



Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe

Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe

Direction du développement des individus et des communautés

Octobre 2015

AUTEURES

Mai Thanh Tu, conseillère scientifique
Julie Poissant, experte en périnatalité et petite enfance
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Jean-François Labadie, chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

AVEC LA COLLABORATION DE

Pascale Turcotte, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

Vicky Tessier, bibliothécaire
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Sophie Michel, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Cette étude a été commandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les versions préliminaires de cet avis ont été commentées par Stéphane Ruel et Sabrina Fortin (ministère de la Santé et des Services sociaux) ainsi que par Marie-José Legault, Anne-Marie Ménard, Monik Saint-Pierre, Nicole Lapointe et Jocelyne Michaud, répondantes en périnatalité.

POUR TOUTE INFORMATION, COMMUNIQUER AVEC :

Julie Poissant
Responsable de l'équipe périnatalité et petite enfance
julie.poissant@inspq.qc.ca
514 864-1600, poste 3522

CITATION SUGGÉRÉE

Tu, M.T & Poissant, J. (2015). *Avis scientifique sur les effets des rencontres prénatales de groupe*. Institut national de santé publique du Québec, 140 p.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Table des matières

Liste des tableaux.....	III
Liste des figures.....	V
Glossaire.....	VII
Liste des sigles et acronymes.....	IX
Sommaire.....	1
1 Introduction.....	3
2 Les rencontres prénatales au Québec.....	5
2.1 Historique des rencontres prénatales au Québec.....	5
2.1.1 L'émergence des professions impliquées dans la santé périnatale.....	5
2.1.2 Le développement des ressources en périnatalité.....	6
2.1.3 L'émergence des rencontres prénatales.....	7
2.2 L'offre actuelle.....	8
2.3 Les besoins des couples et leurs appréciations des rencontres.....	8
3 L'état de santé et ses déterminants durant les périodes prénatale, périnatale et postnatale.....	11
3.1 L'état de santé.....	11
3.2 Les déterminants de l'état de santé.....	11
3.2.1 Les caractéristiques individuelles et la santé.....	11
3.2.2 Les milieux de vie et la santé.....	13
3.2.3 Les systèmes.....	14
3.2.4 Le contexte global.....	14
4 La méthodologie.....	17
4.1 Sélection des études et analyse de la qualité.....	17
4.2 Conclusions tirées des études.....	17
4.3 Les indicateurs répertoriés.....	18
5 Les effets des rencontres prénatales de groupe.....	21
5.1 La période prénatale pour la clientèle universelle.....	21
5.1.1 Les effets sur l'état de santé.....	23
5.1.2 Les effets sur les déterminants de santé.....	23
5.2 La période prénatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité.....	26
5.2.1 Les effets sur l'état de santé.....	26
5.2.2 Les effets sur les déterminants de santé.....	27
5.3 La période périnatale pour la clientèle universelle.....	27
5.3.1 Les effets sur l'état de santé.....	29
5.3.2 Les effets sur les déterminants de santé.....	29
5.4 La période périnatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité.....	32
5.4.1 Les effets sur l'état de santé.....	33
5.4.2 Les effets sur les déterminants de santé.....	33

5.5	La période prénatale pour les enfants de la clientèle universelle	34
5.5.1	Les effets sur l'état de santé	35
5.5.2	Les effets sur les déterminants de santé	36
5.6	La période prénatale pour les enfants de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité	37
5.6.1	Les effets sur l'état de santé	38
5.6.2	Les effets sur les déterminants de santé	39
5.7	La période postnatale pour la clientèle universelle.....	39
5.7.1	Les effets sur l'état de santé	42
5.7.2	Les effets sur les déterminants de santé	43
5.8	La période postnatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité.....	45
5.8.1	Les effets sur l'état de santé	46
5.8.2	Les effets sur les déterminants de santé	47
6	Conditions émergentes pouvant accroître les effets des rencontres prénatales.....	49
7	Constats et recommandations	53
8	Conclusion	57
	Références.....	59
Annexe 1	Consultation sur l'offre de service des rencontres prénatales au Québec	67
Annexe 2	Conclusion sur chacun des indicateurs pour les trois périodes pour la clientèle universelle et celle vivant en contexte de vulnérabilité.....	73
Annexe 3	Démarche de recherche bibliographique pour la sélection des études sur les effets des rencontres de groupe	77
Annexe 4	Description détaillée des études pour les clientèles universelles.....	83
Annexe 5	Description détaillée des études pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité	113

Liste des tableaux

Tableau 1	Symbole et critère utilisés pour les types de conclusion.....	18
Tableau 2	Liste des indicateurs répertoriés selon le cadre du MSSS.....	19
Tableau 3	Description des études pour la période prénatale auprès de la clientèle universelle	21
Tableau 4	Conclusion sur chaque indicateur de la période prénatale pour la clientèle universelle.....	25
Tableau 5	Description des études pour la période prénatale auprès de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité	26
Tableau 6	Conclusion sur chaque indicateur de la période prénatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité	27
Tableau 7	Description des études pour la période perinatale auprès de la clientèle universelle	28
Tableau 8	Conclusion sur chaque indicateur de la période perinatale pour la clientèle universelle.....	32
Tableau 9	Description des études pour la période perinatale chez la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité	33
Tableau 10	Conclusion sur chaque indicateur de la période perinatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité	34
Tableau 11	Description des études sur les issues de grossesse auprès des enfants de la clientèle universelle	34
Tableau 12	Conclusion sur chaque indicateur de la période perinatale pour les enfants de la clientèle universelle	37
Tableau 13	Description des études sur les issues de grossesse auprès des enfants de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité	37
Tableau 14	Conclusion sur chaque indicateur de la période perinatale pour les enfants de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité	39
Tableau 15	Description des études pour la période postnatale de la clientèle universelle.....	40
Tableau 16	Conclusion sur chaque indicateur de la période postnatale pour la clientèle universelle.....	45
Tableau 17	Description des études pour la période postnatale auprès de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité	46
Tableau 18	Conclusion sur chaque indicateur de la période postnatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité	47
Tableau 19	Indicateurs avec un effet positif probable ou sans aucun effet probable pour la clientèle universelle	53
Tableau 20	Répartition de l'offre de services des rencontres prénatales entre les CSSS et les organismes communautaires ou privés selon les régions du Québec	69
Tableau 21	Clientèle visée par les CSSS selon les régions du Québec.....	70
Tableau 22	Modalités des rencontres prénatales selon les régions du Québec.....	71
Tableau 23	Conclusion sur chacun des indicateurs pour les trois périodes pour la clientèle universelle et celle vivant en contexte de vulnérabilité	75
Tableau 24	Description détaillée des études pour les clientèles universelles.....	85

Tableau 25 Description détaillée des études pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité.....	115
--	-----

Liste des figures

Figure 1	Ligne de temps décrivant l'émergence des différentes pratiques professionnelles impliquées dans la santé périnatale au Québec : De la colonisation jusqu'au début du 20 ^e siècle	5
Figure 3	Ligne de temps décrivant les différentes pratiques professionnelles impliquées dans la santé périnatale au Québec à partir du 20 ^e siècle	7

Glossaire¹

Accélération du travail

Procédure visant à augmenter la puissance et la durée des contractions durant le travail afin d'accélérer la progression du travail lorsque celui-ci connaît un ralentissement¹.

Âge gestationnel

Nombre de semaines depuis la fécondation de l'ovule qui se déroule au milieu du cycle menstruel, soit deux semaines après le début des dernières règles.

Césarienne planifiée

Césarienne prévue avant que le travail ne débute, avec ou sans motif médical.

Césarienne d'urgence

Césarienne non planifiée pratiquée sur indication médicale.

Déclenchement du travail

Recours à des moyens pharmacologiques locaux ou systémiques, ou à des moyens mécaniques, pour démarrer les contractions alors que la femme n'est pas en travail, quelle que soit la durée de la grossesse.

Intervention obstétricale

Intervention médicamenteuse ou chirurgicale pratiquée dans le but d'optimiser le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et ainsi la santé de la mère, du bébé à naître et du nouveau-né.

Issues de grossesse

Résultats de la conception et de la grossesse, tels que le sexe de l'enfant, le poids de l'enfant à la naissance, les malformations congénitales, l'accouchement avant terme (prématuré) ou la fausse couche.

Multipare

Se dit d'une femme qui a accouché une ou plusieurs fois.

Nullipare

Se dit d'une femme qui n'a jamais eu d'enfant.

Primipare

Se dit d'une femme qui accouche pour la première fois.

¹ Adaptation de plusieurs définitions de l'INESSS.

Péridurale

Technique d'anesthésie nécessitant l'introduction d'un cathéter dans l'espace péridural (espace anatomique entourant la dure-mère d'où son nom) pour diffuser un produit actif (analgésique, anesthésique, glucocorticoïde, etc.).

Pernatal

Qui se rapporte à la période entourant le travail et l'accouchement.

Prématurité

Qui se rapporte à une naissance avant 37 semaines de gestation.

Prénatal

Qui se rapporte à la période avant la naissance.

Postnatal

Qui se rapporte à la période suivant la naissance.

Revue systématique

Forme de recension structurée des publications qui répond à une question spécifique par l'analyse d'articles. Elle implique des méthodes objectives de recherche, l'application de critères prédéterminés d'inclusion ou d'exclusion des articles, l'évaluation critique des publications pertinentes, ainsi que l'extraction et la synthèse des données.

Score d'Apgar

Évaluation sur une échelle de 0 à 10 effectuée normalement à 1 minute et à 5 minutes après la naissance permettant d'étudier la vitalité du nouveau-né selon le battement cardiaque, la respiration, la coloration, le tonus musculaire et la réactivité à la stimulation.

Travail

Ensemble des phénomènes qui permettent la dilatation du col de l'utérus et l'expulsion du fœtus.

Liste des sigles et acronymes

AVAC	Accouchement vaginal après césarienne
CSSS	Centre de santé et de services sociaux (Québec)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec)
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)
NIH	National Institutes of Health (États-Unis)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OLO	Œuf, lait, jus d'orange
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNSP	Programme national de santé publique (Québec)
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Sommaire

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le mandat de produire un avis sur les effets des rencontres prénatales de groupe. Au Québec, les rencontres prénatales visent à informer les femmes enceintes et leurs partenaires ainsi qu'à les préparer à l'accouchement et à leur nouveau rôle de parent.

Le présent avis tente de dégager les effets des rencontres prénatales de groupe à partir de la littérature scientifique récente dans le but de mieux situer leur contribution dans l'offre de service au Québec.

Méthodologie

Une recherche bibliographique a été effectuée en ciblant les publications entre 2004 et 2015 dans les bases de données *Ovid SP*, *Medline*, *EbscoHost* avec les mots-clés relatifs à la promotion de la santé, aux interventions obstétricales, aux issues de grossesse, à l'allaitement, la santé et l'adaptation. Le modèle de la santé et de ses déterminants du ministère de la Santé et des Services sociaux (2012) sert à organiser la présentation des résultats.

Principaux constats

L'analyse permet de dégager quatre constats pour la clientèle universelle. L'état des connaissances actuelles ne permet pas de se prononcer avec assurance sur les effets pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité.

- Les rencontres prénatales de groupe peuvent informer, renforcer le sentiment de confiance et accroître la perception de soutien émotif durant la grossesse;
- Les rencontres prénatales de groupe peuvent influencer des déterminants de l'état de santé si les mères ont une emprise sur ceux-ci;
- Les rencontres prénatales de groupe ne peuvent pas à elles seules influencer l'état de santé;
- Les rencontres prénatales de groupe qui remplissent certaines conditions ont plus de chances d'entraîner des effets positifs :
 - Adapter le contenu selon les besoins des différentes clientèles;
 - Offrir plusieurs rencontres;
 - Diminuer les barrières à la participation;
 - Privilégier l'ajout de thématiques et d'approches spécifiques;
 - Inclure les principes de l'enseignement aux adultes.

Recommandations

Quatre recommandations pour l'offre de service de rencontres prénatales au Québec découlent des principaux constats :

1. Maintenir l'offre de rencontres prénatales de groupe pour tous les futurs parents du Québec tel qu'indiqué dans la Politique de périnatalité 2008-2018.
2. Mettre l'accent, dans les rencontres prénatales de groupe, sur les comportements et les choix sur lesquels les parents ont une emprise plutôt que sur les situations qui impliquent d'autres acteurs ou des événements imprévisibles;
3. Revoir les objectifs des rencontres prénatales pour cibler les déterminants de l'état de santé soit les connaissances, la confiance en leurs capacités et le soutien social;
4. S'inspirer des cinq conditions ayant plus de chances d'entraîner des effets positifs pour définir les modalités d'application des rencontres prénatales de groupe au Québec.

Conclusion

L'analyse des effets des rencontres prénatales de groupe met en évidence leur potentiel en regard de la promotion de la santé et réaffirme l'utilité de celles-ci dans l'offre de service au Québec comme le précise d'ailleurs la Politique de périnatalité du Québec 2008-2018.

D'autres études sont nécessaires afin de mieux cerner les effets des rencontres de groupe sur l'état de santé, les clientèles vivant en contexte de vulnérabilité ou les pères. Il faut mieux comprendre aussi comment les effets, lorsqu'ils sont présents, peuvent être expliqués par la présence de certaines conditions.

1 Introduction

Dans le domaine de la périnatalité au Québec, c'est la Politique nationale de périnatalité 2008-2018 qui encadre l'offre de soutien aux femmes enceintes et à leur partenaire. Elle énonce plusieurs objectifs à atteindre : aider les femmes enceintes à vivre une maternité en santé, favoriser la santé, le bien-être et le développement optimal de l'enfant, soutenir les mères et les pères dans leur expérience périnatale, ainsi que leur adaptation à leur nouveau rôle de parents (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). À un suivi de grossesse s'ajoute généralement une offre régionale de rencontres prénatales qui n'est pas uniforme d'un territoire à l'autre. Selon la stratégie de mise en œuvre de la politique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010), les rencontres prénatales constituent un moyen privilégié de soutenir les couples dans leurs expériences périnatales et postnatales.

La plupart des revues de la littérature sur les rencontres prénatales concluent à une insuffisance de preuves pour statuer de l'efficacité ou non de ce type d'intervention. À titre d'exemple, Gagnon et Sandall (2007) ont effectué une revue systématique sur les effets des rencontres prénatales de groupe et individuelles à partir d'études randomisées provenant de pays très différents, dont l'Iran. Les auteurs n'ont pu se prononcer avec confiance sur l'acquisition de nouvelles connaissances, le type d'accouchement, l'expérience de naissance, l'allaitement ou la compétence parentale. Brixval et collab. (2015) arrivent à la même conclusion en analysant les effets des rencontres prénatales de groupe et de différentes approches de transmission d'informations prénatale employées dans les pays occidentaux en lien avec la dépression, la gestion de la douleur durant l'accouchement et les interventions obstétricales et la préparation à la parentalité. À notre connaissance, aucune revue de littérature ne porte exclusivement sur les effets des rencontres de groupe dans les pays comparables au nôtre et qui considèrent la vulnérabilité sociale ou économique des participants.

Le présent avis tente de dégager les effets des rencontres prénatales de groupe spécifiquement tout en tenant compte du type de clientèle (universelle ou vivant en contexte de vulnérabilité) dans le but de mieux situer la contribution des rencontres dans l'offre de services destinés aux femmes enceintes et à leur conjoint.

La première section de cet avis présentera un portrait des rencontres prénatales au Québec en faisant un bref survol historique, de l'offre actuelle, des besoins des couples ainsi que de leurs appréciations de ce type de service. La deuxième section exposera l'état de santé des femmes, de leur partenaire et de l'enfant à naître ainsi que l'analyse des effets. Dans la dernière section, nous aborderons les conditions qui peuvent accroître les effets des rencontres prénatales et terminerons par des constats et des recommandations.

2 Les rencontres prénatales au Québec

Cette section présente un bref survol historique des rencontres prénatales au Québec, un portrait sommaire de l'offre actuelle, les besoins des couples ainsi que l'appréciation de ce type de service d'après trois enquêtes québécoises.

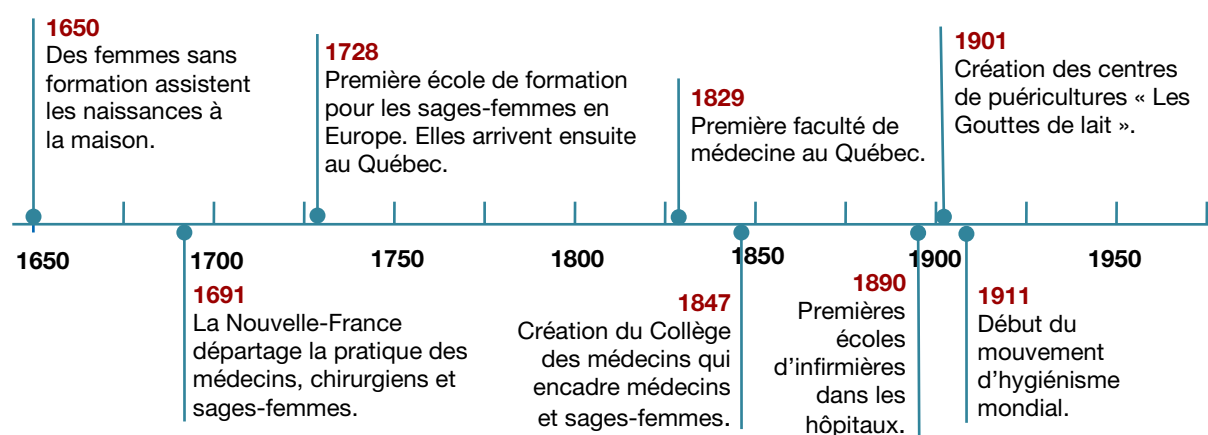
2.1 Historique des rencontres prénatales au Québec

2.1.1 L'ÉMERGENCE DES PROFESSIONS IMPLIQUÉES DANS LA SANTÉ PÉRINATALE

Au fil des siècles, les différentes pratiques professionnelles impliquées dans la santé périnatale au Québec se sont lentement définies (voir Figure 1). Au début de la colonisation, les femmes se soutiennent entre elles au moment de la naissance de leurs enfants et certaines, sans formation, sont identifiées comme sages-femmes. Par la suite, des sages-femmes formées en Europe arrivent en Nouvelle-France. En 1691, l'état de la Nouvelle-France intervient pour départager les champs de pratique des médecins, des chirurgiens et des sages-femmes. Quelques années plus tard, le réseau des sages-femmes se structure. Elles sont officiellement reconnues et peuvent obtenir de la formation auprès des médecins jusqu'en 1850 et dans les maternités jusqu'en 1919 (Université du Québec à Trois-Rivières, 2014).

La formation des médecins s'actualise au Québec avec la première faculté de médecine universitaire canadienne à l'Université McGill en 1829. Puis, le Collège des médecins, créé en 1847, intervient en encadrant la pratique des médecins et des sages-femmes (Université du Québec à Trois-Rivières, 2014). C'est aussi pendant cette période que sont implantés les premiers centres de puéricultures appelés « Les Gouttes de lait » à Montréal et à Québec (Milot, 2010). Ces centres distribuent du lait de meilleure qualité, encouragent l'allaitement maternel et donnent des conseils pour la santé des nourrissons afin de réduire la mortalité infantile.

Figure 1 Ligne de temps décrivant l'émergence des différentes pratiques professionnelles impliquées dans la santé périnatale au Québec : De la colonisation jusqu'au début du 20^e siècle



2.1.2 LE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES EN PÉRINATALITÉ

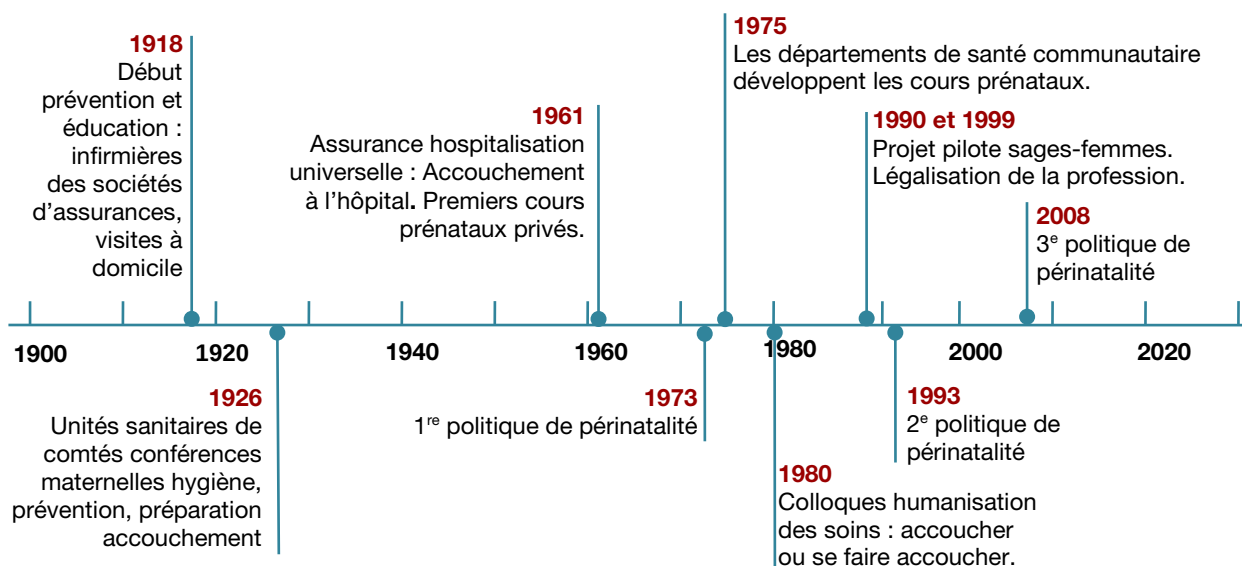
En 1918, des activités de prévention périnatale s'organisent au sein d'organismes bénévoles et des sociétés d'assurances, qui embauchent des infirmières pour des visites à domicile auprès des femmes enceintes ou venant d'accoucher (Petitat, 1988). En effet, ces dernières accouchaient surtout à domicile (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). Avec le développement de la formation des médecins et des infirmières, et un nombre grandissant d'hôpitaux au Québec (Guérard, 1996), on valorise alors de plus en plus une approche médicale de la naissance (Bayard, 2008).

À la fin des années 20, le taux de mortalité infantile au Québec demeure élevé avec 127 décès pour 1000 naissances vivantes (Bayard, 2008). En 1926, le gouvernement provincial met en place les unités sanitaires de comtés qui offrent des conférences traitant d'hygiène, de prévention et de préparation à l'accouchement (Desrosiers et collab., 1997). Apparaissent également des cliniques néonatales et un service de visites à domicile (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). En 1931, le nombre d'hôpitaux augmente de 50 % en près de 10 ans au Québec. En 1961, le déploiement de l'assurance hospitalisation au Québec permet à un plus grand nombre de femmes d'accoucher à l'hôpital, de sorte qu'en 1965, c'est le milieu choisi par 98 % des femmes alors que le taux était de 16 % en 1940 (McCord, 2011). Durant la même période, soit entre 1940 et 1968, le taux de mortalité infantile diminue de 54 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes (Bayard, 2008).

La pratique des sages-femmes s'éteint progressivement pendant la première partie du 20^e siècle alors que leur formation n'est pas reconnue, mais elle revient à la demande des femmes dans les années 1970. Leur profession est officiellement légalisée en 1999. En 2012, les médecins omnipraticiens et obstétriciens prennent en charge près de 98 % des suivis de grossesse alors que les sages-femmes en assument le reste². Les infirmières en périnatalité contribuent à la préparation à l'accouchement principalement grâce aux rencontres prénatales. Elles sont aussi présentes pendant le travail et l'accouchement en milieu hospitalier et offrent un suivi postnatal systématique à domicile. La Figure 2 résume l'émergence des différentes pratiques professionnelles impliquées dans la santé périnatale au Québec.

² Site internet de l'ordre des sages-femmes.

Figure 3 Ligne de temps décrivant les différentes pratiques professionnelles impliquées dans la santé périnatale au Québec à partir du 20^e siècle



2.1.3 L'ÉMERGENCE DES RENCONTRES PRÉNATALES

Les premières rencontres prénatales émergent dans les années 60, en même temps que l'augmentation du nombre d'accouchements en milieu hospitalier. Par exemple, à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, les rencontres sont animées par l'infirmière-chef de l'obstétrique, alors que d'autres visites sont organisées dans certains hôpitaux. En 1975, le ministère des Affaires sociales demande à chaque département de santé communautaire (DSC) de la province de désigner un responsable de périnatalité, au moins une chargée de cours prénatals, et de mettre sur pied un programme comprenant, entre autres, la diffusion de l'information préventive sur la grossesse et l'accouchement (Ministère des Affaires sociales, 1973). Les DSC développent des cours prénataux (éventuellement appelés rencontres prénatales) destinés à l'ensemble des femmes enceintes ainsi qu'à leur conjoint (Roy et collab., 1983). Il y a beaucoup de variabilité quant au format et aux objectifs des rencontres dispensées par les organismes publics et privés (centres locaux de services communautaires [CLSC], commissions scolaires, organismes communautaires, professionnels en privé).

Entre 1978 et 1979, Robitaille et Kramer réalisent une étude de cohorte prospective sur les rencontres prénatales en questionnant 1747 primipares ayant accouché dans quatre hôpitaux de Montréal. Les auteurs souhaitent vérifier l'hypothèse voulant que plus les femmes ont des risques élevés de complications à la grossesse, moins elles participent aux rencontres prénatales (Robitaille, 1979). Les auteurs constatent qu'il existe une relation directe entre le fait de combiner plusieurs facteurs de risque (ex. : niveau socioéconomique faible, grandes fumeuses, sous-scolarisées) et de ne pas assister à des rencontres prénatales. Ils concluent que les rencontres ont très peu d'effet sur la réduction de la consommation de cigarette durant la grossesse ou le poids de l'enfant à la naissance (Robitaille et Kramer, 1985; Robitaille, 1983).

Entre 1980 et 1981, l'Association pour la santé publique du Québec organise des colloques sur l'humanisation des soins en périnatalité sous le thème : « Accoucher ou se faire accoucher ». C'est l'occasion de dénoncer la médicalisation de l'accouchement. Les rencontres prénatales sont alors critiquées. Elles seront revues et bonifiées au fil des années pour devenir les rencontres prénatales que l'on connaît aujourd'hui.

2.2 L'offre actuelle

Au Québec, les femmes enceintes et leur partenaire peuvent accéder à de l'information prénatale grâce au guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*³ et en participant à des rencontres de groupe. L'information prénatale se transmet aussi dans le cadre d'un suivi intensif pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité (ayant un faible revenu et une faible scolarité) dans le cadre des SIPPE. Un portail d'information périnatale⁴ a été développé à la suite d'une recommandation de la Politique de périnatalité 2008-2018. Il vise à fournir aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux une information de qualité fondée sur des données probantes et mise à jour régulièrement. Cette information sert à élaborer le contenu des rencontres prénatales.

Dans le but de tracer les grandes lignes de l'offre de rencontres au Québec, nous avons réalisé, en janvier 2015, une consultation auprès des responsables de périnatalité des 18 agences de la santé et des services sociaux du Québec (voir Annexe 1).

Les rencontres prénatales au Québec visent à informer les femmes enceintes et leurs partenaires, à les préparer à l'accouchement et à leur nouveau rôle de parent. Les femmes nullipares, c'est-à-dire celles n'ont jamais eu d'enfant, constituent le public cible. Dans dix régions sur quinze⁵, les centres de santé et services sociaux (CSSS) offrent des rencontres à la clientèle dite universelle. Dans les cinq autres régions, les rencontres pour cette clientèle sont prises en charge par des organismes communautaires ou privés, souvent en partenariat avec les CSSS. La très grande majorité des CSSS offre des rencontres prénatales spécifiques de groupe aux clientèles répondant aux critères des SIPPE. Quant aux clientèles allophones ou anglophones, elles ont accès aux rencontres dans tous les CSSS de trois régions. Pour six autres régions, le pourcentage de CSSS qui offrent des rencontres pour les allophones ou anglophones varie de 0 % à 50 %.

Le nombre de rencontres prénatales offertes varie, selon les régions, de deux à huit rencontres d'environ deux heures chacune. Elles débutent généralement au deuxième trimestre (huit régions sur quinze). Elles sont organisées surtout le soir (quatorze régions sur quinze), et durant les fins de semaine (six régions sur quinze). Les rencontres offertes le jour sont principalement destinées aux femmes répondant aux critères des SIPPE. Les rencontres sont gratuites dans neuf régions sur dix-sept, alors que des contributions variant de 20 \$ à 50 \$ sont exigées dans certains CSSS pour les huit autres régions. Aucune région n'exige de frais de la clientèle des SIPPE. Les moyens utilisés pour la transmission d'informations sont variés : des discussions, des simulations ou des ateliers pratiques. Quelques régions proposent aussi des ateliers interactifs, des planches anatomiques, des jeux, des questionnaires, des diapositives, des vidéos, des documents ou des guides écrits.

2.3 Les besoins des couples et leurs appréciations des rencontres

Trois consultations québécoises récentes portent sur les principaux besoins des futurs parents et leurs appréciations des rencontres : la consultation effectuée par le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, en 2011, auprès de 49 parents d'enfants de moins de 5 ans (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011); l'étude effectuée par le CSSS de l'Ouest-de-l'Île auprès de 17 mères et de 13 conjoints (Beaudet et Legault, 2015) et finalement une étude de l'Agence de la santé et des

³ <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>.

⁴ <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale>.

⁵ Certaines régions n'ont pas répondu à toutes les questions de la consultation, ce qui explique qu'on n'ait pas toujours un total de 18 régions.

services sociaux de la Capitale-Nationale auprès de 254 parents sur l'information prénatale (Langlois, 2014).

Selon ces consultations, les femmes enceintes cherchent de l'information de qualité sur la santé périnatale afin de se préparer à l'accouchement, au contrôle de la douleur, à la venue du bébé et à l'allaitement (Beaudet et Legault, 2015; Commissaire à la santé et au bien-être, 2011). Les futurs parents expriment un grand intérêt pour les échanges avec une infirmière ainsi que pour les opportunités de discussions et de partage d'expériences personnelles (Beaudet et Legault, 2015).

Les femmes enceintes et leurs partenaires veulent du contrôle dans la prise de décisions entourant le processus de la naissance. À la suite des rencontres, plusieurs disent se sentir outillés pour discuter avec le personnel de l'hôpital et prendre certaines décisions comme le contact peau à peau ou l'allaitement, mais éprouvent des difficultés à maintenir ou à exprimer une volonté qui va à l'encontre de certaines pratiques ou routines hospitalières (Beaudet et Legault, 2015).

Selon les couples consultés dans la région de la Capitale-Nationale, l'information reçue répond à leurs attentes. Ils auraient cependant aimé que l'information soit ajustée selon l'évolution de leur grossesse et, pour les multipares, selon l'expérience des grossesses antérieures (Langlois, 2014). Après l'accouchement, certaines femmes de la clientèle universelle auraient voulu plus de soutien pour faciliter leur transition vers la parentalité (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011), alors que d'autres expriment leur souhait d'avoir des rencontres après la naissance de l'enfant (Beaudet et Legault, 2015).

3 L'état de santé et ses déterminants durant les périodes prénatale, perinatale et postnatale

La deuxième section expose l'état de santé des femmes, de leur partenaire et de l'enfant à naître ainsi que l'analyse des effets. Afin de mieux comprendre l'analyse des effets des rencontres prénatales, un bref portrait de l'état de santé de la femme, de son partenaire et de l'enfant durant les périodes prénatale, perinatale et postnatale est présenté. Nous utiliserons le modèle de la santé et de ses déterminants du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012) pour organiser l'information ainsi que présenter les effets.

3.1 L'état de santé

Attendre un enfant et devenir parent représente un événement de vie majeur (Pinquart et Teubert, 2010) qui influence tous les aspects du fonctionnement psychosocial d'un individu et d'un couple (Alhusen, 2008; Condon et collab., 2004). C'est une étape développementale (Delmore-Ko et collab., 2000) pour plusieurs, une période de crise (Gameiro et collab., 2009) pour certains.

Au Québec et au Canada, les femmes sont généralement en bonne santé durant la grossesse et après la naissance de leur enfant (Chalmers et collab., 2008). Les dernières décennies ont aussi permis d'obtenir des gains sur plusieurs aspects de la santé infantile, dont les taux de naissances prématurées et de faible poids à la naissance (Institut de la statistique du Québec, 2015).

Cependant, sur certains aspects, dont l'état de santé mentale maternelle les statistiques sont préoccupantes. En effet, environ 10 % des femmes présentent des taux de dépression durant la grossesse⁶ ou après la naissance (Chalmers et collab., 2008). Le taux est possiblement comparable pour les pères⁷ (Garfield et collab., 2014).

3.2 Les déterminants de l'état de santé

3.2.1 LES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET LA SANTÉ

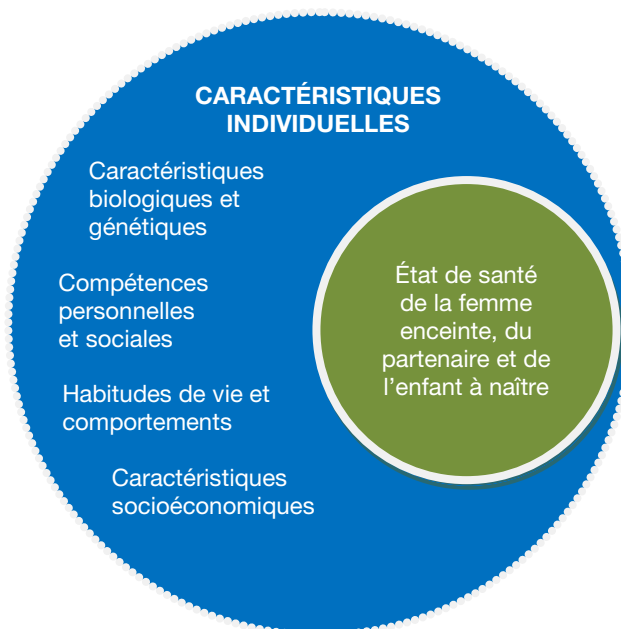
Les caractéristiques individuelles de la femme enceinte et de son partenaire constituent un déterminant majeur de leur propre santé et de celle de l'enfant à naître. Le modèle fait référence à quatre catégories de facteurs : les caractéristiques biologiques et génétiques, les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie et les comportements ainsi que les caractéristiques socioéconomiques (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012).

⁶ http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/preg_dep-fra.php.

⁷ Étude effectuée auprès des pères américains. Peu de données sont disponibles pour la population québécoise ou canadienne.

Caractéristiques biologiques et génétiques

L'âge au moment de la grossesse influe sur l'état de santé de la femme enceinte et de l'enfant à naître. Une grossesse à l'adolescence augmente les risques de naissance prématurée, alors qu'une grossesse chez une femme de plus de 35 ans accroît le risque de développer un diabète gestationnel, des complications lors de l'accouchement ou de recourir à la césarienne d'urgence (Canadian Institute for Health Information, 2011; Jolly et collab., 2000). Outre l'âge, des conditions médicales préexistantes, par exemple le diabète, peuvent aussi entraîner des problèmes de santé comme l'hypoglycémie ou l'hyperbilirubinémie à la naissance chez les nouveau-nés de mères diabétiques (Weintrob et collab., 1996).



Compétences personnelles et sociales

Certaines compétences de nature personnelle et sociale influent sur l'état de santé de la femme enceinte et de l'enfant à naître. Par exemple, la connaissance en santé durant la maternité accroît la motivation à adopter des comportements favorables à la santé. Le fait d'avoir un fort sentiment de contrôle facilite aussi l'adoption de ces comportements (Stretcher et collab., 1986). Sur le plan émotionnel, une expérience de naissance antérieure négative ou traumatisante rend difficile la préparation pour une grossesse subséquente (Institut national de santé publique du Québec, 2014). Certaines femmes ayant eu une césarienne sont réticentes à privilégier un accouchement vaginal et préfèrent plutôt la césarienne planifiée (McGrath et Ray-Barruel, 2009). On ne sait pas clairement ce qui motive la femme enceinte à tenter un AVAC, mais certains auteurs suggèrent que la connaissance jouerait un rôle (Scaffidi et collab., 2014) alors que d'autres croient qu'il s'agit plutôt du sentiment de contrôle (Dilks et Beal, 1997).

Habitudes de vie et comportements

Les effets sur la santé de plusieurs habitudes de vie et les comportements durant la maternité sont bien documentés. Par exemple, une alimentation saine permet à la femme enceinte d'avoir les nutriments requis pour elle-même et de récupérer plus rapidement à la suite de l'accouchement (Institut national de santé publique du Québec, 2014). Le fait d'adopter un mode de vie actif s'accompagne d'avantages physiques et psychologiques, dont une meilleure estime de soi, une meilleure santé mentale et une hausse du niveau d'énergie, tout en diminuant les risques de gain de poids maternel excessif, de diabète gestationnel ou de donner naissance à un bébé ayant un faible poids à la naissance (Institut national de santé publique du Québec, 2014). Par contre, la consommation de tabac, de drogue ou d'alcool, ainsi qu'une exposition à un stress élevé chez la femme enceinte sont associées à plusieurs problèmes de santé, dont un faible poids à la naissance de l'enfant (Institut canadien de la santé infantile, 2000), des déficits de l'attention avec hyperactivité et des difficultés d'apprentissage (Institut national de santé publique du Québec, 2014).

Après la naissance, plusieurs comportements comme le contact peau à peau favorisent le lien affectif parent-enfant et soutiennent l'amorce de l'allaitement (Institut national de santé publique du Québec, 2014; Moore et collab., 2012; Vincent, 2011a; Vincent, 2011b). Celui-ci comporte des avantages de santé multiples pour le nouveau-né allant, entre autres, de la réduction des risques reliés à plusieurs infections (otites moyennes, infections respiratoires et gastro-intestinales), à la leucémie et la mort subite du nourrisson (Institut national de santé publique du Québec, 2014; Organisation mondiale de la Santé, 2015) et, pour la mère, une réduction des risques de diabète, de cancer des ovaires ou du sein (Institut national de santé publique du Québec, 2014).

Caractéristiques socioéconomiques

Les effets sur la santé d'un revenu insuffisant et d'un statut au bas de l'échelle sociale sont largement documentés. Pour les femmes enceintes, ces situations entraînent inévitablement un stress important puisqu'une proportion démesurée de l'énergie est consacrée à la survie quotidienne. Ce stress peut entraîner un risque accru de développement des problèmes de santé (Mikkonen et Raphael, 2010), dont le faible poids à la naissance ou une naissance prématurée (Larson, 2007; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012; Weck et collab., 2008).

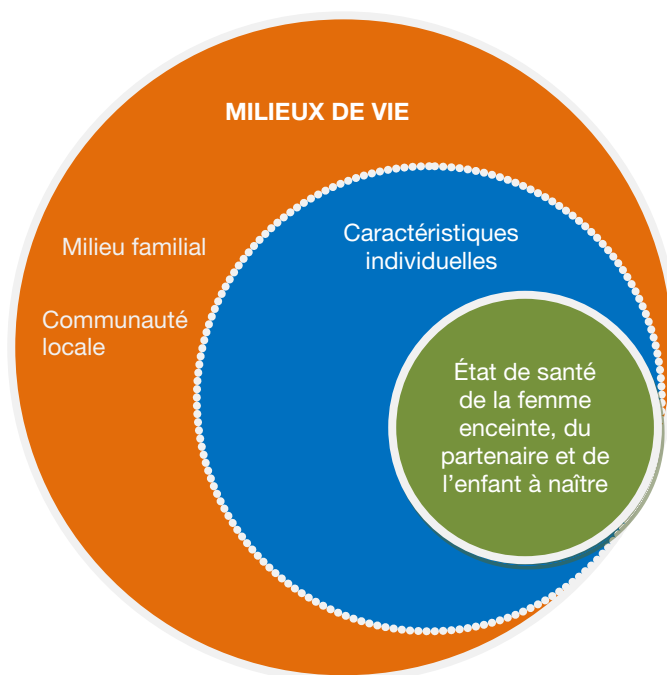
3.2.2 LES MILIEUX DE VIE ET LA SANTÉ

Les différents milieux de vie de la femme enceinte et de son partenaire influencent aussi la santé.

Milieu familial et communauté locale

Le soutien reçu du conjoint ou des membres de la famille lors de la période prénatale atténue le niveau de stress ressenti (Collins et collab., 1993; Oakley, 1985), permet un échange affectif (ex. : expression d'amour, d'affection, de solidarité) et instrumental (ex. : offrir des biens, des services, de l'argent ou de l'aide dans les tâches). Pouvoir compter sur un réseau de soutien social protège la santé mentale de la femme enceinte (Kawachi et Berkman, 2001), est associé à une incidence plus faible de dépression postnatale (Widarsson et collab., 2012) et entraîne moins de détresse psychologique chez le couple six mois après la naissance de l'enfant (Castle et collab., 2008).

Pour les futurs parents, les opportunités d'échanger et de partager leurs expériences avec d'autres parents dans leur communauté ou voisinage représentent aussi une source de soutien émotionnel important (Beaudet et Legault, 2015; Commissaire à la santé et au bien-être, 2011; Fabian et collab., 2005; Fletcher et collab., 2004; Grady et Bloom, 2004; Klima et collab., 2009; Little et collab., 2013; Widarsson et collab., 2012). En revanche, le manque de soutien est associé à une expérience de naissance moins satisfaisante (Waldenstrom et collab., 2004).



3.2.3 LES SYSTÈMES

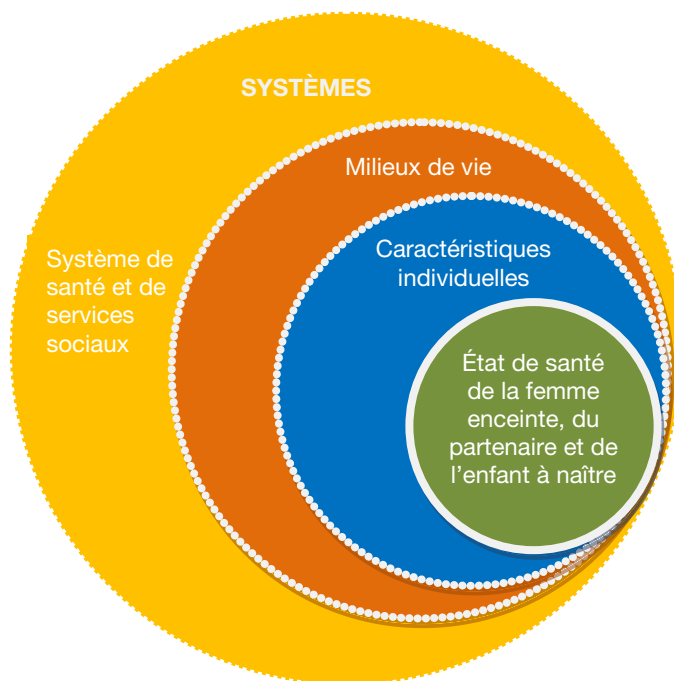
Plusieurs soins et services durant la grossesse, le travail et l'accouchement mis à la disposition des femmes du Québec affectent la santé de la mère et de l'enfant à naître.

Systèmes de santé et de services sociaux

Lors du travail et de l'accouchement, selon les lieux prévus pour la naissance, certaines pratiques peuvent affecter la santé de la femme et du nouveau-né. Par exemple, en milieu hospitalier, l'utilisation de moyens pharmacologiques incluant la péridurale pour gérer la douleur lors du travail et l'accouchement comportent des effets secondaires et des risques comme la nausée, les vomissements, les étourdissements chez la mère ou encore la difficulté à amorcer l'allaitement (Institut national de santé publique du Québec, 2014).

Les interventions obstétricales comportent des risques et des effets secondaires pour la mère ou l'enfant.

Ceux-ci s'accumulent à chaque intervention obstétricale additionnelle et peuvent nuire à l'adaptation postnatale (Institut national de santé publique du Québec, 2014). D'ailleurs, le taux de césarienne demeure quant à lui relativement élevé : près d'un quart des naissances se fait par césarienne au Québec (environ 23 % en 2009-2010) (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2012). Par ailleurs, dans les maisons de naissance, la pratique des sages-femmes mise sur le processus physiologique de la grossesse et l'accouchement. Mais il existe aussi des risques à ne pas intervenir dans certaines situations. D'où la préoccupation de plus en plus grandissante chez les professionnels de la santé d'optimiser le recours aux interventions obstétricales en améliorant la gestion des risques.



3.2.4 LE CONTEXTE GLOBAL

Le contexte global dans lequel se déroule la maternité influence aussi la santé.

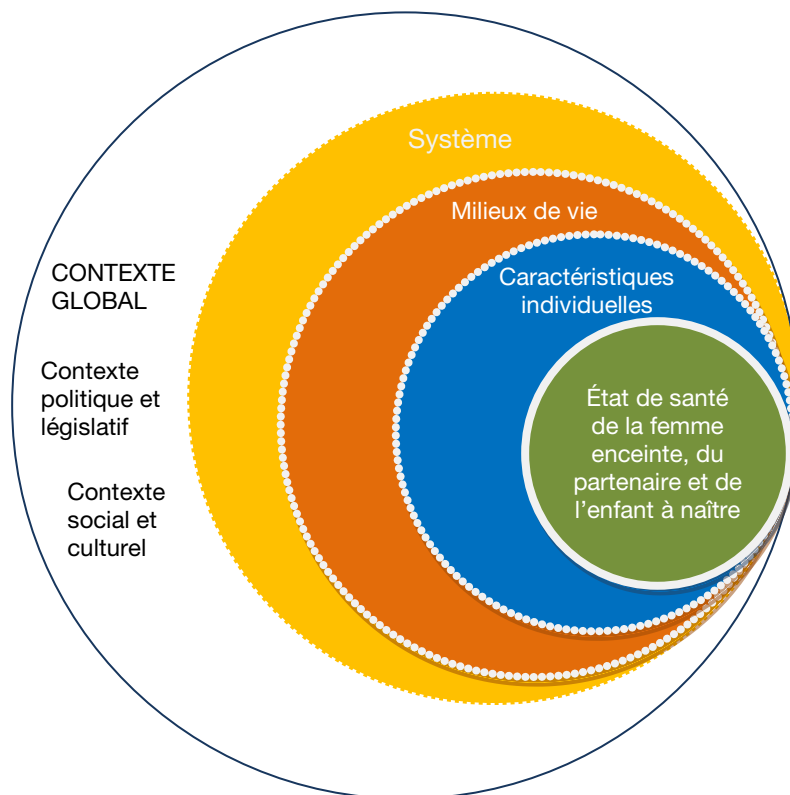
Contexte politique et législatif

Le Canada se démarque par les conditions physiques et sociales favorisant la santé maternelle et infantile, les infrastructures sociosanitaires, les ressources médicales, économiques, matérielles et humaines. Ces conditions affectent directement l'espérance de vie en assurant des taux de mortalité néonatale, infantile et maternelle faibles et une progression graduelle dans l'espérance de vie à la naissance pour être parmi les meilleures au monde (OECD, 2015).

Des politiques publiques en place dans chaque pays favorisent la santé des femmes enceintes, de leur partenaire et de leur enfant (Fosse et collab., 2014; Kamerman, 2000; Staehelin et collab., 2007; Waldfogel, 2001). Par exemple, un congé parental payé de plusieurs mois offre les conditions

propices à l'allaitement maternel (Baker et Milligan, 2008; Carter-Spaulling et collab., 2011; Cooklin et collab., 2012; Ogbuanu et collab., 2011), à l'adoption d'un mode de vie physiquement actif (Johansson et collab., 2014) et a des effets bénéfiques pour la vaccination des nouveau-nés (Daku et collab., 2012).

Cependant, les caractéristiques socioéconomiques, le taux de chômage, la disponibilité et la qualité des logements, la disponibilité de services d'alimentation de qualité à proximité diffèrent d'une région à l'autre et agissent aussi sur la santé. Vivre dans un quartier défavorisé est associé à des risques accrus d'un faible poids à la naissance (ajusté pour l'âge gestationnel) (Agyemang et collab., 2009; Sundquist et collab., 2011), d'obésité (Li et collab., 2014b) et d'asthme chez l'enfant (Li et collab., 2013). On sait aussi que la défavorisation du quartier de résidence est liée à un plus grand taux de prématurité (Bonet et collab., 2013) et à une perception moindre de sa propre santé (Tunstall et collab., 2012).



Contexte social et culturel

Les normes sociales influencent grandement certains comportements liés à la santé tels que l'alimentation. Elles sont fondées sur des valeurs communes, sociales et culturelles qui constituent des règles de comportements informelles (Baril et collab., 2012; Fougereyrollas et Beauregard, 2003) et impliquent une certaine pression en faveur de l'adoption de saines habitudes alimentaires (Baril et collab., 2012). Certaines normes sont similaires parmi plusieurs groupes culturels, alors que d'autres sont propres à des sous-groupes culturels spécifiques (Marquis et Shatenstein, 2005). Le contexte culturel, qui se définit selon des caractéristiques ethniques, linguistiques, religieuses, sexuelles, géographiques, ainsi que l'éducation et l'expérience de vie peuvent affecter l'expérience de naissance de la femme enceinte et de son partenaire. En effet, il impacte l'acceptabilité de la présence du père lors de l'accouchement ou encore les positions adoptées lors du travail et de l'accouchement, la gestion de la douleur, l'aisance à interagir avec les professionnels de sexe opposé, les soins immédiats au bébé et la contraception (Chalmers, 2012).

4 La méthodologie

4.1 Sélection des études et analyse de la qualité

Nous avons mené la recherche bibliographique en ciblant les publications entre 2004 et 2015 afin de chevaucher la période examinée par Gagnon & Sandall (2007), tout en incluant les données récentes. Afin d'identifier les études pertinentes à l'analyse des effets, nous avons retenu les critères d'inclusion suivants : 1) distinguer le suivi de grossesse (*prenatal care*) des rencontres prénatales (*prenatal classes*); 2) avoir été implantées dans l'un des 34 pays membres de l'OCDE afin de se rapprocher du contexte québécois; 3) distinguer les effets pour la clientèle universelle de celle vivant dans un contexte de vulnérabilité. Dans cet avis, les personnes vivant en contexte de vulnérabilité sont celles ayant une faible scolarité (études secondaires non terminées) et un faible revenu selon les critères définis par leur pays de résidence. Quatre critères d'exclusion ont permis d'écarter des études pouvant limiter la portée des résultats : 1) l'utilisation d'approches récentes et peu répandues, par ex. l'accouchement sous hypnose ou la méditation (Mongan, 2005); 2) l'accent mis sur une thématique unique, par ex. la cessation tabagique; 3) l'identification d'une clientèle particulière, par ex. un deuil périnatal antérieur, la grossesse multiple ou les risques élevés de malformations congénitales; 4) la piètre qualité des études qui résulte d'une incohérence dans l'interprétation des résultats.

Pour évaluer la qualité des études, comme l'INESSS, nous avons utilisé la grille d'évaluation du *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP). Nous avons retenu les études classées comme étant de faible qualité, en raison de l'insuffisance de détails fournis par leurs auteurs, mais comportant tout de même une question de recherche clairement formulée et une méthodologie adéquate.

En appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion, 36 études (31 effectuées auprès de parents de la clientèle universelle et 5 auprès de femmes vivant en contexte de vulnérabilité) font l'objet d'une analyse approfondie. Le nombre d'études disponibles s'avère limité.

4.2 Conclusions tirées des études

Pour le présent avis, nous avons élaboré une grille permettant de classer les conclusions en quatre types pour statuer des effets malgré le nombre limité d'études. Le nombre d'études requis (au moins deux) et leur qualité requise (au moins une étude de bonne qualité) se basent sur le nombre moyen d'études pour chaque indicateur (autour de quatre études de qualité variable). Cette grille permet de distinguer quatre types d'effets : 1) effets probables, 2) aucun effet probable, 3) effets contradictoires, 4) insuffisance d'études pour se prononcer sur les effets (voir le Tableau 1).

Tableau 1 Symbole et critère utilisés pour les types de conclusion

Types de conclusion	Critères utilisés	Symbole
Effets probables	Au moins deux études de plus montrant des effets positifs (dont au moins une de bonne qualité) que les études ne démontrant aucun effet.	+
Aucun effet probable	Au moins deux études de plus (dont une de bonne qualité) ne montrant aucun effet que les études démontrant un effet positif.	⊗
Effets contradictoires	Nombre comparable d'études (égal ou plus une) montrant des effets positifs par rapport aux études qui ne montrent aucun effet.	⚖
Insuffisance d'études	Une seule étude montrant des effets positifs ou aucun effet.	?

4.3 Les indicateurs répertoriés

Le tableau 2 présente la liste des 56 indicateurs répertoriés dans les études et classés selon le cadre du MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012).

Tableau 2 Liste des indicateurs répertoriés selon le cadre du MSSS

Période prénatale	Période perinatale	Période postnatale
Indicateurs liés à l'état de santé		
Parents		
Gain de poids gestationnel recommandé, détresse et anxiété, adaptation prénatale.	Traumatismes périnéaux.	Adaptation à la parentalité, appréciation de l'expérience de naissance, santé mentale.
Enfant		
	Mort intra-utérine, âge gestationnel, prématurité, poids moyen à la naissance, faible poids à la naissance, faible poids ajusté pour l'âge gestationnel, score d'Apgar, pH sanguin, admission en unité de soins intensifs, durée moyenne du séjour à l'hôpital.	
Déterminants liés aux caractéristiques individuelles		
Compétences personnelles et sociales		
Connaissances sur la santé pré et perinatale, sentiment de contrôle sur la santé du fœtus, sentiment de confiance par rapport aux prochaines étapes.	Intention d'utiliser les moyens pharmacologiques pour gérer la douleur, intention d'avoir une césarienne sans motif médical, avoir des attentes de recours aux interventions obstétricales, reconnaissance des phases de travail, phase du travail à l'arrivée à l'hôpital, durée des phases de travail.	Connaissances, intention d'allaiter, sentiment de compétences parentales, estime de soi, sentiment de confiance par rapport aux soins à donner, perception de la douleur.
Habitudes de vie, comportements		
Conformité du suivi de grossesse, adoption de saines habitudes de vie durant la grossesse.		Contact peau à peau, allaitement (amorce, allaitement dans les premières semaines, à 3 mois, à 6 mois et 6 mois et plus, durée, abandon), avoir un médecin qui suit l'enfant.
Déterminants liés aux milieux de vie		
Milieu familial		
Soutien et implication du conjoint		
Communauté locale		
Soutien entre futurs parents		Soutien entre futurs parents
Déterminants liés aux systèmes		
Systèmes de santé et services sociaux		
Soutien des professionnels	Déclenchement artificiel du travail, utilisation d'accélérateur du travail, coopération avec le personnel, utilisation de la péridurale, utilisation de moyens pharmacologiques ou non pour gérer la douleur, accouchement vaginal, césarienne, tentative d'accouchement vaginal après une césarienne.	

5 Les effets des rencontres prénatales de groupe

L'analyse des effets sera présentée selon trois périodes (prénatale, perinatale et postnatale) et en fonction de deux types de clientèle (universelle et celle vivant en contexte de vulnérabilité).

5.1 La période prénatale pour la clientèle universelle

Le tableau 3 présente 17 études ayant évalué les effets des rencontres en période prénatale auprès de la clientèle universelle. Une description détaillée de ces études se trouve en annexe.

Tableau 3 Description des études pour la période prénatale auprès de la clientèle universelle

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres prénatales
Andersson et collaborateurs (2012) : Étude qualitative suédoise de bonne qualité avec 8 hommes et 20 femmes	<i>Centering Pregnancy Care</i> * : 6 à 9 séances de 2 heures, par groupe de 6 à 8 personnes. Les conjoints peuvent participer. Les rencontres ont débuté vers la 12 ^e semaine de grossesse. La fin des rencontres n'est pas précisée.
Artieta-Pinedo et collaborateurs (2010) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 616 femmes espagnoles	Rencontres prénatales de type Lamaze† : 8 séances de groupe de 2 heures (90 minutes d'informations théoriques et 30 minutes d'exercices physiques). Le début des rencontres n'est pas précisé, mais les rencontres se sont terminées vers la 40 ^e semaine de grossesse. Groupe de comparaison : Au moins 6 suivis de grossesse.
Baldwin (2006) : Étude quasi expérimentale de qualité moyenne avec 98 femmes américaines	<i>Centering Pregnancy Care</i> : Aucune information sur le nombre ou le contenu n'est fournie par les auteurs. Le début des rencontres se fait entre la 12 ^e et la 16 ^e semaine de grossesse. La fin est non précisée. Groupe de comparaison : Les suivis de grossesse individuels.
Fletcher et collaborateurs (2004) : Étude quasi expérimentale de qualité moyenne avec 412 hommes australiens	Rencontres prénatales : aucun détail fourni. Groupe 1 : Participation aux rencontres et naissance de l'enfant dans la dernière année. Groupe 2 : Participation aux rencontres et naissance de l'enfant imminente.
Hildingsson et collaborateurs (2014) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 365 pères suédois	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Les pères qui n'ont pas participé aux rencontres.
Ickovics et collaborateurs (2007) : Étude randomisée de bonne qualité avec 993 jeunes femmes américaines	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 2 heures (pour un total de 20 heures) en groupe de 8 femmes en moyenne. Les rencontres débutent vers la 16 ^e semaine de grossesse. La fin n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Les suivis de grossesse individuels.
Jakubiec et collaborateurs (2014) : Étude quasi expérimentale de qualité faible avec 70 femmes polonaises	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas participé aux rencontres. Il n'est pas clair si elles ont toutes eu les suivis de grossesse.
Little et collaborateurs (2013) : Étude de cohorte de qualité moyenne avec 32 femmes américaines d'origine japonaise	Adaptation japonaise du <i>Centering Pregnancy Care</i> : 5 séances mensuelles puis 3 séances aux 2 semaines. Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés.

Tableau 3 Description des études pour la période prénatale auprès de la clientèle universelle (suite)

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres prénatales
Maimburg et collaborateurs (2010) : Étude randomisée de bonne qualité avec 1193 femmes danoises	Rencontres <i>Ready for child</i> : 3 séances totalisant 9 heures animées par des sages-femmes. Les rencontres débutent autour de la 30 ^e semaine de grossesse pour se terminer autour de la 35 ^e semaine. Groupe de comparaison : Les suivis de grossesse individuels et un accès optionnel à des séances de relaxation.
Redshaw et Henderson (2013) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 4616 hommes britanniques	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni par les auteurs. Groupe de comparaison : Les hommes dont la femme n'a pas participé aux rencontres.
Robertson et collaborateurs (2009) : Étude quasi expérimentale de qualité moyenne avec 49 femmes américaines d'origine hispanophone	<i>Centering Pregnancy Care</i> : Séances structurées de 90 minutes, en groupe de 8 à 12 personnes tous les mois durant 4 mois et toutes les 2 semaines pour le reste de la grossesse (participation à au moins 4 séances). Le début se fait avant la 24 ^e semaine, la fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Au moins 4 suivis de grossesse individuels.
Sercekus & Mete (2010) : Étude quasi expérimentale de bonne qualité avec 118 femmes turques	Rencontres prénatales : 7 séances de 2 heures par groupe de 6 à 10 personnes, à raison d'une par semaine, avec période de temps alloué pour discuter, interagir et répondre aux questions. Les rencontres débutent à partir de la 26 ^e semaine de grossesse. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Les suivis de grossesse individuels.
Shia & Alabi (2013) : Étude de cohorte de qualité moyenne avec 69 hommes britanniques	Rencontres prénatales : 2 à 6 séances animées par des sages-femmes et offertes en fin de journée. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés.
Stoll & Hall (2012) : Étude cas-témoin de qualité moyenne avec 624 femmes canadiennes	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Il n'est pas clair si elles ont toutes eu les suivis de grossesse.
Tanner-Smith et collaborateurs (2013a) : Étude quasi expérimentale de bonne qualité avec 393 femmes américaines	<i>Centering Pregnancy Care</i> : Participation à au moins une rencontre. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés. Groupe de comparaison : Les suivis de grossesse individuels.
Trudnak et collaborateurs (2013) : Étude de cohorte rétrospective de bonne qualité avec 487 femmes américaines d'origine hispanophone	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées en groupe de 8 à 12 personnes. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés. Groupe de comparaison : Les suivis de grossesse individuels.
Widarsson et collaborateurs (2012) : Étude qualitative de bonne qualité avec 22 femmes et 10 hommes suédois	Rencontres de groupe : Séances touchant les aspects sociaux, émotionnels, psychologiques et physiques de la grossesse. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés.

* Ce programme compte trois composantes : le suivi de grossesse auquel participent activement les femmes enceintes, l'éducation prénatale et le soutien social entre les participantes. Les quinze premières minutes de chaque séance de 90 minutes sont consacrées au suivi de grossesse avec une sage-femme ou un médecin, dans un espace privé aménagé dans la même salle où se déroulent les activités d'éducation prénatale.

† Cette méthode psychoprophylactique se base sur la respiration, la physiologie et l'information sur l'accouchement physiologique (Lamaze, 1956). Ce sont les bénéfices et les inconvénients qui accompagnent chaque décision à prendre. Les moyens de gérer la douleur de façon naturelle, l'établissement des liens d'attachement avec le bébé sont les principaux aspects traités.

5.1.1 LES EFFETS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

État de santé	Conclusion
Gain de poids gestationnel recommandé Les risques de présenter un gain de poids gestationnel inférieur au poids recommandé étaient moins importants chez les femmes qui ont pris part aux rencontres (Trudnak et collab., 2013). Cependant, pour le gain de poids supérieur au poids recommandé, les conclusions de deux études de bonne qualité s'opposent : une étude n'observe pas de différence (Trudnak et collab., 2013) alors qu'une autre note moins de femmes avec un gain de poids supérieur au poids recommandé, notamment chez celles souffrant d'embonpoint ou obèses (Tanner-Smith et collab., 2013a).	
Détresse et anxiété Les femmes espagnoles de naissance ayant participé à des rencontres présentent une anxiété moins prononcée (mesurée sur une échelle standardisée) au moment de leur admission à l'hôpital pour accoucher (Artieta-Pinedo et collab., 2010). Ceci n'est pas le cas pour un sous-groupe de femmes immigrantes qui présente un niveau d'anxiété plus important même en ayant pris part aux rencontres. Dans le même sens, les femmes de l'étude d'Ickovics et collaborateurs ayant participé aux rencontres ne présentent pas moins de détresse (sur une échelle standardisée) que celles du groupe de comparaison.	
Adaptation prénatale L'adaptation à la grossesse des femmes, selon une échelle standardisée qui mesure les préoccupations pour leur santé et celle de l'enfant à naître, est meilleure à la suite de la participation aux rencontres dans l'étude de Sercekus et Mete (2010).	

5.1.2 LES EFFETS SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Caractéristiques individuelles	Conclusion
Habitudes de vie lors de la grossesse Aucune différence dans les saines habitudes de vie (prise de vitamines, alimentation saine et exercices physiques) durant la grossesse n'a été constatée entre les femmes hispanophones qui ont participé aux rencontres et celles qui n'y ont pas participé (Robertson et collab., 2009).	
Conformité du suivi de grossesse Deux études de bonne qualité font ressortir que la participation aux rencontres augmente la proportion de femmes qui s'assurent d'un suivi de grossesse conforme aux recommandations (Ickovics et collab., 2007; Trudnak et collab., 2013).	
Connaissances sur la santé pré et perinatale (mères) Trois études, dont une de bonne qualité, montrent que la participation des femmes aux rencontres prénatales est associée à une meilleure connaissance des soins prénataux (Baldwin, 2006; Ickovics et collab., 2007) et perinataux à privilégier (Jakubiec et collab., 2014). Ces données concordent avec ce que rapportent des femmes enceintes d'origine japonaise résidant aux États-Unis (Little et collab., 2013). Cependant, une étude n'observe pas d'influence de la participation des femmes aux rencontres sur leurs connaissances sur la santé prénatale (Robertson et collab., 2009).	

Caractéristiques individuelles (suite)	Conclusion
Connaissances sur la santé pré et perinatale (pères) La seule étude sur les connaissances des futurs pères montre que, parmi les participants aux rencontres, 78,3 % disent avoir acquis des connaissances pertinentes à leur préparation à l'accouchement (Shia et Alabi, 2013).	?
Sentiment de contrôle sur la santé du fœtus Une seule étude s'est penchée sur cette question et observe que les femmes ne rapportent pas un meilleur sentiment de contrôle sur la santé du fœtus après la participation aux rencontres (Baldwin, 2006).	?
Sentiment de confiance par rapport aux prochaines étapes (mères) Trois études, dont deux de bonne qualité (Andersson et collab., 2012; Ickovics et collab., 2007; Little et collab., 2013), indiquent qu'à la suite de la participation aux rencontres, les femmes se sentent confiantes et bien préparées pour le travail et l'accouchement. Ces résultats concordent avec l'étude de Fabian et collaborateurs, qui montre qu'après l'accouchement une grande majorité de femmes (74 %) jugent que les rencontres les ont aidées dans leur préparation à l'accouchement. Enfin, une dernière étude montre que les femmes enceintes se sentent préparées à l'arrivée du bébé après avoir participé à des rencontres prénatales (Little et collab., 2013). Au contraire, les résultats de deux études (Maimburg et collab., 2010; Stoll et Hall, 2012) révèlent que la participation aux rencontres ne diminue pas la peur des femmes enceintes d'accoucher.	+
Sentiment de confiance par rapport aux prochaines étapes (pères) Selon trois études sur les pères, dont une de bonne qualité, la participation aux rencontres leur a permis de se sentir bien préparés et confiants par rapport à l'accouchement (Andersson et collab., 2012; Fletcher et collab., 2004; Shia et Alabi, 2013). De plus, plusieurs pères qui n'ont pas participé aux rencontres expriment plus souvent ressentir une peur de l'accouchement (Hildingsson et collab., 2014).	+
Déterminants des milieux de vie	Conclusion
Soutien et implication du conjoint Deux études portent sur le soutien ou l'implication du père durant la grossesse, le travail et l'accouchement. Une étude montre une implication plus importante du père dans les familles où la femme enceinte a pris part à des rencontres prénatales (Redshaw et Henderson, 2013), tandis que dans l'autre étude, la participation aux rencontres n'était pas associée au sentiment d'avoir un meilleur soutien social de la part du conjoint (Baldwin, 2006).	⚖
Soutien entre futurs parents (mères) Trois études, dont deux de bonne qualité, montrent que la participation aux rencontres prénatales permet de se créer un réseau social parmi les futurs parents. L'étude de Little et collaborateurs révèle que le soutien social reçu par les femmes pendant et après les rencontres est apprécié et que plusieurs ont l'intention de rester en contact après l'accouchement. Andersson et collaborateurs constatent qu'à la suite des rencontres, les femmes prennent l'initiative de rencontrer les autres participantes. Widarsson révèle l'importance pour les futures mères de pouvoir échanger sur les expériences de grossesse entre elles, ce qui représente une source de soutien émotionnel importante. Une seule étude, celle de Baldwin arrive à une conclusion différente : la participation aux rencontres n'est pas associée au sentiment d'avoir un meilleur soutien social des autres femmes enceintes à la suite des rencontres.	+

Déterminants des milieux de vie (suite)	Conclusion
Soutien entre futurs parents (pères) D'après deux études auprès des pères, dont une de bonne qualité, les rencontres prénatales représentent également une opportunité de soutien social (Fletcher et collab., 2004; Widarsson et collab., 2012), bien qu'ils aient établi ou maintenu moins de contact avec les participants (Fletcher et collab., 2004).	+
Déterminants des systèmes	Conclusion
Soutien des professionnels L'auteur d'une étude remarque que la participation aux rencontres n'est pas associée au sentiment d'avoir un meilleur soutien social (prénatal) de la sage-femme (Baldwin, 2006).	?

Le tableau 4 présente les conclusions de chaque indicateur de la période prénatale pour la clientèle universelle.

Tableau 4 Conclusion sur chaque indicateur de la période prénatale pour la clientèle universelle

Indicateurs de l'état de santé ou les déterminants de santé	Conclusion
Conformité du suivi de grossesse Connaissances sur la santé pré et perinatale (mères) Sentiment de confiance par rapport aux prochaines étapes (mères et pères) Soutien entre futurs parents (mères et pères)	+
Gain de poids gestationnel recommandé* Déresse et anxiété* Soutien et implication des conjoints	⚖
Adaptation prénatale* Habitudes de vie lors de la grossesse Connaissances sur la santé pré et perinatale (pères) Sentiment de contrôle sur la santé du fœtus Soutien des professionnels	?

Légende : effet probable +, aucun effet probable ⊗, effets contradictoires ⚖, insuffisance d'études ?.

* Est un indicateur de l'état de santé.

5.2 La période prénatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Le tableau 5 décrit quatre études qui se sont penchées sur la santé en période prénatale auprès des femmes vivant en contexte de vulnérabilité. Aucune de ces études n'incluait les pères.

Tableau 5 Description des études pour la période prénatale auprès de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Duggan (2012) : Étude qualitative de qualité moyenne avec 27 femmes américaines vulnérables	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances de 90 à 120 minutes. Les rencontres débutent entre la 12 ^e et la 16 ^e semaine de grossesse. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Les femmes ayant eu uniquement le suivi de grossesse.
Grady et Bloom (2004) : Étude de cohorte de faible qualité avec 501 femmes américaines d'origine africaine de moins de 17 ans	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 12 séances structurées de 90 minutes, en groupe de 8 à 12 personnes. Les rencontres débutent entre la 12 ^e et la 18 ^e semaine de grossesse et se terminent avec une séance en postpartum. Groupe de comparaison : Toutes les adolescentes ayant accouché dans le même hôpital en 1998 incluant celles n'ayant reçu aucun suivi de grossesse.
Klima et collaborateurs (2009) : Étude de cohorte de qualité moyenne avec 268 femmes américaines d'origine africaine ayant un faible revenu	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 2 heures, en groupe de 4 à 10 personnes (moyenne de 5,5 participantes par groupe). Les rencontres débutent avant la 18 ^e semaine de grossesse. La fin n'a pas été précisée. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.
Picklesimer et collaborateurs (2012) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 4083 femmes américaines avec un faible revenu	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 2 heures en groupe de 8 à 12 personnes. Participation médiane de 7 séances. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.

5.2.1 LES EFFETS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Aucune étude n'a exploré l'état de santé de ces femmes.

5.2.2 LES EFFETS SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Déterminants liés aux caractéristiques individuelles	Conclusion
Connaissances sur la santé prénatale Deux études de qualité faible ou moyenne révèlent que les femmes américaines d'origine africaine, adolescentes ou ayant un faible revenu ayant pris part à des rencontres prénatales disent avoir acquis des connaissances sur la santé prénatale (Grady et Bloom, 2004; Klima et collab., 2009).	⓪
Conformité du suivi de grossesse Une étude observe une plus grande conformité des femmes aux suivis avec la participation aux rencontres (Picklesimer et collab., 2012).	⓪
Sentiment de confiance par rapport aux prochaines étapes Trois études de qualité faible ou moyenne ont rapporté que la participation aux rencontres était associée à un plus grand sentiment de confiance. Selon l'étude de Grady et Bloom, 94 % des femmes ayant pris part aux rencontres avaient confiance envers leur préparation pour le travail et l'accouchement. L'étude qualitative de Klima et collaborateurs fait ressortir des résultats similaires. Les femmes enceintes de l'étude de Duggan considèrent que les rencontres prénatales permettent d'être plus confiantes par rapport à ce qui les attend après la naissance et aux soins à offrir à l'enfant.	⓪
Déterminants liés aux milieux de vie	Conclusion
Soutien entre futurs parents Trois études (Duggan, 2012; Grady et Bloom, 2004; Klima et collab., 2009) mettent en évidence l'importance pour les femmes enceintes de pouvoir échanger sur les expériences de grossesse avec d'autres femmes dans la même situation et que le partage de leurs expériences personnelles en groupe est une source de soutien émotionnelle. Aucune de ces études n'était de bonne qualité.	⓪

Le tableau 6 présente les conclusions de chaque indicateur de la période prénatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Tableau 6 Conclusion sur chaque indicateur de la période prénatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Indicateurs de l'état de santé ou les déterminants de santé	Conclusion
Connaissance sur la santé prénatale Conformité du suivi de grossesse Sentiment de confiance par rapport aux prochaines étapes Soutien entre futurs parents	⓪

Légende : effet probable +, aucun effet probable ⊗, effets contradictoires ⊖, insuffisance d'études ⓪.

5.3 La période perinatale pour la clientèle universelle

Le tableau 7 regroupe dix études ayant évalué les effets de la participation aux rencontres prénatales sur différents indicateurs de santé en période perinatale de la clientèle universelle.

Tableau 7 Description des études pour la période prénatale auprès de la clientèle universelle

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Artieta-Pinedo et collaborateurs (2010) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 616 femmes espagnoles	Rencontres prénatales de type Lamaze : 8 séances de groupe de 2 heures (90 minutes d'informations théoriques et 30 minutes d'exercices physiques). Le début des rencontres n'est pas précisé, mais les rencontres se sont terminées vers la 40 ^e semaine de grossesse. Groupe de comparaison : Au moins 6 suivis de grossesse.
Fabian et collaborateurs (2005) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 1197 femmes enceintes suédoises	Rencontres prénatales : 1 à 11 séances portant sur la préparation à l'accouchement, l'allaitement et la parentalité. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés. Groupe de comparaison : Recrutées lors d'un suivi de grossesse.
Knape et collaborateurs (2014) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 946 femmes allemandes	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Aucune précision si elles ont eu un suivi de grossesse.
Maimburg et collaborateurs (2010) : Étude randomisée de bonne qualité avec 1193 femmes danoises.	Rencontres <i>Ready for child</i> : 3 séances portant sur la naissance, l'enfant et le parent, totalisant 9 heures et animées par des sages-femmes. Les rencontres débutent autour de la 30 ^e semaine de grossesse pour le terminer vers la 35 ^e semaine. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel et un accès optionnel à des séances de relaxation.
Martinez-Galiano et Gado-Rodriguez (2014) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 520 femmes espagnoles	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Il n'est pas clair si elles ont toutes eu un suivi de grossesse.
Robertson et collaborateurs (2009) : Étude quasi expérimentale de qualité moyenne avec 49 femmes américaines d'origine hispanophone	<i>Centering Pregnancy Care</i> : Séances structurées de 90 minutes, en groupe de 8 à 12 personnes tous les mois durant 4 mois et toutes les 2 semaines pour le reste de la grossesse (participation à au moins 4 séances). Le début des rencontres se fait avant la 24 ^e semaine. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Au moins 4 suivis de grossesse individuels.
Simpson et collaborateurs (2010) : Étude de cohorte de qualité moyenne avec 1694 femmes américaines	Rencontres prénatales de type Lamaze : Séances offertes dans un format condensé en une journée ou réparties sur une période de 4 à 6 semaines. Les rencontres débutent vers la 32 ^e semaine de grossesse et se terminent vers la 38 ^e semaine (selon le format choisi). Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.
Stoll & Hall (2012) : Étude cas-témoin de qualité moyenne avec 624 femmes canadiennes	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas participé aux rencontres prénatales. Il n'est pas clair si elles ont toutes eu un suivi de grossesse.
Trudnak et collaborateurs (2013) : Étude de cohorte rétrospective de bonne qualité avec 487 femmes américaines d'origine hispanophone	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées en groupe de 8 à 12 personnes. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel.

Tableau 7 Description des études pour la période perinatale auprès des femmes de la clientèle universelle (suite)

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Williams et collaborateurs (2008) : Étude de cohorte de qualité moyenne avec 100 femmes britanniques	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Recrutées lors d'un suivi de grossesse.

5.3.1 LES EFFETS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

État de santé	Conclusion
Traumatismes périnéaux (lésions ou épisiotomie) Selon trois études de bonne qualité, la participation des femmes aux rencontres n'influence pas le taux de traumatismes périnéaux, qu'il s'agisse de traumatismes de causes non spécifiées (épisiotomie ou lésions) (Artieta-Pinedo et collab., 2010), de lésions périnéales spécifiquement (Martinez-Galiano et Gado-Rodriguez, 2014) ou encore d'épisiotomies uniquement (Maimburg et collab., 2010).	

5.3.2 LES EFFETS SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Déterminants liés aux caractéristiques individuelles	Conclusion
Intention d'utiliser des moyens pharmacologiques pour gérer la douleur Une étude s'est attardée à cet indicateur et révèle que la participation des femmes à des rencontres prénatales n'affecte pas l'intention émise durant la grossesse d'utiliser la péridurale ou d'autres moyens pharmacologiques pour gérer la douleur (Williams et collab., 2008) (ex. : pethidine, NO ₂ &O ₂).	
Intention d'avoir une césarienne sans motif médical Selon l'étude de Stoll & Hall, les femmes nullipares ayant participé aux rencontres ont moins l'intention d'avoir une césarienne entre la 35 ^e et la 39 ^e semaine de grossesse comparativement aux femmes du groupe de comparaison. Cet effet n'est pas observé chez les femmes multipares.	
Attentes de recours à des interventions obstétricales Selon la seule étude sur les attentes envers les interventions obstétricales, il n'existe aucun effet de la participation aux rencontres sur les attentes d'avoir recours aux interventions lors de l'accouchement (autre que la césarienne) (Stoll et Hall, 2012).	
Phase du travail au moment de l'arrivée à l'hôpital Une étude de bonne qualité observe que les femmes ayant participé aux rencontres arrivent à l'hôpital dans une phase de travail plus avancée (dilatation plus importante) que les autres femmes du groupe de comparaison (Maimburg et collab., 2010). Au contraire, selon une autre étude de bonne qualité, les femmes ne diffèrent pas entre elles, dans une phase de travail active (établie) selon leur participation aux rencontres, au moment d'arriver à l'hôpital (Artieta-Pinedo et collab., 2010).	

Déterminants liés aux caractéristiques individuelles (suite)	Conclusion
Durée des phases de travail Les deux études de bonne qualité (Artieta-Pinedo et collab., 2010; Martinez-Galiano et Gado-Rodriguez, 2014) ne montrent aucun effet des rencontres sur la durée de la phase active et de transition (temps écoulé menant à la dilatation complète) ou sur la durée de la descente et la naissance de l'enfant (temps écoulé entre la dilatation complète et la naissance de l'enfant). De façon plus globale, Martinez-Galiano & Gado-Rodriguez n'ont pas observé de différence, selon la participation aux rencontres, entre le taux d'accouchement dont le travail a été jugé de durée normale et le taux d'accouchement faisant suite à un travail lent ou laborieux (dystocie).	⊗
Déterminants des systèmes	Conclusion
Déclenchement artificiel du travail Quatre études, dont deux de bonne qualité (Maimburg et collab., 2010; Martinez-Galiano et Gado-Rodriguez, 2014; Simpson et collab., 2010; Stoll et Hall, 2012), révèlent que la participation aux rencontres n'influence pas le taux de déclenchement artificiel du travail (toutes méthodes de déclenchement confondues, sans distinction du stade de grossesse ni de la raison justifiant le déclenchement). Cependant, lorsqu'on tient compte du contexte dans lequel se produit la demande de déclenchement, une étude de bonne qualité indique que dans le cas d'une grossesse prolongée, la participation aux rencontres est associée à un taux de déclenchement moins élevé (Maimburg et collab., 2010).	⊗
Utilisation d'accélérateur artificiel du travail Deux études, dont une de bonne qualité (Maimburg et collab., 2010; Stoll et Hall, 2012), indiquent que la participation aux rencontres n'influence pas le taux d'utilisation d'accélérateurs du travail (p. ex. l'ocytocine) pour promouvoir des contractions plus fortes et plus fréquentes une fois le travail commencé.	⊗
Coopération avec le personnel lors l'accouchement Une seule étude sur la coopération avec le personnel relève que les femmes qui ont pris part aux rencontres coopèrent plus activement avec le personnel soignant lors de l'accouchement que celles du groupe de comparaison (Martinez-Galiano et Gado-Rodriguez, 2014).	⊕
Utilisation de la péridurale Une étude de bonne qualité observe une utilisation significativement plus faible de la péridurale parmi les femmes ayant participé à des rencontres (Maimburg et collab., 2010) alors que dans trois études, dont deux de bonne qualité (Artieta-Pinedo et collab., 2010; Martinez-Galiano et Gado-Rodriguez, 2014; Stoll et Hall, 2012), les auteurs n'observent pas cet effet. Par ailleurs, Fabian et collaborateurs, dans leur étude de bonne qualité, observent une utilisation de la péridurale plus importante parmi les femmes qui ont participé aux rencontres.	⚖
Utilisation de moyens pharmacologiques excluant la péridurale L'utilisation de médicament spécifiquement durant le processus de dilatation ne diffère pas selon la participation aux rencontres pour les femmes de l'étude de bonne qualité de Martinez-Galiano & Gado-Rodriguez. Dans le même sens, trois études, dont deux de bonne qualité, indiquent que la participation aux rencontres prénatales n'affecte pas l'utilisation de moyens pharmacologiques pour gérer la douleur lors de l'accouchement (p. ex. pethidine/morphine, codéine, oxyde nitrique/oxygène, bloc du nerf pudendal) (Fabian et collab., 2005; Maimburg et collab., 2010; Stoll et Hall, 2012).	⊗

Déterminants des systèmes (suite)	Conclusion
Utilisation de moyens non pharmacologiques Les auteurs de trois études de bonne qualité ne constatent pas d'effet de la participation aux rencontres sur l'utilisation de moyens non pharmacologiques pour gérer la douleur lors de l'accouchement (p. ex. bain ou douche, acuponcture, injections de microquantités d'eau stérile, neurostimulations électriques transcutanées, psychoprophylaxie*) (Fabian et collab., 2005; Maimburg et collab., 2010; Martinez-Galiano et Gado-Rodriguez, 2014).	⊗
Accouchement vaginal sans assistance instrumentale Deux études de bonne qualité montrent que la participation aux rencontres n'affecte pas la proportion d'accouchements vaginaux sans assistance instrumentale (Artieta-Pinedo et collab., 2010) ou le taux d'accouchement vaginal spontané (comparativement à tous les autres types d'accouchement) (Knappe et collab., 2014).	⊗
Accouchement vaginal avec assistance instrumentale Trois études, dont deux de bonne qualité, n'établissent aucun effet de la participation aux rencontres sur l'assistance instrumentale avec motif médical (p. ex. forceps, ventouse) (Maimburg et collab., 2010; Martinez-Galiano et Gado-Rodriguez, 2014; Stoll et Hall, 2012).	⊗
Césarienne en général Les résultats sont partagés sur l'effet de la participation aux rencontres et le taux de césarienne (toutes causes confondues : urgence, motif médical, sur demande). Deux études, dont une de bonne qualité (Stoll et Hall, 2012; Trudnak et collab., 2013), montrent un taux de césarienne inférieur parmi les femmes primipares qui ont pris part à des rencontres. Cependant, pour deux études dont une de bonne qualité auprès de femmes hispanophones, l'effet de la participation sur l'utilisation de la césarienne n'est pas démontré (Martinez-Galiano et Gado-Rodriguez, 2014; Robertson et collab., 2009). Aucun effet n'est présent auprès des femmes multipares de l'étude de Stoll et Hall (2012).	⚖
Césarienne planifiée Les résultats sont partagés sur l'effet de la participation aux rencontres et le taux de césarienne planifiée. Deux études de bonne qualité ne rapportent pas d'effet sur la césarienne planifiée (Fabian et collab., 2005; Maimburg et collab., 2010), alors qu'une étude de qualité moyenne indique des proportions de césariennes planifiées plus faibles parmi les femmes ayant participé à des rencontres bien que cette différence soit présente pour les femmes primipares seulement (Stoll et Hall, 2012).	⚖
Césarienne d'urgence Trois études dont deux de bonne qualité relèvent une absence d'effet sur l'utilisation de la césarienne d'urgence (Fabian et collab., 2005; Maimburg et collab., 2010; Stoll et Hall, 2012).	⊗
Tentative d'accouchement vaginal après un accouchement par césarienne (AVAC) L'étude de Stoll et Hall révèle que la participation aux rencontres prénatales est associée à une plus grande prévalence d'AVAC pour les femmes multipares.	⊕

* Psychoprophylaxie : « Préparation psychologique visant à prévenir les réactions indésirables pouvant contrarier le bon fonctionnement de l'organisme » (Larousse).

Le tableau 8 présente les conclusions de chaque indicateur de la période prénatale pour la clientèle universelle

Tableau 8 Conclusion sur chaque indicateur de la période perinatale pour la clientèle universelle

Indicateurs de l'état de santé ou les déterminants de santé	Conclusion
Phase du travail au moment de l'arrivée à l'hôpital Utilisation de la péridurale Césarienne en général Césarienne planifiée	
Traumatismes périnéaux* Durée des phases de travail Déclenchement artificiel du travail Utilisation d'accélérateur artificiel du travail Utilisation de moyens pharmacologiques excluant la péridurale Utilisation de moyens non pharmacologiques Accouchement vaginal sans assistance instrumentale Accouchement vaginal avec assistance instrumentale Césarienne d'urgence	
Intention d'utiliser des moyens pharmacologiques pour gérer la douleur Intention d'avoir une césarienne sans motif médical Attentes de recours à des interventions obstétricales Coopération avec le personnel lors l'accouchement Tentative d'accouchement vaginal après un accouchement par césarienne (AVAC)	

Légende : effet probable +, aucun effet probable ⊗, effets contradictoires ⚖, insuffisance d'études ?.

* Est un indicateur de l'état de santé.

5.4 La période perinatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Le tableau 9 présente trois études qui se sont penchées spécifiquement sur les effets des rencontres prénatales sur la santé en période perinatale chez la mère vivant en contexte de vulnérabilité.

Tableau 9 Description des études pour la période perinatale chez la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Duggan (2012) : Étude qualitative de qualité moyenne avec 27 femmes américaines qualifiées de vulnérables	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances de 90 à 120 minutes. Les rencontres débutent entre la 12 ^e et la 16 ^e semaine de grossesse. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Les femmes ayant eu uniquement le suivi de grossesse.
Grady et Bloom (2004) : Étude de cohorte de faible qualité dont 501 jeunes femmes de moins de 17 ans, américaines d'origine africaine	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 12 séances structurées de 90 minutes, en groupe de 8 à 12 personnes. Les rencontres débutent entre la 12 ^e et la 18 ^e semaine de grossesse et se terminent avec une séance en postpartum. Groupe de comparaison de 2001 : Adolescentes ayant donné naissance au même hôpital en 2001, avec un suivi de grossesse seulement. Groupe de comparaison de 1998 : Adolescentes ayant accouché dans le même hôpital en 1998 incluant celles n'ayant reçu aucun suivi de grossesse.
Pitcock (2013) : Étude quasi expérimentale de qualité moyenne avec 70 femmes américaines d'origine hispanophone à faible revenu et résidant en zone rurale	Rencontres prénatales : Une séance de 6 heures sur la préparation à l'accouchement, l'allaitement, les soins de l'enfant et la contraception. Les rencontres commencent au début du 3 ^e trimestre. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Les femmes ayant eu uniquement le suivi de grossesse.

5.4.1 LES EFFETS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Aucune étude n'a exploré l'état de santé des femmes vivant en contexte de vulnérabilité durant la période perinatale.

5.4.2 LES EFFETS SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Déterminants liés aux caractéristiques individuelles	Conclusion
Reconnaissance des phases de travail Une seule étude a observé que, malgré leur participation aux rencontres prénatales, les femmes avaient des doutes sur les signes et les symptômes du travail (Duggan, 2012). Elles constataient des différences entre leurs propres symptômes et ceux présentés lors des rencontres et n'arrivaient pas à décider quand avoir recours au soutien médical.	?
Déterminants des systèmes	Conclusion
Accouchement vaginal La seule étude sur le type d'accouchement auprès des femmes vivant en contexte de vulnérabilité montre une absence de différence entre les groupes pour le type d'accouchement parmi les femmes hispanophones de faible revenu (Pitcock, 2013).	?
Césarienne en général Grady et Bloom (2004) n'ont pas observé de différence entre les groupes dans le taux de césarienne des adolescentes de leur étude (17 ans et moins).	?

Le tableau 10 présente les conclusions de chaque indicateur de la période prénatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Tableau 10 Conclusion sur chaque indicateur de la période prénatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Indicateurs de l'état de santé ou les déterminants de santé	Conclusion
Reconnaissance des phases de travail Accouchement vaginal Césarienne en général	?

Légende : effet probable +, aucun effet probable ⊗, effets contradictoires ±, insuffisance d'études ?..

5.5 La période prénatale pour les enfants de la clientèle universelle

Le tableau 11 présente sept études ayant évalué les effets des rencontres prénatales sur la santé en période prénatale chez l'enfant de la clientèle universelle.

Tableau 11 Description des études sur les issues de grossesse auprès des enfants de la clientèle universelle

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Artieta-Pinedo et collaborateurs (2010) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 616 femmes espagnoles	Rencontres prénatales de type Lamaze : 8 séances de groupe de 2 heures (90 minutes d'informations théoriques et 30 minutes d'exercices physiques). Le début des rencontres n'est pas précisé, mais les rencontres se sont terminées vers la 40 ^e semaine de grossesse. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas pris part à des rencontres prénatales, mais qui ont eu au moins 6 suivis de grossesse.
Ickovics et collaborateurs (2007) : Étude randomisée de bonne qualité avec 993 jeunes femmes américaines	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 2 heures (pour un total de 20 heures), en groupe de 8 femmes en moyenne. Les rencontres débutent vers la 16 ^e semaine de grossesse. La fin n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel (pour un total de 2 heures réparties sur l'ensemble de la grossesse).
Maimburg et collaborateurs (2010) : Étude randomisée de bonne qualité avec 1193 femmes danoises	Rencontres <i>Ready for child</i> : 3 séances sur la naissance, l'enfant et le parent totalisant 9 heures animées par des sages-femmes. Les rencontres débutent autour de la 30 ^e semaine de grossesse pour le terminer vers la 35 ^e . Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement et un accès optionnel à des séances de relaxation.
Robertson et collaborateurs (2009) : Étude quasi expérimentale de qualité moyenne avec 49 femmes américaines d'origine hispanophone	<i>Centering Pregnancy Care</i> : Séances structurées de 90 minutes, en groupe de 8 à 12 personnes, tous les mois durant 4 mois et toutes les 2 semaines pour le reste de la grossesse (participation à au moins 4 séances). Le début des rencontres se fait avant la 24 ^e semaine. La fin n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Au moins 4 suivis de grossesse individuels.

Tableau 11 Description des études sur les issues de grossesse auprès des enfants de la clientèle universelle (suite)

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Tanner-Smith et collaborateurs (2013a) : Étude quasi expérimentale de bonne qualité avec 393 femmes américaines	<i>Centering Pregnancy Care</i> : Participation à au moins une rencontre. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.
Tanner-Smith et collaborateurs (2014) : Étude quasi expérimentale de bonne qualité avec 6155 femmes américaines	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 90 minutes, en groupe de 8 à 12 personnes, tous les mois durant 4 mois et toutes les deux semaines pour le reste de la grossesse. Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.
Trudnak et collaborateurs (2013) : Étude de cohorte rétrospective de bonne qualité avec 487 femmes américaines d'origine hispanophone	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées en groupe de 8 à 12 personnes. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.

5.5.1 LES EFFETS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

État de santé	Conclusion
Mort intra-utérine La proportion de morts intra-utérines n'est pas associée à la participation aux rencontres prénatales d'après Ickovics et collaborateurs alors que la proportion est moindre parmi les femmes qui ont pris part aux rencontres de l'étude de Tanner-Smith et collaborateurs (Tanner-Smith et collab., 2014).	
Âge gestationnel moyen L'étude de Robertson et collaborateurs ne constate pas de différence pour l'âge gestationnel moyen selon la participation aux rencontres pour les enfants nés après 37 semaines de grossesse. Ickovics et collaborateurs tirent la même conclusion de leurs résultats en constatant que l'âge gestationnel moyen à la naissance des nouveau-nés dont la mère a pris part aux rencontres n'est pas différent. En revanche, l'étude de Tanner-Smith et collaborateurs (Tanner-Smith et collab., 2014) révèle que les nouveau-nés des participantes aux rencontres ont en moyenne un âge de gestation plus avancé d'environ deux jours. De plus, les auteurs rapportent que pour les enfants nés prématurément, la participation aux rencontres est associée à un âge gestationnel prolongé d'environ deux semaines.	
Prématurité Trois études, dont deux de bonne qualité (Maimburg et collab., 2010; Robertson et collab., 2009; Trudnak et collab., 2013), n'indiquent aucune différence sur le taux de naissances prématurées avant 37 semaines de grossesse. Ickovics et collaborateurs, dans leur étude de bonne qualité, tirent cependant la conclusion inverse : le taux de naissances prématurées (avant 37 semaines de grossesse) est significativement plus faible parmi les femmes ayant pris part aux rencontres, même en considérant uniquement les femmes primipares (cet aspect avait été pris en compte puisqu'une naissance prématurée représente un facteur de risque pour une naissance prématurité subséquente). Ils estiment à une réduction de 33 % du risque et observent que l'effet est encore plus bénéfique pour les enfants nés de femmes américaines d'origine africaine comparativement aux autres origines ethniques.	

État de santé (suite)	Conclusion
Poids moyen à la naissance Ni les études de bonne qualité d'Ickovics ou de Tanner-Smith (2013a) ni l'étude de qualité moyenne de Robertson ne constatent de différences sur le poids moyen à la naissance en lien avec la participation aux rencontres. En revanche, l'autre étude de bonne qualité de Tanner-Smith (Tanner-Smith et collab., 2014) portant sur un échantillon plus grand et plus varié (provenant de cinq sites au Tennessee) montre un poids à la naissance significativement plus élevé parmi les enfants des mères ayant participé aux rencontres. De plus, pour les enfants prématurés ou de faibles poids, la participation aux rencontres est associée à un poids moyen à la naissance qui est encore plus important (de plus de 300 grammes) que pour les autres enfants (Tanner-Smith et collab., 2014).	⊗
Faible poids à la naissance Trois études de bonne qualité (Ickovics et collab., 2007; Maimburg et collab., 2010; Trudnak et collab., 2013) ont étudié les effets de la participation aux rencontres sur le taux de faible poids à la naissance et aucune étude n'a observé d'effet.	⊗
Faible poids à la naissance pour l'âge gestationnel La seule étude sur cet indicateur n'observe pas de différence dans le taux de faibles poids pour l'âge gestationnel selon la participation aux rencontres (Ickovics et collab., 2007).	⊕
pH sanguin du fœtus Il est possible d'identifier la présence de problèmes respiratoires du fœtus en analysant certaines composantes du sang (souvent prélevé sur le cordon ombilical). Ces problèmes respiratoires vont causer un changement dans les niveaux de gaz (gazométrie, par exemple, l'O ₂ et le CO ₂) et éventuellement venir altérer le pH sanguin. Une seule étude a examiné ces problèmes et rapporte que la participation aux rencontres n'est pas associée à une différence dans le pH du sang de cordon ou l'excès de base (Maimburg et collab., 2010).	⊕
Score d'Apgar Dès la naissance, on utilise le score d'Apgar comme estimation de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. Un score total est attribué après l'évaluation du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, du tonus musculaire, de la couleur de la peau et la présence de réflexes d'irritabilité. L'étude de bonne qualité de Maimburg et collaborateurs n'indique aucune différence pour le score d'Apgar (score < 7) à une minute ou à 5 minutes en lien avec la participation des mères aux rencontres. La même conclusion est constatée pour le score d'Apgar (score ≥ 9) à 5 minutes dans l'étude de bonne qualité d'Artieta-Pinedo et collaborateurs et pour le score d'Apgar moyen à 5 minutes dans l'étude de bonne qualité d'Ickovics et collaborateurs.	⊗
Admission en unité de soins intensifs néonataux Selon l'étude d'Ickovics et collaborateurs, la participation aux rencontres n'est pas associée à moins d'admission en soins intensifs néonataux.	⊕
Durée moyenne du séjour à l'hôpital Robertson et collaborateurs n'observent pas de différence due à la participation aux rencontres sur la durée du séjour à l'hôpital de l'enfant après la naissance.	⊕

5.5.2 LES EFFETS SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Aucune étude n'a exploré les déterminants de la santé de l'enfant durant la période perinatale.

Le tableau 12 présente les conclusions de chaque indicateur de la période prénatale pour les enfants de la clientèle universelle.

Tableau 12 Conclusion sur chaque indicateur de la période perinatale pour les enfants de la clientèle universelle

Indicateurs de l'état de santé ou les déterminants de santé	Conclusion
Mort intra-utérine* Âge gestationnel moyen*	
Prématurité* Poids moyen à la naissance* Faible poids à la naissance* Score d'Apgar*	
Faible poids à la naissance pour l'âge gestationnel* pH sanguin du fœtus* Admission en unité de soins intensifs néonataux* Durée moyenne du séjour à l'hôpital*	

Légende : effet probable +, aucun effet probable ⊗, effets contradictoires ⚖, insuffisance d'études ?.

* Est un indicateur de l'état de santé.

5.6 La période perinatale pour les enfants de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Le tableau 13 présente quatre études qui se sont penchées spécifiquement sur les effets des rencontres sur la santé en période perinatale chez l'enfant vivant en contexte de vulnérabilité (faible niveau de scolarité ou faible revenu). Aucune de ces études n'incluait les pères.

Tableau 13 Description des études sur les issues de grossesse auprès des enfants de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Grady et Bloom (2004) : Étude de cohorte de faible qualité, dont 501 jeunes femmes de moins de 17 ans, américaines d'origine africaine	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 12 séances structurées de 90 minutes, en groupe de 8 à 12 personnes. Les rencontres débutent entre la 12^e et la 18^e semaine de grossesse et se terminent avec une séance en postpartum. Groupe de comparaison de 2001 : Adolescentes ayant donné naissance au même hôpital en 2001, avec un suivi de grossesse seulement. Groupe de comparaison de 1998 : Adolescentes ayant accouché dans le même hôpital en 1998 incluant celles n'ayant reçu aucun suivi de grossesse.
Klima et collaborateurs (2009) : Étude de cohorte de qualité moyenne avec 268 femmes noires américaines vivant avec un faible revenu	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 2 heures, en groupe de 4 à 10 personnes (moyenne de 5,5 participantes par groupe). Les rencontres débutent avant la 18^e semaine de grossesse. La fin n'a pas été précisée. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.

Tableau 13 Description des études sur les issues de grossesse auprès des enfants vivant en contexte de vulnérabilité (suite)

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Picklesimer et collaborateurs (2012) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 4083 femmes américaines vivant avec un faible revenu	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 2 heures, en groupe de 8 à 12 personnes. Participation médiane de 7 séances. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.
Pitcock (2013) : Étude quasi expérimentale de qualité moyenne avec 70 femmes américaines d'origine hispanophone vivant avec un faible revenu et résidant en zone rurale	Groupe avec rencontres prénatales : Une séance de 6 heures de rencontres sur la préparation à l'accouchement, l'allaitement, les soins de l'enfant et la contraception. Les rencontres commencent au début du troisième trimestre. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Les femmes ayant eu uniquement le suivi de grossesse.

5.6.1 LES EFFETS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

État de santé	Conclusion
Âge gestationnel moyen L'âge gestationnel moyen à la naissance des nouveau-nés n'est pas plus avancé avec la participation aux rencontres, selon l'étude de qualité moyenne de Klima et collaborateurs. Cependant, l'étude de bonne qualité de Picklesimer et collaborateurs chez des femmes d'origine ethnique variée et ayant un faible revenu révèle un âge gestationnel moyen à la naissance plus avancé pour le groupe ayant participé aux rencontres. Cette différence était toujours présente après avoir considéré uniquement les femmes primipares.	
Prématurité Deux études, dont une de bonne qualité, ont révélé que le taux de naissances survenant avant 37 semaines de grossesse était significativement plus faible parmi les femmes ayant pris part aux rencontres, pour les adolescentes (Grady et Bloom, 2004), ainsi que pour les femmes de différentes ethnies et à faible revenu (Picklesimer et collab., 2012). Il est à noter que l'effet bénéfique de la participation sur la prévention de naissances prématurées restait présent même lorsque les femmes primipares étaient étudiées exclusivement (Picklesimer et collab., 2012). Dans le cas des naissances prématurées survenant avant 32 semaines de grossesse, elles arrivent à la même conclusion que pour les naissances à moins de 37 semaines : le taux prématurité est significativement plus faible parmi les femmes ayant pris part aux rencontres (Picklesimer et collab., 2012). Contrairement à ces études, l'étude de qualité moyenne de Klima et collaborateurs n'a pas observé de différences dans le taux de naissances prématurées en lien avec la participation aux rencontres.	
Poids moyen à la naissance Aucune différence sur le poids moyen des bébés à la naissance en lien avec la participation aux rencontres n'est constatée par l'étude de qualité moyenne de Klima et collaborateurs. Au contraire, Picklesimer et collaborateurs, dans leur étude de bonne qualité, observent un poids moyen à la naissance plus élevé parmi les nouveau-nés dont la mère a participé aux rencontres. Cette différence était toujours présente après avoir considéré uniquement les femmes primipares.	

État de santé (suite)	Conclusion
Faible poids à la naissance L'étude de faible qualité de Grady et Bloom révèle que le taux d'enfants nés avec un faible poids (moins de 2500 g) était moins important chez les mères qui avaient participé aux rencontres. Les auteurs de deux autres études, dont une de bonne qualité, n'arrivent pas à la même conclusion, soit pour les femmes ayant un faible revenu et d'origine africaine (Klima et collab., 2009) et pour les femmes de l'étude de Picklesimer et collaborateurs. Cette absence de différence demeure même lorsqu'on tient compte du facteur de risque potentiel que peut apporter une naissance prématurée antérieure.	
Admission en unité de soins intensifs néonataux La seule étude sur cet indicateur observe que la participation aux rencontres n'est pas associée aux admissions en soins intensifs néonataux (Picklesimer et collab., 2012).	
Durée moyenne du séjour à l'hôpital* Pitcock est la seule auteure à noter une durée de séjour à l'hôpital légèrement plus courte parmi les femmes ayant pris part aux rencontres (2,39 jours en moyenne) comparativement aux femmes ayant eu uniquement le suivi de grossesse (2,77 jours en moyenne).	

* Les auteurs n'ont pas précisé s'il s'agissait du séjour pour la mère ou pour l'enfant.

5.6.2 LES EFFETS SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Aucune étude n'a examiné les déterminants de santé durant la période périnatale auprès des enfants de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité.

Le tableau 14 présente les conclusions de chaque indicateur de la période périnatale pour les enfants de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité.

Tableau 14 Conclusion sur chaque indicateur de la période périnatale pour les enfants de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Indicateurs de l'état de santé ou les déterminants de santé	Conclusion
Âge gestationnel moyen* Prématurité* Poids moyen à la naissance* Faible poids à la naissance*	
Admission en unité de soins intensifs néonataux* Durée moyenne du séjour à l'hôpital*	

Légende : effet probable +, aucun effet probable ⊗, effets contradictoires ⊖, insuffisance d'études ⊕.

* Est un indicateur de l'état de santé.

5.7 La période postnatale pour la clientèle universelle

Le tableau 15 présente 21 études ayant évalué les effets des rencontres prénatales sur la santé en période postnatale auprès de la clientèle universelle.

Tableau 15 Description des études pour la période postnatale de la clientèle universelle

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Andersson et collaborateurs (2012) : Étude qualitative de bonne qualité avec 8 hommes et 20 femmes suédois	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 6 à 9 séances de 2 heures, par groupe de 6 à 8 personnes. Les conjoints sont les bienvenus. Les rencontres ont commencé vers la 12 ^e semaine de grossesse. La fin des rencontres n'est pas précisée.
Arcamone (2005) : Étude quasi expérimentale de bonne qualité avec 158 femmes américaines	Rencontres prénatales : Environ 8 heures, réparties en une séance de 8 heures, 2 séances de 4 heures, ou 3 séances hebdomadaires de 2 à 5 heures chacune selon les préférences des mères. Rencontres prénatales bonifiées : 8 heures sur la préparation à l'accouchement et une séance d'environ 2 heures sur le soin au bébé. Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés par les auteurs. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas participé aux rencontres.
Artieta-Pinedo et collaborateurs (2013) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 614 femmes espagnoles	Rencontres prénatales de type Lamaze : 8 séances de groupe de 2 heures (90 minutes d'informations théoriques et 30 minutes d'exercices physiques). Le début des rencontres n'est pas précisé, mais les rencontres se sont terminées vers la 40 ^e semaine de grossesse. Groupe de comparaison : Au moins 6 suivis de grossesse.
Britton (2008) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 296 femmes américaines	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas participé aux rencontres.
Fabian et collaborateurs (2005) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 1197 femmes enceintes suédoises	Groupe avec rencontres prénatales : 1 à 11 séances portant sur la préparation à l'accouchement, l'allaitement et la parentalité. Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas participé aux rencontres.
Fletcher et collaborateurs (2004) : Étude quasi expérimentale de qualité moyenne avec 412 hommes australiens	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe 1 : Participation aux rencontres et naissance de l'enfant dans la dernière année. Groupe 2 : Participation aux rencontres et naissance de l'enfant sous peu. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés.
Ickovics et collaborateurs (2007) : Étude randomisée de bonne qualité avec 993 jeunes femmes américaines	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 2 heures (pour un total de 20 heures), en groupe de 8 femmes en moyenne. Les rencontres débutent vers la 16 ^e semaine de grossesse. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel (pour un total de 2 heures réparties sur l'ensemble de la grossesse).
Jakubiec et collaborateurs (2014) : Étude quasi expérimentale de qualité faible avec 70 femmes polonaises	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Aucune précision si elles ont toutes eu un suivi de grossesse.
Kervin et collaborateurs (2010) : Étude transversale de qualité moyenne avec 164 femmes australiennes	Rencontres prénatales : Séances portant sur la préparation à l'accouchement, l'allaitement et la parentalité. Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas participé aux rencontres.
Little et collaborateurs (2013) : Étude de cohorte de qualité moyenne avec 32 femmes américaines d'origine japonaise	Adaptation japonaise du <i>Centering Pregnancy Care</i> : 5 séances mensuelles puis 3 séances aux 2 semaines. Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés.

Tableau 15 Description des études pour la période postnatale auprès de la clientèle universelle (suite)

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Maimburg et collaborateurs (2010) : Étude randomisée de bonne qualité avec 1193 femmes danoises	Rencontres <i>Ready for child</i> : 3 séances portant sur la naissance, l'enfant et le parent totalisant 9 heures animées par des sages-femmes. Les rencontres débutent autour de la 30^e semaine de grossesse pour se terminer vers la 35^e semaine. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement et un accès optionnel à des séances de relaxation.
Martinez-Galiano et Gado-rodriguez (2014) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 520 femmes espagnoles	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Aucune précision si elles ont toutes eu un suivi de grossesse.
Robertson et collaborateurs (2009) : Étude quasi expérimentale de qualité moyenne avec 49 femmes américaines d'origine hispanophone	<i>Centering Pregnancy Care</i> : Séances structurées de 90 minutes, en groupe de 8 à 12 personnes, tous les mois durant 4 mois et toutes les 2 semaines pour le reste de la grossesse (participation à au moins 4 séances). Le début des rencontres se fait avant la 24^e semaine. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Au moins 4 suivis de grossesse individuels.
Roig et collaborateurs (2010) : Étude cas-témoin de bonne qualité avec 248 femmes espagnoles	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas pris part aux rencontres.
Rossiter & Evers (2013) : Étude cas-témoin de qualité moyenne avec 546 enfants canadiens âgés de 3 mois	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Les enfants dont la mère n'a pas pris part aux rencontres.
Sercekus & Mete (2010) : Étude quasi expérimentale de bonne qualité avec 118 femmes turques	Rencontres de groupe : 7 séances de deux heures par groupe de 6 à 10 personnes, à raison d'une par semaine, avec période de temps alloué pour discuter, interagir et répondre aux questions. Les rencontres débutent à partir de la 26^e semaine de grossesse. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Les femmes ayant eu uniquement le suivi de grossesse.
Scott et collaborateurs (2006) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 586 femmes australiennes	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas pris part aux rencontres.
Stoll & Hall (2012) : Étude cas-témoin de qualité moyenne avec 624 femmes canadiennes	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas participé aux rencontres prénatales. Il n'est pas clair si elles ont toutes eu un suivi de grossesse.
Tanner-Smith et collaborateurs (2013b) : Étude quasi expérimentale rétrospective de bonne qualité avec 704 femmes américaines	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées (90 à 120 min) en groupe de 8 à 12 personnes. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.

Tableau 15 Description des études pour la période postnatale auprès de la clientèle universelle (suite)

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Trudnak et collaborateurs (2013) : Étude de cohorte rétrospective de bonne qualité avec 487 femmes américaines d'origine hispanophone	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées en groupe de 8 à 12 personnes. Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.
Waldenstrom et collaborateurs (2004) : Étude de cas-témoin de qualité moyenne avec 2541 femmes suédoises	Rencontres prénatales : Aucun détail fourni. Groupe de comparaison : Les femmes qui n'ont pas participé aux rencontres prénatales.

5.7.1 LES EFFETS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

État de santé	Conclusion
Adaptation à la parentalité (mère) Arcamone dans son étude de bonne qualité ne constate pas une meilleure adaptation des mères à la parentalité en ce qui concerne leur confiance dans leurs tâches, leur satisfaction par rapport à la maternité ou la relation avec leur conjoint ou partenaire à la suite de la participation aux rencontres. Dans l'étude de bonne qualité de Sercekus, la participation aux rencontres n'influence pas l'adaptation postnatale de la mère évaluée à six semaines postpartum et mesurée par une échelle standardisée qui évalue la relation avec le conjoint, la perception de la participation du conjoint dans les soins pour le bébé, la gratification à la suite de l'expérience de la naissance, la satisfaction par rapport à la vie, la confiance dans ses compétences maternelles, la satisfaction par rapport à la maternité et aux soins de l'enfant, et le soutien provenant de la famille et de ses proches. Enfin, les auteurs de deux autres études de bonne qualité constatent que plusieurs mères auraient souhaité être mieux préparées à la parentalité à la suite des rencontres et ne se sentent pas prêtes pour la transition vers la parentalité (Andersson et collab., 2012; Fabian et collab., 2005).	⊗
Adaptation à la parentalité (père) Deux études, dont une de bonne qualité, montrent que les pères qui ont participé aux rencontres ne se sentent pas bien préparés à la parentalité (Andersson et collab., 2012), aux changements dans leur mode de vie ou aux relations interpersonnelles après la naissance de leur enfant (Fletcher et collab., 2004).	⊗
Appréciation de l'expérience de naissance Selon trois études de bonne qualité, la participation à des rencontres prénatales ne semble pas influencer positivement l'appréciation de l'expérience de naissance. En effet, peu importe que le délai avant l'appréciation soit deux jours après la naissance (Artieta-Pinedo et collab., 2010), six semaines après (Maimburg et collab., 2010) ou encore deux mois après (Fabian et collab., 2005), il n'existe aucune différence entre les groupes. De plus, selon Waldenstrom et collaborateurs, le fait de ne pas participer aux rencontres est associé à une diminution du risque d'avoir une expérience négative de la naissance.	⊗

État de santé (suite)	Conclusion
Santé mentale Trois études ont mesuré les effets de la participation aux rencontres sur la santé mentale postnatale. Jakubiec et collaborateurs, dans leur étude de faible qualité, constatent que les signes de détresse psychologique (mesurés par un questionnaire) sont moins importants chez les femmes qui ont pris part aux rencontres, notamment pour les aspects liés aux problèmes de sommeil dus aux préoccupations, à la confiance de surmonter les défis et à l'humeur présente dans les activités quotidiennes. Robertson et collaborateurs, dans leur étude de qualité moyenne, ne constatent pas de différence dans les symptômes de dépression mesurés à six semaines postpartum entre les femmes ayant participé aux rencontres et celles n'y ayant pas participé. Selon l'étude de bonne qualité de Britton, le niveau d'anxiété, un mois après la naissance, n'est pas lié au fait de ne pas avoir pris part à des rencontres.	

5.7.2 LES EFFETS SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Déterminants liés aux caractéristiques individuelles	Conclusion
Connaissances sur la santé postnatale La seule étude de qualité moyenne sur les connaissances sur la santé postnatale (p. ex., les soins à donner aux bébés et l'allaitement) montre une absence d'effet de la participation aux rencontres pour les femmes hispanophones (Robertson et collab., 2009).	
Intention d'allaiter L'intention d'allaiter durant la première année de vie de l'enfant chez les femmes ayant participé à des rencontres dans l'étude de Kervin est plus fréquente que chez celles qui n'ont pas pris part aux rencontres.	
Sentiment de compétences parentales Selon les conclusions de l'étude de bonne qualité de Fabian, la participation aux rencontres n'a pas d'effet sur le sentiment de compétences parentales rapporté par les mères.	
Estime de soi Robertson et collaborateurs font ressortir que la participation aux rencontres n'est pas associée à une amélioration de l'estime de soi des femmes ayant participé aux rencontres, entre la période prénatale et la période postnatale, comparativement à celles du groupe de comparaison.	
Sentiment de confiance par rapport aux soins à donner Selon l'étude de bonne qualité d'Andersson, plusieurs mères et pères ayant pris part à des rencontres prénatales dans la dernière année auraient souhaité être mieux préparés aux soins à donner au bébé. Ickovics et collaborateurs, dans leur étude de bonne qualité, ne constatent aucun effet de la participation aux rencontres sur le sentiment de confiance par rapport aux soins du bébé.	
Perception de la douleur Arcamone remarque que la participation aux rencontres est associée à une douleur périnéale autorapportée moins importante à deux semaines postpartum, comparativement aux femmes qui n'y ont pas pris part. L'auteur explique ce résultat par l'application potentielle de l'information reçue quant aux techniques de relaxation et les causes de trauma périnéal. Deux autres études, dont une de bonne qualité, ne constatent aucune différence selon la participation aux rencontres sur le souvenir de la douleur lors de la phase du travail deux mois après l'accouchement (Fabian et collab., 2005) ou lors de l'accouchement (Jakubiec et collab., 2014).	

Déterminants liés aux caractéristiques individuelles (suite)	Conclusion
Contact peau à peau La participation aux rencontres est associée à une utilisation significativement plus grande du contact peau à peau dans l'heure suivant l'accouchement dans l'étude de bonne qualité de Martinez-Galiano et Gado-Rodriguez.	
Amorce de l'allaitement Trois études, dont une de bonne qualité (Artieta-Pinedo et collab., 2010; Kervin et collab., 2010; Stoll et Hall, 2012), ne soulèvent aucune association entre la participation aux rencontres et le taux d'amorce de l'allaitement. Cependant, trois autres études, dont deux de bonne qualité, constatent des effets bénéfiques. Selon Ickovics et collaborateurs, les femmes ayant participé aux rencontres amorcent l'allaitement plus fréquemment que celles qui n'y ont pas pris part. De plus, les femmes qui ont pris part à cinq rencontres ou plus étaient plus portées à allaiter (exclusivement ou partiellement) leur nouveau-né au moment de quitter l'hôpital que celles qui n'y ont pas participé (Tanner-Smith et collab., 2013b). Finalement, les femmes n'ayant pas pris part aux rencontres sont plus susceptibles d'utiliser les préparations pour nourrisson dans les jours suivant la naissance (Rossiter et Evers, 2013).	
Allaitement dans les premières semaines Plusieurs études dont trois de bonne qualité n'ont pas décelé d'effet de la participation aux rencontres sur le taux d'allaitement durant les deux premières semaines (Kervin et collab., 2010; Scott et collab., 2006), les quatre premières semaines (Scott et collab., 2006) ou les six premières semaines après la naissance (Robertson et collab., 2009; Tanner-Smith et collab., 2013b; Trudnak et collab., 2013).	
Allaitement à 3 mois Deux études de bonne qualité, soit celle d'Artieta-Pinedo et collaborateurs et celle de Scott et collaborateurs, indiquent que la participation aux rencontres était associée à un taux d'allaitement plus élevé trois mois après la naissance. Le taux était plus élevé avec une participation à un plus grand nombre de séances (Artieta-Pinedo et collab., 2013).	
Allaitement à 6 mois et 6 mois et plus Trois études de bonne qualité n'ont pas observé d'associations entre la participation aux rencontres et le taux d'allaitement à six mois ou au-delà de six mois (Artieta-Pinedo et collab., 2013; Fabian et collab., 2005; Scott et collab., 2006).	
Durée de l'allaitement Selon deux études de bonne qualité, la durée de l'allaitement dans les six premiers mois n'est pas influencée par la participation aux rencontres prénatales (Fabian et collab., 2005; Scott et collab., 2006).	
Abandon de l'allaitement Roig et collaborateurs, dans leur étude de bonne qualité, constatent que la participation aux rencontres est associée à un taux d'abandon d'allaitement exclusif ou un taux d'allaitement partiel plus faible au cours des six mois suivant la naissance. Les auteurs concluent à un effet protecteur des rencontres par rapport à l'abandon de l'allaitement.	
Déterminants des milieux de vie	Conclusion
Soutien entre futurs parents Fabian et collaborateurs soulignent que, deux mois après la naissance de l'enfant, plus du tiers des femmes ayant participé aux rencontres ont revu les autres participantes aux rencontres; un an après, le taux monte à 58 %.	

Le tableau 16 présente les conclusions de chaque indicateur de la période postnatale pour la clientèle universelle.

Tableau 16 Conclusion sur chaque indicateur de la période postnatale pour la clientèle universelle

Indicateurs sur l'état de santé ou les déterminants de santé	Conclusion
Allaitement à 3 mois	+
Santé mentale*	⚖
Perception de la douleur	
Amorce de l'allaitement	
Adaptation à la parentalité (mère et père)*	⊗
Appréciation de l'expérience de naissance*	
Sentiment de confiance par rapport aux soins à donner	
Allaitement dans les premières semaines	
Allaitement à 6 mois et 6 mois et plus	
Durée de l'allaitement	
Connaissances sur la santé postnatale	?
Intention d'allaiter	
Sentiment de compétences parentales	
Estime de soi	
Contact peau à peau	
Abandon de l'allaitement	
Soutien entre futurs parents	

Légende : effet probable +, aucun effet probable ⊗, effets contradictoires ⚖, insuffisance d'études ?.

* Est un indicateur de l'état de santé.

5.8 La période postnatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Le tableau 17 présente cinq études ayant évalué les effets des rencontres prénatales sur la santé en période postnatale auprès de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité. Aucune de ces études n'incluait les pères.

Tableau 17 Description des études pour la période postnatale auprès de la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Auteurs et caractéristiques de l'étude	Caractéristiques des rencontres
Duggan (2012) : Étude qualitative de qualité moyenne avec 27 femmes américaines vulnérables	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances de 90 à 120 minutes. Les rencontres débutent entre la 12 ^e et la 16 ^e semaine de grossesse. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Les femmes ayant eu uniquement le suivi de grossesse.
Grady et Bloom (2004) : Étude de cohorte de faible qualité, dont 501 jeunes femmes de moins de 17 ans, américaines d'origine africaine	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 12 séances structurées de 90 minutes, en groupe de 8 à 12 personnes. Les rencontres débutent entre la 12 ^e et la 18 ^e semaine de grossesse et se terminent avec une séance en postpartum. Groupe de comparaison de 2001 : Adolescentes ayant donné naissance au même hôpital en 2001, avec un suivi de grossesse seulement. Groupe de comparaison de 1998 : Adolescentes ayant accouché dans le même hôpital en 1998 incluant celles n'ayant reçu aucun suivi de grossesse.
Klima et collaborateurs (2009) : Étude de cohorte de qualité moyenne avec 268 femmes noires américaines vivant avec un faible revenu	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 2 heures, en groupe de 4 à 10 personnes (moyenne de 5,5 participantes/groupe). Les rencontres débutent avant la 18 ^e semaine de grossesse. La fin n'a pas été précisée. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.
Picklesimer et collaborateurs (2012) : Étude de cohorte de bonne qualité avec 4083 femmes américaines d'origines ethniques diverses à faible revenu	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 2 heures, en groupe de 8 à 12 personnes. Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse individuel uniquement.
Pitcock (2013) : Étude quasi expérimentale de qualité moyenne avec 70 femmes américaines hispanophones, vivant avec un faible revenu et résidant en zone rurale	Groupe avec rencontres prénatales : une séance de 6 heures de rencontres sur la préparation à l'accouchement, l'allaitement, les soins de l'enfant et la contraception. Les rencontres commencent au début du troisième trimestre. La fin des rencontres n'est pas précisée. Groupe de comparaison : Les femmes ayant eu uniquement le suivi de grossesse.

5.8.1 LES EFFETS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Indicateurs liés à l'état de santé	Conclusion
Adaptation à la parentalité – Mères L'étude de Duggan révèle que les mères se disent étonnées de ne pas être aussi prêtes qu'elles le croyaient malgré leur participation à des rencontres prénatales. La parentalité ne ressemble pas à ce qu'elles pensaient. Plusieurs ressentent un niveau élevé de préoccupations dans les semaines suivant la naissance surtout pour les soins à l'enfant malgré le fait qu'elles se sentaient préparées pendant la grossesse.	

5.8.2 LES EFFETS SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Déterminants liés aux caractéristiques individuelles	Conclusion
Intention d'allaiter Pitcock n'observe pas de différence dans l'intention d'allaiter exclusivement chez les femmes hispanophones à faible revenu qui ont pris part aux rencontres prénatales.	⓪
Sentiment de confiance Grady et collaborateurs montrent que la quasi-totalité des femmes qui ont pris part aux rencontres disait être préparée à donner des soins à l'enfant à naître.	⓪
Amorce de l'allaitement Trois études de qualité faible ou moyenne constatent que significativement plus de femmes ayant participé aux rencontres amorcent l'allaitement (Grady et Bloom, 2004; Klima et collab., 2009; Pitcock, 2013). En comparaison, l'étude de bonne qualité Picklesimer et collaborateurs auprès de femmes d'origines ethniques diverses ayant un faible revenu n'arrive pas à la même conclusion : le taux d'amorce de l'allaitement ne diffère pas selon la participation aux rencontres.	⚖
Avoir un médecin qui suit l'enfant Parmi les mères adolescentes de l'étude de Grady et collaborateurs, celles ayant participé aux rencontres sont plus susceptibles d'avoir un médecin pour l'enfant au moment de leur admission à l'hôpital que les autres mères.	⓪

Le tableau 18 présente les conclusions de chaque indicateur de la période postnatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Tableau 18 Conclusion sur chaque indicateur de la période postnatale pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Indicateurs de l'état de santé ou les déterminants de santé	Conclusion
Amorce de l'allaitement	⚖
Adaptation à la parentalité* Intention d'allaiter Sentiment de confiance Avoir un médecin qui suit l'enfant	⓪

Légende : effet probable +, aucun effet probable ⊗, effets contradictoires ⚖, insuffisance d'études ⓪.

* Est un indicateur de l'état de santé.

6 Conditions émergentes pouvant accroître les effets des rencontres prénatales

Cette section présente les conditions qui peuvent accroître les effets des rencontres prénatales de groupe. Pour identifier ces conditions, nous avons réexaminé les études de la recherche bibliographique. Les études retenues présentent des variations dans les effets en fonction de la présence ou non de certaines conditions. Des synthèses de connaissance ou des consensus d'experts publiés depuis 2004 et abordant les conditions complètent la liste des documents analysés.

Cinq conditions ressortent bien que chacune soit appuyée par peu d'études. Elles constituent donc des conditions émergentes. Elles doivent être considérées comme des pistes de réflexion de l'adéquation entre les conditions et l'offre locale ou régionale de rencontres prénatales de groupe.

Première condition : Adapter le contenu selon les besoins des différentes clientèles

Un comité d'experts britanniques s'est penché sur les programmes d'éducation périnatale. Ils constatent que plusieurs besoins des futurs parents sont communs, mais que certains groupes ont aussi des besoins propres. Par exemple, les jeunes parents s'engagent davantage dans les programmes prénataux qui sont interactifs et proposés aux jeunes ayant des caractéristiques sociales similaires. De la même manière, lorsque les rencontres sont conçues pour répondre aux besoins des pères, ceux-ci s'impliquent davantage et en retirent des bénéfices plus grands. Le comité d'experts suggère également de tenir compte des besoins en fonction des caractéristiques culturelles des participants, c'est-à-dire de fournir des informations qui sont conformes aux croyances et aux normes des participants. Enfin, ce comité propose un cadre pour les professionnels qui souhaitent offrir des programmes locaux d'éducation sur la préparation à la grossesse, l'accouchement et la parentalité aux futurs parents. Six grands thèmes sont inclus à partir desquels les participants peuvent choisir leurs sujets d'intérêts selon leurs besoins. Ces thèmes sont : le développement du fœtus, les changements chez la future mère et le couple, le bien-être des futurs parents, l'accouchement, la connaissance des soins à l'enfant et les ressources pouvant offrir du soutien (Billingham, 2011).

Deuxième condition : Offrir plusieurs rencontres

Une étude documente le lien entre le nombre de rencontres et les effets. L'étude de cohorte de Fabian et ses collaborateurs (2005) auprès de 1197 femmes primipares suédoises révèle que la proportion de femmes qui jugent que les rencontres prénatales leur sont utiles dans leur nouveau rôle de parent est trois fois plus importante pour celles ayant pris part à six rencontres ou plus, comparativement à celles ayant participé à une seule rencontre. Plus spécifiquement, les rencontres sont perçues comme étant utiles pour la préparation à l'accouchement lorsque les femmes ont pris part à au moins trois rencontres, alors que pour être perçues comme étant utiles à favoriser une transition aisée à la parentalité, les femmes doivent prendre part à au moins quatre séances. Enfin, lorsqu'elles participent à cinq rencontres ou plus, elles ont plus de chances de maintenir un lien avec les autres participantes un an après la naissance de l'enfant.

Troisième condition : Diminuer les barrières à la participation des femmes

Fabian et ses collaborateurs (2004) ont étudié les caractéristiques des femmes suédoises qui ne participent pas aux rencontres prénatales de groupe. Dans leur étude de cohorte de 2546 femmes, 93 % des primipares ont participé aux rencontres alors que 81 % des multipares n'ont pas participé. Ce qui caractérise les femmes (primipares ou multipares) n'ayant pas participé aux rencontres est de

parler une autre langue que la langue officielle du pays, d'avoir un faible niveau de scolarité, de vivre une grossesse non planifiée et d'avoir des attentes négatives par rapport à l'accouchement. Plusieurs autres facteurs prédisent la non-participation des primipares : être sans emploi, fumer durant la grossesse, avoir considéré de confier l'enfant à l'adoption, avoir eu moins de suivi de grossesse et des attentes négatives par rapport à la parentalité. La raison la plus fréquemment mentionnée pour ne pas prendre part aux rencontres chez les primipares est le manque d'intérêt et le moment où les rencontres sont offertes. Pour les multipares, c'est le fait d'avoir participé aux rencontres lors d'une grossesse précédente. Pour les multipares, les facteurs qui s'ajoutent sont d'avoir plus de 35 ans et de présenter des symptômes dépressifs. Les auteurs suggèrent de porter une attention particulière afin de rejoindre les clientèles qui présentent des vulnérabilités et à bien adapter les rencontres à leurs besoins. Les conclusions de l'étude de cohorte d'Artieta-Pinedo et ses collaborateurs (2013) vont dans le même sens. Les futures mères qui participent à un nombre plus important de rencontres (cinq ou plus, comparativement à une à quatre rencontres) sont celles qui sont significativement plus âgées, plus scolarisées, plus fortunées et nées dans le pays.

L'étude de cohorte d'Artieta-Pinedo et collaborateurs (2013) montre que les femmes qui participent à plus de rencontres en retirent les gains les plus importants. Les auteurs ont exploré l'efficacité des rencontres prénatales de type Lamaze (deux heures par semaine pour huit semaines) sur l'allaitement de femmes en fonction du nombre de rencontres (aucune, une à quatre ou cinq et plus). Leurs résultats révèlent que, comparativement aux femmes ayant participé à cinq rencontres ou plus, les risques d'arrêt de l'allaitement (exclusif ou mixte) durant le premier mois sont plus importants chez celles qui n'ont pas pris part aux rencontres et chez celles ayant participé à moins de quatre rencontres. Ces résultats mettent en évidence l'importance de réduire les barrières d'accès avant de commencer le programme ainsi que durant le programme afin de maximiser la participation.

Quatrième condition : Privilégier l'ajout de thématiques et d'approches spécifiques

Plusieurs études évaluent les effets de l'ajout d'un volet spécifique au curriculum de base des rencontres prénatales de groupe.

L'étude randomisée de Simpson et collaborateurs (2010) explore les effets de l'ajout d'un volet d'éducation de 40 minutes sur les risques et bénéfices liés au déclenchement artificiel du travail. Les résultats montrent que, lorsque l'on compare les femmes du groupe ayant reçu les rencontres bonifiées du volet sur le déclenchement, elles sont significativement moins nombreuses à avoir eu recours au déclenchement artificiel que celles du groupe n'y ayant pas participé. La majorité des participantes disent d'ailleurs que ce contenu spécifique a été influent.

L'étude randomisée de Svensson et collaborateurs (2009) compare les effets d'un volet bonifié sur la parentalité. Le programme traditionnel compte sept rencontres de deux heures alors que le programme bonifié nommé Having a baby propose sept rencontres de deux heures et une autre six semaines après la naissance. La bonification du programme comporte l'inclusion d'activités parentales tout au long des rencontres, le témoignage de nouveaux parents lors d'une session, la démonstration d'un bain à un nouveau-né ainsi qu'une approche proactive d'apprentissage basée sur la résolution de problèmes et l'expérimentation liées aux défis de la parentalité. Les résultats montrent que les femmes ayant participé au programme bonifié ont un plus grand sentiment d'efficacité parentale et plus de connaissances sur la parentalité que celles ayant participé au programme régulier, et ce, huit semaines après la naissance de l'enfant. L'auteur conclut que même si l'accent est mis sur la parentalité pour mieux répondre aux besoins des futurs parents au détriment de l'information sur le travail et l'accouchement, les issues de grossesse ne sont pas significativement différentes entre les groupes.

Une autre étude randomisée australienne, celle de Matthey et collaborateurs (2004), évalue les effets de l'ajout d'une rencontre visant spécifiquement la réduction de la détresse après la naissance de l'enfant. Trois groupes ont été formés. Un premier groupe-contrôle a participé à six rencontres hebdomadaires de deux heures sur la préparation à la parentalité couvrant les thèmes des aspects physiques de la grossesse et l'accouchement ainsi que l'allaitement et la dépression postnatale. Un deuxième groupe-contrôle a pris part aux mêmes rencontres en plus de participer à une rencontre supplémentaire sur l'importance du jeu parent-enfant et de recevoir par la poste de l'information de rappel après les rencontres et après la naissance. Le troisième groupe, expérimental, compte les six mêmes rencontres que les deux autres groupes-contrôles, des informations de rappel par la poste, comme le deuxième contrôle en plus d'une session spécifique sur la détresse. Cette rencontre spécifique porte sur la prise de conscience des préoccupations psychosociales de l'autre partenaire et vise à développer des stratégies de résolution de problèmes. Les résultats montrent que ce volet additionnel apporte des effets bénéfiques sur l'humeur, le sentiment de compétence et la satisfaction quant à la répartition des tâches entre les conjoints à six semaines, mais seulement pour les femmes ayant une faible estime de soi au moment de commencer l'intervention. Les partenaires de ces femmes étaient aussi plus sensibles par rapport à la façon dont leur conjointe vivait la transition à la parentalité, comparativement aux partenaires des femmes dans les deux groupes-contrôles. Aucun effet n'a été relevé à six mois après la naissance.

Ngai et ses collaborateurs (2009) ont évalué par un devis quasi expérimental pré-post dans deux hôpitaux de Hong Kong les effets de l'ajout d'un volet psychoéducatif s'appuyant sur la théorie de Rosenbaum nommée *Learned Resourcefulness* (Rosenbaum, 1990). Il s'agit d'un répertoire de compétences cognitives et comportementales pour la régulation des émotions et des pensées négatives qui peuvent interférer dans la réalisation d'un comportement visé. Le volet supplémentaire de trois heures (une heure supplémentaire ajoutée aux rencontres prénatales traditionnelles à trois reprises) vise le renforcement des habiletés de résolution de problèmes et de prise de décisions, du sentiment d'auto-efficacité et du contrôle des émotions ou cognitions négatives (autocontrôle). L'étude avait pour objectif d'évaluer les effets de ce programme sur trois mesures soit l'autocontrôle, le sentiment de compétences parentales et les symptômes dépressifs. Les analyses spécifiques pour chaque mesure révèlent des effets du programme pour l'autocontrôle à six semaines après la naissance, mais qui ne se maintient pas jusqu'à six mois après l'accouchement, alors qu'on observe une réduction des symptômes dépressifs à six mois après l'accouchement, comparativement aux femmes ayant participé seulement aux rencontres traditionnelles. Aucune différence n'a cependant été relevée pour le sentiment de compétences parentales.

Ip et collaborateurs (2009) mesurent grâce à un devis randomisé les effets de l'ajout d'un volet de deux rencontres de 90 minutes chacune sur l'auto-efficacité – théorie de Bandura (1977) – auprès de femmes, entre la 33^e et la 35^e semaine de grossesse, vivant à Hong Kong. La majorité des femmes, dans le groupe contrôle et le groupe expérimental, a aussi pris part à des rencontres d'éducation prénatale variant de une à six sessions. Les principales composantes du volet supplémentaire sont le déroulement de la naissance d'un point de vue biopsychosocial et les stratégies de gestion des inconforts durant la naissance en lien avec l'auto-efficacité, l'enseignement des stratégies comme la relaxation, la respiration, la restructuration cognitive de la douleur et la distraction. Les auteurs constatent que ce volet est efficace pour accroître la confiance des femmes en leurs capacités de gérer la naissance ainsi que pour réduire la perception de la douleur et de l'anxiété durant les deux premières phases du travail. Aucune différence n'a été relevée pour la dernière phase du travail.

Cinquième condition : Inclure les principes de l'enseignement aux adultes

Meedya et collaborateurs (2014) ont comparé par une étude quasi expérimentale auprès de femmes primipares australiennes les effets d'une intervention sur l'allaitement comportant trois rencontres de groupe de 90 minutes et débutant au second trimestre, des activités à faire à la maison ainsi que deux consultations sur l'allaitement par téléphone après l'accouchement. Ce programme nommé Milky Way utilise les principes de l'enseignement aux adultes en utilisant une approche interactive et multimodale. Le contenu respecte les dix étapes de l'allaitement établies par l'OMS dans les hôpitaux certifiés « Amis des bébés », dont les bénéfices de l'allaitement, le contact peau à peau, l'attachement, les positions d'allaitement, les indices de satiété, etc. Les auteurs ont également ajouté du contenu pour favoriser le sentiment auto-efficacité des mères. Ces rencontres visent le renforcement de l'intention d'allaiter et de l'auto-efficacité, la visualisation, l'observation de photos d'allaitement et le jeu de rôles. Lors de cette intervention, les femmes sont encouragées à solliciter le soutien social de leur entourage. Le groupe-contrôle recevait les soins traditionnels seulement. Les auteurs ont constaté que la participation à l'intervention spécifique sur l'allaitement avec l'approche d'enseignement aux adultes était associée à des taux d'allaitement plus importants à un mois, à quatre mois et à six mois et un taux d'allaitement exclusif à six mois.

Noel-Weiss et collaborateurs (2006), dans une étude à devis randomisé avec des femmes primipares canadiennes, évaluent les effets d'une rencontre de groupe de deux heures trente sur l'allaitement incluant un volet pratique (avec une poupée). Les femmes du groupe-contrôle n'ont pas participé à cette rencontre. Les femmes des deux groupes peuvent avoir participé à des rencontres prénatales en plus d'avoir reçu les soins prénataux traditionnels. Cette rencontre est basée sur les principes de l'apprentissage aux adultes et la théorie de l'auto-efficacité. Les auteurs ont remarqué que les femmes ayant pris part à l'atelier supplémentaire sur l'allaitement étaient plus portées à allaiter de façon exclusive huit semaines après la naissance et montraient une plus grande auto-efficacité en lien avec l'allaitement.

7 Constats et recommandations

Cette dernière section explique les principaux constats issus de l'analyse des effets et des conditions émergentes. Des recommandations pour l'offre de services au Québec seront également présentées. Le tableau 19 présente les résultats principaux pour la clientèle universelle. L'état des connaissances actuelles ne nous permet pas de nous prononcer avec confiance sur les constats pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité. Un tableau en annexe présente l'ensemble des résultats pour les deux clientèles.

Tableau 19 Indicateurs avec un effet positif probable ou sans aucun effet probable pour la clientèle universelle

Indicateurs de l'état de santé ou les déterminants de santé	Conclusion
Période prénatale	
Connaissances sur la santé pré et perinatale (mère)	+
Sentiment de confiance par rapport aux prochaines étapes (mère et père)	+
Conformité du suivi de grossesse	+
Soutien entre futurs parents en prénatal (mère et père)	+
Période perinatale	
Césarienne d'urgence	⊗
Traumatismes périnéaux*	⊗
Prématurité*	⊗
Poids moyen à la naissance*	⊗
Faible poids à la naissance*	⊗
Score d'Apgar*	⊗
Durée des phases de travail	⊗
Déclenchement artificiel du travail	⊗
Utilisation d'accélérateur du travail	⊗
Utilisation de moyens pharmacologiques pour gérer la douleur	⊗
Utilisation de moyens non pharmacologiques pour gérer la douleur	⊗
Accouchement vaginal sans ou avec assistance instrumentale	⊗
Période postnatale	
Adaptation à la parentalité* (mère-père)	⊗
Appréciation de l'expérience de naissance*	⊗
Sentiment de confiance par rapport aux soins à donner	⊗
Allaitement dans les premières semaines	⊗
Allaitement à trois mois	+
Allaitement à 6 mois et 6 mois et plus	⊗
Durée de l'allaitement	⊗

Légende : effet probable +, aucun effet probable ⊗.

* Est un indicateur de l'état de santé.

PREMIER CONSTAT : Les rencontres prénatales de groupe peuvent informer, renforcer le sentiment de confiance et accroître la perception de soutien émotif durant la grossesse.

L'analyse des effets montre que la participation aux rencontres prénatales de groupe peut être associée, lors de la grossesse, à une meilleure connaissance de santé pré et perinatale (futures mères), à un sentiment de confiance plus grand quant aux prochaines étapes (futures mères et futurs pères) et à une perception de soutien émotif plus importante entre conjoint (futures mères et futurs pères).

D'après les descriptions des rencontres prénatales faites dans les études analysées, les rencontres se font dans une perspective d'accroissement des connaissances et de renforcement de la confiance en soi et encouragent les échanges entre conjoints et avec les autres futurs parents (Andersson et collab., 2012; Andersson et collab., 2013; Artieta-Pinedo et collab., 2010; Grady et Bloom, 2004; Ickovics et collab., 2007; Klima et collab., 2009; Maimburg et collab., 2010; Picklesimer et collab., 2012; Robertson et collab., 2009; Tanner-Smith et collab., 2013a; Tanner-Smith et collab., 2013b; Tanner-Smith et collab., 2014; Trudnak et collab., 2013). C'est grâce aux nouvelles connaissances acquises et aux encouragements à s'impliquer dans la prise de décision entourant la grossesse et la naissance que les animateurs renforcent la confiance des futurs parents. Le sentiment de confiance ressenti lors de la grossesse ne semble cependant pas se transposer au sentiment de confiance face aux soins du bébé mesuré à la suite de la naissance. Le temps écoulé entre les rencontres et la naissance de l'enfant et possiblement le peu de place accordée aux soins du bébé dans les rencontres peuvent expliquer en partie ce résultat.

Les effets probables relevés sur l'accroissement des connaissances, le sentiment de confiance et la perception de soutien concordent avec les observations relevées dans les consultations du Commissaire à la santé et au bien-être (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011), du rapport du CSSS de l'Ouest-de-l'Île (Beaudet et Legault, 2015) ou celui du CSSS de la Capitale-Nationale (Langlois, 2014). Ces effets sont aussi cohérents avec le rôle attendu des rencontres prénatales dans la stratégie de mise en œuvre de la Politique de périnatalité du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

Recommandation 1

Maintenir l'offre de rencontres prénatales de groupe pour tous les futurs parents du Québec comme indiqué dans la Politique de périnatalité 2008-2018.

DEUXIÈME CONSTAT : Les rencontres prénatales de groupe peuvent influencer des déterminants de l'état de santé si les mères ont une emprise sur ceux-ci.

L'analyse des effets révèle que les rencontres prénatales de groupe peuvent favoriser l'adoption de certains comportements ou de choix favorables, dont une plus grande conformité au suivi de grossesse et le fait d'allaiter l'enfant à trois mois, deux déterminants importants de l'état de santé.

L'effet sur les déterminants semble dépendre du niveau d'emprise sur la situation. En effet, le fait de se conformer ou non à des suivis de grossesse relève principalement du contrôle de la femme enceinte. Les effets probables sur l'allaitement à trois mois seulement et non à 6 mois ou plus peuvent s'expliquer par le fait que le maintien ou non d'un allaitement sur plusieurs mois résulte d'influences multiples (Li et collab., 2014a).

Par ailleurs, lorsque le contrôle de la femme enceinte et de son partenaire est réduit, aucun effet de la participation n'est observé. Par exemple, c'est le cas pour la durée des phases du travail, le déclenchement artificiel du travail ou l'utilisation d'accélérateur du travail ou l'utilisation de moyens

(pharmacologiques ou non) pour gérer la douleur ou le type d'accouchement (césarienne d'urgence, accouchement vaginal avec ou sans instrument). Lorsque la situation implique d'autres acteurs, des contraintes du milieu de soins ou fait suite à des événements imprévisibles, il est peu probable que l'information ou le soutien reçus lors des rencontres prénatales puissent influencer positivement les choix ou les comportements.

Ces constats trouvent écho dans l'étude réalisée à Montréal auprès de futurs parents. Ceux-ci se disent outillés après les rencontres prénatales pour discuter avec le personnel de l'hôpital et prendre certaines décisions comme de souhaiter le contact peau à peau et l'amorce de l'allaitement. Cependant, certains ont eu des difficultés à maintenir ou à exprimer des choix qui allaient à l'encontre de certaines pratiques ou routines hospitalières. Des femmes disaient avoir été encouragées à ajuster leur demande d'utiliser la péridurale selon la disponibilité du médecin (Beaudet et Legault, 2015).

Recommandation 2

Mettre l'accent, dans les rencontres prénatales de groupe, sur les comportements et les choix sur lesquels les parents ont une emprise plutôt que sur les situations qui impliquent d'autres acteurs ou des événements imprévisibles.

TROISIÈME CONSTAT : Les rencontres prénatales de groupe ne peuvent pas à elles seules influencer l'état de santé.

L'analyse suggère que la participation aux rencontres n'aurait pas d'effet sur l'état de santé des mères, des pères ou de l'enfant. Les auteurs des différentes études retenues n'observent pas d'effet sur les traumatismes périnéaux lors de l'accouchement, l'appréciation de l'expérience de la naissance ou l'adaptation des couples à la parentalité. Aucun effet n'est observé pour l'enfant sur la prématurité, le poids moyen à la naissance, le faible poids à la naissance ou le score d'Apgar.

Doit-on en conclure qu'il n'existe aucun effet des rencontres prénatales de groupe sur l'état de santé? Koehn, dans sa revue de la littérature, soulève la grande variabilité des thématiques abordées, des méthodes ou modalités dans les différents modèles de rencontres prénatales (Koehn, 2002). Ce qui expliquerait, du moins, partiellement, l'absence de consensus sur les effets. Le nombre restreint d'études de bonne qualité, le décalage entre les contenus abordés et les besoins des futurs parents, et le petit nombre de séances pourraient aussi expliquer l'absence d'effet. D'autres études s'avèrent donc nécessaires avant de statuer sur l'absence d'effet des rencontres prénatales sur l'état de santé.

Recommandation 3

Revoir les objectifs des rencontres prénatales pour cibler les déterminants de l'état de santé, soit les connaissances, la confiance en leurs capacités et le soutien social.

QUATRIÈME CONSTAT : Les rencontres prénatales qui remplissent certaines conditions ont plus de chances d'entraîner des effets positifs.

Cinq conditions émergentes de la littérature peuvent accroître les effets des rencontres prénatales. Elles servent de pistes pour la bonification des rencontres prénatales en contexte québécois. Ces conditions sont :

1. Adapter le contenu selon les besoins des différentes clientèles;
2. Offrir plusieurs rencontres;
3. Diminuer les barrières à la participation;

4. Privilégier l'ajout de thématiques et d'approches spécifiques;
5. Inclure les principes de l'enseignement aux adultes.

Recommandation 4

S'inspirer des cinq conditions ayant plus de chances d'entraîner des effets positifs pour définir les modalités d'application des rencontres prénatales de groupe au Québec.

8 Conclusion

L'analyse des effets des rencontres prénatales de groupe met en évidence leur potentiel en regard de la promotion de la santé et réaffirme l'utilité de celles-ci dans l'offre de service au Québec comme le précise d'ailleurs la Politique de périnatalité du Québec 2008-2018.

D'autres études sont nécessaires afin de comprendre les effets des rencontres de groupe de groupe sur l'état de santé, les clientèles vivant en contexte de vulnérabilité ou les pères. Il faut mieux comprendre aussi comment les effets, lorsqu'ils sont présents, peuvent être expliqués par la présence de certaines conditions.

Références

- Agyemang, C., Vrijkotte, T. G., Droomers, M., Van der Wal, M. F., Bonsel, G. J., et Stronks, K. (2009). The effect of neighbourhood income and deprivation on pregnancy outcomes in Amsterdam, The Netherlands. *J Epidemiol.Community Health*, 63(9), p. 755-760.
- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(3), p. 315-328.
- Andersson, E., Christensson, K., et Hildingsson, I. (2012). Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery*, 28(4), p. 502-508.
- Andersson, E., Christensson, K., et Hildingsson, I. (2013). Mothers' satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care--a clinical trial. *Sexual and Reproductive Health*, 4(3), p. 113-120.
- Arcamone, A. A. (2005). *The Effect of Prenatal Education on Adaptation to Motherhood After Vaginal Childbirth in Primiparous Women as Assessed by Roy's Four Adaptive Modes*. Widener University.
- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Bacigalupe, A., Payo, J., et Montoya, I. (2013). Antenatal education and breastfeeding in a cohort of primiparas. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), p. 1607-1617.
- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro-Fernandezdegamboa, G., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalupe, A. et collab. (2010). The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research*, 59(3), p. 194-202.
- Baker, M. et Milligan, K. (2008). Maternal employment, breastfeeding, and health : evidence from maternity leave mandates. *Journal of Health Economics*, 27(4), p. 871-887.
- Baldwin, K. A. (2006). Comparison of selected outcomes of CenteringPregnancy versus traditional prenatal care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(4), p. 266-272.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baril, G., Paquette, M. C., et Laguë, J. (2012). *Les normes sociales et l'alimentation : analyse des écrits scientifiques*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Bayard, C. (2008). *Les représentations sociales de l'allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter*. Université du Québec à Montréal.
- Beaudet, N. et Legault, M.-J. (2015). *Évaluation des rencontres prénatales au CSSS de l'Ouest-de-l'Île, le point de vue des parents*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Billingham, K. (2011). Preparing for parenthood : the role of antenatal education. *Community Practitioner*, 84(5), p. 36-38.
- Bonet, M., Smith, L. K., Pilkington, H., Draper, E. S., et Zeitlin, J. (2013). Neighbourhood deprivation and very preterm birth in an English and French cohort. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13, p. 97.

- Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety : course and antecedents during the early postpartum period. *Depress Anxiety*, 25(9), p. 793-800.
- Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Leuemoller, S. G., Andersen, S. K., Due, P., et Koshede, V. (2015). The effect of antenatal education in small classes on obstetrics and psycho-social outcomes- a systematic review. *Systematic Reviews*, 4, p. 1-20.
- Canadian Institute for Health Information (2011). *In due time : why maternal age matters*. Canadian Institute for Health Information (CIHI).
- Carter-Spaulding, D., Lucas, J., et Gore, R. (2011). Employment and breastfeeding outcomes in a sample of black women in the United States. *Journal of National Black Nurses Association*, 22(2), p. 38-45.
- Castle, H., Slade, P., Barranco-Wadlow, M., et Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3), p. 180-194.
- Chalmers, B. (2012). Childbirth across cultures: research and practice. *Birth.*, 39(4), p. 276-280.
- Chalmers, B., Dzakpasu, S., Heaman, M., et Kaczorowski, J. (2008). The Canadian maternity experiences survey : an overview of findings. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(3), p. 217-228.
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., et Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy : psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), p. 1243-1258.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2011). *Consultation réalisée dans le cadre du rapport d'appréciation de la performance des soins et services en périnatalité et en petite enfance : la parole aux parents d'enfants de 0-5 ans, regard sur les soins de santé et les services sociaux à travers leurs expériences*.
- Condon, J. T., Boyce, P., et Corkindale, C. J. (2004). The First-Time Fathers Study : a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 38(1-2), p. 56-64.
- Cooklin, A. R., Rowe, H. J., et Fisher, J. R. (2012). Paid parental leave supports breastfeeding and mother-infant relationship: a prospective investigation of maternal postpartum employment. *Aust.N.Z.J Public Health*, 36(3), p. 249-256.
- Daku, M., Raub, A., et Heymann, J. (2012). Maternal leave policies and vaccination coverage: a global analysis. *Soc.Sci.Med*, 74(2), p. 120-124.
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., et Pratt, M. (2000). Becoming a parent : the relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14(4), p. 625-640.
- Desrosiers, G., Gaumer, B., et Keel, O. (1997). *La santé publique au Québec : histoire des unités sanitaires de comté, 1926-1975*. Boucherville : Gaétan Morin.
- Dilks, F. M. et Beal, J. A. (1997). Role of self-efficacy in birth choice. *J Perinat.Neonatal.Nurs.*, 11(1), p. 1-9.

- Duggan, L. B. (2012). *Transition to Motherhood - A Qualitative Study of Low Income Women's First Term Pregnancy Experiences*. Université de Caroline du Sud de Columbia.
- Fabian, H. M., Radestad, I. J., et Waldenstrom, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20(3), p. 226-235.
- Fabian, H. M., Radestad, I. J., et Waldenstrom, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), p. 436-443.
- Fletcher, R., Silberberg, S., et Galloway, D. (2004). New fathers' postbirth views of antenatal classes: satisfaction, benefits, and knowledge of family services. *J Perinat.Educ.*, 13(3), p. 18-26.
- Fosse, E., Bull, T., Burstrom, B., et Fritzell, S. (2014). Family policy and inequalities in health in different welfare states. *Int.J Health Serv*, 44(2), p. 233-253.
- Fougeyrollas, P. et Beauregard, L. (2003). An interactive person-environment social creation. Dans G.L.Albrecht, K. D. Seelman, et M. Bury (Éds), *Handbook of Disability Studies* (Vol. 6), (p. 171-194). Thousand Oaks/London/New Delhi : Sage Publications.
- Gagnon, A. J. et Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,(3), p. CD002869.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., et Canavarro, M. C. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child : primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 269-286.
- Garfield, C. F., Duncan, G., Rutsohn, J., McDade, T. W., Adam, E. K., Coley, R. L. et collab. (2014). A longitudinal study of paternal mental health during transition to fatherhood as young adults. *Pediatrics*, 133(5), p. 836-843.
- Grady, M. A. et Bloom, K. C. (2004). Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a Centering Pregnancy program. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(5), p. 412-420.
- Guérard, F. (1996). *Histoire de la santé au Québec* (15^e éd.) Boréal.
- Hildingsson, I., Johansson, M., Fenwick, J., Haines, H., et Rubertsson, C. (2014). Childbirth fear in expectant fathers : findings from a regional Swedish cohort study.[Erratum appears in Midwifery. 2014 Jun;30(6):802]. *Midwifery*, 30(2), p. 242-247.
- Ickovics, J. R., Kershaw, T. S., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H. et collab. (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes : a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 110(2 Pt 1), p. 330-339.
- Institut canadien de la santé infantile. (2000). Petit poids à la naissance. *La santé des enfants du Canada : un profil de l'ICSI*, 3^e ed. Ottawa (Ontario) : Institut canadien de la santé infantile.
- Institut de la statistique du Québec. (2015). Naissances selon la durée de la grossesse et le poids à la naissance, Québec, 1980-2011. Québec, Gouvernement du Québec.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS] (2012). *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque. Avis préparé par Michel Rossignol, Faiza Boughrassa et Jean-Marie Moutquin*. (Rap. n° 8[14]). Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (ETMIS) .

Institut national de santé publique du Québec (2014). Portail d'information prénatale.

Ip, W. Y., Tang, C. S., et Goggins, W. B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), p. 2125-2135.

Jakubiec, D., Jagielska, K., Karmowski, M., Kubicka, K., Karmowski, A., et Sobiech, K. A. (2014). Effect of attending childbirth education classes on psychological distress in pregnant women measured by means of the General Health Questionnaire. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 23(6), p. 953-957.

Johansson, K., Wennberg, P., et Hammarstrom, A. (2014). Parental leave and increased physical activity of fathers and mothers--results from the Northern Swedish Cohort. *Eur.J Public Health*, 24(6), p. 935-940.

Jolly, M., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S., et Regan, L. (2000). The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Human Reproduction*, 15(11), p. 2433-2437.

Kamerman, S. B. (2000). From maternity to parental leave policies : women's health, employment, and child and family well-being. *Journal of the American Medical Women's Association*, 55(2), p. 96-99.

Kawachi, I. et Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), p. 458-467.

Kervin, B. E., Kemp, L., et Pulver, L. J. (2010). Types and timing of breastfeeding support and its impact on mothers' behaviours. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(3), p. 85-91.

Klima, C., Norr, K., Vonderheid, S., et Handler, A. (2009). Introduction of Centering Pregnancy in a public health clinic. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(1), p. 27-34.

Knape, N., Mayer, H., Schnepf, W., et Zu Sayn-Wittgenstein, F. (2014). The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14, p. 300.

Koehn, M. L. (2002). Childbirth education outcomes : an integrative review of the literature. *Journal of Perinatal Education*, 11(3), p. 10-19.

Lamaze, F. (1956). *Painless childbirth : The Lamaze method*. Chicago, IL : Contemporary Books, 1984.

Langlois, M.-C. (2014). *L'information en période prénatale: pratiques et besoins des mères, des pères et des intervenants en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Larson, C. P. (2007). Poverty during pregnancy : Its effects on child health outcomes. *Paediatrics & Child Health*, 12(8), p. 673-677.

Li, C. M., Li, R., Ashley, C. G., Smiley, J. M., Cohen, J. H., et Dee, D. L. (2014a). Associations of hospital staff training and policies with early breastfeeding practices. *Journal of Human Lactation*, 30(1), p. 88-96.

Li, X., Memarian, E., Sundquist, J., Zoller, B., et Sundquist, K. (2014b). Neighbourhood deprivation, individual-level familial and socio-demographic factors and diagnosed childhood obesity: a nationwide multilevel study from Sweden. *Obesity Facts*, 7(4), p. 253-263.

- Li, X., Sundquist, J., Calling, S., Zoller, B., et Sundquist, K. (2013). Mothers, places and risk of hospitalization for childhood asthma: a nationwide study from Sweden: epidemiology of allergic disease. *Clinical & Experimental Allergy*, 43(6), p. 652-658.
- Little, S. H., Motohara, S., Miyazaki, K., Arato, N., et Fethers, M. D. (2013). Prenatal group visit program for a population with limited English proficiency. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(6), p. 728-737.
- Maimburg, R. D., Vaeth, M., Durr, J., Hvidman, L., et Olsen, J. (2010). Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG*, 117(8), p. 921-928.
- Marquis, M. et Shatenstein, B. (2005). Food choice motives and the importance of family meals among immigrant mothers. *Can.J Diet.Pract.Res*, 66(2), p. 77-82.
- Martinez-Galiano, J. M. et Gado-Rodriguez, M. (2014). Influence of an education program of pregnant women on delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 27(7), p. 719-723.
- Matthey, S., Kavanagh, D. J., Howie, P., Barnett, B., et Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *J Affect.Disord.*, 79(1-3), p. 113-126.
- McCord, Musée (2011). La santé au Québec dans la seconde moitié du 20^e siècle.
- McGrath, P. et Ray-Barruel, G. (2009). The easy option? Australian findings on mothers' perception of elective Caesarean as a birth choice after a prior Caesarean section. *Int.J Nurs.Pract.*, 15(4), p. 271-279.
- Meedya, S., Fahy, K., Yoxall, J., et Parratt, J. (2014). Increasing breastfeeding rates to six months among nulliparous women: a quasi-experimental study. *Midwifery.*, 30(3), p. e137-e144.
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto. York University School of Health Policy and Management.
- Milot, J. (2010). La mortalité infantile au tournant du XX^e siècle au Canada français. *Paediatrics & Child Health*, 15(5), p. e6-e8.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 (synthèse)*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Stratégie de mise en œuvre de la Politique de périnatalité, 2009-2013*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère des Affaires sociales (1973). *La périnatalité, une politique du ministère des affaires sociales*. Québec : Direction des communications du ministère des Affaires sociales.
- Mongan, M. (2005). *HypnoBirthing : The Mongan Method : A Natural Approach To A Safe, Easier, More Comfortable Birthing*. (3^e éd.) HCI.

- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., et Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst.Rev.*, 5, p. CD003519.
- Ngai, S. S. (2009). The effects of program characteristics and psychological engagement on service-learning outcomes: a study of university students in Hong Kong. *Adolescence*, 44(174), p. 375-389.
- Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., et Woodend, A. K. (2006). Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), p. 616-624.
- Oakley, A. (1985). Social support in pregnancy : the 'soft' way to increase birthweight? *Social Science & Medicine*, 21(11), p. 1259-1268.
- OECD (2015). Life expectancy at birth (indicator). OECD Health database.
- Ogbuanu, C., Glover, S., Probst, J., Liu, J., et Hussey, J. (2011). The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics*, 127(6), p. e1414-e1427.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). Histoire de la profession infirmière. <http://www.oiiq.org/infirmieres/historique/index.asp>.
- Organisation mondiale de la Santé (2015). 10 faits sur l'allaitement maternel. Organisation mondiale de la Santé [en ligne]. Document consulté de : <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>.
- Petit, A. (1988). *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Montréal : Boréal.
- Picklesimer, A. H., Billings, D., Hale, N., Blackhurst, D., et Covington-Kolb, S. (2012). The effect of Centering Pregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(5), p. 415-417.
- Pinquart, M. et Teubert, D. (2010). Effects of parenting education with expectant and new parents : a meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 24(3), p. 316-327.
- Pitcock, N. (2013). *Evaluation of an initiative to increase rates of exclusive breastfeeding among rural Hispanic immigrant women*. Université de Virginie, Charlottesville.
- Redshaw, M. et Henderson, J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC.Pregnancy.Childbirth.*, 13, p. 70.
- Robertson, B., Aycok, D. M., et Darnell, L. A. (2009). Comparison of centering pregnancy to traditional care in Hispanic mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 13(3), p. 407-414.
- Robitaille, Y. (1979). *Caractéristiques socio-démographiques de la population rejointe par les cours prénatals selon 12 facteurs de risque*. Montréal : Département de santé communautaire, Hôpital Général de Montréal.
- Robitaille, Y. et Kramer, M. S. (1985). Does participation in prenatal courses lead to heavier babies. *American Journal of Public Health*, 75(10), p. 1186-1189.
- Robitaille, Y. (1983). *Impact des cours prénatals sur le poids des nouveau-nés*. Université McGill, Montréal.

- Roig, A. O., Martinez, M. R., Garcia, J. C., Hoyos, S. P., Navidad, G. L., Alvarez, J. C. et collab. (2010). Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), p. 373-380.
- Rosenblum, M. (1990). The role of learned resourcefulness in the self-control of health behavior. Dans M. Rosenbaum (Éds), *Learned resourcefulness : on coping skills, self-control and adaptive behavior*. (Springer^e éd.) (p. 3-30). New York .
- Rossiter, M. D. et Evers, S. E. (2013). Infant feeding practices and children's weight status. *Canadian journal of dietetic practice and research*, 74(3), p. 107-113.
- Roy, A., Marois, A., et Rocheleau, L. (1983). *Les cours prénatals : analyse critique et prospective*. Saint-Jérôme : Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu.
- Scaffidi, R. M., Posmontier, B., Bloch, J. R., et Wittmann-Price, R. (2014). The relationship between personal knowledge and decision self-efficacy in choosing trial of labor after cesarean. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(3), p. 246-253.
- Scott, J. A., Binns, C. W., Oddy, W. H., et Graham, K. I. (2006). Predictors of breastfeeding duration : evidence from a cohort study. *Pediatrics*, 117(4), p. e646-e655.
- Sercekus, P. et Mete, S. (2010). Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), p. 999-1010.
- Shia, N. et Alabi, O. (2013). An evaluation of male partners' perceptions of antenatal classes in a national health service hospital: implications for service provision in london. *Journal of Perinatal Education*, 22(1), p. 30-38.
- Simpson, K. R., Newman, G., et Chirino, O. R. (2010). Patient education to reduce elective labor inductions. *MCN : The American Journal of Maternal Child Nursing*, 35(4), p. 188-196.
- Staehelin, K., Berteau, P. C., et Stutz, E. Z. (2007). Length of maternity leave and health of mother and child--a review. *International Journal of Public Health*, 52(4), p. 202-209.
- Stoll, K. H. et Hall, W. (2012). Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women : is there a connection? *The Journal of Perinatal Education*, 21(4), p. 229-237.
- Stretcher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H., et Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-92.
- Sundquist, J., Sundquist, K., Johansson, S. E., Li, X., et Winkleby, M. (2011). Mothers, places and small for gestational age births: a cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, 96(4), p. 380-385.
- Svensson, J., Barclay, L., et Cooke, M. (2009). Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery*, 25, p. 114-125.
- Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., et Gesell, S. B. (2013a). Comparative Effectiveness of Group and Individual Prenatal Care on Gestational Weight Gain. *Maternal and Child Health Journal*.
- Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., et Lipsey, M. W. (2013b). Effects of Centering Pregnancy group prenatal care on breastfeeding outcomes. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(4), p. 389-395.

- Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., et Lipsey, M. W. (2014). The effects of Centering Pregnancy group prenatal care on gestational age, birth weight, and fetal demise. *Maternal and Child Health Journal*, 18(4), p. 801-809.
- Trudnak, T. E., Arboleda, E., Kirby, R. S., et Perrin, K. (2013). Outcomes of Latina women in CenteringPregnancy group prenatal care compared with individual prenatal care. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(4), p. 396-403.
- Tunstall, H., Cabieses, B., et Shaw, R. (2012). The characteristics of mobile families with young children in England and the impact of their moves on neighbourhood inequalities in maternal and child health. *Health Place*., 18(3), p. 657-670.
- Université du Québec à Trois-Rivières (2014). Histoire de la profession. Baccalauréat en pratique sage-femme (UQTR).
- Vincent, S. (2011a). Skin-to-skin contact. Part one : just an hour of your time. *Practising Midwife*, 14(5), p. 40-41.
- Vincent, S. (2011b). Skin-to-skin contact. Part two : the evidence. *Practising Midwife*, 14(6), p. 44-46.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., et Radestad, I. (2004). A negative birth experience : prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), p. 17-27.
- Waldfoegel, J. (2001). International policies toward parental leave and child care. *Future of Children*, 11(1), p. 98-111.
- Weck, R. L., Paulose, T., et Flaws, J. A. (2008). Impact of environmental factors and poverty on pregnancy outcomes. *Journal of Clinical Gynecology and Obstetrics*, 51(2), p. 349-359.
- Weintrob, N., Karp, M., et Hod, M. (1996). Short- and long-range complications in offspring of diabetic mothers. *Journal of Diabetes and its Complications*, 10(5), p. 294-301.
- Widarsson, M., Kerstis, B., Sundquist, K., Engstrom, G., et Sarkadi, A. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers : a qualitative study. *Journal of Perinatal Education*, 21(1), p. 36-44.
- Williams, C. E., Povey, R., et White, D. G. (2008). Predicting women's intentions to use pain relief medication during childbirth using the Theory of Planned Behaviour and Self-Efficacy Theory. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 26(3), p. 168-179.

Annexe 1

Consultation sur l'offre de service des rencontres prénatales au Québec

Consultation sur l'offre de service des rencontres prénatales au Québec

À l'automne 2014, nous avons effectué une consultation auprès des responsables de périnatalité des 18 agences de la santé et des services sociaux du Québec. Cette consultation permet de dresser un portrait sommaire de l'offre de services des rencontres prénatales offertes aux femmes enceintes et à leurs partenaires. Nous présentons ci-dessous les principaux constats.

Qui fournit l'offre de service à la clientèle universelle?

Ce sont principalement les CSSS qui offrent des services de rencontres prénatales pour la clientèle universelle. Les organismes communautaires ou privés en prennent en charge une partie de cette offre. Le tableau 20 ci-dessous détaille cette répartition selon les régions du Québec.

Tableau 20 Répartition de l'offre de services des rencontres prénatales entre les CSSS et les organismes communautaires ou privés selon les régions du Québec

Régions	CSSS	Organismes communautaires	Organismes privés ou autres
Bas-Saint-Laurent	100	5	0
Saguenay–Lac-Jean	83	17	0
Québec	100	10	20
Mauricie–Centre-du-Québec	75	20	5
Estrie	15	40	45
Montréal	85	10	5
Outaouais	100	5	0
Abitibi-Témiscamingue	100	100	1
Côte-Nord	100	0	0
Nord-du-Québec	Pas de réponse	Pas de réponse	Pas de réponse
Gaspésie	90	10	0
Chaudière-Appalaches	100	Pas de réponse	Pas de réponse
Laval	50	5	45
Lanaudière	60	20	20
Laurentides	42	14	42
Montréal	80	20	20
Nunavik	100	Pas de réponse	0
Baie-James	Pas de réponse	Pas de réponse	Pas de réponse

Quelle est la clientèle visée par les rencontres prénatales?

La majorité des CSSS offre des rencontres prénatales aux clientèles universelles et à celles répondant aux critères des SIPPE. Quant aux clientèles allophones ou anglophones, le pourcentage varie d'une région à l'autre. Le tableau 21 montre la distribution de l'offre de services selon le type de clientèle.

Tableau 21 Clientèle visée par les CSSS selon les régions du Québec

Régions	Universelle	SIPPE	Allophone/Anglophone*
Bas-Saint-Laurent	100	100	0
Saguenay–Lac-Jean	100	83	
Québec	100	100	100
Mauricie–Centre-du-Québec	100	100	0
Estrie	14	100	Non disponible
Montréal	90	100	100
Outaouais	100	100	100
Abitibi-Témiscamingue	100	100	20
Côte-Nord	100	100	Cas par cas
Nord-du-Québec			
Gaspésie	75	Près de 100	50
Chaudière-Appalaches	100	100	
Laval	100	0	
Lanaudière		100	
Laurentides	42	100	42
Montérégie	80	60	10
Nunavik			
Baie-James	100	100	

* Universelle ou SIPPE.

Quelles sont les modalités des rencontres prénatales?

Le nombre de rencontres offertes dans les différentes régions varie de 2 à 8 rencontres. Elles débutent généralement au début du 2^e trimestre (8 régions sur 15) ou au 3^e trimestre (5 régions sur 15). Dans deux régions, les rencontres peuvent débuter au 2^e ou au 3^e trimestre. Elles sont organisées surtout le soir (14 régions sur 15) et durant les fins de semaine (6 régions sur 15). Les

rencontres offertes le jour sont principalement destinées aux femmes répondant aux critères SIPPE. Le tableau 22 détaille ces modalités.

Tableau 22 Modalités des rencontres prénatales selon les régions du Québec

Régions	Nombre de rencontres	Durée de chaque rencontre	Jour	Soir	Fin de semaine	Horaire variable
Bas-Saint-Laurent	6 à 8	2 heures				✓
Saguenay–Lac-Jean	6	2 heures	✓	✓		
Québec	4	2 à 3 heures		✓	✓	
Mauricie–Centre-du-Québec	6,5	2 heures		✓	✓	
Estrie	■ 2 rencontres sur l'accueil du bébé et l'allaitement; ■ 6 rencontres régulières.	2,5 heures par rencontre sur l'accueil du bébé et l'allaitement. Durée variable selon les forfaits : 6 rencontres de 2,5 heures, ou encore 2 à 4 rencontres intensives de 3 heures.	✓	✓	✓	
Montréal*	5 (4 à 7)	1,5 à 3 heures	✓	✓		
Outaouais	5,5 (5 à 6)	1,5 à 2 heures		✓		
Abitibi-Témiscamingue	4 à 6	2 à 2,5 heures	✓	✓		
Côte-Nord	5	2 à 3 heures		✓		✓
Nord-du-Québec						
Gaspésie	Très variable	Très variable		✓		
Chaudière-Appalaches	3 ou 4	2 heures		✓		
Laval	Pas de réponse	Pas de réponse				
Lanaudière	4 à 7	2 heures		✓		
Laurentides	5 à 7	2 à 3 heures le soir et 5,5 heures la fin de semaine.	✓	✓	✓	
Montérégie	2 à 4 (44 %) ou 5 à 6 (25 %)	2 heures	✓	✓		
Nunavik						
Baie-James	4 à 7	1,5 à 2 heures		✓	✓	

* Selon le portrait de 2012.

Annexe 2

**Conclusion sur chacun des indicateurs pour les
trois périodes pour la clientèle universelle et
celle vivant en contexte de vulnérabilité**

Le tableau 23 présente la conclusion de chacun des indicateurs pour les trois périodes, et ce, pour la clientèle universelle et celle vivant en contexte de vulnérabilité.

Tableau 23 Conclusion sur chacun des indicateurs pour les trois périodes pour la clientèle universelle et celle vivant en contexte de vulnérabilité

Indicateurs sur l'état de santé* ou les déterminants de santé	Clientèle universelle	Clientèle vulnérable
Période prénatale		
Gain de poids gestationnel recommandé*	⚖	
Détresse et anxiété*	⚖	
Adaptation prénatale*	?	
Connaissances sur la santé pré et perinatale (mère)	+	?
Connaissances sur la santé pré et perinatale (père)	?	
Sentiment de contrôle sur la santé du fœtus	?	
Sentiment de confiance par rapport aux prochaines étapes (mère et père)	+	?
Conformité du suivi de grossesse	+	?
Adoption de saines habitudes de vie durant la grossesse	?	
Soutien et implication du conjoint	⚖	
Soutien entre futurs parents en prénatal (mère et père)	+	?
Soutien des professionnelles	?	
Période perinatale		
Césarienne en générale	⚖	?
Césarienne planifiée	⚖	
Césarienne d'urgence	⊗	
Traumatismes périnéaux*	⊗	
Mort intra-utérine*	⚖	
Âge gestationnel moyen*	⚖	⚖
Prématurité*	⊗	⚖
Poids moyen à la naissance*	⊗	⚖
Faible poids à la naissance*	⊗	⚖
Faible poids ajusté pour l'âge gestationnel*	?	
Score d'Apgar*	⊗	
pH sanguin du fœtus*	?	
Admission en unité de soins intensifs*	?	?
Durée moyenne du séjour à l'hôpital*	?	?
Intention d'utiliser les moyens pharmacologiques pour gérer la douleur	?	
Intention d'avoir une césarienne sans motif médical	?	
Avoir des attentes de recours aux interventions obstétricales	?	

Tableau 23 Conclusion sur chacun des indicateurs pour les trois périodes pour la clientèle universelle et celle vivant en contexte de vulnérabilité (suite)

Indicateurs sur l'état de santé* ou les déterminants de santé	Clientèle universelle	Clientèle vulnérable
Période perinatale (suite)		
Reconnaitances des phases de travail		?
Phase du travail à l'arrivée à l'hôpital	⚖	
Durée des phases de travail	⊗	
Déclenchement artificiel du travail	⊗	
Utilisation d'accélérateur du travail	⊗	
Coopération avec le personnel lors de l'accouchement	?	
Utilisation de la péridurale	⚖	
Utilisation de moyens pharmacologiques pour gérer la douleur	⊗	
Utilisation de moyens non pharmacologiques pour gérer la douleur	⊗	
Accouchement vaginal sans ou avec assistance instrumentale	⊗	?
Tentative d'accouchement vaginal après une césarienne (AVAC)	?	
Période postnatale		
Adaptation à la parentalité* (mère)	⊗	?
Adaptation à la parentalité* (père)	⊗	
Appréciation de l'expérience de naissance*	⊗	
Santé mentale*	⚖	
Connaissances sur la santé postnatale	?	
Intention d'allaiter	?	?
Sentiment de compétences parentales	?	
Estime de soi	?	
Sentiment de confiance par rapport aux soins à donner	⊗	?
Perception de la douleur	⚖	
Contact peau à peau	?	
Amorce de l'allaitement	⚖	⚖
Allaitement dans les premières semaines	⊗	
Allaitement à trois mois	+	
Allaitement à 6 mois et 6 mois et plus	⊗	
Durée de l'allaitement	⊗	
Abandon de l'allaitement	?	
Avoir un médecin qui suit l'enfant		?
Soutien entre futurs parents en postnatal	?	

Légende : effet probable +, aucun effet probable ⊗, effets contradictoires ⚖, insuffisance d'études ?.

* Est un indicateur de l'état de santé.

Annexe 3

**Démarche de recherche bibliographique pour la sélection
des études sur les effets des rencontres de groupe**

Démarche de recherche bibliographique

Nous avons effectué une recherche dans les bases de données Ovid SP, Medline, EbscoHost avec les mots-clés relatifs aux rencontres prénatales, à la promotion de la santé, aux interventions obstétricales, aux issues de grossesse, à l'allaitement, à la santé et à l'adaptation (voir la syntaxe à la page suivante). Puis, une auteure a effectué une sélection initiale des études en analysant le titre et le résumé. L'autre auteure a ensuite procédé à une sélection similaire, mais pour 20 % des études à des fins de contrôle de qualité. Ceci assure que la sélection des études pourrait être répliquée par d'autres en utilisant les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion. Dans l'ensemble, la sélection des études s'est faite avec un pourcentage d'accord de plus de 90 % entre les deux auteures. Lorsqu'il était nécessaire, les deux auteures ont étudié et discuté les désaccords.

À la suite de cette recherche primaire, nous avons effectué une recherche secondaire par l'examen de la liste bibliographique des articles retenus, ce qui nous a permis d'ajouter quelques études.

Syntaxe de recherche utilisée dans Ovid et Medline

Rencontres prénatales

((online or on-line or on line or Web* or electronic or internet or e health or e-health or ehealth or digital or (classes or education or information* or meeting* or preparation or workshop* or workshop*)) adj3 (antenatal* or ante-natal* or ante natal or birth* or childbearing or child-bearing or childbirth* or child-birth* or child birth or pregnan* or prenatal* or pre-natal* or pre natal or peri natal or perinatal* or peri-natal*)). ti, ab.

Promotion de la santé et habitudes de vie

Caffein* / or Vitamin* / or folic acid / or exp food habits / or exp Eating / or feeding behavior?r / or feeding habits / or exp Motor Activity / or physical fitness / or exp Sports / or exp sports / or exp exercise / or motor activity / or (((eating or feeding or food or dietary) adj2 (behavio?r* or habit* or pattern*)) or (meal* adj2 (intake or "use" or consumption or ingestion or uptake)) or nourishment or ((physical or locomotor) adj2 (activit* or conditioning*)) or exercise* or sport* or fitness or pelvic). ti, ab.

Attitude

"attitude to health" / or "health knowledge, literacy, attitudes, practice" / or health behavio?r / or health belief* / or ((life adj1 habit*) or (health adj2 (attitude* or behavio?r* or belief*))). ti, ab.

Allaitement

breast feed* OR breast-feed* OR breastfeed*. ti,ab.

Substances

alcohol intake / or alcohol consumption / or drinkers / or addiction / or alcoholic beverage / or alcoholism / or alcohol abstinence / or alcohol abuse / or smoking / or smoking habit / or maternal smoking / or paternal smoking / or smoking cessation / or tobacco dependence / or tobacco smoke / or tobacco smoking / or cigarettes / or tobacco / or ((passive smoking / OR passive drinking /) adj2 (behavio?r* or habit* or pattern*)) or ((alcohol or tobacco or cigaret* or nicotin*) adj2 (intake or "use" or consumption or ingestion or uptake or abuse or abstinence or addiction or dependence)) or alcoholic* or alcoholism or drinker* or smoker* or smoking.ti,ab.

Santé mentale et adaptation

postpartum depression/ OR psychological well being/ OR psychological aspect/ OR wellbeing/ OR depression/ OR puerperal depression/ OR social support/ OR emotional/ OR mental stress/ OR perception/ OR psychological needs/ OR psychosocial aspects/ OR self esteem/ OR self perception/ OR depression/ OR ((father OR paternal OR maternal OR mental OR mood OR mother* OR parent* OR psychic OR psychologic* OR depressive OR prenatal OR pre-natal OR postnatal OR post-natal OR postpartum OR post-partum OR puerperium OR puerperal) ADJ2 (condition* OR wellbeing OR well-being OR aspect* OR factor* OR balance OR stress OR depression* OR disease* OR episode* OR illness OR symptom* OR syndrome* OR distress OR disturbance OR equilibrium OR instability OR assessment OR wellness OR well-ness OR psychosis)). ti, ab.*

Issues de grossesse

Apgar Score/ OR fetal weight/ OR fetus outcome/ OR exp birth weight/ OR "low birth weight"/ OR exp prematurity/ OR exp obstetric complications/ OR exp "pregnancy disorder"/ OR birth injur/ OR "infant disorders"/ OR "infant mortality"/ OR exp "embryonic and fetal development"/ OR "uterine hemorrhage"/ OR ((fetus/ OR exp "infant, newborn"/ OR newborn/ OR neonates/) AND (body height/ OR body weight/ OR disease susceptibility/)) OR "maternal mortality"/ OR ("Apgar score*" OR birthweight* OR ((antenatal OR ante-natal OR baby OR babies OR birth* OR born* OR child OR children OR childbirth* OR child-birth* OR deliver* OR embryo* OR fetal OR fetus OR foetal OR foetus OR gestation* OR infant* OR labo?r OR neonatal OR neo-natal OR neonate* OR neo-nate* OR newborn* OR new-born* OR labo?r OR "obstetric* labo?r*" OR offspring* OR off-spring* OR parturient* OR parturition* OR partus OR perinatal OR peri-natal OR placenta* OR prenatal OR pre-natal OR pregnan* OR reproducti* OR singleton* OR trimester* OR unborn*) ADJ2 (abnormal* OR aborted OR (adverse ADJ2 event*) OR anomaly OR anomalies OR birthweight* OR birth-weight* OR complication* OR condition* OR danger* OR death* OR defect* OR deformit* OR development* OR diabet* OR disabilit* OR distress OR disease* OR disorder* OR effect* OR exposure* OR factor* OR failure* OR growth OR hazard* OR health OR hypertension OR hyper-tension OR anemi* OR anaemi* OR impact* OR impaired OR infection* OR injur* OR issue* OR lethality OR loss OR malformation* OR mal-formation* OR morbid* OR mortalit* OR outcome* OR patholog* OR prejudice* OR prematur* OR preterm* OR pre-term* OR problem* OR rejection* OR risk* OR small-for-gestational-age OR SGA OR stress* OR weight*)) OR "nonreassuring fetal status" OR "non-reassuring fetal status" OR LBW OR miscarriage* OR preeclampsia* OR pre-eclampsia* OR primigravidit*). ti, ab.*

Syntaxe de recherche utilisée dans Ebsco Host

Rencontres prénatales

TI ((antenatal or ante-natal* or birth* or childbearing or child-bearing or childbirth* or child-birth* or pregnan* or prenatal* or pre-natal* or perinatal* or peri-natal*) N2 (classes or education or information* or meeting* or preparation or workshop* or work-shop*)) OR AB ((antenatal* or ante-natal* or birth* or childbearing or child-bearing or childbirth* or child-birth* or pregnan* or prenatal* or pre-natal* or perinatal* or peri-natal*) N2 (classes or education or information* or meeting* or preparation or workshop* or work-shop*)) OR SU ((antenatal* or ante-natal* or birth* or childbearing or child-bearing or childbirth* or child-birth* or pregnan* or prenatal* or pre-natal* or perinatal* or peri-natal*) N2 (classes or education or information* or meeting* or preparation or workshop* or work-shop*))*

Santé mentale et adaptation

SU ("mental health" OR "mental disorders" OR "mood disorders" OR "depressive disorder" OR "depression, postpartum" OR "puerperal disorders+" OR parenting OR "family relations" OR "parent-child relations+") OR TI (((father* OR maternal OR mental OR mood OR mother* OR parent* OR psychic OR psychologic* OR depressive OR prenatal OR pre-natal OR postnatal OR post-natal OR postpartum OR post-partum OR puerperium OR puerperal) N2 (adaptation OR health OR state* OR status OR condition* OR wellbeing OR well-being OR aspect* OR factor* OR balance OR stress OR depression* OR disorder* OR disease* OR episode* OR illness OR symptom* OR syndrome* OR distress OR disturbance OR equilibrium OR instability OR assessment OR wellness OR well-ness OR psychosis)) OR kinship OR (((child* N2 (parent* OR father* OR mother* OR patern* OR matern*)) OR family) N2 (relation* OR attachment* OR bonding* OR role* OR behavior* OR practice* OR rearing))) OR AB (((father* OR maternal OR mental OR mood OR mother* OR parent* OR psychic OR psychologic* OR depressive OR prenatal OR pre-natal OR postnatal OR post-natal OR postpartum OR post-partum OR puerperium OR puerperal) N2 (adaptation OR health OR state* OR status OR condition* OR wellbeing OR well-being OR aspect* OR factor* OR balance OR stress OR depression* OR disorder* OR disease* OR episode* OR illness OR symptom* OR syndrome* OR distress OR disturbance OR equilibrium OR instability OR assessment OR wellness OR well-ness OR psychosis)) OR kinship OR (((child* N2 (parent* OR father* OR mother* OR patern* OR matern*)) OR family) N2 (relation* OR attachment* OR bonding* OR role* OR behavior* OR practice* OR rearing)))

Interventions obstétricales

SU (obstetrics OR "obstetric surgical procedures+" OR "delivery, obstetric" OR "obstetrical nursing" OR "injections, epidural" OR "analgesia, epidural" OR "anesthesia, epidural") OR TI (((abdominal OR caeser?an OR cesar?an) N2 (birth* OR deliver* OR operation* OR section*)) OR C-section* OR episiotom* OR ((dural OR epidural OR extradural OR peridural) N2 (analgesia OR anaesthesia OR anesthesia OR "anesthetic agent*" OR block OR blockade OR injection* OR pharmacology OR medication*)) OR fetectomy* OR ((abortion* OR accouchement* OR birth* OR childbirth* OR child-birth* OR deliver* OR extraction* OR labo#r* OR obstetric* OR parturition*) N2 (inhibition* OR induction* OR inducing OR induced OR intervention* OR management OR "medical care" OR nursing* OR operation* OR procedure* OR surgery* OR surgical OR technic* OR technique*))) OR AB (((abdominal OR caeser?an OR cesar?an) N2 (birth* OR deliver* OR operation* OR section*)) OR C-section* OR episiotom* OR ((dural OR epidural OR extradural OR peridural) N2 (analgesia OR anaesthesia OR anesthesia OR "anesthetic agent*" OR block OR blockade OR injection* OR pharmacology OR medication*)) OR ((abortion* OR accouchement* OR birth* OR childbirth* OR child-birth* OR deliver* OR extraction* OR labo#r* OR obstetric* OR parturition*) N2 (inhibition* OR induction* OR inducing OR induced OR intervention* OR management OR "medical care" OR nursing* OR operation* OR procedure* OR surgery* OR surgical OR technic* OR technique*)))

Issues de grossesse

TI ("Apgar score*" OR birthweight* OR ((antenatal OR ante-natal OR baby OR babies OR birth* OR born* OR child OR children OR childbirth* OR child-birth* OR deliver* OR embryo* OR fetal OR fetus OR foetal OR foetus OR gestation* OR infant* OR labo#r OR neonatal OR neo-natal OR neonate* OR neo-nate* OR newborn* OR new-born* OR labo#r OR "obstetric* labo#r*" OR offspring* OR offspring* OR parturient* OR parturition* OR partus OR perinatal OR peri-natal OR placenta* OR prenatal OR pre-natal OR pregnan* OR reproducti* OR singleton* OR trimester* OR unborn*) N2 (abnormal* OR aborted OR (adverse N2 event*) OR anomaly OR anomalies OR birthweight* OR birth-weight* OR complication* OR condition* OR danger* OR death* OR defect* OR deformit* OR development* OR diabet* OR distress OR disease* OR disorder* OR exposure* OR factor* OR failure* OR growth OR hazard* OR health OR hypertension OR hyper-tension OR impact* OR impaired OR infection* OR

injur OR issue* OR loss OR malformation* OR mal-formation* OR morbid* OR mortalit* OR outcome* OR prematur* OR preterm* OR pre-term* OR problem* OR rejection* OR risk* OR small-for-gestational-age OR SGA OR stress* OR weight*)) OR "nonreassuring fetal status" OR "non-reassuring fetal status" OR LBW OR miscarriage* OR preeclampsia* OR pre-eclampsia* OR primigravidit*) OR AB ("Apgar score*" OR birthweight* OR ((antenatal OR ante-natal OR baby OR babies OR birth* OR born* OR child OR children OR childbirth* OR child-birth* OR deliver* OR embryo* OR fetal OR fetus OR foetal OR foetus OR gestation* OR infant* OR labo#r OR neonatal OR neo-natal OR neonate* OR neonate* OR newborn* OR new-born* OR labo#r OR "obstetric* labo#r*" OR offspring* OR off-spring* OR*

parturient OR parturition* OR partus OR perinatal OR peri-natal OR placenta* OR prenatal OR pre-natal OR pregnan* OR reproducti* OR singleton* OR trimester* OR unborn*) N2 (abnormal* OR aborted OR (adverse N2 event*) OR anomaly OR anomalies OR birthweight* OR birth-weight* OR complication* OR condition* OR danger* OR death* OR defect* OR diabet* OR disabilit* OR distress OR disease* OR disorder* OR effect* OR exposure* OR factor* OR failure* OR growth OR health OR hypertension OR hyper-tension OR impact* OR impaired OR infection* OR injur* OR issue* OR malformation* OR mal-formation* OR morbid* OR mortalit* OR outcome* OR prematur* OR preterm* OR pre-term* OR problem* OR rejection* OR risk* OR small-for-gestational-age OR SGA OR stress* OR weight*)) OR "nonreassuring fetal status" OR "non-reassuring fetal status" OR LBW OR miscarriage* OR preeclampsia* OR pre-eclampsia* OR primigravidit*)*

Promotion de la santé

SU ("attitude to health" OR "health knowledge, attitudes, practice" OR "health behavior") OR TI ((life N1 habit) OR (health N2 (attitude* OR behavio#r* OR belief*))) OR AB ((life N1 habit*) OR (health N2 (attitude* OR behavio#r* OR belief*)))*

OR

SU ("drinking behavior" OR "alcohol drinking" OR alcoholism OR "food habits+" OR "feeding behavior" OR smoking OR "smoking cessation" OR "motor activity" OR "physical fitness" OR sport+ OR exercise+) OR TI (((drinking OR eating OR feeding OR food OR dietary) N1 (behavio#r OR habit* OR pattern*)) OR ((alcohol OR food* OR feed* OR meal* OR tobacco OR cigaret* OR nicotin*) N1 (drinking OR intake OR "use" OR consumption OR ingestion OR uptake OR abuse OR abstinence OR addiction OR dependence)) OR alcoholic* OR alcoholism OR drinker* OR alimentation OR nourishment OR smoker* OR smoking OR ((physical OR locomotor) N1 (activit* OR conditioning*)) OR exercise* OR sport* OR fitness) OR AB (((drinking OR eating OR feeding OR food OR dietary) N1 (behavio#r* OR habit* OR pattern*)) OR ((alcohol OR food* OR feed* OR meal* OR tobacco OR cigaret* OR nicotin*) N1 (drinking OR intake OR "use" OR consumption OR ingestion OR uptake OR abuse OR abstinence OR addiction OR dependence)) OR alcoholic* OR alcoholism OR drinker* OR nutrition OR nourishment OR smoker* OR smoking OR ((physical OR locomotor) N1 (activit* OR conditioning*)) OR exercise* OR sport* OR fitness)*

OR

SU ("breast feeding") OR TI ("breast feed" OR breastfeed*) OR AB ("breast feed*" OR brea*

Annexe 4

Description détaillée des études pour les clientèles universelles

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Andersson et collab. (2012) Pays : Suède Niveau de preuve : Qualitatif Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Étudier l'adaptation au rôle de parent et le soutien social des parents à la suite des rencontres prénatales de type group-based care, en Suède. Mesures : Entrevue semi-dirigée individuelle ou de groupe.	8 hommes et 20 femmes recrutés par une sage-femme, vers la 12 ^e semaine de grossesse. Aucun détail quant aux caractéristiques démographiques des participants.	Centering Pregnancy Care : 6 à 9 séances de 2 heures, par groupe de 6 à 8 personnes. Les conjoints sont les bienvenus. Les rencontres débutent vers la 12 ^e semaine de grossesse. La fin des rencontres n'a pas été précisée par les auteurs.
Arcamone (2005) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Quasi expérimental Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Décrire et comparer l'adaptation postpartum deux semaines après un accouchement vaginal chez les femmes primipares, selon leur participation aux rencontres prénatales. Mesures : Questionnaires envoyés par la poste dans la semaine suivant l'accouchement, avec instruction de les remplir la semaine suivante. - Informations démographiques par un questionnaire conçu par les auteurs; - Douleur périnéale : par le <i>Short-form McGill Pain Questionnaire</i> (SF-MPQ, validé); - Adaptation postpartum à la maternité : par le <i>Postpartum Self-Evaluation Questionnaire</i> (PSQ, validé), reflétant la confiance lors des tâches maternelles, la satisfaction avec la maternité et les soins au bébé et la satisfaction par rapport à la qualité de la relation avec le conjoint.	158 femmes primipares recrutées par l'auteur, lors des rencontres prénatales et à l'unité postpartum après l'accouchement. Groupe 1 (préparation à l'accouchement et soins au bébé) : 52 femmes - Âge moyen : 31,4 ans - Durée de scolarité moyenne : 17,3 ans Groupe 2 (préparation à l'accouchement) : 53 femmes - Âge moyen : 30,8 ans - Durée de scolarité moyenne : 17,3 ans Groupe 3 (aucune rencontre prénatale) : 53 femmes - Âge moyen : 23,4 ans - Durée de scolarité moyenne : 13,9 ans Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu ou une faible scolarité n'est pas précisé par les auteurs.	Les thèmes abordés sont les suivants : - Préparation à l'accouchement (sans autre détail); - Techniques de relaxation; - Causes de trauma périnéal; - Gestion de la douleur périnéale; - Soins au bébé pour un sous-groupe de femmes. Préparation à l'accouchement : environ 8 heures réparties en une séance de 8 heures, 2 séances de 4 heures ou 3 séances hebdomadaires de 2 à 5 heures chacune. Soins au bébé : une séance de 2 heures. Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés par les auteurs;

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Artieta-Pinedo (2013) Pays : Espagne Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Documenter l'expérience prénatale, le déroulement de l'accouchement, l'utilisation d'interventions obstétricales et les issues de grossesse d'un groupe de femmes nullipares. Mesures • Participation aux rencontres prénatales : autorapportée par les participantes. ▪ Variables socioéconomiques : lieu d'accouchement, âge, nationalité, niveau de scolarité, classe sociale; ▪ Appréciation de l'expérience de naissance par une question développée par les auteurs; ▪ Anxiété à l'arrivée à l'hôpital : Questionnaire (<i>Hospital Anxiety and Depression</i>, HAD); ▪ Déroulement de l'accouchement (dilatation cervicale à l'arrivée, durée de la phase active et de l'accouchement, utilisation des moyens pharmacologiques pour gérer la douleur [incluant la péridurale], type d'accouchement, poids à la naissance, âge gestationnel et score d'Apgar à 5 minutes) selon les dossiers médicaux et de naissance de l'hôpital.	616 femmes nullipares recrutées à la 36^e semaine de grossesse. Aucune rencontre prénatale (au moins 6 suivis individuels de grossesse) : ▪ 45 femmes ▪ Âge moyen : 28,7 ans ▪ Faible scolarité : 42 % De 1 à 4 rencontres prénatales : ▪ 62 femmes ▪ Âge moyen : 30,0 ans ▪ Faible scolarité : 24 % De 5 à 8 rencontres prénatales : ▪ 509 femmes ▪ Âge moyen : 31,6 ans ▪ Faible scolarité : 14 % Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu n'est pas précisé par les auteurs.	Rencontres prénatales de type Lamaze : ▪ 8 séances de groupe de 2 heures (90 minutes d'informations théoriques et 30 minutes d'exercices physiques); ▪ Le début n'est pas précisé, mais les rencontres se sont terminées vers la 40^e semaine de grossesse; ▪ Les rencontres sont animées par des sages-femmes; ▪ Les thèmes abordés portent sur la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, les types d'accouchement et les stratégies de gestion de douleur, la période immédiatement après la naissance, les soins à l'enfant ainsi que l'allaitement, l'alimentation au biberon et la contraception.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectif et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Artieta-Pinedo (2006) Pays : Espagne Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Évaluer l'association entre la participation aux rencontres prénatales et la poursuite de l'allaitement (partiel ou exclusif) durant la première année suivant la naissance. Mesures : - Variables démographiques : décrites dans un article du même auteur, Artieta-Pinedo (2010); - Amorce de l'allaitement; - Allaitement à 3, 6 et 12 mois.	614 femmes primipares, recrutées à la 36^e semaine de grossesse*, ayant eu une grossesse à bas risque. Aucune rencontre prénatale (mais qui ont eu au moins 6 suivis de grossesse) : 44 femmes - Âge moyen : 28,9 ans - Faible scolarité : 40,9 % 1 à 4 cours prénataux structurés : 61 femmes - Âge moyen : 30 ans - Faible scolarité : 24,5 % 5 à 8 cours prénataux structurés : 509 femmes - Âge moyen : 31,7 ans - Faible scolarité : 14,1 % Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu n'est pas précisé par les auteurs.	Rencontres prénatales de type Lamaze : 8 séances de groupe de 2 heures (90 minutes d'informations théoriques et 30 minutes d'exercices physiques); - Le début des rencontres n'est pas précisé, mais les rencontres se sont terminées vers la 40^e semaine de grossesse; - Les rencontres sont animées par des sages-femmes; - Les thèmes abordés portent sur la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, les types d'accouchement et les stratégies de gestion de douleur, la période immédiatement après la naissance, les soins à l'enfant ainsi que l'allaitement, l'alimentation au biberon, et la contraception.

* Information provenant de Artieta-Pinedo (2010).

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Baldwin (2008) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Quasi expérimental Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif : Comparer la connaissance, le soutien social perçu, la perception du <i>health locus of control</i>, la satisfaction du suivi de grossesse et de l'éducation prénatale reçue auprès des femmes ayant pris part au <i>Centering Pregnancy Care</i>. Mesures : - Connaissances en santé périnatale : questionnaire validé (<i>Rising's Pregnancy Review Sheet</i>); <i>Fetal health locus of control</i> : questionnaire validé (<i>Labs and Wurtele's Fetal Health Locus of Control</i>); - Soutien social : questionnaire validé (<i>Curry, Campbelle & Christian's Prenatal Psychosocial Profile</i>); - Satisfaction des soins reçus par le médecin et perception de sa participation lors des suivis de grossesse et durant les rencontres prénatales : questionnaire validé (<i>Littlefield & Adams' Participation and Satisfaction tool</i>).	98 femmes primipares et multipares américaines recrutées lors de leur première visite pour le suivi de grossesse. Centering Pregnancy Care : 50 femmes - Âge moyen : 26,10 - Moyenne d'année de scolarité : 13,18 - Revenu moyen : 29 284 \$ Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu ne sont pas précisés par les auteurs. Groupe de comparaison (femmes ayant eu uniquement le suivi de grossesse) : 48 femmes - Âge moyen : 25,48 ans - Scolarité moyenne : 13,19 années - Revenu moyen : 34 010 \$	Centering Pregnancy Care : - Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés par les auteurs; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectif et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Britton (2005) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Explorer les variables pouvant expliquer l'anxiété maternelle à un mois après l'accouchement. Mesures : - Caractéristiques démographiques provenant du dossier médical; - Informations quant à la préparation prénatale : grossesse planifiée, participation aux rencontres prénatales, choix du pédiatre (<i>Infant Health Care Provider</i>); - Informations quant au séjour à l'hôpital après l'accouchement (ex. : durée du séjour, problèmes pour la mère ou l'enfant justifiant un séjour prolongé); - Anxiété maternelle : par un questionnaire validé (<i>State Trait Anxiety Inventory, STAI</i>) administré avant de quitter l'hôpital après l'accouchement et à un mois postpartum.	296 femmes primipares (50,3 %) et multipares recrutées après leur accouchement. 62,4 % des femmes ont pris part à des rencontres prénatales. Les caractéristiques démographiques sont disponibles uniquement pour l'ensemble des participants : - Âge moyen : 25 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 22,5 %; - Faible revenu : la proportion exacte n'est pas précisée, mais 46 % des participants ont un revenu de moins de 10 000 \$ lors de leur participation en 1998-1999.	Rencontres prénatales : - Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés par les auteurs; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Fabian et collab. (2004) Pays : Suède Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Documenter l'opinion des femmes primipares suédoises à propos de l'accouchement et du rôle de parent, leur expérience de naissance, le déroulement de l'accouchement et l'initiation à l'allaitement. Mesures par des questionnaires conçus par les auteurs et envoyés par la poste en début de grossesse, à 2 mois et 1 an après la naissance de l'enfant : - Caractéristiques démographiques (âge, état matrimonial, langue maternelle, scolarité, densité résidentielle, occupation, statut de fumeur) mesurées en début de grossesse; - Appréciation des rencontres pour la préparation à l'accouchement et au nouveau rôle de parents (mesuré à 2 mois postpartum); - Nombres de rencontres prénatales auxquelles les femmes ont participé (mesuré à 2 mois postpartum); - Issues de grossesse (type et déroulement de l'accouchement, gestion de la douleur, mesurés à 2 mois postpartum); - Contact social avec les autres participantes des rencontres prénatales (mesuré à 2 mois et à 1 an postpartum); - Allaitement : durée et exclusivité (mesuré à 1 an postpartum).	1197 femmes primipares recrutées par des sages-femmes auprès de leurs propres clientes lors de la première visite de suivi de grossesse, dont 101 femmes n'ont pas participé aux rencontres prénatales. Groupe avec rencontres prénatales* : - Âge : 66,7 % des participantes ont plus de 25 ans, - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 4,4 %, - Faible revenu : non précisé. * À noter, dans cette étude, les caractéristiques démographiques sont regroupées selon l'appréciation des rencontres (utiles ou pas utiles) pour les participantes qui ont pris part aux rencontres (1057 femmes). Les proportions présentées ci-dessous ont été recalculées pour représenter l'ensemble des participantes. Groupe de comparaison : Femmes qui n'ont pas pris part aux rencontres prénatales, mais qui ont été recrutées lors d'un suivi de grossesse. Aucune donnée n'est disponible sur elles.	Rencontres prénatales : 1 à 11 séances portant sur la préparation à l'accouchement, allaitement et la parentalité; - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Fletcher (2014) Pays : Australie Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif : Évaluer les réactions des pères par rapport aux rencontres prénatales après leur expérience de naissance et identifier les raisons pour lesquelles ils n'utilisent pas les services disponibles et les stratégies qui pourraient les aider davantage. Mesures : Le questionnaire d'enquête conçu par les auteurs portant sur : Informations démographiques : âge du parent, âge de l'enfant, parité.	212 pères et 216 mères recrutés lors de leur participation aux rencontres prénatales et qui ont répondu au sondage à la fin des rencontres, et 200 pères qui ont donné leur appréciation dans les mois suivant la naissance de leur enfant. Les caractéristiques démographiques des participants ne sont pas disponibles. Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu ou une faible scolarité n'est pas précisé par les auteurs.	Rencontres prénatales : - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs; - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Hildingsson (2007) Pays : Suède Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Bonne	Objectif de l'étude : Déterminer si les rencontres prénatales de groupe améliorent les issues de grossesse, le fonctionnement psychosocial, la satisfaction des patientes et s'il existe des différences dans les coûts associés aux soins prénataux et à l'accouchement. Mesures : - Informations démographiques : âge, état matrimonial, parité, habitudes de vie, niveau de scolarité, santé mentale sur une échelle de 5 points; - Vers la fin de la grossesse, la peur de l'accouchement : par le questionnaire <i>Fear of Birth Scale</i>, et une évaluation de leur impression actuelle sur une échelle visuelle analogue; - Vers 2 mois après la naissance : participation aux rencontres prénatales; - Un an après la naissance : stress parental par le questionnaire Parental Stress Questionnaire (version suédoise).	1047 pères recrutés dans trois hôpitaux différents en Suède à la mi-grossesse et vus 3 fois : vers la fin de la grossesse, à 2 mois et à 1 an après la naissance. Les caractéristiques sont distinguées selon la peur d'accouchement. Pas de peur : 905 pères; - Âge moyen : 32,4 ans; - Scolarité : 5,5 % ont atteint 9 ans de scolarité ou moins, 57,3 % ont terminé leurs études secondaires 3, 4 ou 5. Avec peur : 142 femmes; - Âge moyen : 31,5 ans; - Scolarité : 7,1 % ont atteint 9 ans de scolarité ou moins, 50,4 % ont terminé leurs études secondaires 3, 4 ou 5. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu ne sont pas précisés par les auteurs.	Rencontres prénatales : - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs; - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Ickovics et collab. (2014) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Randomisé Qualité de l'étude : Bonne	Objectif de l'étude : Déterminer si les rencontres prénatales de groupe améliorent les issues de grossesse, le fonctionnement psychosocial, la satisfaction des patientes et s'il existe des différences dans les coûts associés aux soins prénataux et à l'accouchement. Mesures : - Informations démographiques et histoire médicale évaluées lors de la première rencontre prénatale; - Informations relatives aux issues de grossesse (âge gestationnel, prématurité, poids à la naissance, faible poids à la naissance, score d'Apgar à 5 minutes, admission en soins intensifs et mortalité intra-utérine) provenant des dossiers médicaux et de naissance de l'hôpital; - Allaitement par une mesure autorapportée en postpartum; - Coûts associés aux soins prénataux et à l'accouchement selon la facturation des services de l'hôpital; - Conformité des soins prénataux (Index de <i>Kotelchuck</i>) selon les dossiers médicaux. - Variables psychosociales (connaissances en matière de santé prénatale; détresse prénatale, par le Pregnancy Distress Questionnaire; - Préparation à l'accouchement, par un questionnaire non validé; - Satisfaction du suivi de grossesse, par un questionnaire adapté du Patient Participation and Satisfaction Questionnaire), mesurées lors du 3e trimestre de grossesse.	1047 femmes de 14 à 25 ans primipares et multipares ayant des grossesses simples, à faible risque. Les femmes américaines d'origine africaine ont été surreprésentées dans l'échantillonnage (80 %). Centering Pregnancy Care : 623 femmes; - Âge moyen : 20,3 ans; - Dernière année de scolarité terminée : moyenne de 11,4; - Revenu moyen : 34 415 \$. Groupe de comparaison : suivi de grossesse individuel (représentant 2 heures au total) : 370 femmes; - Âge moyen : 20,6 ans; - Dernière année de scolarité terminée : moyenne de 11,3; - Revenu moyen : 33 198 \$. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu ne sont pas précisés par les auteurs.	Centering Pregnancy Care : 10 séances structurées de 2 heures chacune pour un total de 20 heures, en groupe de 8 femmes en moyenne; - Les rencontres débutent vers la 16^e semaine de grossesse. La fin n'est pas précisée par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Jakubiec (2010) Pays : Pologne Niveau de preuve : Quasi expérimental Qualité de l'étude : Faible	Objectif : Étudier les différences au niveau de la détresse émotionnelle entre les femmes qui participent aux rencontres prénatales et celles qui n'ont pas participé. Mesures : deux questionnaires conçus par les auteurs, envoyés par la poste après l'accouchement (moment exact non précisé) : - Caractéristiques démographiques : âge, état matrimonial, langue maternelle, scolarité, densité résidentielle, occupation, statut de fumeur, mesuré en début de grossesse; - General Health Questionnaire (12 items), traduit en polonais pour évaluer la détresse psychologique; - Connaissances relatives à l'accouchement, douleur perçue; participation aux rencontres prénatales.	70 femmes, recrutées après l'accouchement (moment non précisé par les auteurs). Groupe avec rencontres prénatales* : 35 femmes; - Âge, scolarité et revenu : non précisés. Groupe de comparaison : femmes qui n'ont pas pris part aux rencontres prénatales : 35 femmes; - Âge, scolarité et revenu : non précisés. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu ne sont pas précisés par les auteurs.	Rencontres prénatales : - Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés par les auteurs; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Kervin et collab. (2014) Pays : Australie Niveau de preuve : Transversal Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif de l'étude : Déterminer les types de soutien en allaitement et les moments choisis pour l'offre de soutien aux mères de nouveau-nés, et les effets sur l'intention d'allaiter et les comportements liés à l'allaitement (durant les 24 premières heures de vie et 2 semaines après la naissance) dans une région reconnue pour son faible taux d'initiation et de durée d'allaitement. Mesures : par un questionnaire dérivé de grandes enquêtes (<i>Ingleburn Baby Information System, Ten Steps to Successful Breastfeeding policy documents, NSW Child Health Survey 2001, 1995 National Health Survey</i>). Ce questionnaire a été testé dans une étude pilote pour faciliter l'administration et pour la validité interne : ■ Allaitement partiel ou exclusif : amorce (durant les 24 premières heures de vie) et à 2 semaines (évalué un questionnaire par téléphone); ■ Types de soutien, quand le soutien est offert et la satisfaction par rapport aux sources de soutien personnel et professionnel; ■ Attitude envers l'allaitement.	164 femmes primipares et multipares australiennes, âgées de plus de 17 ans, recrutées 24 heures après avoir accouché. Rencontres prénatales : 38 femmes (23,2 %) ont participé aux rencontres prénatales. Les caractéristiques démographiques sont seulement disponibles pour l'ensemble des 164 participants : ■ Âge moyen : 28,5 ans; ■ Faible scolarité (études secondaires non terminées 0,6 %) et 48,8 % avec études secondaires terminées. Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu n'est pas précisé par les auteurs.	Les rencontres prénatales faisaient partie d'une liste de ressources professionnelles pouvant soutenir l'allaitement parmi d'autres types de soutien (ex. : soutien immédiatement après l'accouchement) : ■ Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés par les auteurs; ■ Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Knape (2013) Pays : Allemagne Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Étudier l'association entre le soutien des sages-femmes durant l'accouchement et le taux d'accouchement spontané versus tous les autres types d'accouchement. La participation aux rencontres prénatales est considérée dans les analyses secondaires présentées dans l'étude. Mesures : - Informations démographiques : questionnaire administré durant la grossesse; - Type d'accouchement (vaginal ou césarienne/instrumental) : provenant des dossiers médicaux de l'hôpital; - Participation aux rencontres : par un questionnaire conçu par les auteurs, envoyé par la poste, environ à 8 semaines postpartum.	946* femmes primipares et multipares ayant une grossesse à bas risque, incluant 175 femmes dans le groupe de comparaison (les caractéristiques sont seulement disponibles pour l'ensemble des participantes) : - Âge moyen : 31 ans; - Faible scolarité : 4 % n'ont pas terminé l'école (selon définition de l'auteur). Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu n'est pas précisé par les auteurs. Groupe de comparaison : Femmes qui n'ont pas participé aux rencontres prénatales. Il n'est pas clair si elles ont toutes eu un suivi de grossesse.	Rencontres prénatales (aucun détail fourni par les auteurs) : - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.

* 999 femmes ont participé à ce volet de l'étude, mais seules 946 femmes ont répondu à la question sur leur participation aux rencontres prénatales.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Little et collab. (2010) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Qualitatif Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Étudier la faisabilité d'offrir des rencontres prénatales de groupe aux femmes d'origine japonaise peu familières avec la langue anglaise. Mesures Entrevue prénatale : - Évaluation de programme (<i>Centering Health Institute, CHI session evaluation</i>, 9 items) après la dernière rencontre. Entrevue postnatale : semi-dirigée conçue par les auteurs, à 2 mois postpartum pour les femmes ayant participé à 4 séances sur les 5 séances recommandées : - Expérience personnelle avec les rencontres prénatales : comment les rencontres en groupe sont perçues, comment elles sont acceptées, si les rencontres affectaient le soutien social; - Informations démographiques.	32 femmes primipares et multipares, d'origine japonaise, recrutées dès le début du suivi de grossesse. Toutes prennent part aux rencontres prénatales adaptées du <i>Centering Pregnancy Care</i> : - Âge moyen : 34 ans; - Scolarité : toutes les participantes ont terminé au moins leurs études secondaires. Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu n'est pas précisé par les auteurs.	Adaptation japonaise du <i>Centering Pregnancy Care</i> : 5 séances de groupe mensuelles (plutôt que 9) et 3 séances toutes les 2 semaines; - Les femmes pouvaient également avoir des séances privées; - Les enfants pouvaient accompagner leurs mères durant les séances; - Une rencontre postnatale était prévue vers la 8^e semaine.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Maimburg et collab. (2014) Pays : Danemark Niveau de preuve : Randomisé Qualité de l'étude : Bonne	Objectif de l'étude : Comparer la dilatation cervicale et l'habileté à gérer la peur à l'arrivée à l'hôpital, l'expérience de naissance et les issues de grossesse des femmes nullipares selon leur participation à des rencontres prénatales de groupe. Mesures : Questionnaires envoyés par la poste ou par courriel à 24 et 36 semaines de grossesse et à 6 semaines et 1 an postpartum : - Informations démographiques (âge, indice de masse corporelle, statut de fumeur, état matrimonial, niveau d'éducation) évaluées à 24 semaines de grossesse; - Évaluation du programme de rencontres prénatales (<i>compliance</i>) vers la 36^e semaine de grossesse; - Dilatation cervicale à l'arrivée à l'hôpital faite par une sage-femme; - pH et gazométrie sanguins (indicateurs de la fonction respiratoire du fœtus); - Peur à l'arrivée à l'hôpital, par une adaptation du <i>Delivery Fear Scale</i>; - Expérience de naissance sur une échelle de 1 à 5, évaluée à 6 semaines postpartum; - Informations sur le déroulement de l'accouchement, utilisation de la péridurale, de la césarienne, dilatation cervicale, poids à la naissance et âge gestationnel provenant des dossiers médicaux et de naissances de l'hôpital.	1193 femmes primipares recrutées entre les 10^e et 21^e semaines de grossesse. Groupe avec rencontres prénatales : 603 femmes; - Âge moyen : 28,9 ans; - Faible scolarité (7 à 10 ans) : 7 %; - Faible revenu : non précisé; 4 % des femmes ont participé à d'autres ateliers et rencontres prénataux. Groupe de comparaison : Un suivi de grossesse et un accès optionnel à différentes séances de relaxation : 590 femmes; - Âge moyen : 29,2 ans; - Faible scolarité (7 à 10 ans) : 7 %; - Faible revenu : non précisé; 45 % des femmes ont participé à des ateliers ou rencontres prénataux (3 heures de rencontres avec une sage-femme et des ateliers avec des <i>relaxation therapists</i> sur la méthode psychoprophylactique. Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu est non précisé par les auteurs.	Rencontres Ready for child : - Trois modules portant sur la naissance, l'enfant et le parent, totalisant 9 heures et animés par des sages-femmes; - Les rencontres débutent autour de la 30^e semaine de grossesse et se terminent autour de la 35^e semaine de grossesse; - Les thèmes abordés portent sur la naissance (processus physiologiques de l'accouchement, soulagement de la douleur, interventions obstétricales), l'allaitement et les soins au bébé, la vaccination, les maladies infantiles, la transition au rôle de parent, les relations sexuelles, les conflits, le rôle de l'entourage et la dépression postnatale; - Le conjoint était invité à participer aux rencontres.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Martinez-Galiano et collab. (2013) Pays : Espagne Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Évaluer l'influence d'un programme éducatif durant la grossesse sur le travail et l'accouchement (type d'accouchement, utilisation de la péridurale, autres types d'analgésies, présence de lésion périnéale) et sur l'implication des femmes lors de l'accouchement (coopération avec le personnel) et l'adoption du contact peau à peau. Mesures : à partir des dossiers médicaux et par des entrevues individuelles, grâce à un questionnaire conçu par les auteurs (: - Informations démographiques; - Condition durant la grossesse; - Informations obstétriques : type d'accouchement, mode de début du travail, épisiotomie, lésions périnéales, prise de médicament durant la phase de dilatation, utilisation de la péridurale et autres types d'analgésie, durée de chaque stade de travail, complications postpartum, peau à peau durant l'heure suivant la naissance, l'implication de la mère durant le travail et l'accouchement.	520 femmes recrutées dans quatre hôpitaux à la suite de l'accouchement. Groupe avec rencontres prénatales : 354 femmes; - Âge moyen : 30,7 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 22 %; - Faible revenu (revenu mensuel (1000 €) : 14,2 %. Groupe de comparaison : femmes qui n'ont pas pris part aux rencontres : 166 femmes; - Âge moyen : 28,2 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 43 %; - Faible revenu (revenu mensuel < 1000 €) : 39,9 %.	Rencontres prénatales (aucun détail fourni par les auteurs) : - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Redshaw & Henderson (2009) Pays : Royaume-Uni Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Identifier qui est impliqué dans la grossesse et après la naissance, le niveau et la façon de s'impliquer, et l'influence de l'implication du père dans l'utilisation des services par la mère, son appréciation des soins et les effets sur la santé et le bien-être de la mère. La participation aux rencontres était une des variables étudiées pour comprendre l'implication du père. Mesures (questionnaire d'enquête) : - Informations démographiques : âge, parité, état matrimonial, durée de la scolarité, indice de défavorisation (<i>Index of Multiple Deprivation</i>); - Implication du père lors de la grossesse, l'accouchement et après la naissance de l'enfant; - Soucis et préoccupations relatifs au travail et à l'accouchement et appréciation des soins par la mère.	4616 pères dont la conjointe avait été recrutée environ 3 mois après la naissance de l'enfant pour une enquête nationale. Les caractéristiques sont seulement disponibles pour l'ensemble des participantes : - Âge du père : 58,6 % ont entre 25 et 34 ans; - Âge de la mère : 58,2 % ont entre 25 et 34 ans; - Scolarité de la mère : 77 % avec plus de 16 ans de scolarité. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu ne sont pas précisés par les auteurs.	Rencontres prénatales (aucun détail fourni par les auteurs) : - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Robertson et collab. (2010) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Quasi expérimental Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif de l'étude : Comparer l'effet de la participation au <i>Centering Pregnancy Care</i> chez des femmes hispanophones à celles qui ont reçu uniquement un suivi de grossesse. Mesures : - Informations démographiques : âge, date prévue de l'accouchement, histoire de grossesse antérieure et de celle en cours (<i>Pregnancy History Scale</i>), niveau de scolarité, occupation, soutien financier et état matrimonial; - Durée du séjour à l'hôpital, poids à la naissance, âge gestationnel (source non précisée par l'auteur); - À 34-36 semaines de grossesse : Estime de soi (<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>), connaissances en soins prénataux et postnataux et en habitudes de vie (<i>Prenatal/Postnatal Care Knowledge Scale</i> et <i>Pregnancy Relevant Health Behaviors</i>), dépression (<i>Center for Epidemiological Studies : Depression Scale</i>), satisfaction du suivi de grossesse (<i>Patient Participation and Satisfaction Questionnaire</i>) et information sur l'allaitement (<i>Breastfeeding Behavior Scale</i>); - À 6 semaines postpartum, appréciation des participantes par rapport aux rencontres prénatales.	49 femmes hispanophones primipares et multipares recrutées entre les 24^e et 26^e semaines de grossesse, qui ont elles-mêmes choisi le type de rencontres désirées (groupe ou individuel) et pris part à 4 séances ou plus. Groupe avec <i>Centering Pregnancy Care</i> (avec au moins 4 séances) : 24 femmes; - Âge moyen : 24,6 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 33 %. Groupe de comparaison (avec au moins 4 suivis de grossesse) : 25 femmes; - Âge moyen : 26,5 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 16 %. Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu n'est pas précisé par les auteurs.	<i>Centering Pregnancy Care</i> : - Le nombre total de séances n'a pas été précisé par les auteurs. Ce type de programme compte habituellement entre 10 et 12 séances prénatales et une séance en période postnatale; - Le début des rencontres se fait autour de la 24^e semaine de grossesse. La fin des rencontres n'est pas précisée par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Roig et collab. (2013) Pays : Espagne Niveau de preuve : Cas-témoin Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Identifier les déterminants de l'abandon de l'allaitement exclusif et partiel 6 mois après la naissance. Mesures : obtenues à la première visite postpartum de la sage-femme, à 1 et 4 mois (téléphone) et à 6 mois après la naissance par une entrevue en face à face : - Caractéristiques démographiques; - Durée de l'allaitement autorapportée avant la cessation de l'allaitement exclusif et de tout allaitement durant les 6 mois suivant la naissance.	248 femmes primipares et multipares. 196 femmes (79,0 %) ont pris part aux rencontres prénatales. Exclusion des naissances prématurées, des faibles poids à la naissance, cas de score d'Apgar à 5 minutes inférieur à 6, des nouveau-nés ayant des problèmes congénitaux et de ceux qui n'ont pas été allaités. - Âge moyen : 30,4 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 66,9 %; - Faible revenu : 55,5 % dans les classes sociales IV-V (manuelle et non qualifiée).	La participation aux rencontres prénatales fait partie d'une liste de plusieurs déterminants de l'abandon de l'allaitement étudiés par les auteurs (ex. : soutien de la famille, soutien professionnel) : - Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés par les auteurs; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs. Nous tenons pour acquis qu'il s'agit de rencontre de groupe pour toutes les participantes.
Rossiter & Evers (2010) Pays : Canada Niveau de preuve : Cas-témoin Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif : Étudier les pratiques d'alimentation des jeunes enfants canadiens issus de quartiers défavorisés à 3 mois et à 4 ans. Mesures : Données provenant de l'initiative de prévention <i>Better Beginnings, Better Futures</i> : - Caractéristiques démographiques; - Mode d'alimentation de l'enfant à la naissance; - Durée d'allaitement ou d'utilisation de préparation commerciale; - Âge auquel l'enfant a été exposé au lait autre que par l'allaitement ou par la préparation commerciale; - Participation aux rencontres prénatales.	546 enfants, évalués à 3 mois et à 4 ans. Données disponibles pour 467 enfants dont les parents ont fourni une information quant à la participation aux rencontres prénatales : - Âge moyen : 27 ans; - Faible scolarité : 39 % n'ont pas terminé leurs études secondaires; - Faible revenu : 72 % des parents vivent sous le seuil de faible revenu (LICO).	Rencontres prénatales : - Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés par les auteurs; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Sercekus & Mete (2013) Pays : Turquie Niveau de preuve : Quasi expérimental Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif : Étudier les effets des rencontres prénatales sur l'adaptation pré et postnatale chez les femmes turques. Mesures : - Informations démographiques; - Adaptation prénatale par un questionnaire traduit en turc et validé auprès de la population turque (<i>Prenatal Self-Evaluation Questionnaire</i>, PSEQ, 79 items); - Adaptation postnatale par un questionnaire traduit en turc et validé auprès de la population turque (<i>Postpartum Self-Evaluation Questionnaire</i>, PPSEQ, 82 items).	120 femmes turques recrutées vers la 26^e semaine de grossesse. Rencontres prénatales de groupe : 40 femmes; - Âge moyen : 27,6 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 10 %. Rencontres prénatales individuelles : 40 femmes; - Âge moyen : 26,2 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 12,5 %. Groupe de comparaison (suivi de grossesse seulement) : 38 femmes; - Âge moyen : 26,5 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 30 %. Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu n'est pas précisé par les auteurs.	Les rencontres prénatales individuelles et de groupe portent sur la conception, la nutrition pré et postnatale, les malaises durant la grossesse et comment on soulage ces malaises, les exercices, la relaxation, les soins à la mère et à l'enfant à naître, les changements physiques et émotionnels après l'accouchement, l'allaitement. Rencontres de groupe : 7 séances de 2 heures par groupe de 6 à 10 personnes, à raison d'un par semaine, avec période de temps alloué pour discuter, interagir et répondre aux questions. Rencontres prénatales individuelles : 10 heures réparties sur 5 semaines.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Shia & Alabi (2010) Pays : Royaume-Uni Niveau de preuve : Qualitatif Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif : Étudier ce qui influence la participation et l'implication des hommes durant l'accouchement et identifier les facteurs qui nuisent la participation aux rencontres prénatales au sein de groupes de minorités ethniques. Mesures : - Informations démographiques (âge, état matrimonial, ethnicité, parité, niveau de scolarité, revenu familial) et histoire médicale, type de suivi de grossesse; - Questionnaire portant sur l'opinion des participants par rapport aux rencontres prénatales, les obstacles à leur participation, les préférences quant à l'intervenant, leur confiance et leurs connaissances face à l'accouchement à venir.	69 hommes n'ayant jamais eu d'enfants et qui ont tous pris part aux rencontres prénatales : Âge moyen : non spécifié, mais 33 pères sur 69 (47,8 %) ont entre 31 et 40 ans. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu ne sont pas précisés par les auteurs.	Rencontres prénatales : 2 à 6 séances; - Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés par les auteurs; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.
Simpson et collab. (2012) Pays : États-Unis. Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif : Évaluer les effets d'un programme éducatif visant à préparer les femmes à l'accouchement sur la diminution du taux de déclenchement artificiel du travail sur demande, parmi les femmes nullipares. Mesures : - Processus décisionnel menant à demander un déclenchement artificiel du travail, évalué par un questionnaire d'enquête validé; - Informations liées au déclenchement provenant du dossier médical.	613 femmes américaines primipares, recrutées à 32 semaines de grossesse Rencontres prénatales 301 femmes; - Âge moyen : 27,2 ans. Groupe de comparaison (femmes qui n'ont pas participé aux rencontres) : 312 femmes; - Âge moyen : 24,8 ans. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu ne sont pas précisés par les auteurs.	Rencontres prénatales : - Les rencontres débutent environ à la 32^e semaine de grossesse. La fin est non précisée par les auteurs; - Les rencontres sont animées par un personnel qualifié Lamaze; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Stoll & Hall (2013a) Pays : Canada Niveau de preuve : Cas-témoin Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif : Étudier les associations entre la participation aux rencontres prénatales et les caractéristiques maternelles, les états psychologiques maternels, type de soins reçus, attentes émises durant la période prénatale et taux réels des interventions obstétricales et taux d'initiation de l'allaitement. Mesures : - Informations démographiques (âge, état matrimonial, ethnicité, parité, niveau de scolarité, revenu familial) et histoire médicale, type de suivi de grossesse, intention d'avoir une césarienne, lors du recrutement; - Informations liées aux issues de grossesse, provenant des données du <i>Perinatal Services British Columbia</i> : données liées aux interventions obstétricales (parité, travail, accouchement, épidurale, anesthésie, accouchement instrumental, type d'accouchement, présence de macrosomie et taux d'allaitement au moment de quitter l'hôpital); - Attentes par rapport aux interventions obstétricales grâce au <i>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire – A</i> (W-DEQ, 33 items); - Anxiété grâce au <i>Spielberger State Anxiety Inventory</i> (STAI-S, 20 items).	624 femmes canadiennes, recrutées entre les 35^e et 39^e semaines de grossesse, excluant celles ayant des grossesses gémellaires ou grossesse à risque. Les caractéristiques démographiques sont présentées selon la parité. Nullipares : 311 femmes ont pris part aux rencontres; - Âge moyen : non spécifié, mais 14,5 % ont plus de 35 ans; 61 n'ont pas participé aux rencontres; - Âge moyen : non spécifié, mais 13,1 % ont plus de 35 ans. Multipares : 32 femmes ont pris part aux rencontres; - Âge moyen : non spécifié, mais 50,0 % ont plus de 35 ans; 220 n'ont pas participé aux rencontres; - Âge moyen : non spécifié, mais 28,2 % ont plus de 35 ans. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu ne sont pas précisés par les auteurs. Il n'est pas clair si les femmes qui n'ont pas pris part aux rencontres ont toutes eu un suivi de grossesse.	Rencontres prénatales : - Le début et la fin des rencontres n'ont pas été précisés par les auteurs; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs. Les auteurs décrivent les rencontres en Colombie-Britannique, où l'étude était basée. Ces rencontres sont offertes à partir du 2^e trimestre et varient entre 7 heures (une journée complète) et 16 heures (réparties sur plusieurs semaines) et portent sur la reconnaissance des signes du travail, les soins immédiats au nouveau-né, les principes de base de l'allaitement. Des ateliers supplémentaires sur l'allaitement sont disponibles.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Tanner-Smith et collab. (2014) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Quasi expérimental Qualité de l'étude : Bonne	Objectif de l'étude : Étudier les effets dans le gain de poids durant la grossesse selon la participation aux rencontres prénatales de type <i>Centering Pregnancy Care</i>, comparativement au suivi de grossesse individuel. Mesures à partir des dossiers médicaux, de façon rétrospective : - Informations démographiques : âge de la mère, ethnicité, état matrimonial, assurance médicale, - Informations médicales : histoire d'hypertension, de diabète non gestationnel, de consommation de tabac et d'alcool, de visites de suivi de grossesse, gain de poids gestationnel.	393 femmes américaines. (L'étude est rétrospective, les participantes proviennent de l'examen de dossiers médicaux et n'ont pas été recrutées spécifiquement pour cette étude.) Groupe avec <i>Centering Pregnancy Care</i> : femmes ayant pris part à au moins une séance : 158 femmes; - Âge moyen : 22,07 ans. Groupe de comparaison (suivi de grossesse individuel uniquement) : 235 femmes; - Âge moyen : 22,59 ans. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu sont non précisés par les auteurs.	<i>Centering Pregnancy Care</i> : - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs. Il pourrait s'agir des thèmes généralement abordés par le <i>Centering Pregnancy Care</i>. - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Tanner-Smith et collab. (2013b) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Quasi expérimental Qualité de l'étude : Bonne	Objectif de l'étude : Étudier les effets des rencontres prénatales de type <i>Centering Pregnancy Care</i> dans 5 sites sur l'âge gestationnel, le poids à la naissance et la mortalité intra-utérine, comparativement au suivi de grossesse individuel. Mesures à partir des dossiers médicaux, de façon rétrospective : - Informations démographiques : âge de la mère, ethnicité, état matrimonial, assurance médicale, histoire d'hypertension, de diabète non gestationnel, de consommation de tabac et d'alcool, de visites de suivi de grossesse; - Informations relatives aux issues de grossesse : âge gestationnel, poids à la naissance, naissance prématurée, faible poids à la naissance, très faible poids à la naissance et mortalité intra-utérine.	6155 femmes américaines provenant de 5 sites au Tennessee. (L'étude est rétrospective, les participantes proviennent de l'examen de dossiers médicaux et n'ont pas été recrutées spécifiquement pour cette étude.) Groupe avec <i>Centering Pregnancy Care</i> : 651 femmes; - Âge moyen : variant de 22,2 ans à 25,7 ans selon les sites. Groupe de comparaison (suivi de grossesse individuel uniquement) : 5504 femmes; - Âge moyen : variant de 23,2 ans à 27,8 ans selon les sites. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu sont non précisés par les auteurs.	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées de 90 minutes, en groupe de 8 à 12 personnes tous les mois durant 4 mois et aux deux semaines pour le reste de la grossesse; - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Tanner-Smith et collab. (2013) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Quasi expérimental Qualité de l'étude : Bonne	Objectif de l'étude : Étudier les effets du <i>Centering Pregnancy Care</i> sur l'allaitement comparativement au suivi de grossesse individuel chez des femmes du Tennessee. Mesures : - Information sur l'amorce de l'allaitement (partiel ou exclusif) tirée du dossier médical de manière rétrospective; - Information sur l'allaitement partiel ou exclusif à 6 semaines prise lors de la visite postpartum.	794 femmes primipares et multipares, provenant de 4 sites au Tennessee. Groupe avec <i>Centering Pregnancy Care</i> : 308 femmes ayant pris part à au moins 5 rencontres. Groupe de comparaison : 486 femmes ayant eu au moins 5 séances de suivi de grossesse, sans participation aux rencontres prénatales. Les caractéristiques démographiques de l'ensemble des femmes sont présentées : Âge moyen : variant de 22,4 ans à 26,4 ans selon les sites. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu sont non précisés par les auteurs.	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées (90 à 120 minutes) en groupe de 8 à 12 personnes. Le programme inclut un suivi de grossesse, de l'éducation et du soutien; - Le début et la fin des rencontres sont non précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Trudnak et collab. (2004) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Bonne	Objectif de l'étude : Étudier les issues de grossesse de femmes d'origine latine hispanophone qui ont participé au <i>Centering Pregnancy Care</i> par rapport à celles qui ont reçu le suivi de grossesse individuel. Mesures (à partir des dossiers médicaux, de façon rétrospective) : - Informations démographiques : âge, ethnicité, pays d'origine, état matrimonial, niveau de scolarité le plus élevé, occupation, grossesse planifiée, consommation de tabac, histoire d'accouchement avant terme, parité et indice de masse corporelle avant grossesse; - Informations relatives aux issues de grossesse et déroulement de l'accouchement : poids à la naissance, prématurité, gain de poids gestationnel, type d'accouchement, appréciation des soins prénataux, allaitement; - Présence au suivi de routine postpartum.	487 femmes primipares et multipares. Groupe avec <i>Centering Pregnancy Care</i> (247 femmes) : - Âge : 17,2 % ont moins de 20 ans et 36,0 % ont de 20 à 24 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 30 %. Groupe de comparaison (240 femmes qui ont accouché durant la même période, et ayant eu un suivi de grossesse individuel complet d'une dizaine de visites, totalisant deux heures) : - Âge : 12,9 % ont moins de 20 ans et 31,3 % ont entre 20 et 24 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 48,8 %. Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu n'est pas précisé par les auteurs.	<i>Centering Pregnancy Care</i> : 10 séances structurées en groupe de 8 à 12 personnes; - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Waldenstrom et collab. (2012) Pays : Suède Niveau de preuve : Cas-témoin Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif : Étudier la prévalence et les facteurs de risques associés à une expérience de naissance négative. Mesures (par des questionnaires administrés à 2 mois et à 1 an après l'accouchement) : - Questionnaire en début de grossesse : porte sur les caractéristiques sociodémographiques, informations obstétriques (parité, mode d'accouchement antérieur, expérience antérieure, soutien du conjoint, attentes par rapport à la naissance à venir, intensité de la douleur et attitudes envers les moyens pharmacologiques de gérer la douleur, bien-être durant la grossesse) par le questionnaire validé <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> et <i>Cambridge Worry Scale</i>; - Questionnaire administré à 2 mois : questions sur le suivi de grossesse, participation aux rencontres prénatales, nombre de visites de suivi et de rencontres prénatales et opinion émise sur ces séances, déroulement de l'accouchement, questions à propos des soins <i>intrapartum</i>, expériences de la douleur et contrôle durant le travail, issues de grossesse de l'enfant (naissance prématurée, séjour en unités de soins néonataux et maladies chroniques ou fonctionnelles); - Questionnaire administré à 1 an postpartum : porte sur la parentalité, les souvenirs de l'accouchement et une évaluation de l'expérience de naissance sur une échelle de 1 à 7.	2541 femmes primipares et multipares suédoises recrutées lors de leur première visite de suivi de grossesse, dont 1186 femmes qui n'ont pas participé à des rencontres prénatales. Caractéristiques démographiques présentées pour l'ensemble des participants, selon leur expérience de naissance. Expérience négative : 173 femmes; - Âge : non précisé; - Faible scolarité : 8,1 %. 57 femmes n'ont pas pris part à des rencontres prénatales. Expérience mixte ou positive : 2368 femmes; - Âge : 447 femmes (18,9 %) de moins de 25 ans; - Faible scolarité : 5,6 %. 1129 femmes n'ont pas pris part à des rencontres prénatales. Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu n'est pas précisé par les auteurs.	Rencontres prénatales (aucun détail n'est fourni par les auteurs) : - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés par les auteurs; - Les thèmes n'ont pas été précisés par les auteurs.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Widarsson et collab. (2008) Pays : Suède Niveau de preuve : Qualitatif Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Décrire les besoins en soutien des femmes enceintes et de leurs conjoints durant la grossesse. Mesures : en <i>focus group</i> et entrevue semi-structurée* individuelle. Questions visées durant les entrevues : - Quels sont les types de soutien dont ont besoin les futurs parents? - Y a-t-il une harmonie entre les sources de soins prénataux et les besoins des parents en soutien durant la grossesse? - Les services de santé prénataux répondent-ils aux besoins des mères et des pères de façon comparable?	22 femmes et 10 hommes suédois, primipares (22 des 32 parents) et multipares. Le nombre de femmes ayant pris part à des rencontres prénatales n'a pas été précisé. La majorité des femmes a été recrutée lors d'un suivi de grossesse. Le nombre exact n'est pas précisé : - Âge moyen : 31 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 13 %. Le pourcentage de femmes ayant un faible revenu n'est pas précisé par les auteurs.	Services de santé prénataux : éducation parentale de groupe adressant les aspects sociaux, émotionnels, psychologiques et physiques de la grossesse, la promotion de la santé physique et psychologique et le soutien dans la transition vers la parentalité.

* L'entrevue s'est tenue durant la grossesse, mais l'auteur n'a pas précisé à quel moment.

Tableau 24 Description détaillée des études pour les clientèles universelles (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Williams et collab. (2012) Pays : Royaume-Uni Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif : Étudier les associations entre la participation aux rencontres prénatales et les intentions d'utiliser des moyens pharmacologiques dont l'utilisation de NO₂&O₂, pethidine et la péridurale durant l'accouchement. Mesures : - Caractéristiques démographiques : âge, état matrimonial, éducation, longueur de la grossesse, complications durant la grossesse, parité, médication durant l'accouchement et participation aux rencontres prénatales; - Intentions d'utiliser les trois médicaments à l'étude : grâce à une échelle de type Likert de 7 points.	100 femmes primipares britanniques, recrutées au troisième trimestre. Caractéristiques démographiques très sommairement présentées pour l'ensemble des participants. 49 femmes ont participé aux rencontres prénatales. Toutes les femmes ont été recrutées lors d'un suivi de grossesse. On suppose donc que les femmes qui n'ont pas pris part aux rencontres ont eu un suivi.	Rencontres prénatales (femmes ayant participé à des rencontres prénatales) : - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés par les auteurs; - Les thèmes abordés ne sont pas précisés par les auteurs.

Annexe 5

Description détaillée des études pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Tableau 25 Description détaillée des études pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Duggan (2004) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Qualitatif Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Étudier la transition vers la maternité parmi des femmes primipares ayant un faible revenu afin d'étudier les besoins spécifiques de ces femmes sous-représentées. Mesures Grâce à un journal rédigé à différents moments durant la grossesse : ▪ Changements émotionnels et physiques; ▪ Attentes face à la grossesse et la maternité; ▪ Connaissances et préparation à la grossesse et la maternité. Entrevue semi-dirigée (durant la grossesse, fin de premier trimestre ou début du 2^e trimestre) : ▪ Changements et différences, engagement, signification personnelle, préparation, connaissances et soutien durant la grossesse. Entrevue semi-dirigée (postpartum, lors de la visite postpartum, 6 à 8 semaines) : ▪ Préparation, connaissance, signification personnelle, changements et différence, développement de la confiance et du <i>coping</i>, sentiment de connexion avec la maternité.	Entrevue qualitative auprès de 27 femmes américaines qualifiées de vulnérables, dont 5 dans le groupe de comparaison (femmes qui n'ont pas participé aux rencontres et qui ont uniquement eu le suivi de grossesse.) Caractéristiques démographiques pour l'ensemble des participants : ▪ Âge moyen : 23 ans. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu sont non précisés par les auteurs.	Centering Pregnancy Care : ▪ 10 séances de 90 à 120 minutes; ▪ Les rencontres débutent entre les 12^e et 16^e semaines de grossesse. La fin des rencontres n'est pas précisée.

Tableau 25 Description détaillée des études pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Grady et Bloom (2009) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Cohorte Qualité globale : Faible	Objectif : Comparer les effets de la participation au <i>Centering Pregnancy Care</i> sur les issues de grossesse et le niveau de satisfaction des adolescentes à ceux de la participation au suivi de grossesse individuel. Mesures : ■ Appréciation de différents aspects des rencontres prénatales et préparation à l'accouchement par un questionnaire conçu par les auteurs (non validé), administré vers la fin de la grossesse et lors de la séance avant la 8^e semaine postpartum; ■ Informations relatives aux issues de grossesse (prématurité, le faible poids à la naissance), à des dossiers médicaux et de naissances de l'hôpital; ■ Utilisation de la césarienne à partir des dossiers médicaux; ■ Amorce de l'allaitement selon les informations rapportées par les participantes.	501 jeunes femmes* de moins de 17 ans, Américaines dont la grande majorité est d'origine africaine (plus de 85 %), qui choisissaient elles-mêmes le type de soins qu'elles souhaitaient avoir. Centering Pregnancy Care : ■ 124 jeunes femmes; ■ Âge moyen : 15,85 ans. Groupe de comparaison de 2001 : Des adolescentes qui ont donné naissance au même hôpital en 2001 et ont eu un suivi de grossesse, sans éducation prénatale : ■ 144 jeunes femmes; ■ Âge moyen : 16,5 ans. Groupe de comparaison de 1998 : Toutes les adolescentes ayant accouché dans le même hôpital en 1998 incluant celles n'ayant reçu aucun suivi de grossesse : ■ 233 jeunes femmes; ■ Âge moyen : 16,3 ans. Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu sont non précisés par les auteurs.	Centering Pregnancy Care : ■ 12 séances structurées de 90 minutes, en groupes de 8 à 12 personnes et une séance postpartum; ■ Les thèmes abordés portent sur les issues de grossesse, la nutrition, l'exercice et la relaxation, la préparation à l'accouchement, les problèmes pouvant survenir durant la grossesse, les soins et l'alimentation de l'enfant, l'adaptation postpartum, la contraception, la communication et l'estime de soi, l'abus, et la parentalité; ■ Les rencontres débutent entre les 12^e et 18^e semaines de grossesse et se terminent avant la 8^e semaine postpartum.

* L'auteur n'a pas spécifié la parité des participantes, mais vu leur jeune âge, on sous-entend que la majorité serait des femmes primipares.

Tableau 25 Description détaillée des études pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Klima et collab. (2012) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Cohorte avec un volet qualitatif Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif de l'étude : Comparer la faisabilité et les effets du <i>Centering Pregnancy Care</i> sur les issues de grossesse et la promotion de la santé dans un grand hôpital urbain pour des femmes africaines américaines à faible revenu. Mesures : - Informations démographiques (âge maternel, provenant des dossiers médicaux; - Informations relatives aux issues de grossesse (poids à la naissance et âge gestationnel) provenant des dossiers médicaux; - Appréciation des rencontres prénatales de groupe et leur préparation à l'accouchement grâce à un <i>focus group</i> avec les participantes; - Satisfaction des soins et rencontres prénatales grâce à un sondage avec une version abrégée d'un questionnaire validé; - Allaitement (amorce) au moment de quitter l'hôpital grâce à l'information provenant des dossiers de clinique prénatale; - Gain de poids durant la grossesse provenant des dossiers de clinique prénatale.	268 femmes noires américaines vivant avec un faible revenu (toutes les femmes sont admissibles au programme Medicaid). Centering Pregnancy Care : 61 femmes - Âge moyen : 21,8 ans (19,7 % adolescentes); - Faible scolarité : non précisée par les auteurs. Groupe de comparaison : Femmes ayant donné naissance au même hôpital durant la même période, mais qui ont uniquement eu un suivi de grossesse : 207 femmes - Âge moyen : 22,1 ans (21,3 % adolescentes); - Faible scolarité : non précisée par les auteurs. Le pourcentage de femmes ayant une faible scolarité n'est pas précisé par les auteurs.	Centering Pregnancy Care : 10 séances structurées de 2 heures, en groupe de 4 à 10 personnes (moyenne de 5,5 participantes par groupe). - Le début des rencontres se fait avant la 18^e semaine de grossesse, mais la fin n'a pas été précisée par les auteurs.

Tableau 25 Description détaillée des études pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Picklesimer et collab. (2013) Pays : États-Unis Niveau de preuve : Cohorte Qualité de l'étude : Bonne	Objectif : Comparer les effets du <i>Centering Pregnancy Care</i> sur les taux de prématurité auprès d'une population ethnique variée et à faible revenu aux effets du suivi de grossesse. Mesures : - Informations démographiques provenant de l'acte de naissance électronique (âge maternel, ethnicité, état matrimonial, niveau de scolarité, histoire de suivi de grossesse, conformité au suivi de grossesse par l'Index <i>Kotelchuck</i>, consommation de tabac durant la grossesse, infections transmises sexuellement, parité, histoire de prématurité antérieure); - Informations provenant des dossiers médicaux sur l'âge gestationnel à la naissance, le poids à la naissance, l'admission en soins intensifs néonataux l'allaitement.	4083 femmes primipares et multipares d'origine ethnique diverse résidant aux États-Unis à faible revenu, ayant une grossesse à bas risque. Les femmes choisissaient elles-mêmes le type de soins qu'elles souhaitaient avoir. Centering Pregnancy Care : 316 femmes; - Âge moyen : 23,1 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 36,1 %; - Faible revenu : 100 % admissibles à Medicaid. Groupe de comparaison : Femmes ayant reçu un suivi de grossesse (individuel) : 3767 femmes; - Âge moyen : 25,1 ans; - Faible scolarité (études secondaires non terminées) : 40,7 %; - Faible revenu : 100 % admissible à Medicaid.	Centering Pregnancy Care : 10 séances structurées de 2 heures, en groupe de 8 à 12 personnes; - Inclusion à ce groupe si présence à une séance. La participation médiane était 7 séances; - Le début et la fin des rencontres ne sont pas précisés par les auteurs.

Tableau 25 Description détaillée des études pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité (suite)

Caractéristiques de l'étude	Objectifs et mesures de l'étude	Caractéristiques des participants	Caractéristiques des rencontres prénatales
Pitcock Pays : États-Unis Niveau de preuve : Quasi expérimental Qualité de l'étude : Moyenne	Objectif : Évaluer un programme de rencontres prénatales sur les taux d'intention d'allaitement exclusif et d'amorce de l'allaitement parmi des femmes hispanophones ayant un faible revenu. Mesures (à partir du dossier médical) : ■ Type d'accouchement : vaginal ou non; ■ Durée du séjour à l'hôpital; ■ Intention d'allaiter; ■ Taux d'amorce de l'allaitement au moment de quitter l'hôpital.	70 femmes hispanophones, faible revenu, résidant en zone rurale. Groupe avec rencontres prénatales : ■ 38 femmes; ■ Âge moyen : 27,47 ans. Groupe de comparaison : ■ 32 femmes qui n'ont pas participé aux rencontres et qui ont uniquement eu le suivi de grossesse; ■ Âge moyen : 27,88 ans; ■ Les pourcentages de femmes ayant une faible scolarité et un faible revenu sont non précisés par les auteurs.	Rencontres prénatales : ■ Une séance de 6 heures de préparation à l'accouchement, à l'allaitement, aux soins au bébé, et à la contraception; ■ Les rencontres sont offertes au 3^e trimestre, mais le début et la fin exacte des rencontres ne sont pas précisés par les auteurs.

