Vivant en couple	5 124	4 932	4 927	4 915	5 067	4 975	90,0
Ne vivant pas en couple	451	434	645	537	486	517	9,3
Données manquantes	45	31	52	27	27	39	0,7
Total	5 620	5 397	5 624	5 479	5 580	5 530	100,0

Figure 6 : Situation matrimoniale des femmes inscrites au programme OLO (moyenne de 1999-2000 à 2004-2005), par rapport aux femmes accouchées de la région (moyenne de 1998 à 2003)



3.3.4 Statut d'immigrante ou de réfugiée

Les données concernant l'immigration sont disponibles pour les femmes inscrites au programme OLO seulement. Le même critère d'admissibilité au programme s'applique à ce groupe de population. Il n'est toutefois pas possible de faire la distinction entre les immigrées et les étudiantes en provenance de pays étrangers.

La distribution des femmes immigrées ou réfugiées (tableau 11) montre une disparité importante entre les CLSC. Trois CLSC ont une proportion plus élevée de suivis auprès de ce groupe de population, soit Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (23,6 %), Basse-Ville-Limoilou-Vanier (14,9 %) et La Source (13,2 %). Une augmentation constante a été observée au CLSC Sainte-Foy-Sillery-Laurentien, qui est passé d'aucun suivi en 2001-2002 à 42 en 2004-2005. Pour les autres CLSC, très peu ou même aucune des femmes suivies n'appartiennent à ce groupe. Il sera important de suivre la tendance à cet égard au cours des prochaines années afin d'adapter, s'il y a lieu, les services offerts à cette population.

Tableau 11 : Femmes immigrées ou réfugiées inscrites au programme OLO, 2001-2002 à 2004-2005

	ANNÉES	CLSC								Région
		Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
Femmes suivies immigrées ou réfugiées (n ^{bre})	2001-2002	0	0	22	49	0	0	25	4	100
	2002-2003	0	15	3	37	1	10	18	0	84
	2003-2004	0	29	4	53	1	0	12	0	99
	2001-2002 à 2004-2005	0	42	1	51	3	12	24	0	133
Total (n ^{bre})	2001 à 2005	0	86	30	190	5	22	79	4	416
Total des femmes suivies programme OLO (n ^{bre})	2001-2002 à 2004-2005	228	365	382	1 277	403	555	597	209	4 016
%		0,0	23,6	7,9	14,9	1,2	4,0	13,2	1,9	10,4

3.3.5 Facteurs de risque

Au moment de l'inscription au programme OLO, les intervenantes recueillent de l'information sur certains facteurs de risque pouvant influencer les issues de grossesse. Notons que la procédure de collecte de données peut varier selon les intervenantes et peut amener des variations dans les facteurs de risque notés. La définition des indicateurs a été amorcée à l'origine des bilans annuels, mais sa pertinence a été remise en question en raison de la formation et de l'expertise acquises par les différentes intervenantes. La liste de ces facteurs a été légèrement modifiée au cours des années. Les données sont présentées en fonction de leur prévalence par rapport au nombre total de facteurs de risque rapportés (tableau 12). Ainsi, plus d'un facteur pouvait être nommé pour une même personne. Les résultats présentent des fluctuations importantes, particulièrement pour l'année 2000-2001, où des écarts prononcés (17 %) peuvent être observés par rapport aux autres années pour la plupart des facteurs de risque, sauf les risques nutritionnels. Il n'est pas possible d'expliquer ce résultat.

Les risques nutritionnels représentent les facteurs de risque les plus fréquemment rencontrés pendant la période étudiée (69,5 %). Suivent, selon un ordre décroissant, le stress lié à une organisation matérielle déficiente (38,6 %), les habitudes de vie (alcool, drogues, tabagisme...) (34,1 %) et l'isolement (18,7 %). Des problèmes de santé mentale ont été décelés chez 8,4 % des femmes. On note à ce chapitre une tendance à l'augmentation. Enfin, les autres facteurs de risque ont été décelés chez moins de 7 % des femmes.

Tableau 12 : Facteurs de risque des femmes inscrites au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005

ANNÉES	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	Moyenne six années
Inscriptions totales pour chacune des années (n ^{bre})	1 166	1 079	1 082	1 025	907	1 002	1 044
Facteurs de risque (%)							
Nutritionnels	74,5	72,5	71,0	67,8	69,5	62,0	69,5
Stress lié à une organisation matérielle déficiente	21,5	36,3	42,2	43,8	45,9	42,0	38,6
Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, médicaments)	35,5	29,9	30,9	35,6	38,7	33,7	34,1
Isolement social	17,5	4,4	25,0	22,0	22,2	21,2	18,7
Problèmes de santé mentale	3,1	21,0	5,3	5,2	8,7	7,0	8,4
Statut d'immigrante ou de réfugiée	0,0	0,0	9,2	8,2	10,9	13,3	6,9
Problèmes d'attachement parent-enfant	9,4	0,6	9,0	6,1	6,0	4,1	5,9
Violence familiale ou conjugale	4,8	11,3	5,9	4,5	4,7	4,2	5,9
Difficultés de couple	0,0	0,0	3,3	9,2	10,9	6,6	5,0
Problèmes de santé physique	0,0	0,0	2,9	7,4	6,9	5,8	4,6
Négligence parentale	2,0	4,6	3,5	3,8	4,5	3,0	3,6
Autres, spécifiez (famille dysfonctionnelle)	6,6	3,2	1,6	3,8	2,3	0,8	3,1
Abus physiques ou sexuels envers les enfants	1,1	7,6	0,4	1,4	1,0	0,6	2,0

3.3.6 Nombre de semaines de gestation

Afin de favoriser une période d'intervention suffisamment longue pour qu'elle puisse influencer l'issue de la grossesse, le suivi devrait commencer avant la vingtième semaine de gestation. En 2003, la Direction régionale de santé publique recommandait que tous les suivis soient commencés au plus tard à quinze semaines de grossesse afin de favoriser une intervention optimale.

Une moyenne de 67,9 % des femmes inscrites au programme OLO dans la région avaient commencé leur suivi avant la vingtième semaine de gestation (tableau 13). Les données obtenues pour les CLSC montrent une fluctuation dans la proportion de suivis commencés avant la vingtième semaine au cours de la période étudiée (tableau A-3 et figure 7). Selon les CLSC, de 57,7 % à 76,3 % des suivis débutent avant cette période. Les données recueillies ne permettent pas de mesurer l'intensité et la durée du suivi, mais cela sera possible avec la Fiche de périnatalité et le système d'information clientèle des CLSC. Toutefois, de l'information complémentaire a été fournie par les nutritionnistes des CLSC : une moyenne de 3,8 entrevues en nutrition par femme était effectuée. Une plus grande intensité est généralement offerte aux femmes âgées de moins de 20 ans.

Parmi les femmes ayant commencé leur suivi avant la vingtième semaine de gestation, 61,6 % l'avaient commencé entre douze et dix-neuf semaines et 6,3 %, à moins de douze semaines (figure 8 et tableau A-4).

On a relevé des disparités entre les CLSC au regard du nombre de semaines de gestation au début du suivi (tableau A-4). Les CLSC de Charlevoix et de Portneuf présentent les proportions

les plus élevées de suivis commencés avant la vingtième semaine de grossesse, soit près des trois quarts (76,3 % et 74,1 %). Il est possible que la présence de cliniques de périnatalité dans ces deux CLSC favorise un suivi commencé plus tôt. La proportion la plus faible se retrouve au CLSC Sainte-Foy–Sillery–Laurentien (57,7 %).

Les principales raisons fournies par les nutritionnistes pour expliquer un début plus tardif sont la méconnaissance du programme OLO, le changement de situation de la femme enceinte (situation financière ou déménagement) et une orientation tardive vers le service. Certaines femmes tenteraient de se débrouiller elles-mêmes avant de demander de l'aide ou vivraient une ambivalence par rapport à la grossesse. Par ailleurs, certains commentaires sur l'intensité du suivi font état d'une crainte des femmes de s'intégrer au programme. Enfin, certaines femmes seraient difficiles à rejoindre.

Tableau 13 : Nombre de semaines de gestation des femmes inscrites au programme OLO, CLSC, région, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005

NOMBRE DE SEMAINES DE GESTATION	CLSC								Région
	Portneuf	Sainte-Foy–Sillery–Laurentien	Haute-Ville–Des-Rivières	Basse-Ville–Limoilou–Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
Moins de 20 semaines (n ^{bre})	38	52	60	212	57	76	68	33	596
%	74,1	57,7	64,9	72,1	67,6	66,7	63,0	76,3	67,9
20 semaines et plus (n ^{bre})	13	38	32	82	27	38	40	9	280
%	25,9	42,3	35,1	27,9	32,4	33,2	37,0	21,0	31,9
Données manquantes (n ^{bre})	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total (n ^{bre})	52	90	92	294	84	114	108	44	877

Figure 7 : Évolution de la proportion des suivis commencés avant la vingtième semaine de gestation, programme OLO, région, 1999-2000 à 2004-2005

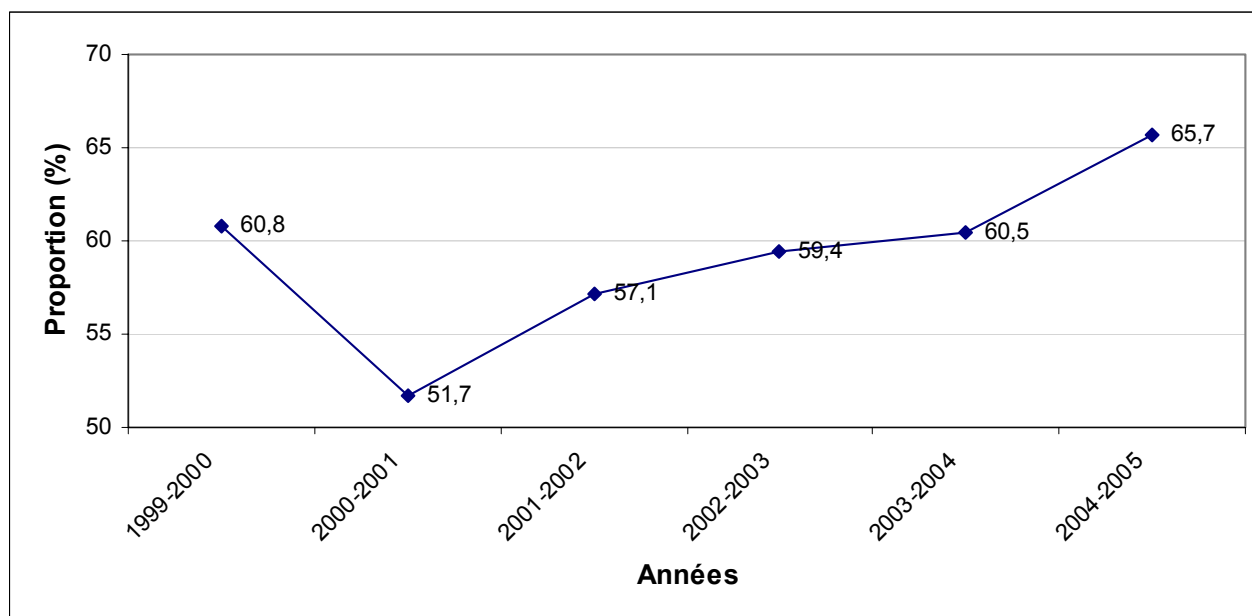
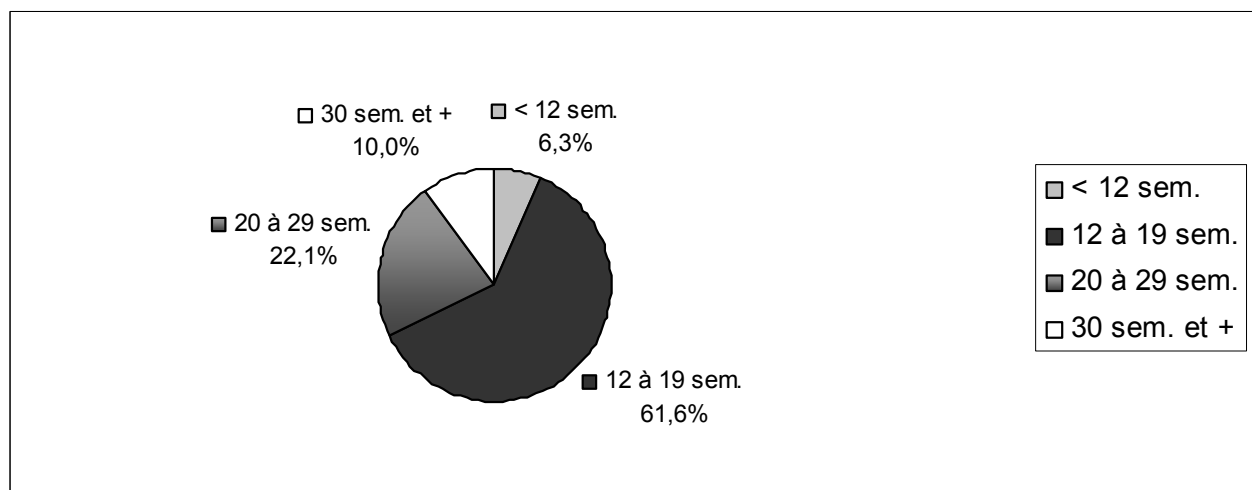


Figure 8 : Répartition (%) du nombre de semaines de gestation des femmes à l'inscription au programme OLO, région, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005



3.4 Caractéristiques liées aux suivis

Les caractéristiques liées aux suivis incluent la période couverte par le suivi, le type de soutien offert et les données concernant l'allaitement.

3.4.1 Période couverte par le suivi

Le programme OLO offre la possibilité de suivre les femmes admises autant dans la période prénatale que postnatale. Toutefois, l'objectif est de rejoindre prioritairement les femmes pendant la période prénatale. Notons qu'au cours des premières années couvertes par le bilan, les budgets permettaient difficilement d'offrir des suivis en période postnatale. Ceux-ci se sont principalement instaurés à partir de l'année 2001-2002.

Dans la région, 81,4 % des femmes sont rejointes en période prénatale (tableau 14). Parmi ces femmes, 42,8 % sont rencontrées en périodes pré et postnatale, alors que 38,6 % sont rencontrées en période prénatale seulement. Par contre, près d'une femme sur cinq (18,6 %) est rencontrée en période postnatale seulement. Les nutritionnistes consultées expliquent ces résultats par des raisons semblables à celles évoquées relativement au nombre de semaines de gestation au moment de l'inscription, soit la méconnaissance du programme OLO (ou une connaissance tardive), le changement de situation de la femme enceinte (situation financière ou déménagement) et une orientation tardive vers le service. De plus, la visite postnatale systématique faite par les infirmières de CLSC permet de toucher les mères ciblées par le programme non rejointes en période prénatale.

L'analyse pour la période postnatale révèle que les CLSC de La Jacques-Cartier (27,9 %), Orléans (25,5 %) et Charlevoix (23 %) se démarquent par une proportion plus élevée que la moyenne régionale de mères rejointes exclusivement pendant cette période, alors que le CLSC La Source la dépasse légèrement (19,3 %).

Tableau 14 : Période couverte par le suivi OLO, CLSC et région, moyenne de 2001-2002 à 2004-2005

PÉRIODE COUVERTE PAR LE SUIVI OLO	CLSC								Région
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
Prénatal seulement (n ^{bre})	46	58	22	197	55	74	74	24	550
%	47,9	45,5	16,9	44,9	30,2	36,4	44,2	30,3	38,6
Pré et postnatal (n ^{bre})	33	51	88	185	77	78	61	37	610
%	34,6	40,5	67,2	42,2	41,9	38,1	36,5	46,7	42,8
Postnatal seulement (n ^{bre})	17	18	21	57	51	52	32	18	265
%	17,4	14,0	15,9	12,9	27,9	25,5	19,3	23,0	18,6
Total (n ^{bre})	96	127	130	439	183	204	167	79	1 425
Proportion des naissances par CLSC (%)	6,7	8,9	9,1	30,8	12,8	14,3	11,7	5,6	100,0

3.4.2 Type de soutien offert

Le soutien offert aux femmes enceintes et à celles qui allaitent consiste en un supplément alimentaire (lait, œufs, jus d'orange) et en un supplément minéralo-vitaminique, au besoin. Les femmes qui ont décidé de ne pas allaiter, excluant les prestataires de l'assistance-emploi, peuvent recevoir un soutien à l'achat de préparations lactées pour nourrisson. Ce soutien permet aux mères de se procurer des préparations lactées en déboursant un montant équivalent à celui payé pour du lait de vache. Pour leur part, les femmes prestataires de l'assistance-emploi bénéficient d'un soutien à l'achat de préparations lactées pour nourrisson offert par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Selon l'information fournie par les nutritionnistes, dans sept milieux, les suppléments sont distribués par diverses intervenantes, soit les infirmières, les nutritionnistes ou les intervenantes sociales. Dans deux autres milieux, les coupons sont distribués par une technicienne en diététique et un organisme communautaire. Enfin, dans un milieu, la distribution a lieu au cours d'activités de groupe où sont présentes une infirmière, une intervenante sociale et une nutritionniste.

Dans la région, le supplément OLO offert aux femmes qui allaitent représente 71,2 % des mesures d'aide offertes en période postnatale, alors que le soutien à l'achat de préparations lactées en représente 28,8 % (tableau 15). Selon les CLSC, le supplément OLO pour l'allaitement peut être offert pendant une période allant de quatre à douze mois, alors que le soutien à l'achat de préparations lactées peut être offert pendant une période allant de trois à six mois (tableau 16). Les résultats montrent que le soutien postnatal privilégie l'allaitement.

L'évolution de la proportion de femmes recevant le supplément OLO pour l'allaitement par rapport à l'ensemble des femmes recevant un soutien postnatal (figure 9) montre de faibles fluctuations annuelles. Il sera intéressant de suivre cette évolution au cours des prochaines années. L'analyse par CLSC (tableau 15) montre qu'il y a une proportion plus élevée que la moyenne de femmes bénéficiant du supplément OLO pour l'allaitement au CLSC La Source (96,1 %) et au CLSC Basse-Ville–Limoilou–Vanier (79,6 %). Le CLSC Haute-Ville–Des-Rivières se situe près de la moyenne (70,1 %). Inversement, les CLSC de Charlevoix, de La Jacques-Cartier et de Portneuf se démarquent avec des proportions de femmes recevant un soutien à l'achat de préparations lactées nettement plus élevées que la moyenne régionale (respectivement 48,5 %, 46,9 % et 45,7 %).

Les données sur l'évolution du nombre de femmes recevant un soutien à l'achat de préparations lactées pour nourrisson (tableaux 15 et A-5) montrent que la proportion est demeurée assez stable dans la région, soit une moyenne de 28,8 % du soutien en période postnatale. Cette tendance générale s'observe également dans chacun des CLSC (figure 9), toutefois, on note des variations annuelles. Au CLSC La Source, le soutien à l'achat de préparations lactées est offert aux femmes depuis 2004 seulement.

Le processus d'implantation de l'Initiative des amis des bébés a conduit quatre CLSC à effectuer des modifications dans les mesures offertes en période postnatale par le programme OLO. Il s'agit de la réduction de la durée de distribution du soutien à l'achat de préparations lactées

(passant de quatre à trois mois), de la prolongation de la période d'offre du supplément OLO pour l'allaitement (lorsque le budget le permet) et d'une augmentation des renseignements fournis sur l'allaitement. Dans les autres CLSC, les modifications sont à venir. Trois nutritionnistes ont mentionné l'importance de maintenir le soutien à l'achat de préparations lactées pour les familles à faible revenu. Elles croient que, sans ce type de soutien, il y a un risque que les enfants reçoivent du lait de vache avant l'âge de neuf mois. Notons que la consommation de lait de vache avant neuf mois constitue un risque, entre autres, de développement d'anémie et de déficience en fer. L'anémie chez le nourrisson est associée à un plus faible développement intellectuel⁵².

En 2003, dans un objectif d'harmonisation du soutien offert aux femmes inscrites au programme OLO, le Groupe de périnatalité du Regroupement des diététistes et des techniciennes en diététique en santé publique de la région de Québec et la Direction régionale de santé publique ont émis des recommandations quant à la distribution des suppléments OLO et du soutien à l'achat de préparations lactées pour nourrisson. La comparaison des recommandations et de la distribution actuellement faite dans les CLSC (tableau 16) montre que tous les CLSC atteignent les recommandations minimales et que plusieurs les dépassent.

Les nutritionnistes ont formulé certaines suggestions relatives aux suppléments. L'une d'elles a suggéré d'augmenter le financement du supplément OLO pour l'allaitement afin d'augmenter la durée maximale de cette mesure (CLSC où la durée maximale est de quatre mois). Deux autres suggestions portent sur l'utilisation plus systématique de suppléments d'oméga-3 en période prénatale. Enfin, un CLSC souhaite que la gestion de la distribution des œufs soit simplifiée, celle-ci exigeant actuellement plus de temps.

Tableau 15 : Type de soutien offert en période postnatale aux femmes inscrites au programme OLO, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005

TYPE DE SOUTIEN EN PÉRIODE POSTNATALE	CLSC								Région
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
Supplément OLO pour l'allaitement (n ^{bre})	22	51	51	142	42	84	94	26	513
%	54,3	66,2	70,1	79,6	53,1	68,2	96,1	51,5	71,2
Soutien à l'achat de préparations lactées (n ^{bre})	19	26	22	36	37	39	4	25	207
%	45,7	33,8	29,9	20,4	46,9	31,8	3,9	48,5	28,8
Total (n ^{bre})	41	77	72	179	80	123	98	51	720

Tableau 16 : Types de soutien offert en périodes prénatale et postnatale aux femmes inscrites au programme OLO et recommandations régionales

	SUPPLÉMENT OLO PRÉNATAL	SUPPLÉMENT OLO POUR L'ALLAITEMENT	SOUTIEN À L'ACHAT DE PRÉPARATIONS LACTÉES ¹
	NOMBRE DE SEMAINES DE GESTATION AU DÉBUT DE LA DISTRIBUTION	DURÉE MAXIMALE (MOIS)	DURÉE MAXIMALE (MOIS)
CLSC			
Portneuf	15	4	4
Sainte-Foy–Sillery–Laurentien	15	4	4
Haute-Ville–Des-Rivières	15	6	3
Basse-Ville–Limoilou–Vanier	15	9	6
De La Jacques-Cartier	15	9	6
Orléans	18	6	3 ²
La Source	15	12	4
Charlevoix	16	6	6
Recommandations régionales (2003)			
minimale	15	4	3
intermédiaire		6	3
optimale		9	6

1. Le soutien à l'achat de préparations lactées est offert aux mères qui ne sont pas prestataires de l'assistance-emploi et qui ont décidé de ne pas allaiter.
2. Les coupons pour l'achat de préparations lactées peuvent être remis pendant un maximum de trois mois.

Figure 9 : Évolution de la proportion de femmes bénéficiant du supplément OLO pour l'allaitement, région, 1999-2000 à 2004-2005

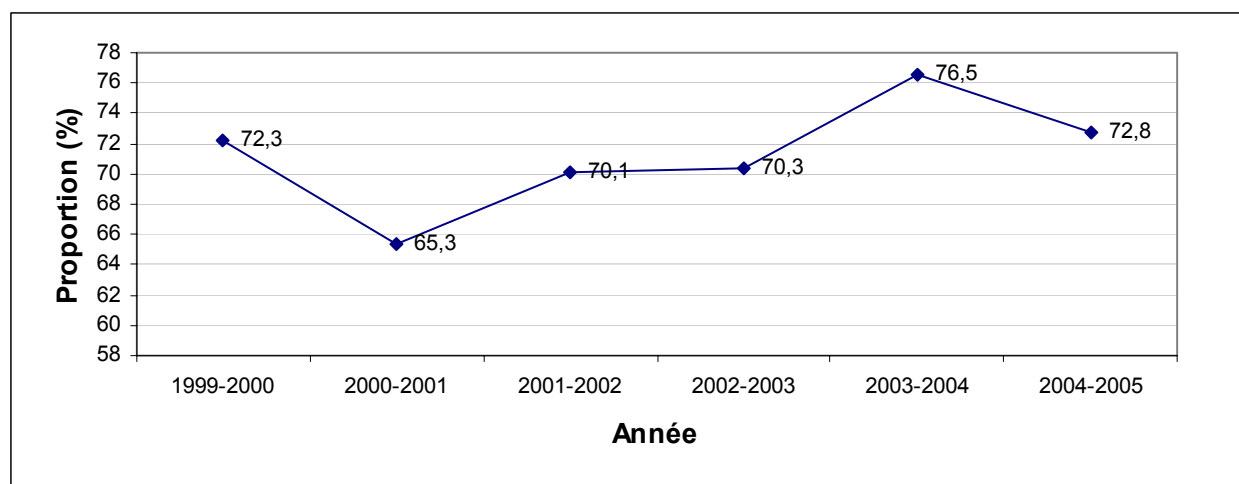
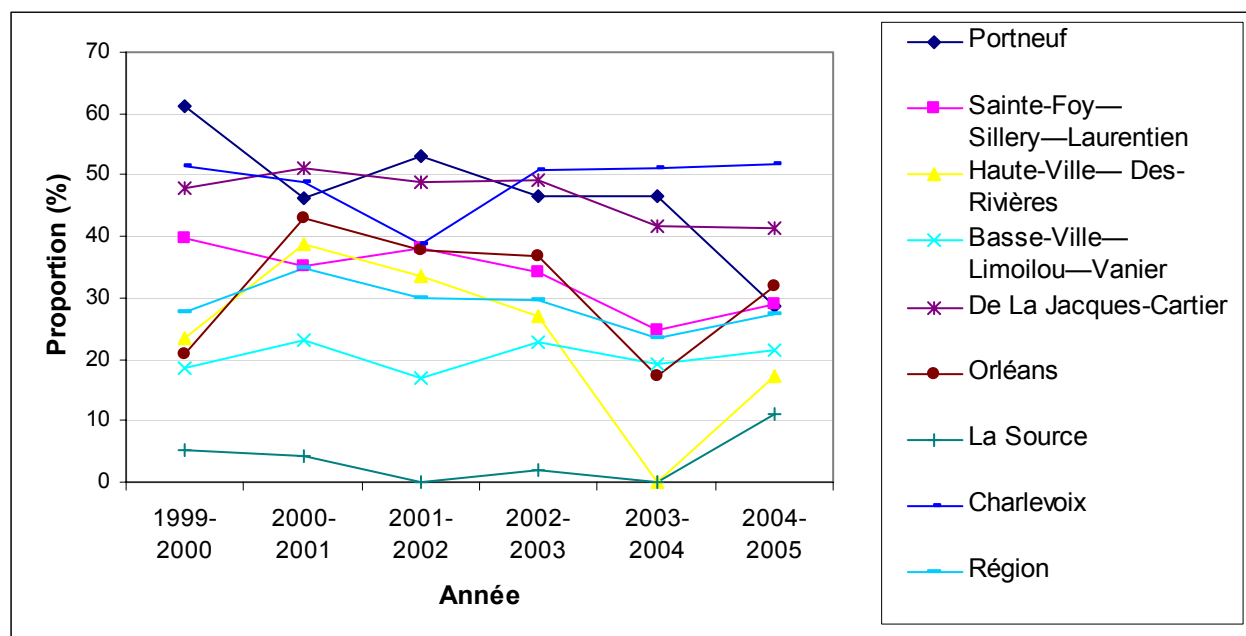


Figure 10 : Évolution de la proportion de soutien à l'achat de préparations lactées par rapport à l'ensemble du soutien OLO offert, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005



3.4.3 Allaitement

Statistique Canada, dans les *Rapports sur la santé* portant sur l'allaitement maternel⁵³, rapporte un taux d'initiation à l'allaitement au Québec de 76 % pour l'année 2003. Le taux moyen canadien pour cette même année est de 85 %. Les données de Statistique Canada montrent une relation directe entre les taux d'allaitement et l'augmentation de l'âge, l'état matrimonial (mariée > non mariée), l'augmentation du niveau de scolarité, l'augmentation du revenu du ménage, le lieu de résidence (urbain > rural) et le statut (immigrante > non immigrante).

Les données régionales les plus récentes sur le taux d'initiation à l'allaitement remontent à 1998⁵⁴. L'étude a été conduite auprès de 407 femmes primipares et multipares. Le taux d'allaitement exclusif à la naissance était de 65,6 %, alors que le taux d'allaitement total était de 70,3 %. Parmi les mères à faible revenu ayant participé à cette étude, 62,3 % pratiquaient l'allaitement exclusif et 72,1 %, l'allaitement total. La représentativité de cet échantillon peut être mise en doute en raison de sa petite taille.

Les données sur la moyenne régionale de femmes inscrites au programme OLO montrent que 58,9 % d'entre elles avaient commencé d'allaiter leur bébé (figure 11, tableau A-6). L'analyse par CLSC montre que le CLSC La Source présente la proportion la plus élevée (73 %). Suivent les CLSC Sainte-Foy—Sillery—Laurentien (69,5 %), Haute-Ville—Des-Rivières (63,8 %) et Orléans (59,2 %), avec une proportion supérieure à la moyenne régionale.

Globalement, pour la région, la proportion d'initiation à l'allaitement tend à augmenter depuis 2000-2001 (figure 12). Il est toutefois difficile d'expliquer le résultat observé pour cette année précise. Quant à l'évolution de l'initiation à l'allaitement pour chacun des CLSC (tableau A-6), on note une très grande fluctuation des proportions. Ce sont les CLSC Haute-Ville–Des-Rivières, Sainte-Foy–Sillery–Laurentien et La Source qui présentent les plus grandes variations.

Figure 11 : Proportion de femmes inscrites au programme OLO allaitant à la naissance, CLSC et région, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005

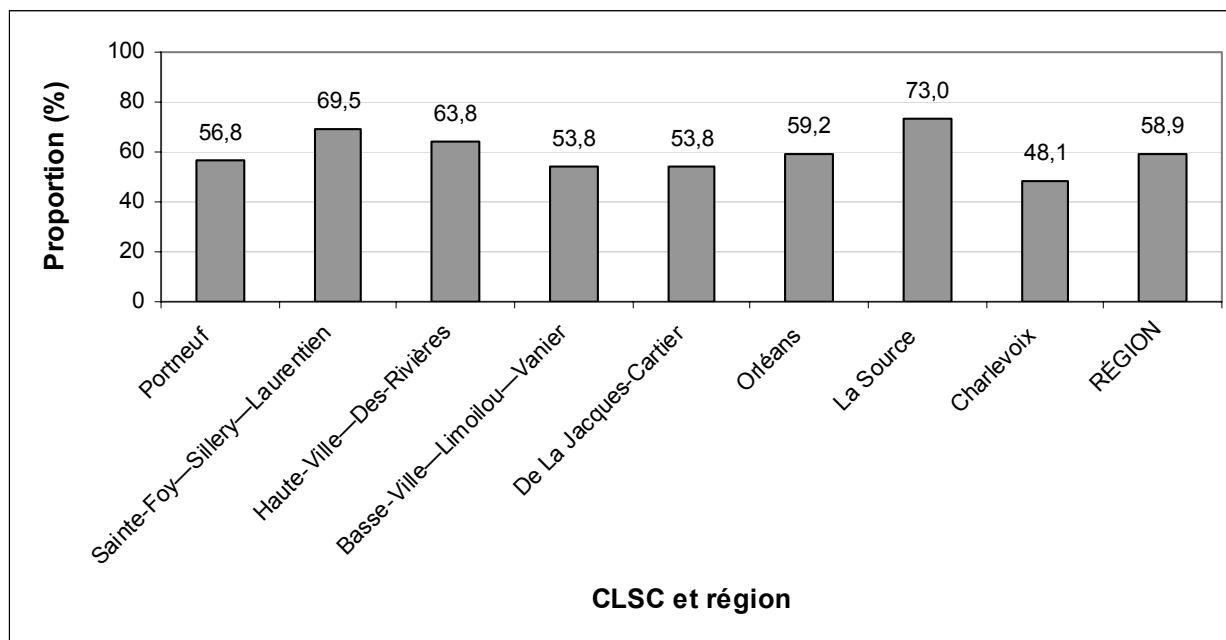
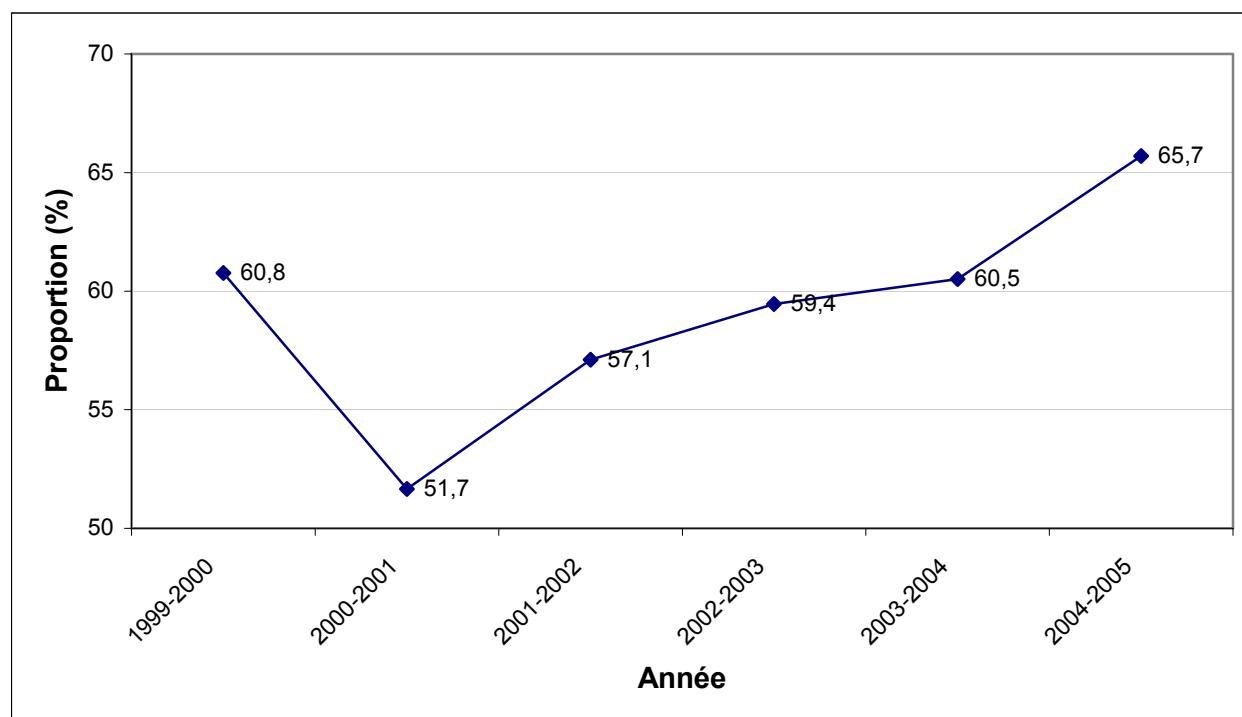


Figure 12 : Évolution de la proportion de femmes inscrites au programme OLO allaitant à la naissance, 1999-2000 à 2004-2005



3.5 Caractéristiques des bébés à la naissance

Dans le bilan OLO, les issues de grossesse recensées sont l'insuffisance de poids à la naissance et la prématurité. Afin de réduire les risques de morbidité chez le nouveau-né, le seuil du poids de naissance a été fixé à 2 500 grammes, et une naissance est considérée comme prématurée si elle survient avant 37 semaines de gestation. Ces deux variables peuvent être interreliées.

3.5.1 Insuffisance de poids à la naissance

Les caractéristiques des bébés nés des femmes inscrites au programme OLO (tableau 17) montrent une proportion régionale d'insuffisance de poids à la naissance de 7,5 %. Une analyse par CLSC montre que trois d'entre eux ont des proportions plus élevées que la moyenne régionale, soit Portneuf (9,8 %), Basse-Ville–Limoilou–Vanier (8,5 %) et Orléans (8,5 %). Pour sa part, le CLSC de Charlevoix présente la proportion la plus faible (4,5 %). Les données annuelles par CLSC sont présentées en annexe (tableau A-7).

Les moyennes provinciale et régionale de la proportion des bébés de poids insuffisant à la naissance de l'ensemble des femmes accouchées (tableau 18) pour les années 1999 à 2003 sont respectivement de 5,6 % et de 5,4 %. La comparaison de ces données avec celles du programme OLO (figure 13) montre une prévalence plus élevée de 2 % d'insuffisance de poids à la naissance pour les bébés des femmes inscrites au programme OLO pendant la période étudiée. Cet écart demeure faible comparativement aux résultats obtenus par Colin et Desrosiers (1989) (dans

Colin et coll.⁵⁵), qui montrent une insuffisance de poids à la naissance deux fois plus élevée chez les bébés de femmes à risque que chez ceux de l'ensemble des femmes accouchées. Ainsi, les résultats du programme OLO seraient très positifs à cet égard.

Pour la période étudiée, l'évolution de l'insuffisance de poids à la naissance dans la région montre une amélioration graduelle chez les enfants du programme OLO, tandis que les données pour l'ensemble des naissances sont assez stables (figure 14).

L'analyse des données pour la province indique que l'insuffisance de poids à la naissance a baissé graduellement entre 1976 (6,8 %) et la moyenne des années 1998 à 2003 (5,6 %) (tableau A-8). Dans la région, la proportion a baissé entre 1976 (6,8 %) et la moyenne des années 1989 à 1993 (5,4 %), puis elle est demeurée stable par la suite. Selon le *Rapport sur la santé périnatale au Canada* pour 2000^{56, 57}, la baisse observée au Canada entre 1988 et 2003 serait probablement due, en partie, à l'utilisation accrue de l'échographie pour déterminer l'âge gestationnel, qui augmente l'exactitude de la mesure.

Les nutritionnistes consultées mentionnent de nombreux éléments pouvant expliquer les proportions élevées de bébés de poids insuffisant à la naissance. En premier lieu, elles font la distinction entre les bébés de poids insuffisant à la naissance nés prématurément et ceux nés à terme, le poids insuffisant des premiers étant dû à leur prématurité. Elles mentionnent également le lien entre les grossesses gémellaires et la probabilité plus élevée d'insuffisance de poids à la naissance. Pour les bébés nés à terme, elles rappellent le cumul de facteurs de risque noté chez la population ciblée. Ainsi, les habitudes de vie (toxicomanie et tabagisme, mauvaises habitudes de vie en général), les conditions familiales (violence conjugale, désorganisation familiale), les conditions sociales (immigration, femmes travaillant jusqu'à la fin de la grossesse), les problèmes d'ordre psychologique (problèmes de santé mentale, stress élevé, préoccupation à l'égard du poids) et la faible scolarité sont autant de facteurs présents chez les femmes enceintes suivies par le programme OLO. Sont également relevées des causes liées à des complications de la grossesse et, chez certaines femmes, un manque de collaboration au suivi nutritionnel.

3.5.2 Prématurité

La moyenne régionale de la prématurité chez les bébés des femmes inscrites au programme OLO se situe à 8,4 % pour la période étudiée (tableau 17). Trois CLSC présentent une proportion plus élevée que la moyenne régionale, soit Orléans (10,1 %), Basse-Ville–Limoilou–Vanier (9,6 %) et La Source (9,1 %). Pour leur part, les CLSC de Charlevoix (5,5 %) et Haute-Ville–Des-Rivières (5,4 %) ont les proportions les plus faibles.

Les données sur les bébés de l'ensemble des femmes accouchées de la région (tableau 18) montrent une moyenne de 7,9 % de prématurés, soit une proportion légèrement moindre que celle observée dans le programme OLO (8,4 %). La figure 13 illustre ces résultats. Selon une étude de Colin et Desrosiers (1989) (dans Colin et coll.⁵⁵), les femmes enceintes à risque avaient une fois et demie plus de risque de donner naissance à un bébé prématuré que les femmes de la population en général. Dans ce contexte, les résultats obtenus par le programme OLO sont excellents.

Les principales explications fournies par les nutritionnistes au regard de la prématurité concernent les complications de la grossesse, les grossesses gémellaires et les habitudes de vie (toxicomanie et tabagisme). Le stress et le cumul de facteurs de risque sont aussi évoqués.

Tel que nous en avons discuté précédemment, l'écart noté entre les deux groupes de mères pour l'insuffisance de poids à la naissance est plus important que l'écart observé pour la prématurité (figure 13). Dans la province (tableau A-8), la prématurité a augmenté graduellement entre 1976 (6,2 %) et la moyenne des années 1998 à 2003 (7,6 %). Dans la région, la même tendance s'observe, toutefois l'augmentation est encore plus importante, passant de 5,7 % en 1976 à 7,9 % pour la moyenne des années 1998 à 2003. Selon le *Rapport sur la santé périnatale au Canada* pour 2000^{56, 57}, au nombre des raisons évoquées pour expliquer l'augmentation observée au Canada entre 1981 et 2003, les auteurs notent le recours accru aux interventions obstétricales, les changements dans la fréquence des naissances multiples et l'âge des mères au moment de la grossesse, l'enregistrement plus rigoureux des naissances extrêmement prématurées (20 à 27 semaines) parmi les naissances vivantes⁵¹ et l'utilisation accrue de techniques échographiques pour l'estimation de l'âge gestationnel.

Globalement, l'écart entre les bébés des femmes inscrites au programme OLO et ceux des femmes de la région est plus faible pour la prématurité que pour l'insuffisance de poids à la naissance.

3.5.3 Naissances multiples

Dans la région, la proportion des naissances multiples chez les femmes inscrites au programme OLO est de 3,1 % (tableau 17). Des proportions plus élevées que la moyenne se retrouvent aux CLSC Sainte-Foy–Sillery–Laurentien (3,7 %), Haute-Ville–Des-Rivières (3,6 %), La Source (3,6 %) et Orléans (3,4 %). La proportion la plus basse se situe au CLSC de Charlevoix (1,6 %); c'est aussi le milieu où la proportion d'insuffisance de poids à la naissance est la plus faible. Au cours de la période étudiée, des fluctuations importantes ont été observées à cet égard parmi les participantes du programme OLO (données non présentées).

Les données régionales pour l'ensemble des femmes accouchées montrent une proportion un peu plus faible de naissances multiples de 2,6 % comparativement aux résultats observés dans le programme OLO (tableau 19). La proportion plus élevée d'insuffisance de poids et de prématurité peut s'expliquer en partie par ce facteur. Avec la Fiche de périnatalité, il sera possible de vérifier plus précisément les caractéristiques de ces mères.

3.5.4 Suivi des issues de grossesse défavorables

Deux CLSC soulignent que les dossiers des bébés de poids insuffisant à la naissance ou nés prématurément sont analysés en équipe : facteurs de risque décelés au cours de la grossesse, habitudes de vie de la mère, type de suivi effectué et relation intervenantes-femme enceinte. Des recommandations pour améliorer l'intervention sont formulées à la suite de la discussion.

Tableau 17 : Caractéristiques des bébés à la naissance des femmes inscrites au programme OLO, CLSC, région, moyenne de 1999-2000 à 2004-2005

CARACTÉRISTIQUES À LA NAISSANCE	CLSC								Région
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
Poids de naissance < 2 500 g (n ^{bre})	5	4	5	24	6	8	6	2	61
%	9,8	5,3	5,8	8,5	7,1	8,5	7,1	4,5	7,5
Prématurité < 37 semaines de grossesse (n ^{bre})	4	5	5	26	7	10	8	3	68
%	7,9	6,5	5,4	9,6	8,5	10,1	9,1	5,5	8,4
Naissances multiples par CLSC (n ^{bre})	2	3	3	9	3	3	3	1	25
%	3,0	3,7	3,6	3,2	3,2	3,4	3,6	1,6	3,1
Naissances totales par CLSC (n ^{bre})	53	82	83	275	85	98	85	51	811

Tableau 18 : Caractéristiques des bébés à la naissance, CLSC, région et province, moyenne de 1999 à 2003

CARACTÉRISTIQUES À LA NAISSANCE	CLSC								Région	Province
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix		
Poids de naissance < 2 500 g (n ^{bre})	15	45	33	50	48	57	39	12	298	4 108
%	4,2	4,6	5,8	7,2	4,9	6,3	4,7	5,1	5,4	5,6
Prématurité < 37 semaines de grossesse (n ^{bre})	23	69	43	66	80	77	61	17	436	5 570
%	6,5	7,0	7,6	9,5	8,2	8,5	7,3	7,2	7,9	6,6
Naissances totales par CLSC (n ^{bre})	354	980	568	697	970	901	833	237	5 540	73 140

Figure 13 : Caractéristiques à la naissance des bébés nés des femmes inscrites au programme OLO par rapport aux bébés nés dans la région, moyenne de 1999 à 2003

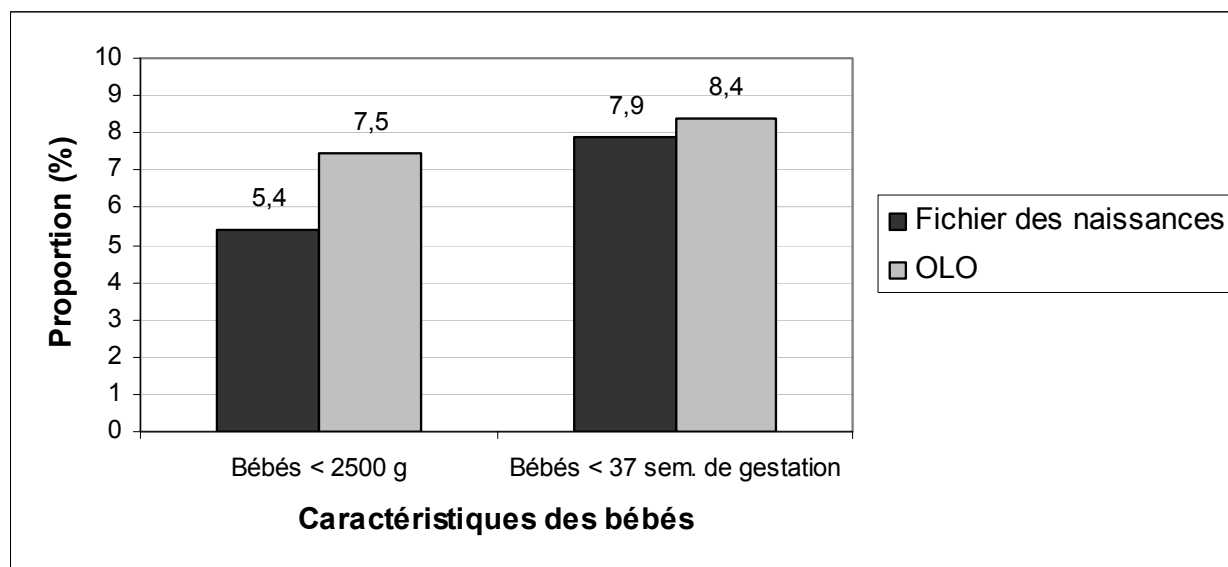


Figure 14 : Évolution de l'insuffisance de poids à la naissance des bébés nés des femmes inscrites au programme OLO (1999-2000 à 2002-2003) comparativement aux bébés des femmes accouchées de la région (2000 à 2003)

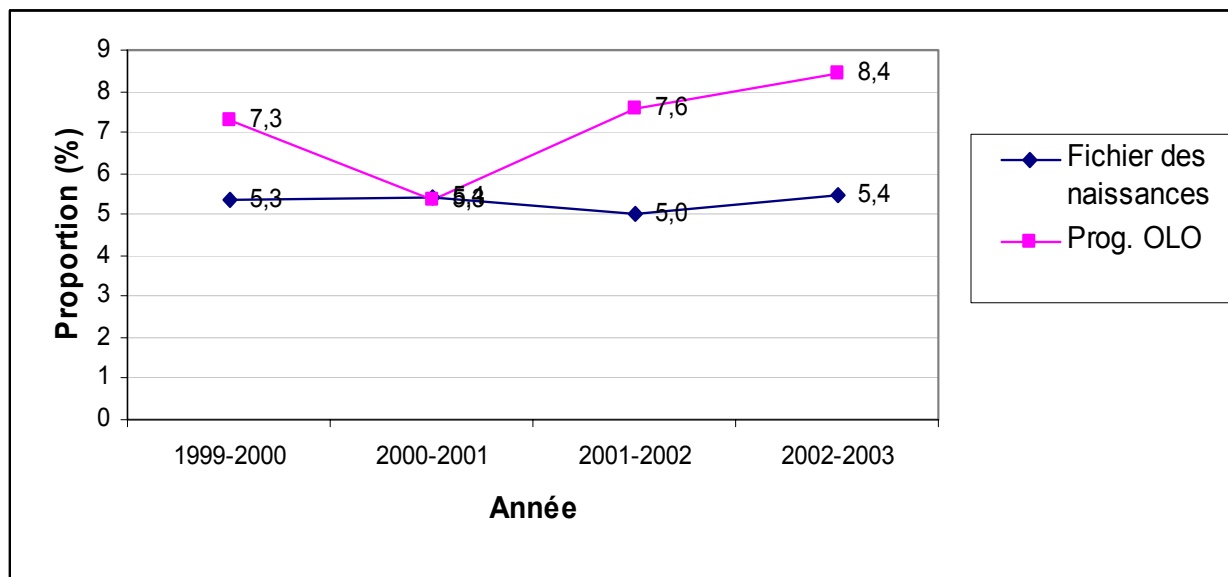


Tableau 19 : Type de naissance (unique ou multiple), région, 1999 à 2003

TYPE DE NAISSANCE	1999	2000	2001	2002	2003	MOYENNE 1999-2003
Unique (n ^{bre})	5 457	5 250	5 495	5 337	5 439	5 395,6
%	97,1	97,3	97,7	97,4	97,5	97,4
Multiple						
Double (n ^{bre})	160	147	126	136	141	142
%	2,8	2,7	2,2	2,5	2,5	2,6
Triple (n ^{bre})	3	0	3	6	0	2,4
%	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Total multiple (n ^{bre})	163	147	129	142	141	144
%	2,9	2,7	2,3	2,6	2,5	2,6
Total (n ^{bre})	5 620	5 397	5 624	5 479	5 580	5 540
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.6 Analyse de l'adéquation entre les ressources en nutrition et le suivi recommandé

La section 3.2.3 montre que les femmes ciblées sont bien rejointes par la majorité des CLSC. Toutefois, l'information recueillie pour les bilans annuels n'incluait pas de renseignements sur le suivi nutritionnel offert. Le questionnaire rempli par les nutritionnistes des CLSC a permis d'en obtenir quelques-uns, mais il n'est pas très exhaustif. Une analyse visant à estimer le temps consacré au suivi OLO et le suivi nutritionnel minimal est également abordée dans cette section.

Parmi les femmes inscrites au programme OLO, certaines ne sont pas rencontrées par les nutritionnistes. Selon une évaluation approximative du nombre de femmes non rencontrées en nutrition effectuée par les nutritionnistes des CLSC, les proportions varient de 0 % à 60 %. Le nombre d'entrevues a été ajusté en fonction des précisions données à ce sujet. La proportion la plus élevée s'explique par le fait que l'orientation systématique à la nutritionniste a cessé de 2001 à 2005 : seules certaines femmes plus à risque étaient rencontrées par la nutritionniste de ce CLSC. En excluant les CLSC La Source (0 %) et Charlevoix (0 % à 60 %), environ 7 % des femmes inscrites ne sont pas rencontrées par une nutritionniste. Les principales raisons évoquées sont une admission tardive dans le programme (5), un refus de la femme enceinte (5), un suivi déjà fait par la clinique GARE (4), un déménagement (2), une méconnaissance du programme (1) et un suivi fait par une sage-femme (1).

En ce qui concerne les femmes rencontrées par les nutritionnistes, les entrevues commencent entre la douzième et la vingtième semaine de grossesse. Le suivi peut débuter plus tôt si la situation l'exige ou plus tardivement selon le nombre de semaines de gestation au moment de l'inscription au programme. Le nombre d'entrevue par femme varie entre deux et six, le nombre moyen se situant à un peu moins de quatre entrevues. Le tableau 20 montre des différences très importantes entre les CLSC concernant le nombre d'heures en nutrition par rapport au nombre de suivis OLO effectués. De plus, le nombre d'heures consacrées exclusivement au programme OLO par les nutritionnistes est difficile à évaluer, car il est partagé en général entre diverses activités professionnelles liées non seulement à la périnatalité (ex. : SIPPE, interventions de

groupe, interventions postnatales pour certaines) mais aux 0-18 ans ou à des tâches connexes (ex. : rencontres d'équipe, tâches administratives, etc.). Pour mieux cerner cette information, une entrevue individuelle et une analyse plus précise du travail effectué par chaque nutritionniste auraient été nécessaires. Toutefois, sept d'entre elles recommandent l'ajout de ressources en nutrition : trois ciblent la période prénatale, tandis que quatre suggèrent plutôt un ajout de ressources permettant d'offrir de meilleurs services nutritionnels en période postnatale. Deux suggèrent plus spécialement d'offrir des ateliers en relation avec l'alimentation.

Les estimations présentées dans cette section pourraient servir de base à une analyse plus approfondie du temps nécessaire à la réalisation d'un suivi optimal en nutrition, en fonction de l'ensemble des tâches effectuées et projetées par les nutritionnistes dans chacun des CLSC.

Tableau 20 : Estimation du temps nécessaire en nutrition afin d'assurer un suivi nutritionnel minimal

	CLSC									
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières		Basse-Ville-Limoilou-Vanier		De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix
			Secteur Haute-Ville	Secteur Des-Rivières	Secteur Basse-Ville-Vanier	Secteur Limoilou				
Information sur les suivis :										
Nombre de semaines de gestation au début du suivi OLO (sem.) ¹	15 à 20	15	18	15 à 20	15	12 à 15	12 à 15	18	15	18
Nombre moyen d’entrevues en nutrition (n ^{brev}) ¹	4	3 à 4	4	4	3 à 4	3 à 4	3 à 6	4	4,75	2 à 3
Heures travaillées en nutrition (h/sem.) ¹	35	32	35	28	35	42	28	70	35	35
Estimation du temps nécessaire pour assurer un suivi nutritionnel minimal :										
Nombre moyen de femmes suivies, programme OLO (1999-2005)	59	108	106		328		113	136	141	54
Nombre moyen de femmes non rencontrées en nutrition (n ^{brev}) ¹	8,5	4 à 5	2 à 10		2 à 10		5,5	13,6	0	0 à 33 ²
Proportion moyenne (%)	14,5	4,2	5,6		1,8		4,9	10,0	0,0	0 à 60,8
Femmes suivies en nutrition (n ^{brev}) ³	51	104	100		322		108	122	140	38
Nombre de naissances vulnérables estimées (cible) (n ^{brev}) ⁴	50	165	115		275		215	130	125	40
Temps estimé pour le suivi des femmes OLO (h/an) ⁵	715	1 635	1 235		2 515		2 035	1 355	1 315	635
Équivalent h/sem. ⁶	16	36	27		56		45	30	29	14
Proportion des naissances de poids insuffisant par CLSC, programme OLO (%) ⁷	9,8	5,3	5,8		8,5		7,1	8,5	7,1	4,5
Proportion des naissances prématurées par CLSC, programme OLO (%) ⁷	7,9	6,5	5,4		9,6		8,5	10,1	9,1	5,5

1. Données approximatives évaluées par les nutritionnistes des CLSC.

2. Charlevoix : nombre de femmes non rencontrées variant de 0 à 60 %.

3. Nombre moyen de femmes suivies, duquel le nombre moyen de femmes non rencontrées a été soustrait.

4. Calculs provenant du tableau 4 du bilan.

5. Estimation du temps moyen nécessaire pour le suivi nutritionnel individualisé en période prénatale pour le programme OLO, sur une base de 45 semaines de travail (quatre semaines de vacances, congés fériés, etc.), addition des trois calculs suivants :

- huit heures pour quatre rencontres par femme (entrevues, notes au dossier, entretiens téléphoniques, etc.);
- trois heures/semaine pour la dynamique interdisciplinaire (incluant le temps pour les réunions avec les équipes locales, discussions de cas, etc.);
- estimation du temps de déplacement (h/sem.) : de La Jacques-Cartier : huit heures; Charlevoix : six heures; Portneuf et Orléans : quatre heures; Haute-Ville-Des-Rivières, Basse-Ville-Limoilou-Vanier, La Source : deux heures; Sainte-Foy-Sillery-Laurentien : une heure.

6. Estimation du temps moyen nécessaire par semaine pour assurer le suivi auprès du nombre total de femmes ciblées par le programme OLO, selon les calculs de la note 5.

7. Résultats présentés au tableau 17.

4 PISTES DE RÉFLEXION POUR LA CONSOLIDATION DU PROGRAMME OLO

L'objectif du rapport était de tracer un bilan des six dernières années du programme OLO (1999-2000 à 2004-2005) afin d'en dégager les principaux résultats et de proposer des orientations pour les prochaines années. Le bilan a été effectué à partir de l'analyse des données colligées au cours de la période étudiée et d'un questionnaire rempli par les nutritionnistes. Le rapport inclut une brève revue de littérature portant principalement sur les facteurs influençant les issues de grossesse et sur les interventions auprès des femmes enceintes vivant en contexte de vulnérabilité. Ce dernier chapitre présente les principaux résultats ainsi que les pistes de réflexion qui en découlent pour la consolidation du programme OLO. Le tableau 21 regroupe l'ensemble de ces pistes de réflexion.

Il est important de souligner que le présent bilan ne comporte pas une analyse du financement du programme. L'accent a été mis principalement sur le degré d'atteinte de la population ciblée et les effets de l'intervention documentés par les outils utilisés.

➤ Inscription et admissibilité au programme

Dans la région, la **proportion de femmes suivies** par le programme OLO parmi les femmes accouchées est passée de 21,7 % à 18,4 % (1999-2000 à 2002-2003). Des fluctuations plus importantes ont été observées dans quelques CLSC. Selon la taille de la population visée établie à partir des données du recensement de Statistique Canada (2001) sur les ménages à faible revenu, le programme rejoindrait 93,6 % des femmes de la région se situant sous le SFR. Toutefois, deux milieux rejoignent moins de 70 % de la population visée.

Les **femmes inscrites** au programme répondent au critère d'admissibilité, soit avoir un revenu se situant sous le SFR de Statistique Canada. Les taux élevés d'atteinte de la population ciblée soulèvent des questions. Il faudrait s'assurer que les CLSC ont une compréhension commune des concepts liés à l'utilisation du SFR et que les modalités d'établissement de l'admissibilité sont uniformes : certains CLSC tiennent compte des dettes et de la présence de facteurs de risque chez les femmes se situant légèrement au-dessus du SFR, tandis que d'autres CLSC ne le font pas.

Les résultats sur la **scolarité** montrent que trois fois plus de femmes rejointes par le programme ont une scolarité de moins de onze ans comparativement à l'ensemble des femmes accouchées de la région. Selon les données du Fichier des naissances, toutes les femmes peu scolarisées seraient rejointes par le programme OLO. L'étude de Villeneuve et coll.⁵⁸ a montré que les non-utilisatrices du programme étaient plus scolarisées que la moyenne des utilisatrices du programme; cela ne signifie pas que leur situation sociale et financière est nécessairement meilleure.

La majorité des femmes enceintes **âgées de moins de 20 ans** est suivie par le programme OLO. Leur proportion est cinq fois plus élevée que parmi les femmes accouchées de la région. Le recrutement est donc efficace, et atteint l'objectif d'offrir un suivi à ce groupe de femmes enceintes.

Les femmes suivies se différencient également de l'ensemble des femmes accouchées de la région par leur **situation matrimoniale**. En effet, près du quart des femmes étaient monoparentales à l'inscription (nombre 2,5 fois plus élevé), comparativement à près de 10 % de l'ensemble des femmes accouchées de la région.

Enfin, la distribution des femmes **immigrées ou réfugiées** n'est pas égale dans la région. Le CLSC Sainte-Foy–Sillery–Laurentien en recense un nombre nettement plus élevé que les autres CLSC. C'est aussi dans ce CLSC que le nombre de femmes dont la source de revenu principale est « bourse d'études » est le plus élevé. Notons qu'une proportion élevée d'étudiantes étrangères vivent dans ce milieu et que celles-ci ne sont pas nécessairement admissibles au programme au même titre que les femmes immigrées ou réfugiées. En effet, pour bénéficier du programme, ces personnes doivent être détentrices d'une carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou d'une assurance personnelle, en plus de répondre au critère de faible revenu.

Afin de continuer à rejoindre le maximum de femmes se situant sous le SFR, il est recommandé de :

- 1. Maintenir une bonne visibilité du programme OLO dans la région, surtout dans les milieux où les taux d'atteinte de la population ciblée sont les plus faibles.**
- 2. Assurer une compréhension commune des concepts liés à l'utilisation du SFR : revenu de la famille économique, taille de la famille, taille de la communauté, etc.**
- 3. Au moment de l'évaluation de l'admissibilité au programme OLO, s'assurer que les personnes non résidentes du Québec répondent au critère d'admissibilité (revenu inférieur au SFR) et ont un statut qui leur permet de bénéficier du programme (détention de la carte d'assurance maladie du Québec ou d'une assurance personnelle).**

L'ensemble des résultats sur le profil des femmes suivies par le programme OLO révèle que les femmes rejointes sont effectivement celles ciblées.

➤ **Début de l'intervention**

Le programme vise à rejoindre prioritairement les femmes au cours de la période prénatale. Les résultats montrent que 81,4 % des femmes commencent leur suivi pendant la grossesse. Les explications concernant les suivis amorcés en période postnatale sont semblables à celles évoquées pour expliquer les suivis amorcés tardivement pendant la grossesse : méconnaissance

du programme, orientation tardive des femmes, changement de situation. De plus, la visite postnatale systématique implantée dans la région depuis la diminution de la durée du séjour postnatal en centre hospitalier (1996) permet d'entrer en contact avec des femmes admissibles non rejointes pendant leur grossesse.

En 2003, un rapport sur l'harmonisation du soutien offert à la clientèle OLO⁵⁹ recommandait de commencer plus tôt le suivi prénatal OLO, soit à quinze semaines de grossesse. Les données recueillies pour le présent bilan ne permettent pas de distinguer le groupe de femmes rejointes à cette période, car celles-ci se retrouvent dans le groupe « douze semaines à moins de vingt semaines de grossesse ». Par contre, pendant la période étudiée, 67,9 % des femmes ont commencé leur suivi avant la vingtième semaine de grossesse. La proportion se serait maintenue autour de 69 % depuis 2003. La Fiche de périnatalité permettra de mieux suivre l'évolution de cette variable.

Par ailleurs, le début du suivi OLO devrait être harmonisé avec celui des SIPPE (douze semaines de gestation), puisque des mères admissibles au programme OLO peuvent aussi l'être aux SIPPE.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">4. Rejoindre plus tôt les femmes ciblées en favorisant la collaboration avec les centres hospitaliers, les cliniques médicales et les intervenantes des autres équipes des CLSC.5. Harmoniser le critère du début de l'intervention avec celui des SIPPE afin d'augmenter l'intensité, la durée et l'efficacité de l'intervention. |
|---|

➤ **Mesures de soutien offertes en périodes pré et postnatale**

Le supplément alimentaire (lait, œufs et jus d'orange) offert en période prénatale et pour l'allaitement pourrait ne pas convenir à toutes les femmes. En effet, selon deux études consultées^{34, 58}, les aliments offerts ne sont pas nécessairement aimés ou tolérés par l'ensemble des femmes, ce qui freine leur participation au programme.

Par ailleurs, la proportion de femmes bénéficiant du supplément OLO pour l'allaitement est demeurée assez stable au cours de la période étudiée, soit une moyenne de 71,2 %. En parallèle, les résultats montrent également une proportion assez stable de femmes bénéficiant du soutien à l'achat de préparations lactées, dont la moyenne se situe à 28,8 %. Notons que la durée des mesures offertes diffère beaucoup selon les CLSC. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces écarts, notamment des choix organisationnels et des contraintes liées au financement de la mesure. Il sera important de suivre la tendance au cours des prochaines années.

Dans le contexte de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés, la mesure visant le soutien à l'achat de préparations lactées offerte aux femmes inscrites au programme OLO est remise en question. Le comité responsable de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans les missions CLSC a rédigé des directives en décembre 2005 au regard des dons de préparations commerciales pour nourrisson en situation d'urgence. Celles-ci recommandent un accès plus limité aux préparations commerciales et une évaluation personnalisée du besoin ainsi que la détermination de solutions qui amélioreront la situation des familles à long terme. Dans ce contexte, les nutritionnistes ont exprimé une crainte par rapport aux risques associés à un soutien insuffisant des femmes à faible revenu qui ont décidé de ne pas allaiter. Le risque que les bébés soient alimentés avec du lait de vache en très bas âge demeure une préoccupation importante du point de vue de leur santé. Une démarche a été amorcée auprès des membres de ce comité afin de vérifier les possibilités de maintenir cette mesure offerte aux femmes inscrites au programme OLO non prestataires de l'assistance-emploi. Rappelons que les mères prestataires de l'assistance-emploi bénéficient directement de cette mesure.

Actuellement, deux CLSC seulement atteignent (ou dépassent) la recommandation maximale émise en 2003⁵⁹ quant à la durée de distribution du supplément OLO postnatal, soit neuf mois. Dans la foulée de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés, il faudrait tendre vers une plus grande atteinte de cet objectif. Dans ce contexte, le financement nécessaire devrait être étudié.

- 6. Analyser la pertinence et la faisabilité d'offrir d'autres types de suppléments alimentaires nutritifs à certaines femmes suivies par le programme.**
- 7. Harmoniser la durée de distribution du supplément OLO pour l'allaitement dans l'ensemble des CLSC à une période maximale de neuf mois.**
- 8. Harmoniser la durée de distribution du soutien à l'achat de préparations lactées pour nourrisson ou offrir d'autres types de soutien, selon la décision qui sera prise à l'échelle provinciale par le comité sur le code de l'Organisation mondiale de la santé.**

➤ **Issues de grossesse et suivi nutritionnel**

Les **résultats sur les issues de grossesse** montrent que les femmes inscrites au programme OLO ont une proportion un peu plus élevée d'issues de grossesse défavorables que l'ensemble des femmes accouchées de la région. Ainsi, 7,5 % des bébés avaient un poids insuffisant à la naissance chez les femmes suivies par le programme comparativement à 5,4 % chez l'ensemble des mères, et 8,4 % des bébés sont nés prématurément comparativement à 7,5 % chez l'ensemble

des mères. La recension des écrits ayant précédé l'implantation du programme OLO (fin des années 1980) indiquait des taux d'insuffisance de poids à la naissance et de prématurité dans la population vulnérable représentant près du double de ceux observés dans la population en général. Ainsi, sans intervention, les résultats observés dans la région seraient probablement moins bons en raison du cumul de facteurs de risque.

En ce qui concerne le **suivi nutritionnel**, une forte proportion de femmes inscrites au programme OLO sont rencontrées entre la douzième et la vingtième semaine de gestation. Les nutritionnistes font en moyenne près de quatre entrevues par femme (3,8). Environ 7 % des femmes ne sont pas rencontrées (en excluant les données se situant aux extrêmes). Ainsi, le suivi des nutritionnistes correspond **presque** à l'intensité minimale recommandée dans l'étude du Dispensaire diététique de Montréal⁴¹, soit un minimum de quatre entrevues. Toutefois, les données obtenues d'une autre étude laissent entendre qu'une plus grande intensité serait nécessaire. Ainsi, l'étude faite à Toronto⁴⁷ indique que le suivi prénatal fait en alternance par une infirmière et une nutritionniste atténue l'influence des facteurs de risque sur le faible poids à la naissance. On a observé que l'intervention était plus efficace avec un total de neuf à onze visites.

Le rapport sur l'harmonisation du soutien offert à la clientèle OLO⁵⁹ produit en 2003 avait pour but de faire le point sur les modalités d'application du programme dans les CLSC de la région⁵⁹. Les différences notées concernaient principalement le nombre de semaines de gestation au moment de l'admission au programme, les modalités de distribution des suppléments OLO (durée, quantité) et le type de soutien offert. Depuis 2003, des modifications ont été apportées à différents égards au programme OLO. En premier lieu, notons que le nombre d'heures en nutrition consacrées à la périnatalité a été augmenté dans six des huit CLSC (de quatre à quinze heures), il a été maintenu dans un autre, et réduit (de quatre heures) dans le dernier. Pour l'ensemble des CLSC, ces ajouts totalisent 53 heures en nutrition. Dans le présent bilan, il a été possible d'estimer le nombre d'heures nécessaires pour le programme OLO, mais la diversité des tâches consacrées à la périnatalité et à la petite enfance rend plus difficile l'analyse de l'adéquation entre les ressources-nutritionnistes (rencontres d'équipe, tâches administratives...) et la population ciblée. En 2003, les calculs montraient un déficit de 5,3 postes en nutrition pour couvrir les besoins du programme OLO dans la région. Malgré les ajouts d'heures en nutrition dans les CLSC, les données actuellement disponibles semblent révéler que les nutritionnistes ne disposent pas encore du temps nécessaire pour assurer le suivi optimal proposé pour les femmes vulnérables. Afin de mieux cerner l'adéquation entre les ressources en nutrition allouées au programme OLO et le suivi recommandé, une analyse plus approfondie de l'ensemble des tâches exécutées par les nutritionnistes serait nécessaire à court terme.

L'évaluation faite par Beaudoin et coll.³¹ sur les projets PCNP/OLO a montré que, sans un suivi qui vise à réduire les risques nutritionnels, les femmes enceintes à risque auraient probablement eu une grossesse plus précaire. Cette étude montre que les interventions aident plusieurs participantes à mieux s'alimenter et à adopter des habitudes de vie appropriées à leur situation de grossesse, ce qui permet d'obtenir des issues de grossesse semblables à celles des femmes accouchées du Québec. Pour sa part, l'évaluation du programme Naître égaux – Grandir en santé⁶⁰ a montré des effets positifs sur la mère (santé mentale, soutien social, alimentation durant la grossesse, utilisation plus adéquate des préparations pour nourrisson), mais n'a pas montré d'effet positif sur le nouveau-né.

Le type de données recueillies ne permet pas de mettre en relation l'indice de masse corporelle prégravide des femmes suivies et leur issue de grossesse. Toutefois, selon la littérature consultée³⁻⁵, un indice de masse corporelle inférieur à 20 est associé à un risque accru de donner naissance à un enfant prématuré ou présentant un retard de croissance intra-utérin. De plus, le gain de poids gestationnel de la femme influence également le poids de naissance du bébé^{6, 7}. Ainsi, il serait important de porter une attention particulière au suivi nutritionnel des femmes ayant une insuffisance de poids prégravide ou un gain de poids gestationnel insuffisant.

La littérature consultée montre les avantages d'une intervention nutritionnelle sur la réduction de l'insuffisance de poids à la naissance^{6, 7}, mais les liens avec la **prématurité** sont beaucoup moins clairs^{3, 11, 12}. Toutefois, les tendances observées par les recherches récentes portant sur le lien entre la prise d'oméga-3 et la réduction de la dépression post-partum ainsi que la réduction de la prématurité montrent la pertinence de poursuivre les recherches en ce sens. Des études avaient déjà montré les effets bénéfiques des acides gras essentiels sur le développement du cerveau du fœtus. La production d'un avis scientifique serait pertinente compte tenu de l'importance des effets potentiels des oméga-3, autant sur la mère que sur son enfant. Des demandes ont été acheminées à la Direction régionale de santé publique en ce sens. Comme cette demande d'expertise peut avoir des retombées suprarégionales, elle relève de l'Institut national de santé publique du Québec.

Le type de suivi proposé aux **femmes enceintes âgées de moins de 20 ans** (15 % des mères rejointes) nécessite des ajustements par rapport à celui proposé aux femmes plus âgées. Selon les recommandations émises par David³⁴ dans son mémoire de maîtrise sur les besoins d'intervention en nutrition des adolescentes enceintes à faible revenu de la région de Québec, en plus de donner des conseils nutritionnels adaptés aux besoins de l'adolescente enceinte, on devrait aussi impliquer l'entourage dans l'intervention diététique, et une collaboration étroite avec l'intervenante sociale serait souhaitable. Il y est mentionné également qu'une action concertée des services de santé et des organismes du milieu favoriserait une offre de service permettant de mieux s'approcher du soutien nécessaire. Compte tenu de la proportion élevée de femmes enceintes âgées de moins de 20 ans, les modes d'intervention doivent être adaptés à ces jeunes femmes et à leur niveau de développement psychologique. Le module 2 de la formation provinciale offerte dans le contexte des SIPPE ainsi que la réflexion en cours dans la région à partir de l'étude mentionnée précédemment devraient favoriser les ajustements nécessaires chez les intervenantes concernées.

La présence de **femmes enceintes immigrantes** dans certains CLSC ne présente pas de difficulté particulière sur le plan de l'intervention nutritionnelle, selon les commentaires recueillis.

9. Pour chacun des CSSS, vérifier l'adéquation entre les ressources « nutritionnistes » allouées au programme OLO et les conditions qui permettraient d'assurer l'intensité optimale de suivi établie pour la population ciblée par le programme.
10. Porter une attention particulière au suivi nutritionnel des femmes présentant un poids prégravidique insuffisant ou un gain de poids gestationnel insuffisant.
11. Adapter les interventions nutritionnelles aux besoins particuliers des femmes âgées de moins de 20 ans, en impliquant spécialement leur entourage.
12. Faire un suivi à la demande d'avis scientifique sur la prise d'oméga-3 chez les femmes enceintes formulée à l'Institut national de santé publique.

➤ **Intervention auprès des familles et travail en équipe interdisciplinaire**

Les analyses ont montré que la **principale source de revenu** des femmes inscrites au programme OLO s'est modifiée au cours de la période étudiée. En effet, la proportion de femmes dont le salaire se situe sous le SFR de Statistique Canada est passée de 43,2 % à 53,6 %, alors que celle des femmes prestataires de l'assistance-emploi est passée de 42,5 % à 30,7 % au cours de la même période. Les modifications observées relativement à la principale source de revenu montrent l'importance d'adapter les services à une population variée et surtout, d'adapter les modalités d'intervention du programme aux femmes sur le marché du travail. Le défi de rejoindre les travailleuses à faible revenu est certainement grand car, selon les résultats préliminaires de l'étude de Villeneuve et coll.⁵⁸, une grande proportion (72 %) des non-utilisatrices du programme font partie de ce groupe.

Plusieurs facteurs de risque ont été relevés au moment de l'inscription au programme OLO : risques nutritionnels, stress lié à une organisation matérielle déficiente, risques liés aux habitudes de vie et isolement social. Notons que les données sur les habitudes de vie ne permettent pas de connaître la proportion propre à chacune. Plusieurs autres facteurs de risque sont mentionnés dans des proportions moindres. Plus d'un facteur pouvait être nommé pour chacune des femmes. Ces résultats montrent l'importance des **interventions en équipe interdisciplinaire** afin d'agir globalement auprès de la population ciblée.

De plus, des discussions d'équipe sur les issues de grossesse défavorables pourraient être instaurées par chacun des CLSC, ce qui favoriserait une meilleure compréhension des situations les plus à risque et l'enrichissement des suivis ultérieurs.

13. **Adapter les modalités d'intervention du programme aux femmes ciblées dont le salaire se situe sous le SFR.**
14. **Favoriser ou maintenir le travail en équipe interdisciplinaire et consolider les discussions portant notamment sur les femmes ayant donné naissance à un enfant prématuré ou de poids insuffisant.**

➤ **Saisie et analyse des données**

Les données actuelles ne permettent pas de préciser de façon exacte la **proportion de femmes non rejointes** par le programme. Avec la collaboration des CLSC, par l'intermédiaire de la visite systématique postnatale, il serait possible et pertinent de vérifier ce qu'il en est réellement. Cette vérification permettrait également de valider les taux d'atteinte de la population observés dans la présente étude.

La **saisie des renseignements** par plusieurs personnes a été mentionnée comme une limite dans ce rapport. Depuis l'entrée en vigueur de la Fiche de périnatalité, cette tâche est informatisée et elle semble exécutée par plusieurs personnes dans moins de milieux. Toutefois, l'importance de la rigueur et de l'uniformité de la saisie est rappelée compte tenu de l'utilisation de ces données.

Dans la région, les suivis en période prénatale débutent actuellement entre douze et vingt semaines de grossesse. Comme nous le mentionnions précédemment, les données colligées pour le bilan n'ont pas permis de vérifier l'évolution du **nombre de semaines de gestation** au début du suivi. La Fiche de périnatalité devrait répondre à ce besoin. La pertinence d'harmoniser le début du suivi avec celui des SIPPE a été mentionnée précédemment; cette mesure favorisera une intervention plus précoce et une plus grande intensité de suivi.

15. **Établir la proportion de femmes non rejointes.**
16. **Assurer une rigueur et une harmonisation dans la saisie des renseignements de la Fiche de périnatalité dans chacun des CLSC.**
17. **Vérifier l'évolution du nombre de semaines de gestation des femmes au moment de l'inscription au programme.**

➤ **Mise à jour des données probantes**

Compte tenu de l'évolution des connaissances scientifiques au regard des issues de grossesse défavorables, le suivi des recherches portant sur leurs causes, leurs conséquences et leur prévention demeure important afin d'orienter les interventions.

18. Demeurer à l'affût des études portant sur les effets des interventions auprès des femmes enceintes vivant en situation de vulnérabilité et rendre accessibles les renseignements pertinents aux intervenantes.

Fiche de périnatalité

Depuis l'implantation du programme, l'analyse des données recueillies pour les bilans annuels était limitée, car il s'agissait de compilations principalement manuscrites, méthode qui ne permet pas de croisements de données. La Fiche de périnatalité informatisée, mise en place en avril 2005, permettra la collecte d'autres données et des analyses plus approfondies. Notamment, elle apportera des précisions sur les raisons de la cessation du suivi et sur la durée de l'allaitement. À partir de la banque de données, il sera possible de faire des croisements entre les différentes variables colligées et on pourra mieux cerner les relations entre celles-ci et les issues de grossesse (prématurité, insuffisance de poids à la naissance). Par contre, la source principale de revenu n'est plus demandée, et les catégories liées à la scolarité sont plus limitées. Ces deux renseignements étaient intéressants. En effet, dans le bilan, l'évolution de la source principale de revenu a montré que la proportion de femmes sur le marché du travail dont le revenu se situe sous le SFR a augmenté par rapport à celle des femmes prestataires de l'assistance-emploi. Ce type d'observation ne sera plus possible. En ce qui concerne la scolarité, le découpage plus précis de cette variable a permis d'observer des différences dans la répartition des femmes, mais cette perte est moins grave, car l'objectif est de rejoindre en priorité les personnes ayant une scolarité de moins de onze ans et cette information demeure.

Tableau 21 : Synthèse des pistes de réflexion

Inscription et admissibilité au programme

1. Maintenir une bonne visibilité du programme OLO dans la région, surtout dans les milieux où les taux d'atteinte de la population ciblée sont les plus faibles.
2. Assurer une compréhension commune des concepts liés à l'utilisation du SFR : revenu de la famille économique, taille de la famille, taille de la communauté, etc.
3. Au moment de l'évaluation de l'admissibilité au programme OLO, s'assurer que les personnes non résidentes du Québec répondent au critère d'admissibilité (revenu inférieur au SFR) et ont un statut qui leur permet de bénéficier du programme (détection de la carte d'assurance maladie du Québec ou d'une assurance personnelle).

Début de l'intervention

4. Rejoindre plus tôt les femmes ciblées en favorisant la collaboration avec les centres hospitaliers, les cliniques médicales et les intervenantes des autres équipes des CLSC.
5. Harmoniser le critère du début de l'intervention avec celui des SIPPE afin d'augmenter l'intensité, la durée et l'efficacité de l'intervention.

Mesures de soutien offertes en périodes pré et postnatale

6. Analyser la pertinence et la faisabilité d'offrir d'autres types de suppléments alimentaires nutritifs à certaines femmes suivies par le programme.
7. Harmoniser la durée de distribution du supplément OLO pour l'allaitement dans l'ensemble des CLSC à une période maximale de neuf mois.
8. Harmoniser la durée de distribution du soutien à l'achat de préparations lactées pour nourrisson ou offrir d'autres types de soutien, selon la décision qui sera prise à l'échelle provinciale par le comité sur le code de l'Organisation mondiale de la santé.

Issues de grossesse et suivi nutritionnel

9. Pour chacun des CSSS, vérifier l'adéquation entre les ressources « nutritionnistes » allouées au programme OLO et les conditions qui permettraient d'assurer l'intensité optimale de suivi établie pour la population ciblée par le programme.
10. Porter une attention particulière au suivi nutritionnel des femmes présentant un poids prégravidique insuffisant ou un gain de poids gestationnel insuffisant.
11. Adapter les interventions nutritionnelles aux besoins particuliers des femmes âgées de moins de 20 ans, en impliquant spécialement leur entourage.
12. Faire un suivi à la demande d'avis scientifique sur la prise d'oméga-3 chez les femmes enceintes formulée à l'Institut national de santé publique.

Intervention auprès des familles et travail en équipe interdisciplinaire

13. Adapter les modalités d'intervention du programme aux femmes ciblées dont le salaire se situe sous le SFR.
14. Favoriser ou maintenir le travail en équipe interdisciplinaire et consolider les discussions portant notamment sur les femmes ayant donné naissance à un enfant prématuré ou de poids insuffisant.

Saisie et analyse des données

15. Établir la proportion de femmes non rejointes.
16. Assurer une rigueur et une harmonisation dans la saisie des renseignements de la Fiche de périnatalité dans chacun des CLSC.
17. Vérifier l'évolution du nombre de semaines de gestation des femmes au moment de l'inscription au programme.

Mise à jour des données probantes

18. Demeurer à l'affût des études portant sur les effets des interventions faites auprès des femmes enceintes vivant en situation de vulnérabilité et rendre accessibles les renseignements pertinents aux intervenantes.

CONCLUSION

Le bilan du programme OLO pour la période 1999-2000 à 2004-2005 a révélé que les femmes suivies sont bien celles ciblées par le programme. Les résultats concernant les issues de grossesse montrent que l'insuffisance de poids à la naissance demeure un peu plus élevée chez les bébés des femmes suivies que chez l'ensemble des bébés de la région, mais leur proportion demeure toutefois moins élevée que celle des bébés des femmes à risque ne bénéficiant pas de suivi. Le cumul de facteurs de risque chez les femmes suivies expliquerait en partie la proportion plus élevée de bébés présentant une insuffisance de poids à la naissance. Quant à la prématurité, les résultats sont excellents, car ils sont semblables à ceux observés pour l'ensemble des bébés nés dans la région et inférieurs à ceux observés chez les femmes à risque ne bénéficiant pas d'un suivi.

Selon l'information recueillie auprès des nutritionnistes, le suivi nutritionnel offert respecte approximativement le nombre minimal d'interventions recommandé dans la littérature scientifique. L'ajout de ressources en nutrition pourrait favoriser la réduction de l'insuffisance de poids à la naissance par l'augmentation de l'intensité et de la durée des interventions. Le travail en équipe interdisciplinaire serait également à favoriser pour l'ensemble des milieux. Enfin, une préoccupation relative aux besoins de suivi en nutrition des femmes en période postnatale émane des commentaires des nutritionnistes; des travaux sont actuellement amorcés à ce sujet. Compte tenu du cumul de facteurs de risque observé chez les femmes suivies, il serait pertinent de poursuivre les réflexions concernant les types d'interventions faites auprès de ces femmes. Par exemple, une meilleure connaissance des croyances et des motivations des femmes pourrait aider à orienter les interventions.

Les liens entre la situation de pauvreté, l'environnement social et la santé demeurent. Le programme OLO vise la réduction de l'insuffisance de poids à la naissance et de la prématurité, mais ses retombées sont également observables sur d'autres plans tels que l'amélioration des habitudes alimentaires et de la situation familiale et psychosociale. Des efforts doivent être poursuivis afin d'améliorer les issues de grossesse, compte tenu de leurs répercussions sur la santé des individus à long terme et des coûts pour le système de santé. En ce sens, les décisions devraient favoriser les actions permettant d'améliorer les déterminants de la vulnérabilité.

L'intervention nutritionnelle demeure un élément clé de l'intervention auprès des femmes enceintes vivant en contexte de vulnérabilité afin d'offrir à l'enfant à naître les meilleures conditions possible pour son développement. Entreprendre les différentes actions proposées dans le bilan OLO permettra de soutenir et de développer les services de nutrition périnatale et ainsi, d'offrir le meilleur suivi aux mères et aux enfants de la région. La Fiche de périnatalité permettra de valider les tendances observées dans la présente étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Fichier des naissances 1999 à 2004*, [En ligne]. <http://www.stat.gouv.qc.ca> (Page consultée le 11 mars 2006).
2. DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX ET PRÉHOSPITALIERS, DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET DE LA MÉDECINE UNIVERSITAIRE. *Projet de politique de périnatalité, document de travail*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006. 117 p.
3. SCHIEVE, L. A., et coll. *Pregnancy Body Mass Index and Pregnancy Weight Gain: Associations with Preterm Delivery*. *Obstetrics and Gynecology*, 2000. 96: 194-200.
4. SEBIRE, N.-J., et coll. *Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001. 108: 61-66).
5. NEGGERS, Y. and R.L. GOLDENBERG. *Some Thoughts on Body Mass Index, Micronutrient Intakes and Pregnancy Outcome*. *The Journal of Nutrition*, 2003. 133(5S): 1737S-1740S.
6. LAGIOU, P., et coll. *Diet during pregnancy in relation to maternal weight gain and birth size*. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2004. 58: 231-237.
7. FOWLES, E. R. *Prenatal Nutrition and Birth Outcomes*. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2004. 33: 809-822.
8. FERLAND, S. and H. TURGEON O'BRIEN. *Maternal Dietary Intake and Pregnancy Outcome*. *Journal of Reproductive Medicine*, 2003. 48(2): 86-94.
9. HULSEY, T. C., et coll. *Maternal Prepregnant Body Mass Index and Weight Gain Related to Low Birth Weight in South Carolina*. *Southern Medical Journal*, 2005. 98(4): 411-415.
10. ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC. « Femmes enceintes », dans *Manuel de nutrition clinique en ligne*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes du Québec, édition 2006.
11. JOYCE, T., D. GIBSON, and S. COLMAN. *The Changing Association Between Prenatal Participation in WIC and Birth Outcomes in New York City*. *Journal of Policy Analysis and Management*, 2005. 24(4): 661-685.
12. BITLER, M. P. and J. CURRIE. *Does WIC work? the effects of WIC on pregnancy and birth outcomes*. *Journal of Policy Analysis and Management*, 2005. 24(1): 73-91.
13. COMMITTEE ON UNDERSTANDING PREMATURE BIRTH AND ASSUMING HEALTHY OUTCOMES, BOARD OF HEALTH SCIENCES POLICY. *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*, A.S.B. Richard E. Behrman (Editor), Washington, D.C., Institute of Medicine, 2006. 609 p.
14. GODFREY, K. M. and D. J. BARKER. *Fetal nutrition and adult disease*. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000. 71: 1344S-1352S.
15. DESROBERT, C., et coll. *Neonatal nutrition and consequences on Adult Health*. *NeoReviews*, 2005. 6(5): c211-c219.
16. GEORGE, L., et coll. *Plasma folate levels and risk for spontaneous abortions*. *Journal of the American Medical Association*, 2002. 288: 1867-1873.
17. SIEGA-RIZ, A. M., et coll. *Second trimester folate status and preterm birth*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004. 191: 1851-1857.

18. SCHOLL, T. O. and W. G. JOHNSON. *Folic acid: influence on the outcome of pregnancy*. American Journal of Clinical Nutrition, 2000. 71(Supplement): 1295S-1303S.
19. OLSEN, S. F. and N. J. SECHER. *Low consumption of seafood in early pregnancy as a risk factor for preterm delivery: prospective cohort study*. British Medical Journal, 2002. 324(7335): 447-449.
20. TURGEON O'BRIEN, H., M. SANTURE, and J. MAZIADE. *The association of low and high ferritin levels and anemia with pregnancy outcome*. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research, 2000. 61(3): 121-127.
21. PICCIANO, M. F. *Dietary Supplement Use in Women: Current Status and Future Direction*. Pregnancy and lactation: Physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements, 2003. 133(6): S1997-S2002.
22. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. *Position of the American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome*. Journal of the American Dietetic Association, 2002. 102(10): 1479-1490.
23. OLSON, S. F., et coll. *Randomised clinical trials of fish oil supplementation in high risk pregnancies*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2000. 107: 382-395.
24. ROGERS, I., et coll. *Maternal fish intake in late pregnancy and the frequency of low birth weight and intrauterine growth retardation in a cohort of British infants*. Journal of Epidemiol Community Health, 2004. 58: 486-492.
25. LUCAS, M. *État de la situation. Des oméga-3 pour ma mère et pour moi. Une intervention nutritionnelle ciblée avec des acides gras oméga-3 d'origine animale, synthèse présentée à l'Institut National de santé publique du Québec*. Québec, 2005. 5 p.
26. CHIU, C. C., et coll. *Omega-3 fatty acids for depressions in pregnancy*. American journal of Psychiatry, 2003. 160(2): 385.
27. HIBBELN, J. R. *Seafood consumption, the DHA content of mothers' milk and prevalence rates of postpartum depression: a cross-national, ecological analysis*. Journal of Affect Disord, 2002. 69(1-3): 15-29.
28. DE VRIESE, S. R., A. B. CHRISTOPHE, and M. MAES. *Lowered serum n-3 polyunsaturated fatty acid (PUFA) levels predict the occurrence of postpartum depression: further evidence that lowered n-PUFAs are related to major depression*. Life Sciences, 2003. 73(25): 3191-3187.
29. OTTO, S. J., R. H. DE GROOT, and G. HORNSTRA. *Increased risk of postpartum depressive symptoms is associated with slower normalization after pregnancy of the functional docosahexaenoic acid status*. Prostaglandins Leukotrienes Essential Fatty Acids, 2003. 69(4): 237-243.
30. KRAMER, M. S., et coll. *Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly?* Pediatric and Perinatal Epidemiology, 2000. 14: 194-210.
31. BEAUDOIN, A., et coll. *Services prénataux et grossesses à risque*, Québec, Éditions Sylvain Harvey, 2000. 269 p.
32. MILLAR, W. J. and J. CHEN. *Niveau de scolarité de la mère et facteurs de risque de retard de croissance intra-utérin*. Rapports sur la santé, 1998. 10(2): 47-56.
33. CHEN, J., et coll. *Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec*. Rapports sur la santé, 1998. 10(2): 57-70.
34. DAVID, M.-F. *Les besoins d'intervention en nutrition des adolescentes enceintes à faible revenu de la région de Québec*, Thèse (M.Sc.), Université Laval, Québec, 2003. 154 p.

35. VALLIÈRES, A. *Le gain de poids et l'issue de la grossesse des adolescentes enceintes suivies au Dispensaire diététique de Montréal*, Thèse (M.Sc.), Université Laval, Québec, 2004. 107 p.
36. KYRKLUND-BLOMBERG, N. B., F. GRANATH, and S. CNATTINGIUS. *Maternal smoking and causes of very preterm birth*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2005. 84: 572-577.
37. BERNSTEIN, I. M., et coll. *Maternal Smoking and Its Association With Birth Weight*. Obstetrics and Gynecology, 2005. 106(5, part 1): 986-991.
38. MILLAR, W. J. *Grossesse et usage du tabac*. Rapports sur la santé, 2004. 15(4): 55-58.
39. OKAH, F. A., J. CAI, and G. HOFF. *Term-Gestation Low Birth Weight and Health-Compromising Behaviors During Pregnancy*. The American College of Obstetricians and Gynecologists., 2005. 105(3): 543-550.
40. OLSON, C. M. *Tracking of Food Choices across the Transition to Motherhood*. Journal of Nutrition Education, 2005. 37: 129-136.
41. HIGGINS, A. C., et coll. *Impact of the Higgins Nutrition Intervention Program on birth weight: a within-mother analysis*. Journal of the American Dietetic Association, 1989. 89(8): 1097-1103.
42. KRAMER, M. S. and R. KAKUMA. *Energy and protein intake in pregnancy (Review)*. The Cochrane Library, 2006(2): 46 p.
43. KOWALESKI-JONES, L. and G. DUNCAN. *Effects of Participation in the WIC Program on Birthweight: Evidence From the National Longitudinal Survey of Youth*. American Journal of Public Health, 2002. 92(5): 799-804.
44. HERMAN, D. R., et coll. *The Effect of the WIC Program on Food Security Status of Pregnant, First-Time Participants*. Family Economics and Nutrition Review, 2004. 16(1): 21-29.
45. POWER, E. *Individual and Household Food Insecurity in Canada: Position of Dietitians of Canada*, [En ligne]. http://www.dietitians.ca/news/downloads/Food_Insecurity_position.pdf (Page consultée le 2006-07-18).
46. HOBEL, C. and J. CULHANE. *Role of Psychosocial and Nutritional Stress on Poor Pregnancy Outcome*. The Journal of Nutrition, 2003. 133(5S): 1709S-1717S.
47. DESJARDINS, E. and D. HARDWICK. *How Many Visits by Health Professionals are Needed to Make a Difference in Low Birthweight? A dose-response Study of the Toronto Healthiest Babies Possible Program*. Canadian Journal of Public Health, 1999. 90(4): 224-228.
48. HODNETT, E. D. and S. FREDERICKS. *Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies (Review)*. The Cochrane Library, 2006. 1: 1-36.
49. DUBOIS, S., et coll. *Ability of the Higgins Nutrition Intervention Program to improve adolescent pregnancy outcome*. American Dietetic Association, 1997. 97(8): 871-878.
50. STURDEVANT, M. S. and B. A. SPEAR. *Adolescent psychosocial development*. American Dietetic Association, 2002. 102 S(3): S30-S31.
51. JOSEPH, K. S., et coll. *Changes in the registration of stillbirth < 500 g in Canada, 1985-95*. Pediatric and Perinatal Epidemiology, 1999. 13: 278-287.
52. COLEMAN, B. L. *Early Introduction of Non-Formula Cow's Milk to Southern Ontario Infants*. Canadian Journal of Public Health, 2006. 97(3): 187-190.
53. STATISTIQUE CANADA. *L'allaitement maternel*. Rapports sur la santé, 2005. 16(2).

54. LEPAGE, M.-C., N. DORÉ, et G. CARIGNAN. *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement*. Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 2000. 85 p.
55. COLIN, C., et coll. *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal, Éditions Saint-Martin, 1992. 259 p.
56. SANTÉ CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2000.
57. SANTÉ CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003*. Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2003.
58. VILLENEUVE, P., et coll. *Le non-recours aux services prénataux chez les femmes défavorisées de milieux défavorisés : comprendre les éléments explicatifs*. Québec, Centre de recherche sur les jeunes et les familles à risque, Université Laval. À paraître.
59. LEPAGE, M.-C. *Harmonisation du soutien offert à la clientèle OLO et financement du programme : état de situation*. Québec, Direction de santé publique de Québec, 2003. 23 p.
60. BOYER, G., et coll. *Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux - Grandir en santé*. Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 2001.



**QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR
LE BILAN ANNUEL OLO**

EXTRANTS RELATIFS À LA MESURE OLO (PRÉ ET POSTNATAL) PÉRIODE DU 1^{er} AVRIL 2004 AU 31 MARS 2005

NOM DU CLSC

Portneuf	☐	De La Jacques-Cartier	☐
Sainte-Foy–Sillery–Laurentien	☐	Orléans	☐
Haute-Ville–Des-Rivières	☐	La Source	☐
Basse-Ville–Limoilou–Vanier	☐	Charlevoix	☐

1 NOUVELLES INSCRIPTIONS ENTRE LE 1^{er} AVRIL 2004 ET LE 31 MARS 2005

Cette partie fait référence aux inscriptions faites au cours de l'année. Indiquez l'information demandée dans le tableau ci-dessous en spécifiant si la cliente était en période **prénatale** (suivi débuté pendant la grossesse) ou **postnatale** (suivi débuté seulement après l'accouchement).

	<i>Inscription prénatale (nombre)</i>	<i>Inscription postnatale (nombre)</i>
■ Nombre total de femmes qui se sont inscrites au programme OLO (incluant PCNP, NE-GS, PSJP) entre le 1 ^{er} avril 2004 et le 31 mars 2005 :		
■ Nombre d'entre elles n'ayant pas complété le suivi auprès de votre CLSC (fausse-couche, interruption de grossesse, déménagement, etc.) :		
■ Nombre de femmes non admises au programme, faute de ressources du CLSC :		
■ À votre connaissance, parmi la clientèle visée par le programme, y a-t-il des femmes, en période prénatale, qui ont refusé de participer au programme? Oui : ☐ Non : ☐ Si oui, à combien estimez-vous ce nombre?		<i>Non pertinent</i>

1.1 Caractéristiques au moment de l'inscription

	<i>Inscription prénatale (nombre)</i>	<i>Inscription postnatale (nombre)</i>
Nombre de semaines de gestation au moment du début du suivi OLO en période prénatale		<i>Non pertinent</i>
■ Nombre de mères ayant moins de 12 semaines de grossesse		
■ Nombre de mères ayant entre 12-19 semaines de grossesse		
■ Nombre de mères ayant entre 20-29 semaines de grossesse		
■ Nombre de mères ayant 30 semaines et plus de grossesse		
Groupe d'âge		
■ Nombre de mères âgées de moins de 18 ans		
■ Nombre de mères âgées de 18 et 19 ans		
■ Nombre de mères âgées entre 20-24 ans		
■ Nombre de mères âgées de 25 ans et plus		
■ Nombre de mères d'âge inconnu		

Principale source de revenu familial (un choix seulement)		
▪ Nombre de mères bénéficiant de la Sécurité du revenu (aide sociale)		
▪ Nombre de mères bénéficiant d'un revenu insuffisant « petits salariés » (revenu inférieur au SFR)		
▪ Nombre de mères bénéficiant de bourses d'études		
▪ Nombre de mères sans revenu		
▪ Nombre de mères avec revenu inconnu		
▪ Autres		

2 CLIENTÈLE SUIVIE AU COURS DE LA PÉRIODE 2004-2005

2.1 Période du suivi

Le programme OLO permet de suivre des femmes en périodes prénatale, postnatale ou prénatale et postnatale. Indiquez, dans le tableau ci-dessous, selon l'année d'inscription, le nombre de femmes ayant bénéficié des différents types de suivi en 2004-2005.

Année d'inscription	<i>Type de suivi en 2004-2005</i>		
	prénatal seulement	postnatal seulement	prénatal et postnatal
2003-2004			
2004-2005			

2.2 Supplément offert entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2005

Combien de femmes suivies en 2004-2005 ont reçu un :	<i>Nombre</i>
Supplément OLO pour la grossesse?	
Supplément OLO pour l'allaitement maternel?	
Supplément pour l'achat de préparations lactées?	

3 NAISSANCES ENTRE LE 1^{er} AVRIL 2004 ET LE 31 MARS 2005

Cette section vise à connaître l'effet de l'intervention réalisée durant la période prénatale sur l'issue de la grossesse (poids à la naissance, durée de gestation).

Nombre de mères, **inscrites en période prénatale en 2003-2004 ou en 2004-2005**, ayant accouché entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2005 : _____

Précisez, dans le tableau ci-dessous, les caractéristiques des bébés nés au cours de la période à l'étude (2004-2005) **dont les mères ont bénéficié d'un suivi prénatal au cours de 2003-2004 ou de 2004-2005**.

Type de naissance	Nombre de bébés	À terme		Prématurés		Mort-nés
		moins de 2 500 g	2 500 g et plus	moins de 2 500 g	2 500 g et plus	
Unique						
Gémellaire		—	—	—	—	—
Triplets, autres		—	—	—	—	—
Nombre total de bébés						

Combien de ces enfants ont été allaités à la naissance? _____

Complété par : _____ Téléphone : _____

Si vous avez des interrogations au sujet de cette grille, n'hésitez pas à contacter :

Madame Manon Côté
Direction de santé publique
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
Courriel : manon_cote@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 666.7000, poste 426
Télécopieur : 666.2776

Note : Les questions complémentaires posées aux nutritionnistes dans un deuxième temps ont été intégrées au questionnaire ci-joint.

Objectifs de la collecte de données

- *Mieux cerner le fonctionnement du programme OLO dans chacun des milieux.*
- *Apporter un éclairage sur les résultats observés, suite à la compilation des données statistiques.*

Consignes

- *Complétez les questions pour lesquelles vous détenez l'information.*
- *Consultez les tableaux statistiques annexés.*
- *Au besoin, contactez Lucie Tremblay à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.*
- *Retournez le questionnaire par Lotus ou par télécopieur au plus tard le 18 avril 2006.*

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration. Nous poursuivrons les échanges avec vous en cours d'analyse. Il nous fera plaisir de vous transmettre le bilan complet du programme OLO dès sa publication.

Lucie Tremblay

Direction régionale de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Courriel : lucie_tremblay@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 418-666-7000, poste 448

Télécopieur : 418-666-2776

Disponibilités : Lundi et mardi, de 8 h 30 à 16 h 30

Mercredi de 8 h 30 à 12 h 00



**QUESTIONNAIRE S'ADRESSANT AUX
NUTRITIONNISTES TRAVAILLANT
EN PÉRINATALITÉ**

1 Informations générales

1.1	Date :
1.2	Nom du CLSC :
1.3	Nom de la répondante :
1.4	Nombre d'années de travail dans le programme OLO :
1.5	Statut au CLSC : Temps plein : ☐ Temps partiel : ☐ _____ jours par semaine
1.6	Nombre d'heures spécifiquement allouées au programme OLO : _____ heures par semaine

2 Admissibilité et inscription au programme OLO

2.1	Quelles sont les sources de références?
2.2	Qui reçoit les demandes?
2.3	Est-ce que la personne qui reçoit les demandes est une intervenante du programme OLO?
2.4	Qui fait l'évaluation de l'admissibilité au programme?
2.5	Quels sont les critères d'admissibilité?
2.6	Comment procédez-vous pour déterminer l'admissibilité au programme (ex. : développement d'un mécanisme particulier)?
	Précisez pour les femmes à faible revenu si vous tenez compte des dettes et/ou des facteurs de risque :
	Précisez si vous demandez une preuve de revenu ou autres documents :
2.7	Qui fait le premier contact auprès des femmes admises?
2.8	Qui présente le programme OLO?
2.9	Comment procédez-vous pour faire l'évaluation de la situation familiale et des facteurs de risque?

3 Intervenantes du programme OLO

Qui sont les intervenantes qui effectuent les suivis? Quel est le rôle de chacune?		
3.1	Infirmière	Rôle :
3.2	Intervenante sociale	Rôle :
3.3	Technicienne en diététique	Rôle :
3.4	Autres professionnelles	Rôle :
3.5	Nutritionniste	Rôle : Nombre moyen de femmes non rencontrées (afin d'estimer la proportion) : Pour quelles raisons ces femmes ne sont-elles pas rencontrées? Nombre de semaines de gestation de la mère au moment où débute votre suivi (en moyenne) : _____ semaines Nombre d'interventions réalisées par femme en moyenne :
3.6	L'une de ces intervenantes joue-t-elle un rôle clé dans le cadre du suivi? Oui ☐ Non ☐ Si oui, quelle intervenante? Précisez son rôle : 	
3.7	Qui est responsable de la remise des coupons OLO? Précisez son rôle au sein de l'équipe. 	

4 Fonctionnement de l'équipe OLO

4.1	Y a-t-il des modalités de fonctionnement en équipe pour les intervenantes impliquées dans le programme OLO (rencontres d'équipe, fréquence, animation, durée...)?
4.2	Si vous fonctionnez en équipe, quelle est la fréquence de discussion de chacun des dossiers des femmes admises au programme pendant la période prénatale?
4.3	Si vous fonctionnez en équipe, à quelle période de la grossesse les rencontres débutent-elles?
4.4	Rédigez-vous un plan d'intervention? Oui ☐ Non ☐ Si oui, qui en assume le suivi?
4.5	Rédigez-vous un plan de services individualisés? Oui ☐ Non ☐ Si oui, qui en assume le suivi?

5 Suivis

5.1	Pour les suivis OLO en période prénatale , donnez la proportion, en moyenne, pour chacun des lieux d'entrevue : Au domicile : % Au CLSC : %
5.2	À quelle période les suivis sont-ils débutés (semaines de gestation ou âge du bébé)?
5.3	Le supplément OLO pour l'allaitement est-il offert à toutes les femmes qui allaitent? Oui ☐ Non ☐ Si non, quels sont les critères d'admissibilité?
5.4	Quelle est la durée maximale du supplément OLO pour l'allaitement? Nombre de mois :
5.5	Quels sont les critères utilisés pour déterminer l'admissibilité au soutien à l'achat de préparations lactées ?
5.6	Comment procédez-vous pour déterminer l'admissibilité au soutien à l'achat de préparations lactées?
5.7	Quelles est la durée maximale du soutien à l'achat de préparations lactées? Nombre de mois :

Pour la section 6, référez-vous aux tableaux annexés au besoin. Apportez vos commentaires pour votre CLSC.

6 Analyse des statistiques 1999-2000 à 2004-2005

6.1	Au cours de la période étudiée, y a-t-il eu des modifications au niveau des références pour le programme OLO (tableau 1.1c)?
6.2	Au cours de la période étudiée, y a-t-il eu des modifications au niveau des critères d'admissibilité (tableau 1.1c)?
6.3	Avez-vous des éléments d'information pouvant expliquer les fluctuations observées au niveau du nombre de suivis OLO effectué annuellement (tableau 1.1c)?
6.4	Quelles sont les principales raisons d'abandon du programme OLO?
6.5	Quelle est la procédure privilégiée lors d'un changement de territoire de CLSC en cours de suivi?
6.6	Dans les catégories de revenu familial, quelles situations peuvent se retrouver dans la section « Aucun revenu » (tableau 1.2b)?

6. Analyse des statistiques 1999-2000 à 2004-2005 (suite)

6.7	Y a-t-il d'autres services offerts aux femmes âgées de moins de 20 ans que le programme OLO et les SIPPE (ex. : prévention de la grossesse à l'adolescence, programme spécifique pour cette clientèle...) (tableau 1.4b)?
6.8	Avez-vous des éléments d'information pouvant expliquer le nombre de suivis débuté après 20 semaines de gestation (tableau 1.8a)?
6.9	Avez-vous des éléments d'information pouvant expliquer le nombre de suivis débuté en période postnatale (tableau 2.1)?
6.10	Avez-vous des éléments d'information pouvant expliquer le taux de bébés de poids insuffisant à la naissance (tableau 3.1b et figure 7)?
6.11	Avez-vous des éléments d'information pouvant expliquer le taux de prématurité (tableau 3.1b et figure 7)?
6.12	Y a-t-il un mécanisme de suivi des dossiers de bébés de poids insuffisant et/ou prématurés?

7 Questions spécifiques concernant votre territoire

7.1	
7.2	
7.3	

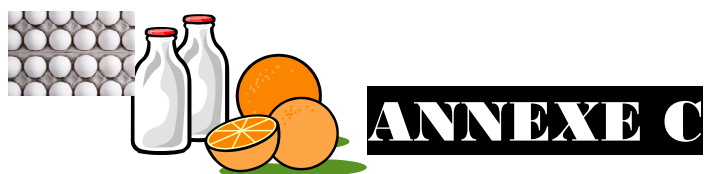
8 Tenue des statistiques

8.1	Qui était responsable de l'entrée des données statistiques pour le bilan annuel du programme OLO?
8.2	Qui est responsable de l'entrée des informations dans la fiche informatisée de périnatalité?

9 Enjeux et défis

9.1	Rencontrez-vous des difficultés dans le cadre du programme OLO?
9.2	Quels sont les facteurs facilitants?
9.3	Le processus d'implantation de Initiative Amis des bébés amène-t-il ou a-t-il conduit à des modifications dans les mesures offertes par le programme OLO? Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez :
9.4	Compte tenu des résultats observés, avez-vous des recommandations afin de consolider ou d'améliorer le programme OLO?

10 Commentaires



**TRAJECTOIRE DES FEMMES INSCRITES
AU PROGRAMME OLO ET
RÔLE DES INTERVENANTES**

CLSC de Portneuf

TRAJECTOIRE				DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ		
RÉCEPTION DES DEMANDES	ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	PREMIER CONTACT AVEC LA FEMME	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DES FACTEURS DE RISQUE
Intervenante sociale (répondante du programme).	Comités OLO (trois comités selon les secteurs).	Infirmière et intervenante sociale effectuent ensemble la collecte de données.	- Information de base par l'infirmière de la clinique de périnatalité. - Information complétée pendant la première entrevue (infirmière + intervenante sociale).	SFR : souplesse selon l'importance de l'endettement en relation avec les risques psychosociaux et nutritionnels.	- Document <i>Guide d'information sur le programme OLO</i>. - Évaluation du revenu net et des dépenses (Grille du Dispensaire diététique de Montréal à laquelle s'ajoute logement, dettes et autres). - Aucune preuve de revenu n'est demandée.	Données sommaires recueillies à l'admission et collecte de données détaillée faite à la première entrevue.

INTERVENANTES DU PROGRAMME OLO : RÔLES DE CHACUNE				
INFIRMIÈRE	NUTRITIONNISTE	TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE	INTERVENANTE SOCIALE	AUTRES INTERVENANTES
- Prénatal : - Collecte de données. - Gestion des coupons OLO. - Information sur les ressources. - Renseignements : accouchement, soins, toxicomanie, habitudes de vie, problèmes de santé. - Postnatal : - Soins. - Développement du bébé, allaitement. - Alimentation du bébé. - Suivi familial. - Coupons.	- Prénatal : - Suivis commencés entre 15 et 20 semaines. - Évaluation nutritionnelle et suivis individuels. - Renseignements : habitudes de vie, allaitement, ressources du milieu. - Documentation. - Orientation. - Postnatal : - Soutien aux intervenantes.	- N'intervient pas directement dans le programme OLO. - Implication dans les activités de groupe.	- Collecte de données. - Entrevues sur les conditions de vie et l'adaptation du rôle de parent, compétence parentale, négligence, violence, difficultés interpersonnelles, santé mentale...	Aucune autre intervenante n'est impliquée dans le programme OLO.

CLSC Sainte-Foy–Sillery–Laurentien

TRAJECTOIRE				DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ		
RÉCEPTION DES DEMANDES	ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	PREMIER CONTACT AVEC LA FEMME	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DES FACTEURS DE RISQUE
• Secrétaire du programme FEJ.	• Secrétaire du programme FEJ.	• Infirmière.	• Infirmière.	• SFR exclusivement.	• Questions portant sur les sources de revenu. • Aucune preuve de revenu n'est demandée.	• Document <i>Collecte de données prénatales</i> .

INTERVENANTES DU PROGRAMME OLO : RÔLES DE CHACUNE				
INFIRMIÈRE	NUTRITIONNISTE	TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE	INTERVENANTE SOCIALE	AUTRES INTERVENANTES
• Évaluation bio-psycho-sociale. • Enseignement prénatal. • Suivi de l'évolution de la grossesse en ce qui concerne la santé.	• Suivis commencés en moyenne à 15 semaines. • Évaluation et intervention nutritionnelles.	• Aucune technicienne en diététique n'est impliquée dans le programme OLO.	• Orientation au besoin pour un suivi de la problématique sociale.	• Aucune autre intervenante n'est impliquée dans le programme OLO.

CLSC Haute-Ville–Des-Rivières, secteur Haute-Ville

TRAJECTOIRE				DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ		
RÉCEPTION DES DEMANDES	ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	PREMIER CONTACT AVEC LA FEMME	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DES FACTEURS DE RISQUE
Un membre du comité OLO (infirmière, nutritionniste ou intervenante sociale).	Comité OLO.	Un membre de l'équipe; peut varier en fonction des besoins.	L'intervenante qui établit le premier contact.	SFR : occasionnellement, pour des revenus légèrement plus élevés que le SFR, acceptation possible en fonction de l'endettement, violence conjugale, isolement social...	Toutes les demandes sont discutées au comité OLO.	Questions posées pendant la première entrevue : situation de santé, sociale et financière.

INTERVENANTES DU PROGRAMME OLO : RÔLES DE CHACUNE				
INFIRMIÈRE	NUTRITIONNISTE	TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE	INTERVENANTE SOCIALE	AUTRES INTERVENANTES
- Prénatal : - Réception des demandes. - Information sur la grossesse et l'accouchement. - Postnatal : - Suivi auprès des mères et des bébés.	- Prénatal : - Suivis commencés en moyenne à 18 semaines. - Réception des demandes. - Suivi nutritionnel. - Postnatal : - Alimentation de la mère et du bébé. - Allaitement.	- Aucune technicienne en diététique n'est impliquée dans le programme OLO. - Peut collaborer pour des besoins d'aide alimentaire, de cuisine collective...	- Réception des demandes. - Au besoin : suivi en pré et en postnatal (violence conjugale, difficultés de couple, problèmes de santé mentale, aide matérielle, adaptation à l'arrivée du bébé...).	Au besoin : psychoéducatrice et orthophoniste.

CLSC Haute-Ville–Des-Rivières, secteur Des-Rivières

TRAJECTOIRE				DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ		
RÉCEPTION DES DEMANDES	ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	PREMIER CONTACT AVEC LA FEMME	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DES FACTEURS DE RISQUE
• Nutritionniste.	• Nutritionniste.	• Nutritionniste.	• Nutritionniste.	• SFR exclusivement.	• Questions posées. • Aucune preuve de revenu n'est demandée.	• Évaluation sommaire à l'accueil. • Évaluation plus complète par les intervenantes par la suite.

INTERVENANTES DU PROGRAMME OLO : RÔLES DE CHACUNE				
INFIRMIÈRE	NUTRITIONNISTE	TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE	INTERVENANTE SOCIALE	AUTRES INTERVENANTES
• Suivi infirmier.	• Suivis commencés entre 15 et 20 semaines de gestation (principalement 20 sem.). • Suivi nutritionnel.	• Chef d'équipe OLO. • Fait rarement des suivis OLO. • Peut effectuer la planification de menus à la demande de la nutritionniste.	• Suivi psychosocial.	• Aucune autre intervenante n'est impliquée dans le programme OLO.

CLSC Basse-Ville–Limoilou–Vanier, secteur Basse-Ville–Vanier

TRAJECTOIRE				DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ		
RÉCEPTION DES DEMANDES	ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	PREMIER CONTACT AVEC LA FEMME	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DES FACTEURS DE RISQUE
• Nutritionniste.	• Nutritionniste.	• Nutritionniste.	• Nutritionniste.	• SFR : évaluation particulière s'il y a présence d'une situation à risque.	• Évaluation téléphonique. • Aucune preuve de revenu n'est demandée.	• Utilisation d'une grille de référence.

INTERVENANTES DU PROGRAMME OLO : RÔLES DE CHACUNE				
INFIRMIÈRE	NUTRITIONNISTE	TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE	INTERVENANTE SOCIALE	AUTRES INTERVENANTES
• Intervention en périodes pré et postnatale.	• Réception des demandes. • Suivis commencés en moyenne à 15 semaines. • Évaluation nutritionnelle et suivi.	• Aucune technicienne en diététique n'est impliquée dans le programme OLO.	• Orientation au besoin pour un suivi de la problématique sociale.	• Aucune autre intervenante n'est impliquée dans le programme OLO.

CLSC Basse-Ville–Limoilou–Vanier, secteur Limoilou

TRAJECTOIRE				DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ		
RÉCEPTION DES DEMANDES	ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	PREMIER CONTACT AVEC LA FEMME	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DES FACTEURS DE RISQUE
• Prénatal : nutritionniste. • Postnatal : infirmière.	• Prénatal : nutritionniste. • Postnatal : infirmière.	• Nutritionniste.	• Prénatal : nutritionniste. • Postnatal : infirmière ou intervenante sociale.	• SFR exclusivement.	• Évaluation téléphonique. • Aucune preuve de revenu n'est demandée.	• Évaluation à l'aide d'un questionnaire.

INTERVENANTES DU PROGRAMME OLO : RÔLES DE CHACUNE				
INFIRMIÈRE	NUTRITIONNISTE	TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE	INTERVENANTE SOCIALE	AUTRES INTERVENANTES
• Suivi infirmier.	• Suivis commencés entre 12 et 15 semaines. • Suivi nutritionnel.	• Aucune technicienne en diététique n'est impliquée dans le programme OLO.	• Suivi psychosocial.	• Psychoéducatrice.

CLSC de La Jacques-Cartier

TRAJECTOIRE				DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ		
RÉCEPTION DES DEMANDES	ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	PREMIER CONTACT AVEC LA FEMME	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DES FACTEURS DE RISQUE
• Infirmière de l'AEO ou infirmière chef d'équipe.	• Évaluation commencée par l'infirmière de l'Accueil-évaluation-orientation. • Évaluation complétée par l'infirmière chef d'équipe.	• Infirmière 0-4 ans à qui le dossier est assigné.	• Infirmière 0-4 ans à qui le dossier est assigné.	• SFR : si les revenus sont légèrement supérieurs au SFR, tiennent compte de la présence de facteurs de risque de santé et psychosociaux.	• Toutes les sources de revenu sont considérées. • Aucune preuve de revenu n'est demandée. • Utilisation de la grille de collecte de données de périnatalité.	• Grille des facteurs de risque de santé et psychosociaux. • Collecte de données de périnatalité. • Jugement clinique.

INTERVENANTES DU PROGRAMME OLO : RÔLES DE CHACUNE				
INFIRMIÈRE	NUTRITIONNISTE	TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE	INTERVENANTE SOCIALE	AUTRES INTERVENANTES
• Collecte de données. • Analyse de la situation financière. • Présentation du programme et de la nutritionniste. • Suivi effectué en alternance avec la nutritionniste.	• Suivis commencés entre 12 et 15 semaines. • Évaluation nutritionnelle et suivi.	• Collecte des données statistiques (jusqu'à l'entrée en vigueur de la Fiche de périnatalité). • Gestion des coupons OLO. • Animation d'ateliers de purée et de cuisine de base. • Suivi postnatal s'il n'y a pas de suivi de santé.	• Au besoin, évaluation de la situation psychosociale et suivi.	▪ Au besoin, éducatrice spécialisée pour le suivi du développement de l'enfant.

CLSC Orléans

TRAJECTOIRE				DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ		
RÉCEPTION DES DEMANDES	ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	PREMIER CONTACT AVEC LA FEMME	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DES FACTEURS DE RISQUE
• Infirmière de l'Accueil-évaluation-orientation ou secrétaire du programme.	• Intervenante sociale du programme.	• Infirmière ou nutritionniste.	• Intervenante sociale.	• SFR : si les revenus sont légèrement supérieurs au SFR, tiennent compte de la présence de facteurs de risque de santé et psychosociaux.	• Questions sur les sources de revenu, l'endettement et les facteurs de risque bio-psycho-sociaux. • Aucune preuve de revenu n'est demandée.	• Rencontre des trois intervenantes de l'équipe après les premières entrevues faites par chacune.

INTERVENANTES DU PROGRAMME OLO : RÔLES DE CHACUNE				
INFIRMIÈRE	NUTRITIONNISTE	TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE	INTERVENANTE SOCIALE	AUTRES INTERVENANTES
• Suivi de santé. • Vérification des suivis médicaux. • Malaises liés à la grossesse. • Animation des rencontres prénatales.	• Suivis commencés en moyenne à 18 semaines. • Évaluation nutritionnelle et suivis. • Animation des cuisines collectives.	• Aucune technicienne en diététique n'est impliquée dans le programme OLO.	• Évaluation de l'admissibilité au programme. • Soutien dans la recherche de ressources. • Accompagnement dans les situations difficiles (violence conjugale, adaptation à la grossesse...).	• Aucune autre intervenante n'est impliquée dans le programme OLO.

CLSC La Source

TRAJECTOIRE				DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ		
RÉCEPTION DES DEMANDES	ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	PREMIER CONTACT AVEC LA FEMME	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DES FACTEURS DE RISQUE
• Prénatal : infirmière de l'Accueil-évaluation-orientation. • Postnatal : technicienne en diététique.	• Prénatal : infirmière de l'Accueil-évaluation-orientation. • Postnatal : technicienne en diététique.	• Nutritionniste	• Intervenante qui établit le premier contact.	• SFR exclusivement.	• Questions posées par les infirmières de l'Accueil-évaluation-orientation portant sur le revenu, la taille de la famille, la scolarité et certains facteurs de risque psychosociaux. • Aucune preuve de revenu n'est demandée.	• Collecte de données à partir du formulaire « Évaluation de l'état nutritionnel FEJ » pour les suivis OLO.

INTERVENANTES DU PROGRAMME OLO : RÔLES DE CHACUNE				
INFIRMIÈRE	NUTRITIONNISTE	TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE	INTERVENANTE SOCIALE	AUTRES INTERVENANTES
• Suivi effectué sur recommandation d'un autre membre de l'équipe.	• Prénatal : - Suivis commencés en moyenne à 15 semaines. - Évaluation nutritionnelle et suivi. - Orientation à l'infirmière ou à l'intervenante sociale au besoin. - Information sur les ressources du milieu, l'allaitement, l'alimentation du nourrisson.	• Postnatal : - Remise des coupons OLO. - Information sur l'allaitement et l'alimentation du nourrisson.	• Au besoin, suivi psychosocial sur recommandation d'une autre intervenante de l'équipe.	• Au besoin, suivi par une autre intervenante de l'équipe : psychoéducatrice ou orthophoniste.

CLSC de Charlevoix

TRAJECTOIRE				DÉTERMINATION DE L'ADMISSIBILITÉ		
RÉCEPTION DES DEMANDES	ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	PREMIER CONTACT AVEC LA FEMME	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ	ÉVALUATION DE LA SITUATION FAMILIALE ET DES FACTEURS DE RISQUE
• Infirmière du secteur prénatal.	• Infirmière du secteur prénatal.	• Infirmière du secteur prénatal.	• Infirmière du secteur prénatal.	• SFR exclusivement.	• Questionnaire « Suivi des parents bénéficiant de la mesure OLO ». • Aucune preuve de revenu n'est demandée.	• Utilisation du questionnaire « Suivi des parents bénéficiant de la mesure OLO » (revenus, situation de vie et facteurs de risque).

INTERVENANTES DU PROGRAMME OLO : RÔLES DE CHACUNE				
INFIRMIÈRE	NUTRITIONNISTE	TECHNICIENNE EN DIÉTÉTIQUE	INTERVENANTE SOCIALE	AUTRES INTERVENANTES
▪ Dépistage. • Rencontres prénatales individuelles et de groupe. ▪ Remise des coupons OLO.	• Prénatal : - Suivis commencés en moyenne à 18 semaines. - Évaluation nutritionnelle et suivis individuels. - Remise des coupons OLO.	• Aucune technicienne en diététique n'est impliquée dans le programme OLO.	• Aucune intervenante sociale n'est impliquée dans le programme OLO.	• Intervenante communautaire : information sur les activités et services offerts par le secteur communautaire.



ANNEXE D

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A-1 : Évolution des inscriptions au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région

ANNÉE	INSCRIPTIONS	CLSC								Région
		Portneuf	Sainte-Foy- Sillery- Laurentien	Haute-Ville- Des-Rivières	Basse-Ville- Limoilou- Vanier	De La Jacques- Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
1999-2000	Inscriptions ¹ (n ^{bre})	61	158	126	351	141	133	140	60	1 170
	Proportion des naissances ² %	17,4	17,4	21,1	51,3	14,8	15,3	17,6	24,8	21,7
	Suivis non complétés ³ (n ^{bre})	3	11	16	20	7	11	19	1	88
	% ⁴	4,9	7,0	12,7	5,7	5,0	8,3	13,6	1,7	7,5
2000-2001	Inscriptions (n ^{bre})	63	123	129	337	134	128	108	57	1 079
	Proportion des naissances %	17,2	12,3	23,0	47,7	13,7	13,8	12,8	23,5	19,2
	Suivis non complétés (n ^{bre})	6	8	15	8	6	10	16	6	75,0
	%	9,5	6,5	11,6	2,4	4,5	7,8	14,8	10,5	7,0
2001-2002	Inscriptions (n ^{bre})	52	101	125	325	102	157	159	61	1 082
	Proportion des naissances %	15,4	10,4	22,3	46,6	11,1	17,5	18,7	25,8	19,7
	Suivis non complétés (n ^{bre})	5	15	23	26	12	6	16	5	108
	%	9,6	14,9	18,4	8,0	11,8	3,8	10,1	8,2	10,0
2002-2003	Inscriptions (n ^{bre})	45	85	104	327	97	151	172	44	1 025
	Proportion des naissances %	12,6	8,9	19,0	45,3	9,2	17,4	20,2	19,0	18,4
	Suivis non complétés (n ^{bre})	0	8	11	27	7	14	12	2	81
	%	0,0	9,4	10,6	8,3	7,2	9,3	7,0	4,5	7,9
2003-2004	Inscriptions (n ^{bre})	62	81	79	317	104	120	106	38	907
	Proportion des naissances %	Données du Fichier des naissances par CLSC non disponibles pour le bilan								
	Suivis non complétés (n ^{bre})	6	20	10	33	5	6	15	2	97
	%	9,7	24,7	12,7	10,4	4,8	5,0	14,2	5,3	10,7
2004-2005	Inscriptions (n ^{bre})	69	98	74	308	100	127	160	66	1 002
	Proportion des naissances %	Données du Fichier des naissances non disponibles pour le bilan								
	Suivis non complétés (n ^{bre})	3	18	16	19	11	11	14	8	100
	%	4,3	18,4	21,6	6,2	11,0	8,7	8,8	12,1	10,0

1. Nombre d'inscriptions au programme OLO par année.
2. Proportion du nombre de femmes inscrites au programme OLO par rapport à l'ensemble des femmes accouchées dans chacun des CLSC et dans la région.
3. Nombre de suivis non complétés dans le programme OLO.
4. Proportion des suivis non complétés par rapport à l'ensemble des inscriptions au programme OLO par CLSC et pour la région.

Tableau A-2 : Évolution de la principale source de revenu au moment de l'inscription au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région

ANNÉE	PRINCIPALES SOURCES DE REVENU (N ^{BRE})	CLSC								Région
		Portneuf	Sainte-Foy- Sillery- Laurentien	Haute-Ville- Des-Rivières	Basse-Ville- Limoulin- Vanier	De La Jacques- Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
1999-2000	Assistance-emploi	25	43	52	164	48	63	66	18	479
	SFR de Statistique Canada	32	66	59	106	70	62	52	39	486
	Bourse d'études	0	36	12	17	2	0	4	0	71
	Aucun revenu	4	8	3	20	21	8	17	1	82
	Autres	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Données manquantes	0	5	0	0	0	0	1	2	8
	TOTAL	61	158	126	307	141	133	140	60	1 126
2000-2001	Assistance-emploi	33	38	40	140	42	47	46	19	405
	SFR de Statistique Canada	23	47	70	122	75	59	51	30	477
	Bourse d'études	1	36	12	9	5	6	4	0	73
	Aucun revenu	6	2	7	9	12	16	7	6	65
	Autres	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Données manquantes	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	TOTAL	63	123	129	280	134	128	108	57	1 022
2001-2002	Assistance-emploi	17	22	43	179	26	42	55	10	394
	SFR de Statistique Canada	30	41	68	109	62	94	87	44	535
	Bourse d'études	0	30	9	10	6	6	7	3	71
	Aucun revenu	5	8	5	20	7	14	9	4	72
	Autres	0	0	0	3	1	0	0	0	4
	Données manquantes	0	0	0	0	1	1	1	0	3
	TOTAL	52	101	125	321	103	157	159	61	1 079
2002-2003	Assistance-emploi	17	23	35	140	23	57	54	7	356
	SFR de Statistique Canada	27	39	44	145	67	87	79	29	517
	Bourse d'études	0	19	20	19	0	0	11	0	69
	Aucun revenu	1	4	5	16	7	7	24	5	69
	Autres	0	0	3	7	0	0	4	0	14
	Données manquantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	45	85	107	327	97	151	172	41	1 025
2003-2004	Assistance-emploi	18	24	18	140	28	43	36	8	315
	SFR de Statistique Canada	40	38	34	132	69	65	62	26	466
	Bourse d'études	2	17	6	17	1	3	0	0	46
	Aucun revenu	2	1	8	25	6	9	3	1	55
	Autres	0	1	3	0	0	0	5	0	9
	Données manquantes	0	0	10	3	0	0	0	3	16
	TOTAL	62	81	79	317	104	120	106	38	907
2004-2005	Assistance-emploi	29	30	8	114	30	35	49	13	308
	SFR de Statistique Canada	36	28	21	169	57	81	96	49	537
	Bourse d'études	0	34	11	11	2	5	6	1	70
	Aucun revenu	4	6	2	12	11	6	8	2	51
	Autres	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Données manquantes	0	0	32	2	0	0	0	1	35
	TOTAL	69	98	74	308	100	127	160	66	1 002

Tableau A-3 : Évolution du nombre de semaines de gestation des femmes au moment de l'inscription au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région

ANNÉE	NOMBRE DE SEMAINES DE GESTATION À L'INSCRIPTION	CLSC								RÉGION	
		Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	Nombre	Proportion (%)
1999-2000	Moins de 20 semaines	31	69	75	239	71	82	84	41	692	66,6
	20 semaines et plus	22	57	44	86	36	38	55	9	347	33,4
	Total	53	126	119	325	107	120	139	50	1 039	100
2000-2001	Moins de 20 semaines	37	59	85	219	72	70	78	38	658	69,0
	20 semaines et plus	19	53	41	84	33	31	30	5	296	31,0
	Total	56	112	126	303	105	101	108	43	954	100,0
2001-2002	Moins de 20 semaines	33	59	67	201	55	74	68	40	597	67,4
	20 semaines et plus	11	30	34	89	24	51	35	14	288	32,5
	Données manquantes	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,1
	Total	44	89	101	290	79	126	103	54	886	100,0
2002-2003	Moins de 20 semaines	30	37	58	209	45	75	56	25	535	66,5
	20 semaines et plus	13	30	25	80	24	50	40	2	264	32,8
	Total	43	67	83	289	69	125	96	32	804	100,0
2003-2004	Moins de 20 semaines	48	36	42	211	49	79	59	20	544	69,5
	20 semaines et plus	4	27	29	80	28	20	41	8	237	30,3
	Données manquantes	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0,3
	Total	52	63	71	291	77	99	100	30	783	100,0
2004-2005	Moins de 20 semaines	50	53	32	193	50	74	62	36	550	68,9
	20 semaines et plus	11	32	21	74	19	36	38	17	248	31,1
	Total	61	85	53	267	69	110	100	53	798	100,0
MOYENNE 1999-2000 À 2004-2005	Moins de 20 semaines (n ^{bre})	38	52	60	212	57	76	68	33	596	67,9
	%	74,1	57,7	64,9	72,1	67,6	66,7	63,0	76,3	67,9	
	20 semaines et plus (n ^{bre})	13	38	32	82	27	38	40	9	280	31,9
	%	25,9	42,3	35,1	27,9	32,4	33,2	37,0	21,0	31,9	
	Données manquantes (n ^{bre})	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	Total (n ^{bre})	52	90	92	294	84	114	108	44	877	

Tableau A-4 : Nombre de semaines de gestation des femmes à l'inscription au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région

NOMBRE DE SEMAINES DE GESTATION	CLSC								Région
	Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
Moins de 12 semaines (n ^{bre})	2	7	12	7	7	6	7	8	55
%	3,2	8,1	12,7	2,2	7,9	5,4	6,7	18,7	6,3
Entre 12 et 19 semaines (n ^{bre})	37	45	48	206	50	70	61	25	541
%	70,9	49,6	52,3	69,9	59,7	61,2	56,3	57,6	61,6
Total moins de 20 semaines (n^{bre})	38	52	60	212	57	76	68	33	596
%	74,1	57,7	64,9	72,1	67,6	66,7	63,0	76,3	67,9
Entre 20 et 29 semaines (n ^{bre})	10	25	21	60	19	26	27	6	194
%	19,1	27,7	23,1	20,4	21,9	22,9	24,9	14,1	22,1
30 semaines et plus (n ^{bre})	4	13	11	22	9	12	13	3	86
%	6,8	14,6	11,9	7,5	10,5	10,3	12,1	6,9	9,8
Total 20 semaines ou plus (n^{bre})	13	38	32	82	27	38	40	9	280
%	25,9	42,3	35,1	27,9	32,4	33,2	37,0	21,0	31,9
Données manquantes (n ^{bre})	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Total de femmes (n^{bre})	52	90	92	294	84	114	108	44	877

Tableau A-5 : Évolution du supplément OLO pour l'allaitement et du soutien à l'achat de préparations lactées pour les nourrissons du programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région

ANNÉE	TYPE DE SOUTIEN OFFERT	CLSC								RÉGION	
		Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	Nombre	Proportion (%)
1999-2000	Supplément OLO pour l'allaitement (n ^{bre})	14	61	72	109	47	53	126	18	500	72,3
	Soutien à l'achat de préparations lactées (n ^{bre})	22	40	22	25	43	14	7	19	192	27,7
	Total (n ^{bre})	36	101	94	134	90	67	133	37	692	100,0
2000-2001	Supplément OLO pour l'allaitement (n ^{bre})	14	50	63	113	47	56	67	25	435	65,3
	Soutien à l'achat de préparations lactées (n ^{bre})	12	27	40	34	49	42	3	24	231	34,7
	Total (n ^{bre})	26	77	103	147	96	98	70	49	666	100,0
2001-2002	Supplément OLO pour l'allaitement (n ^{bre})	23	44	69	147	44	89	102	35	553	70,1
	Soutien à l'achat de préparations lactées (n ^{bre})	26	27	35	30	42	54	0	22	236	29,9
	Total (n ^{bre})	49	71	104	177	86	143	102	57	789	100,0
2002-2003	Supplément OLO pour l'allaitement (n ^{bre})	16	46	70	146	29	101	104	33	545	70,3
	Soutien à l'achat de préparations lactées (n ^{bre})	14	24	26	43	28	59	2	34	230	29,7
	Total (n ^{bre})	30	70	96	189	57	160	106	67	775	100,0
2003-2004	Supplément OLO pour l'allaitement (n ^{bre})	23	55	0	180	46	119	78	20	521	76,5
	Soutien à l'achat de préparations lactées (n ^{bre})	20	18	0	43	33	25	0	21	160	23,5
	Total (n ^{bre})	43	73	0	223	79	144	78	41	681	100,0
2004-2005	Supplément OLO pour l'allaitement (n ^{bre})	42	49	29	158	41	87	89	26	521	72,8
	Soutien à l'achat de préparations lactées (n ^{bre})	17	20	6	43	29	41	11	28	195	27,2
	Total (n ^{bre})	59	69	35	201	70	128	100	54	716	100,0
Moyenne six années	Supplément OLO pour l'allaitement (n ^{bre})	22	51	51	142	42	84	94	26	513	
	%	54,3	66,2	70,1	79,6	53,1	68,2	96,1	51,5	71,2	
	Soutien à l'achat de préparations lactées (n ^{bre})	19	26	22	36	37	39	4	25	207	
	%	45,7	33,8	29,9	20,4	46,9	31,8	3,9	48,5	28,8	
	Total (n ^{bre})	41	77	72	179	80	123	98	51	720	

Tableau A-6 : Évolution et moyenne du nombre de bébés allaités à la naissance, programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC et région

ANNÉES		CLSC								Région
		Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
1999-2000	Allaitement (n ^{bre})	29	81	72	148	62	63	95	23	573
	Naissances (n ^{bre})	50	119	92	301	117	96	112	56	943
	%	58,0	68,1	78,3	49,2	53,0	65,6	84,8	41,1	60,8
2000-2001	Allaitement (n ^{bre})	37	72	63	113	58	45	67	28	483
	Naissances (n ^{bre})	59	114	127	259	125	94	98	59	935
	%	62,7	63,2	49,6	43,6	46,4	47,9	68,4	47,5	51,7
2001-2002	Allaitement (n ^{bre})	32	70	43	147	48	62	46	26	474
	Naissances (n ^{bre})	55	85	94	272	86	109	72	57	830
	%	58,2	82,4	45,7	54,0	55,8	56,9	63,9	45,6	57,1
2002-2003	Allaitement (n ^{bre})	21	30	51	146	25	66	56	36	431
	Naissances (n ^{bre})	43	66	59	265	51	116	62	63	725
	%	48,8	45,5	86,4	55,1	49,0	56,9	90,3	57,1	59,4
2003-2004	Allaitement (n ^{bre})	19	46	37	169	44	57	45	15	432
	Naissances (n ^{bre})	44	50	60	294	72	83	78	33	714
	%	43,2	92,0	61,7	57,5	61,1	68,7	57,7	45,5	60,5
2004-2005	Allaitement (n ^{bre})	42	42	53	165	36	54	61	20	473
	Naissances (n ^{bre})	66	57	68	260	56	88	85	40	720
	%	63,6	73,7	77,9	63,5	64,3	61,4	71,8	50,0	65,7
Moyenne 1999-2000 à 2004-2005	Allaitement (n ^{bre})	30	57	53	148	46	58	62	25	478
	Naissances par CLSC (n ^{bre})	53	82	83	275	85	98	85	51	811
	%	56,8	69,5	63,8	53,8	53,8	59,2	73,0	48,1	58,9
1999-2000 à 2004-2005	Étendue des proportions annuelles minimale et maximale %	20,4	36,9	42,7	19,9	17,9	20,8	32,6	16,0	14,0

Tableau A-7 : Caractéristiques à la naissance des bébés des femmes inscrites au programme OLO, 1999-2000 à 2004-2005, CLSC, région

ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES À LA NAISSANCE (N ^{BRE})	CLSC								Région
		Portneuf	Sainte-Foy-Sillery-Laurentien	Haute-Ville-Des-Rivières	Basse-Ville-Limoilou-Vanier	De La Jacques-Cartier	Orléans	La Source	Charlevoix	
1999-2000	Poids de naissance < 2 500 g	2	4	8	27	3	9	13	3	69
	Prématurité < 37 semaines de grossesse	3	11	7	38	9	9	13	3	93
	Naissances multiples	2	6	4	6	2	4	6	0	30
	Naissances totales	50	119	92	301	117	96	112	56	943
2000-2001	Poids de naissance < 2 500 g	4	4	5	12	10	8	6	1	50
	Prématurité < 37 semaines de grossesse	4	2	4	13	9	8	4	4	48
	Naissances multiples	2	2	4	4	4	0	4	0	20
	Naissances totales	59	114	127	259	125	94	98	59	935
2001-2002	Poids de naissance < 2 500 g	8	4	10	20	7	9	2	3	63
	Prématurité < 37 semaines de grossesse	6	5	1	20	9	10	5	3	59
	Naissances multiples	2	2	4	0	2	4	1	2	17
	Données manquantes	0	0	0	7	0	0	0	0	7
	Naissances totales	55	85	94	272	86	109	72	57	830
2002-2003	Poids de naissance < 2 500 g	7	8	2	19	4	12	4	5	61
	Prématurité < 37 semaines de grossesse	5	5	3	19	5	12	5	5	59
	Naissances multiples	0	4	0	12	4	8	0	2	30
	Naissances totales	43	66	59	265	51	116	62	63	725
2003-2004	Poids de naissance < 2 500 g	5	3	1	30	8	6	5	0	58
	Prématurité < 37 semaines de grossesse	3	5	6	34	7	9	10	2	76
	Naissances multiples	2	0	2	24	2	0	4	0	34
	Naissances totales	44	50	60	295	72	83	78	33	715
2004-2005	Poids de naissance < 2 500 g	5	3	3	33	4	6	6	2	62
	Prématurité < 37 semaines de grossesse	4	4	6	34	4	11	9	0	72
	Naissances multiples	0	4	4	7	2	4	0	0	21
	Naissances totales	66	57	68	260	56	88	85	40	720
Moyenne 1999-2000 à 2004-2005	Poids de naissance < 2 500 g (n ^{bre})	5	4	5	24	6	8	6	2	61
	%	9,8	5,3	5,8	8,5	7,1	8,5	7,1	4,5	7,5
	Prématurité < 37 semaines de grossesse (n ^{bre})	4	5	5	26	7	10	8	3	68
	%	7,9	6,5	5,4	9,6	8,5	10,1	9,1	5,5	8,4
	Naissances multiples par CLSC (n ^{bre})	2	3	3	9	3	3	3	1	25
	%	3,0	3,7	3,6	3,2	3,2	3,4	3,6	1,6	3,1
	Naissances totales par CLSC (n ^{bre})	53	82	83	275	85	98	85	51	811

Tableau A-8 : Caractéristiques des bébés à la naissance, un regard historique pour 1976 et les moyennes sur cinq ans de 1984 à 2003¹, région et province

ANNÉE	1976	Moyenne 1984-1988	Moyenne 1989-1993	Moyenne 1994-1998	Moyenne 1998-2003
Insuffisance de poids à la naissance					
Province (%)	7,0	6,2	5,9	6,0	5,6
Région (%)	6,8	5,9	5,4	5,4	5,4
Prématurité					
Province (%)	6,2	6,2	6,7	7,2	7,6
Région (%)	5,7	5,9	6,5	7,0	7,9
Naissances totales					
Province (n ^{bre})					73 113
Région (n ^{bre})					5 539

1. Données préparées par Michel Pageau et Marc Ferland, Direction régionale de santé publique, 2006, à partir des fichiers des hospitalisations MED-ÉCHO (numérateur); Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé (numérateur); Service du développement de l'information, version février 2005, ministère de la Santé et des Services sociaux (dénominateur).

