

GRIS

Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé
Secteur santé publique
Faculté de médecine

*Évaluation d'un système de gestion
de la continuité des soins*

*Lise Goulet
Danielle D'Amour
Claude Sicotte
Bernard-Simon Leclerc
Raynald Pineault*

R06-01

Mars 2006

En collaboration avec le

Centre
FerASi

Évaluation d'un système de gestion de la continuité des soins

**Lise Goulet^{1,2} MD PhD, Danielle D'Amour^{1,3,7} Inf PhD,
Claude Sicotte^{1,4} PhD, Bernard-Simon Leclerc⁵ PhD (cand),
Raynald Pineault^{1,2,6} MD PhD**

1. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 2. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 3. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 4. Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 5. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et candidat au Ph.D. en santé publique, Université de Montréal, 6. Direction de santé publique de Montréal, 7. Centre FERASI

Le 15 mars 2006

Cette recherche a été financée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le Fonds de recherche en santé du Québec, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et l'Agence régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN-10 : 2-921954-93-1 (version imprimée)
ISBN-13 : 978-2-921954-93-8 (version imprimée)

ISBN-10 : 2-921954-94-X (PDF)
ISBN-13 : 978-2-921954-94-5 (PDF)

Remerciements

Cette étude a été réalisée grâce au soutien financier de plusieurs organisations dont la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSSQ), l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) et l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier leurs partenaires médecins, gestionnaires et professionnels des CH et CLSC des deux sous-régions qui ont participé avec enthousiasme à cette recherche qui n'aurait pas été possible sans leur précieuse collaboration. Nous remercions mesdames Murielle Verghnes, Martine Remondin et Julie Gervais, professionnelles de recherche, madame Michèle Perron, pour son précieux support informatique ainsi que les membres du GRIS qui ont collaboré à un moment ou à un autre à nos travaux par un soutien technique et administratif (Lorraine Trudeau, Francine Auger, Josée Tessier, Jean-Guy Bouchard, Diane Crevier). Nous tenons également à souligner la qualité du travail de l'équipe de professionnels et d'interviewers de la firme de sondage CROP. Enfin, nous remercions chaleureusement toutes les mamans qui ont participé avec générosité aux entrevues téléphoniques.

Table des matières

Faits saillants	i
Constats sur l'intervention :	i
Constats sur l'implantation :	i
Constats sur les effets :	ii
Résumé	iii
1. Le contexte	1
2. La portée	3
Reconnaître le rôle de la clientèle dans la continuité des soins.....	3
Favoriser l'intégration des médecins de cabinets privés au fonctionnement en réseau de soins intégrés	4
Accroître la collaboration interprofessionnelle	4
3. Les éléments de la méthode	5
3.1 Méthodes de recherche.....	5
3.1.1 Volet qualitatif.....	5
3.1.2 Volet quantitatif.....	5
3.2 Considérations éthiques.....	7
4. Les résultats	8
4.1 Contexte environnemental et organisationnel des sous-régions.....	8
4.1.1 Caractéristiques des mères	8
4.1.2 Caractéristiques de la gouverne.....	8
4.1.3 Caractéristiques des professionnels et des organisations	9
4.2 Constats sur l'intervention.....	9
4.2.1 L'intervention au Sud.....	9
4.2.1.1 La participation active de la mère	10
4.2.1.2 La globalité de l'approche	11
4.2.1.3 La synergie entre les outils d'information.....	11
4.2.1.4 La collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle	14
4.2.2 La situation au Nord.....	14
4.3 Constats sur l'implantation.....	15
4.3.1 La participation active des mères	16
4.3.2 La synergie des outils d'information.....	18
4.3.3 La globalité de l'approche	20
4.3.4 La collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle	22
4.4 Constats sur les effets	23
4.4.1 Les effets du système	23
4.4.1.1 Précocité de la référence des clientèles à risque.....	23
4.4.1.2 Appropriation par la mère de sa grossesse	23

4.4.1.3	Continuité informationnelle	25
4.4.1.4	La santé de la mère et du nouveau-né	25
4.4.1.5	Les services	26
4.4.1.6	La satisfaction des mères.....	27
4.4.1.6.1	Appréciation du carnet de grossesse	27
4.4.1.6.2	Appréciation des services reçus	27
4.4.2	Autres effets	28
Références	29
	ANNEXE 1 - Cadre de référence de l'évaluation du système de gestion de la continuité des soins	33
	ANNEXE 2 - Organisation des deux sous-régions en périnatalité	37
	ANNEXE 3- Entrevues du volet qualitatif de l'étude	41
	ANNEXE 4- Caractéristiques des mères des deux sous-régions	45
	ANNEXE 5 - Résultats du volet quantitatif	57

Faits saillants

À la demande des instances locales, notre équipe de recherche a procédé à l'évaluation de l'implantation et des effets d'un système de gestion de la continuité des soins en prénatal. Le système de gestion de la continuité repose essentiellement sur un système de référence inter établissements et sur un carnet de grossesse conçu par les promoteurs du système.

Constats sur l'intervention :

- L'intervention mise en place est un système de gestion de la continuité qui comprend quatre **composantes qui se potentialisent** soit la participation active des mères, la globalité de l'approche, la synergie des outils et la collaboration entre les intervenants. Le choix de ces composantes reflète une approche globale, créative et qui a le potentiel d'être généralisée. La force de cette approche réside dans le fait que l'intervention prend en compte des dimensions essentielles telles que les besoins de la clientèle, les relations entre les professionnels et les structures organisationnelles.

Constats sur l'implantation :

- Un tel système ne peut être implanté que sur un **terrain propice** c'est-à-dire là où la confiance et la collaboration entre les intervenants sont bien établies et alimentées par un leadership partagé entre les organisations et par l'accès à des lieux d'échanges professionnels et de socialisation.
- On constate certains problèmes d'implantation reliés à un **manque de consensus** notamment en regard de la participation active de la clientèle, de la notion de risque psychosocial, de la globalité de l'approche et de la finalité des outils d'information. On observe des différences importantes quant à ces éléments entre les professionnels des organisations (CH¹, CLSC², cabinets privés) et entre les disciplines (médecins/infirmières).

¹ CH : Centres hospitaliers.

² CLSC : Centres locaux de services communautaires.

Constats sur les effets :

- Malgré les difficultés d'implantation, on note des **effets positifs du système** lorsqu'on compare la région où le système a été implanté à une région contrôle :
 - une plus grande intégration des médecins de cabinets privés (généralistes et spécialistes) au réseau par la formalisation des échanges d'information.
 - un plus grand nombre de références prénatales précoces faites par les médecins, pour la clientèle à risque psychosocial.
 - une plus grande continuité informationnelle entre les établissements et plus de cohérence dans l'information transmise aux mères.
 - une plus grande satisfaction des mères quant aux services reçus au cabinet des médecins et en centre hospitalier.
 - une plus grande habilitation des mères dans la prise de décision et une meilleure préparation à l'accouchement.
- Les **primipares** ont davantage bénéficié du système que les multipares par une utilisation plus importante des outils de continuité.

Les efforts investis par les promoteurs ont fait en sorte que le système de gestion de la continuité a atteint plusieurs des objectifs visés. Les professionnels de la région ont adopté une approche de réseau intégré où se développent de nouvelles pratiques reliées à la continuité des soins. Ce système a le potentiel de devenir un moyen efficace pour changer les pratiques à condition que les professionnels arrivent à un consensus (notamment sur la participation de la clientèle et sur la notion de risque psychosocial pour la profession médicale). Cependant, un tel système de gestion de la continuité ne peut survivre que par l'injection continue de ressources humaines et financières qui en assurent la pérennité.

Résumé

Ce projet de recherche aborde le thème de la gestion de la continuité des soins, et plus spécifiquement, les systèmes de gestion de la continuité des soins dans le contexte sous-régional d'une structure de fonctionnement en réseau pour la dispensation de soins et services en périnatalité. À la demande des instances locales avec lesquelles nous avons déjà établi une collaboration (1,2), notre équipe a procédé à l'évaluation de l'implantation et des effets de la composante prénatale d'un système de gestion de la continuité des soins en périnatalité qui repose essentiellement sur la référence inter-établissements et sur un carnet de grossesse géré par les femmes enceintes. Les objectifs poursuivis par les promoteurs du système étaient: 1) de favoriser l'identification et la référence précoce des femmes enceintes présentant des risques bio-psycho-sociaux et 2) d'assurer la continuité de l'information entre les différents partenaires de soins.

L'étude pour laquelle la collecte des données s'est déroulée d'octobre 2003 à août 2004³, comprend deux volets, un volet qualitatif et un volet quantitatif. Le premier volet a consisté en une étude de cas qui visait à qualifier l'intervention et à déterminer l'influence du contexte environnemental et organisationnel sur l'implantation de l'intervention et sur les effets observés. L'analyse de l'intervention a reposé sur des entretiens semi-structurés avec 20 professionnels, questionnaires et intervenants de différentes organisations (14 entretiens ont été menés dans la sous-région Sud, là où l'intervention a été développée et implantée, et six dans la sous-région Nord, celle-ci ayant servi de groupe de comparaison).

Le second volet avait comme objectifs 1) de documenter l'intervention du point de vue des mères en termes d'utilisation et d'appréciation des outils d'information, tout particulièrement du carnet de grossesse conçu par les promoteurs, et 2) de déterminer les effets de l'intervention sur les services reçus, l'appropriation de sa grossesse par la mère, la préparation à l'accouchement, la santé de la mère et du nouveau-né et l'appréciation des services. Pour ce faire, une enquête épidémiologique a été réalisée en deux temps, un mois et trois mois après l'accouchement. Au premier temps de l'enquête, 324 mères de la sous-région Sud et 327 mères

³ Le présent rapport fait donc état des constituantes organisationnelles et structurelles telles qu'elles existaient au moment de l'étude.

de la sous-région Nord ont complété une première entrevue téléphonique, avec un taux de réponse de 54,5% au Sud et de 70,9% au Nord. Au deuxième temps de l'enquête, les taux de réponse ont atteint respectivement 84,3% et 92,7%.

L'analyse des données recueillies dans chacun des volets s'est déroulée en parallèle puis les résultats ont été intégrés. Au Sud, le système de gestion de la continuité en prénatal a pris forme sous l'impulsion d'un groupe de gestionnaires et de professionnels du CH et des 2 CLSC du territoire, dans le contexte d'une structure de fonctionnement en réseau où la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle en postnatal était déjà bien établie. Le système possède quatre composantes qui se potentialisent soit la participation active des mères, la globalité de l'approche, la synergie des outils et la collaboration entre les intervenants. Différents outils d'information ont été développés par les promoteurs du système. Pour la référence inter-établissements, on retrouve l'*Histoire de soins périnatale* (un questionnaire auto-administré rempli par la mère lors de sa première visite médicale prénatale) et le *Formulaire de référence prénatale* (du médecin vers le CLSC). À ceci s'ajoute le carnet de grossesse *Entre Ciel et Terre* que la mère reçoit lors de sa première visite chez son médecin accoucheur. Le carnet a une double finalité : 1) informer et sensibiliser les mères à la grossesse, à l'accouchement et au retour à la maison et 2) favoriser l'échange d'information entre les professionnels. La mère peut y inscrire des informations générales (rendez-vous et numéros de téléphone importants) de même que des renseignements médicaux la concernant, son plan d'accouchement et son intention d'allaiter.

La première composante du système, la participation active des mères, repose sur une plus grande responsabilisation de celles-ci en regard de leur santé. Elles occupent donc une place centrale dans le système tant à titre d'acteurs que d'évaluateurs. Neuf mères sur dix ont reçu le carnet de grossesse *Entre Ciel et Terre* et la très grande majorité (90%) ont écrit dedans. Les primipares l'ont davantage utilisé et considèrent que l'information qu'elles y ont consignées a été utile pour les professionnels. Pourtant force nous est de constater que le degré de participation attendu des mères et l'utilité du carnet de grossesse comme outil d'échange d'information sont loin de faire consensus parmi les professionnels.

La globalité de l'approche se concrétise par la prise en compte des facteurs de risque tant médicaux que psychosociaux. Ces facteurs sont susceptibles d'influencer le déroulement et

l'issue de la grossesse et leur identification dès le début de la grossesse permet de diriger précocement les mères à risque, vers les ressources appropriées. Le système a effectivement favorisé une approche plus globale des clientèles à risque, particulièrement chez les médecins spécialistes qui voient dans l'*Histoire de soins périnatale* un outil facilitant la prise en compte des problèmes d'ordre psychosocial. Il persiste cependant une absence de consensus entre certains médecins et les intervenants des CLSC quant aux facteurs de risque qui justifient une référence prénatale (ex. le tabagisme et les difficultés financières).

Bien que les différents outils d'information inhérents au système aient favorisé une plus grande intégration des médecins notamment en ce qui a trait à la référence précoce des clientèles à risque, on observe un manque de consensus sur la finalité des outils lié en grande partie aux valeurs professionnelles des individus. Ainsi certains professionnels voient dans le carnet de grossesse un outil personnel dans lequel les mères inscrivent bien ce qu'elles veulent et doutent de la capacité des mères à gérer un instrument dont l'une des finalités est la circulation de l'information entre les professionnels. Ces divergences d'opinion diminuent le potentiel synergétique des outils d'information.

Parmi les effets positifs du système, on note : une meilleure collaboration entre les CLSC et les organismes communautaires, le réseautage CLSC- cabinets privés, une augmentation significative du nombre de mères référées aux CLSC en prénatal; une plus grande appropriation par la mère de sa grossesse qui se traduit entre autres par le fait que les mères qui ont utilisé leur carnet de grossesse de façon optimale ont senti qu'elles avaient un mot à dire dans les décisions que les professionnels ont prises à leur sujet pendant la grossesse; une meilleure préparation à l'accouchement par la rédaction d'un plan d'accouchement; le sentiment qu'ont les mères que le carnet de grossesse est efficace pour transmettre des renseignements aux intervenants sans avoir à toujours répéter les mêmes informations; une plus grande satisfaction des mères face aux services reçus au cabinet des médecins et en CH, et le sentiment que les médecins ont davantage tenu compte de leurs besoins.

Un comité de pilotage a été mis sur pied pour l'implantation opérationnelle du système. Les éléments clés du succès de l'implantation du système sont: la présence d'une infirmière de liaison dédiée au projet, la personnalisation de l'approche auprès des médecins, le suivi constant et la rétroaction annuelle sur les indicateurs de résultats du système. Bien que le système ait été

implanté sur un terrain propice où une bonne relation de confiance et de collaboration était déjà installée, des efforts devront être consentis dans l'avenir pour que les organismes communautaires deviennent des partenaires à part entière et que la motivation des professionnels à participer au système soit maintenue. Il appert donc qu'un tel système de gestion de la continuité qui repose fondamentalement sur l'adoption de nouvelles pratiques ne pourra survivre sans l'implication de ressources humaines et financières qui en assurent la pérennité.

1. Le contexte

Dans ses lignes directrices nationales en matière de soins à la mère et au nouveau-né, Santé Canada insiste sur l'importance de la continuité des soins en périnatalité (3). Ainsi, les stratégies visant l'amélioration de la continuité des soins devraient reposer sur : 1) le suivi de la femme par le même intervenant ou groupe d'intervenants, 2) le partage d'une même philosophie et d'une même perspective de prestation des soins par les intervenants et 3) un réseau de communication efficace entre les intervenants afin de réduire les risques de bris de continuité. Une intervention visant ce dernier point a été implantée dans une région socio-sanitaire du Québec. Cette région est divisée en deux sous-régions, le Sud et le Nord, et c'est dans la sous-région Sud que l'intervention a été implantée, en 2002. Cette intervention a pris la forme d'un système de gestion de la continuité des soins particulièrement pour la période prénatale. Une structure de fonctionnement en réseau était déjà en place pour la continuité des soins en postnatal⁴. Les décideurs ont voulu construire sur ce réseau et le bonifier pour identifier de façon précoce les femmes enceintes à risque et pour assurer la référence de ces dernières vers les ressources appropriées. Les professionnels les mieux placés pour l'identification précoce des femmes enceintes à risque sont les médecins de cliniques ou cabinets privés. Or, ces médecins sont souvent à l'écart des projets d'intégration des soins pour diverses raisons. Ainsi, dans la sous-région à l'étude, une relation de collaboration est déjà bien établie entre le centre hospitalier et les CLSC pour le suivi postnatal mais les médecins de cabinets privés y participent peu.

Les instances responsables avec lesquelles nous avons déjà établies un partenariat dans des projets de recherche antérieurs (1, 2) nous ont demandé d'évaluer l'implantation et les effets de ce système de gestion de la continuité des soins en prénatal. Les objectifs généraux poursuivis par les promoteurs du système de gestion de la continuité étaient : 1) de favoriser l'identification

⁴ Il ne s'agit pas à proprement parler d'un réseau intégré structurellement mais bien d'un mode de fonctionnement en réseau, c'est-à-dire que ce sont des professionnels et gestionnaires de différents types d'organisations notamment du CH et du CLSC qui ont décidé de promouvoir l'implantation d'une intervention qui visait à renforcer le continuum de soins en y incluant les médecins de cabinets privés et les organismes communautaires de la région.

et la référence précoce des femmes enceintes présentant des risques bio-psychosociaux et 2) d'assurer la continuité de l'information entre les différents partenaires de soins. Les objectifs spécifiques, eux, comprenaient : 1- identifier et diriger précocement la clientèle à risque (santé physique et risques psychosociaux) vers les ressources appropriées; 2- amener les mères à s'approprier leur grossesse; 3- éviter que les mères aient à subir le manque de communication entre les intervenants; 4- éviter les dédoublements d'information; 5- uniformiser l'approche médicale par souci d'équité; 6- harmoniser l'accès aux ressources en prénatal et 7- mieux préparer la clientèle non à risque à l'accouchement.

Le système de gestion de la continuité repose essentiellement sur un système de référence inter-établissements et un carnet de grossesse conçu par les promoteurs. Ce système ne peut toutefois fonctionner sans trois autres composantes qui sont : la participation des mères, la globalité de l'approche des professionnels et la collaboration. Les outils d'information constituent ainsi la partie visible d'un système complexe.

Le cadre de référence que nous avons développé pour les fins du présent projet est présenté à l'Annexe A-1. Il illustre les liens entre le contexte environnemental et organisationnel dans lequel le système de gestion de la continuité évolue, le système lui-même et ses effets. Le système de gestion de la continuité est caractérisé par quatre composantes : 1) la participation active de la mère; 2) la globalité de l'approche; 3) la synergie entre les outils d'information et 4) la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle. Dans ce système, la mère et non les professionnels est au centre et devient l'agent actif de transmission de l'information tout au long de l'épisode de services qui, dans la majorité des cas, impliquent des professionnels provenant de différents établissements. Le projet de recherche tente donc de répondre aux questions suivantes :

- 1) Comment qualifier la nature de l'intervention mise en place en ce qui a trait à ses composantes et aux liens dynamiques qui existent entre elles?
- 2) Quels facteurs contextuels ont influencé l'implantation de cette intervention et ses effets?
- 3) Quels sont les effets de cette intervention?

2. La portée

Les résultats de notre étude seront utiles aux décideurs et aux gestionnaires à bien des égards. Tout d'abord, ceux de la région à l'étude attendent de ces résultats des leçons pour généraliser à l'ensemble de la région et à d'autres problématiques, l'approche adoptée en périnatalité pour implanter les réseaux intégrés de services dont l'information et la continuité sont les éléments essentiels. L'intérêt de notre étude pour les décideurs et les gestionnaires est qu'elle situe l'intervention dans un contexte naturel plus large, et indissociable tel que les situations réelles se présentent. En effet, la continuité, l'intégration des services et la collaboration interprofessionnelle apparaissent comme des éléments intimement liés et indissociables dans les transformations qui s'opèrent dans notre système de santé. Les décideurs doivent être convaincus de l'efficacité du fonctionnement en réseau afin qu'ils allouent les ressources nécessaires pour en assurer le fonctionnement optimal à court terme et la survie à plus long terme.

En général, les décideurs et gestionnaires ont tendance à investir davantage dans la structure et dans les outils, ce qu'il faut faire bien sûr. Or, notre recherche montre que les difficultés d'implantation d'un système de gestion de la continuité se situent davantage au niveau des valeurs professionnelles. En effet, le mode de fonctionnement en réseau intégré repose sur l'adoption de nouvelles pratiques qui elle, nécessite des changements profonds des valeurs. Ainsi notre étude a mis en évidence une absence de consensus entre les professionnels de différentes disciplines quant à la participation active des mères, à la finalité et à l'utilisation spécifique des outils d'information, et au partage des responsabilités pour l'identification et la prise en charge des clientèles à risque. Ce constat devrait amener les décideurs et les chercheurs à développer des connaissances et des stratégies visant 1) à reconnaître le rôle de la clientèle dans la continuité des soins; 2) à favoriser l'intégration des médecins de cabinets privés au fonctionnement en réseau de soins intégrés et 3) à accroître la collaboration interprofessionnelle.

Reconnaître le rôle de la clientèle dans la continuité des soins

- En acquérant une meilleure compréhension des réserves qu'ont les professionnels à ce que la clientèle joue un rôle plus actif dans la continuité des soins et du rôle effectif que les femmes veulent jouer dans la prise de décision et dans la continuité informationnelle, et

cela pour aller au-delà de la rhétorique de la participation active de la population et reconnaître ainsi leur place dans la prise de décisions.

Favoriser l'intégration des médecins de cabinets privés au fonctionnement en réseau de soins intégrés

- En cernant mieux les enjeux financiers et professionnels du fonctionnement en réseau pour les médecins de cabinets privés et leurs attentes face à la collaboration interprofessionnelle.
- En outillant les médecins pour les aider à aborder les problèmes d'ordre psychosocial chez leurs clientes.
- En misant sur la création des CSSS⁵ pour favoriser l'uniformisation des programmes et des outils d'information.

Accroître la collaboration interprofessionnelle

- En s'appuyant sur des données probantes pour l'identification des facteurs de risque et la mise sur pied d'interventions efficaces spécifiques à ces facteurs.
- En renforçant le climat de confiance qui s'est établi entre les médecins de cabinets privés et les professionnels des CLSC, notamment en favorisant les échanges sur la perception qu'ont les médecins du rôle des CLSC (clientèles rejointes, programmes offerts, efficacité...).
- En s'assurant que les professionnels des différentes organisations donnent du feedback systématiquement aux médecins de cabinets privés qui réfèrent des clientes.
- En mettant à la disposition des professionnels des différentes organisations, des lieux et des occasions d'échanges professionnels et de socialisation.
- En encourageant les promoteurs du système à assurer la pérennité de l'intervention par la mise en œuvre de mécanismes de renforcement des objectifs et par le soutien aux rôles des partenaires. À cet égard, le rôle de l'infirmière de liaison est capital.

⁵ CSSS : Centres de santé et de services sociaux.

3. Les éléments de la méthode

3.1 Méthodes de recherche

L'étude comprend deux volets : un volet qualitatif et un volet quantitatif. Le premier volet consiste en une étude de cas qui vise à qualifier l'intervention développée dans la sous-région Sud et à déterminer l'influence du contexte sur l'implantation de l'intervention et sur les effets observés. Le second volet consiste, quant à lui, à documenter l'intervention du point de vue des mères et à déterminer les effets de cette intervention.

3.1.1 Volet qualitatif

L'analyse de l'intervention a reposé sur des entrevues semi-structurées menées auprès de 20 répondants : médecins, infirmières, travailleuse sociale, gestionnaires, nutritionniste et intervenante du milieu communautaire (tableau A-3.1, Annexe 3). Quatorze entrevues ont été conduites dans la sous-région Sud et six dans la sous-région Nord. Douze entrevues ont été effectuées en face-à-face et huit par téléphone. Les entrevues se sont déroulées d'octobre 2003 à juin 2004. Elles ont été transcrites et codées à l'aide du logiciel NU DIST. La codification a été validée par l'équipe des chercheurs. Les entrevues ont permis de documenter : la nature de l'intervention, l'implantation et le suivi de l'implantation; les facteurs contextuels, organisationnels et professionnels qui ont influencé la mise en place du système; la collaboration entre les professionnels et entre les organisations, le leadership et les effets du système perçus par les répondants.

3.1.2 Volet quantitatif

Le volet quantitatif repose sur une enquête épidémiologique ayant consisté en des entrevues téléphoniques auprès des mères, dans les deux sous-régions à l'étude.

Toutes les femmes qui résidaient dans une des deux sous-régions à l'étude et qui ont accouché au CH de leur sous-région de résidence étaient visées par l'enquête. Pour être éligibles, les mères devaient cependant rencontrer les critères suivants :

- 1) avoir donné naissance à un enfant né vivant par voie vaginale ou par césarienne;
- 2) avoir eu un bébé dont l'âge gestationnel était supérieur à 32 semaines;

- 3) avoir eu une durée de séjour postnatal égale ou inférieure à 7 jours;
- 4) avoir eu un bébé dont la durée de séjour postnatal a été égale ou inférieure à 7 jours;
- 5) avoir la capacité de s'exprimer en français ou en anglais;
- 6) ne pas avoir été suivie exclusivement par une sage-femme.

Les entrevues se sont déroulées en deux temps. Au temps 1, soit un mois après l'accouchement, 324 mères de la sous-région Sud et 327 mères de la sous-région Nord ont été interviewées. Le taux de réponse pour les deux sous-régions a été respectivement de 54,5% et de 70,9% (tableau A-4.1, Annexe 4). La différence dans les taux de réponse peut être expliquée par le fait que dans le Nord, la lettre invitant les mères à participer à l'étude leur a été présentée verbalement pendant leur séjour au CH alors que dans le Sud, la même lettre leur a été remise sans explications au moment du congé. De plus, la durée de l'entrevue était plus longue dans le Sud, là où l'intervention a été implantée. Les entrevues téléphoniques du temps 1 ont été menées du 14 novembre 2003 au 20 juin 2004 pour le Sud et du 13 novembre 2003 au 26 mai 2004 pour le Nord.

Dans les deux sous-régions, les mères qui ont participé à l'étude sont plus scolarisées que celles n'ont pas participé (tableau A-4.2, Annexe 4). Dans la sous-région Sud, on retrouve également une proportion un peu plus élevée de primipares parmi les participantes.

Au temps 2, c'est-à-dire trois mois après l'accouchement, 217 entrevues ont été réalisées auprès des participantes de la sous-région Sud et 260 auprès de celles de la sous-région Nord.

Le taux de réponse a été de 84,3% pour le Sud et de 92,7% pour le Nord. Ces entretiens se sont déroulés du 12 janvier 2004 au 18 août 2004. Le profil des mères qui ont participé au temps 2 de l'enquête est comparable à celui des mères qui ont participé au temps 1 tant dans la sous-région Sud que dans la sous-région Nord (Tableaux A-4.3b et A-4.3c, Annexe 4).

Le questionnaire administré au temps 1 a permis de documenter les caractéristiques sociodémographiques des mères, les services reçus pendant la grossesse (visites médicales,

rencontres prénatales, programmes spéciaux du CLSC et recours à des organismes communautaires), l'utilisation du carnet de grossesse en pré, per et postnatal, l'appréciation des mères à l'égard du suivi prénatal, le déroulement de l'accouchement (complications et pharmacothérapie pour le soulagement de la douleur), les services reçus suite au retour à la maison, la santé de la mère et du nouveau-né, l'allaitement, l'utilisation des services de santé (consultation à l'urgence et réadmission, en pré et postnatal) et l'appréciation de la qualité des services reçus, entre autres, de la continuité des services. Au temps 2, l'interview s'est concentrée sur l'utilisation des services de santé depuis le temps 1, la durée de l'allaitement maternel et la santé mentale de la mère. Les questionnaires étaient les mêmes dans les deux sous-régions sauf bien sûr pour les questions spécifiques aux outils d'information.

L'enquête téléphonique auprès des mères a été confiée à la maison de sondage CROP⁶ qui a d'abord procédé au pré-test de chacun des questionnaires (temps 1 et temps 2) auprès d'une vingtaine de mères, dans chacune des sous-régions.

L'analyse des effets du point de vue des mères a reposé sur des tests du Chi-deux et sur des modèles de régression logistique.

3.2 Considérations éthiques

Le projet a reçu l'autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec pour que des renseignements nominatifs soient transmis de l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de la région, à l'équipe de recherche. Le projet a également reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, et de celui des deux centres hospitaliers de la région.

⁶ CROP : Centre de recherche sur l'opinion publique.

4. Les résultats

La présentation des résultats suit le cadre de référence que nous avons utilisé (Annexe 1).

4.1 Contexte environnemental et organisationnel des sous-régions

4.1.1 Caractéristiques des mères

Dans la population à l'étude, les mères des deux sous-régions sont comparables pour la parité, le pays de naissance et le statut marital (tableau A-4.3a, Annexe 4). Cependant les mères de la sous-région Sud sont significativement moins jeunes et plus scolarisées que celles de la sous-région Nord. Toujours dans la sous-région Sud, la proportion de mères qui ont occupé un emploi rémunéré pendant la grossesse est plus élevée que dans la sous-région Nord. Ces différences devront être prises en compte dans l'analyse des effets du système de gestion de la continuité.

4.1.2 Caractéristiques de la gouverne

Le système de gestion de la continuité a pris forme dans la sous-région Sud sous l'impulsion d'un groupe de gestionnaires et de professionnels qui ont identifié certaines lacunes dans les services prénatals à l'égard de la continuité des soins et de la détection précoce des femmes à risque. Un comité de pilotage a été mis sur pied en 2002 afin d'élaborer et d'implanter un projet visant à corriger ces lacunes. Ce comité regroupe des professionnels et gestionnaires des différentes organisations et disciplines impliquées en périnatalité et un représentant des groupes communautaires. Il a été assisté des cadres infirmiers de CH et CLSC et de l'infirmière de liaison. Le comité a piloté le développement de l'intervention et son implantation à toutes les étapes. La participation active de médecins à ce comité s'est avérée primordiale pour stimuler l'intérêt des médecins cliniciens.

Dans la sous-région Nord, l'implantation d'une telle intervention sur la continuité des soins en prénatal a été discutée sous l'influence de ce qui se passait au Sud. Les instances impliquées n'ont pas jugé pertinent d'implanter le système développé au Sud. Selon les répondants, la sous-région Nord utilise d'autres outils d'information pour assurer la continuité.

Les instances responsables au Nord sont le comité de périnatalité mis sur pied en 1997 dans le cadre de l'instauration du congé précoce. Trois autres comités orientent leur travail vers des problématiques spécifiques dont l'allaitement, l'harmonisation des cours prénatals et la consolidation de l'équipe CH. Le tableau A-2.2 de l'Annexe 2 présente les différents comités des régions Sud et Nord.

4.1.3 Caractéristiques des professionnels et des organisations

On retrouve un seul centre hospitalier de soins de courte durée dans chacune des sous-régions. En 2000-2001, 1 367 accouchements ont été faits au CH de la sous-région Sud et 1026 au CH de la sous-région Nord (données du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). La sous-région Sud compte deux CLSC comparativement à quatre pour la sous-région Nord. Au niveau des ressources médicales (tableau A-2.1, Annexe 2), on retrouve deux fois plus de médecins généralistes accoucheurs dans la sous-région Sud que dans la sous-région Nord (11 contre 6). Le nombre de spécialistes accoucheurs est, en contre partie, sensiblement le même dans les deux sous-régions (5 au Sud et 6 au Nord). Enfin, le nombre d'infirmières équivalent temps plein est plus élevé au Sud qu'au Nord (29 contre 21).

4.2 Constats sur l'intervention

La question à laquelle nous répondons est la suivante : Comment qualifier la nature de l'intervention mise en place en ce qui a trait à ses composantes et aux liens dynamiques qui existent entre elles?

4.2.1 L'intervention au Sud

La recherche que nous avons menée porte sur l'évaluation d'une intervention qui consiste à la mise sur pied d'un système d'information dédié à améliorer la continuité des soins. L'intervention sera présentée en fonction des quatre composantes qui la caractérisent soit la participation active de la mère, la globalité de l'approche, la synergie entre les outils d'information et la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle.

Mais avant de présenter les composantes, rappelons les objectifs généraux et spécifiques poursuivis par les promoteurs :

Objectifs généraux :

1) de favoriser l'identification et la référence précoce des femmes enceintes présentant des risques biopsychosociaux et 2) d'assurer la continuité de l'information entre les différents partenaires de soins.

Objectifs spécifiques :

1) identifier et diriger précocement la clientèle à risque (santé physique et risques psychosociaux) vers les ressources appropriées; 2) amener les mères à s'approprier leur grossesse; 3) éviter que les mères aient à subir le manque de communication entre les intervenants; 4) éviter les dédoublements d'information; 5) uniformiser l'approche médicale par souci d'équité; 6) harmoniser l'accès aux ressources en prénatal et 7) mieux préparer la clientèle non à risque à l'accouchement.

4.2.1.1 La participation active de la mère

Le système de gestion de la continuité est basé sur la participation de la clientèle, à savoir que les mères sont impliquées dans les échanges d'information entre les professionnels. L'originalité du système est de mettre à contribution la clientèle dans la gestion de la continuité et parallèlement de mettre en place des soins centrés sur la personne ce qui, théoriquement, augmenterait la réactivité du système. Cette participation est basée sur une plus grande responsabilisation des mères à l'égard de leur santé. Des mères plus responsables sont plus impliquées et intéressées à leur santé et donc à celle du bébé. Il s'agit d'un pas vers une plus grande habilitation des mères. Ainsi, le système mis en place permet de formaliser la place centrale de la clientèle à titre d'acteur et d'évaluateur du réseau. Il permet de rétablir un certain équilibre de pouvoir entre les mères et les professionnels. Le défi pour les promoteurs était d'une part, de mettre en place des outils de continuité signifiants pour l'ensemble des mères et qui doivent donc être adaptés à un large éventail de caractéristiques socioculturelles et d'autre part, de mettre en place des outils suffisamment structurés pour relever le défi de la continuité informationnelle entre les professionnels.

4.2.1.2 La globalité de l'approche

La globalité de l'approche se concrétise dans cette intervention par la prise en compte de tous les facteurs de risque pouvant influencer le déroulement et l'issue de la grossesse, non seulement les facteurs médicaux mais aussi les facteurs psychosociaux. À ce titre, les habitudes de vie sont aussi une cible de l'intervention tout comme la situation financière de la mère durant la grossesse.

Les risques et les problèmes biopsychosociaux doivent être pris en compte durant la grossesse par les différents intervenants notamment par les médecins qui sont les premiers à entrer en contact avec les mères et qui ont l'habitude de diriger davantage les mères qui ont des problèmes d'ordre physique vers les ressources appropriées. Par cette globalité de l'approche, on désire identifier tôt dans la grossesse les mères à risque et les orienter vers les ressources qui pourront prendre en charge leurs problèmes.

4.2.1.3 La synergie entre les outils d'information

Différents outils de gestion de la continuité ont été développés pour répondre aux besoins de continuité du prénatal au postnatal, l'*Histoire de soins périnatale*, le *Formulaire de référence périnatale* (du médecin vers le CLSC) et le carnet de grossesse *Entre ciel et terre*.

La référence inter établissements commence par l'identification de la clientèle à risque biopsychosocial en prénatal. Pour ce faire, dès la première visite médicale périnatale, la femme enceinte est invitée à remplir l'*Histoire de soins périnatale*, un questionnaire qui vise à mieux connaître ses besoins et ses attentes. Après avoir procédé à l'analyse de l'information fournie par la mère, entre autre par le biais de l'*Histoire de soins périnatale*, le médecin pourra diriger cette dernière au CLSC en complétant le *Formulaire de référence périnatale* (du médecin vers le CLSC). Il existe un mécanisme de suivi des références par lequel l'intervenante du CLSC donne du feedback au référant, démarche particulièrement importante dans le processus de collaboration entre les médecins en cabinets privés et les CLSC.

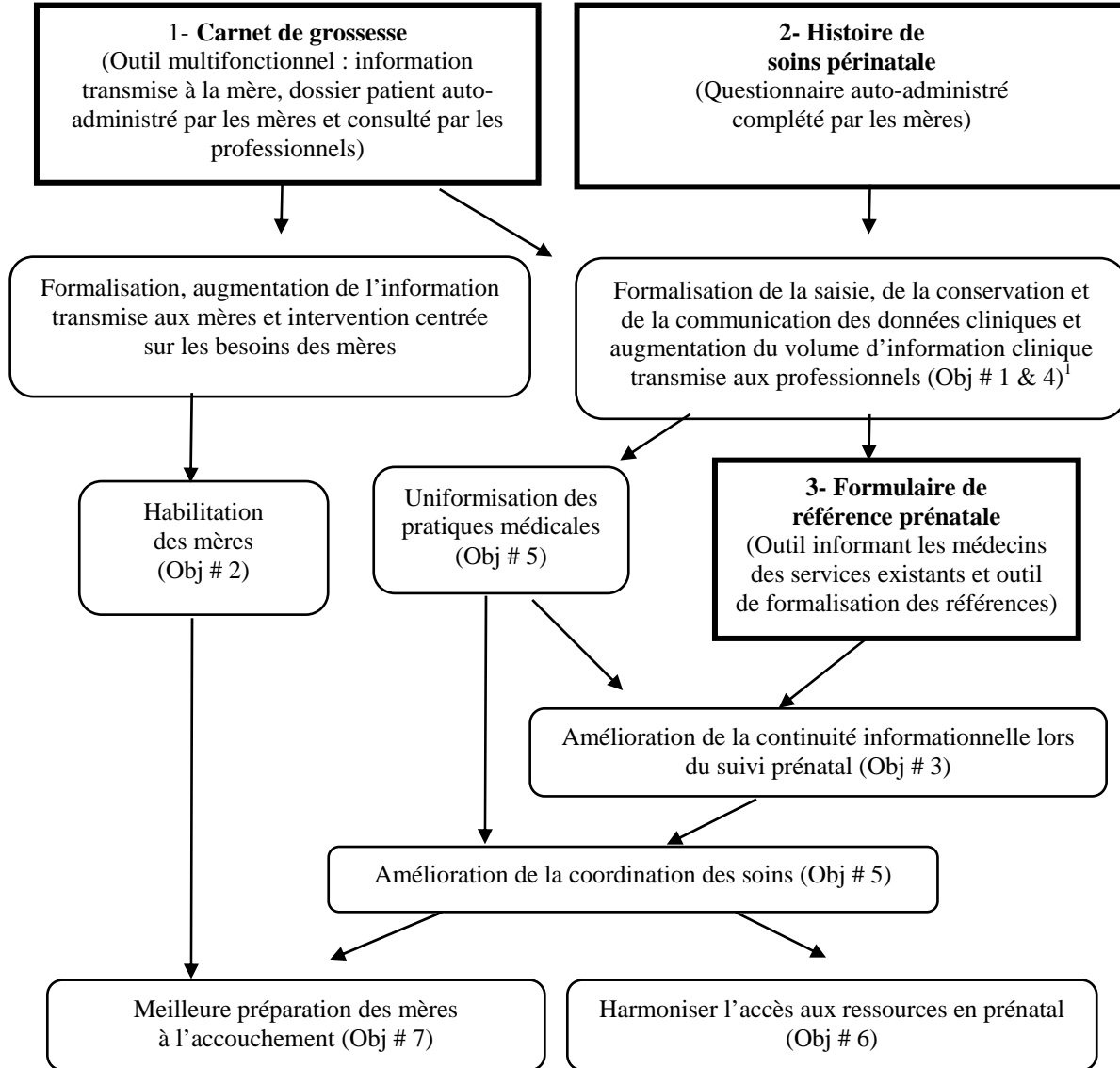
Toujours lors de la première visite périnatale, la femme enceinte recevra le carnet de grossesse *Entre ciel et terre* et sera encouragée à l'utiliser. De format 6x9 pouces, ce carnet d'une vingtaine de pages possède une couverture cartonnée avec pochettes permettant à la mère d'y

insérer des documents. Il contient de **l'information** sur : les consignes à suivre en cas de problèmes de santé suscitant de l'inquiétude, la planification du séjour au centre hospitalier et du retour à la maison avec le nouveau-né, les programmes de renoncement au tabagisme et une suggestion de lectures. La mère pourra y **écrire** les renseignements concernant sa grossesse (notamment son gain de poids), des renseignements médicaux (tension artérielle, albuminurie, œdème, cœur fœtal), ses rendez-vous, la liste des numéros de téléphone importants, son plan d'accouchement et son intention d'allaiter. Le carnet de grossesse figure comme pièce maîtresse parmi les outils d'information car c'est par ce carnet que les mères devront faire circuler entre les professionnels certaines informations les concernant.

Enfin, dans l'optique d'une meilleure continuité des soins périnataux, la femme enceinte est invitée à signer un formulaire d'autorisation de transfert d'information entre son médecin accoucheur, le CLSC de son lieu de résidence et le CH.

La figure suivante présente la *Modélisation des mécanismes d'action du système d'information*.

Modélisation des mécanismes d'action du système d'information



¹ Légende : Obj # 1-identifier et diriger précocement la clientèle à risque (santé physique et risques psychosociaux) vers les ressources appropriées; Obj # 2- amener les mères à s'approprier leur grossesse; Obj # 3- éviter que les mères aient à subir le manque de communication entre les intervenants; Obj # 4- éviter les dédoublements d'information; Obj # 5- uniformiser l'approche médicale par souci d'équité; Obj # 6- harmoniser l'accès aux ressources en prénatal et Obj # 7- mieux préparer la clientèle non à risque à l'accouchement.

4.2.1.4 La collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle

Une autre composante du système de gestion de la continuité est la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle. Les promoteurs du projet considèrent qu'il y a place à améliorer la collaboration entre certaines parties du système. Le développement de projets autour de la continuité postnatale dans le cadre du congé précoce a fait en sorte qu'une relation de collaboration s'installe entre les professionnels des CLSC et de l'hôpital. Le même travail est à faire en prénatal en y incluant les médecins de cabinets privés. Les promoteurs privilégient deux moyens, soit la socialisation par laquelle les professionnels apprennent à se connaître sur le plan personnel et professionnel et à établir une relation de confiance entre eux et entre leurs organisations. La deuxième modalité est de l'ordre de la formalisation soit la mise en place de règles, de protocoles et de moyens favorisant l'échange d'information.

4.2.2 La situation au Nord

Au Nord, en prénatal, la priorité a été donnée à l'harmonisation des cours prénatals et non à la continuité en prénatal. Selon certains répondants, il n'y a pas de formulaires de références en prénatal entre les médecins et les CLSC. Selon d'autres, un formulaire existe mais est à refaire. Les médecins réfèrent surtout la clientèle entrant dans les programmes spéciaux comme OLO (Œufs-Lait-Oranges), NEGS (Naître Égaux Grandir en Santé) ou Jeunes Parents. Il existe une référence prénatale entre le CLSC et l'hôpital pour les futures mères adolescentes, celles qui vivent dans un ménage monoparental et les toxicomanes. Pour recueillir l'information auprès des mères, les médecins utilisent différents outils. Il n'y a pas d'outil spécifique pour détecter précocement les femmes à risque. Il existe un carnet qui prend la forme d'un document qui fait état des ressources de la région en périnatalité.

Quant aux autres composantes du système tel qu'on les retrouve au Sud soit la participation active de la mère, la globalité de l'approche et la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle, nous ressortons que ces composantes existent certainement au niveau du discours mais nous ne pouvons déterminer dans quelle mesure des moyens concrets ont été mis en place pour intégrer ou formaliser ces composantes.

4.3 Constats sur l'implantation

Cette partie présente brièvement les étapes de l'implantation et les constats sur l'implantation en fonction des quatre composantes du système de gestion de la continuité dans l'ordre suivant : la participation active de la mère, la synergie des outils d'information, la globalité de l'approche, et la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle.

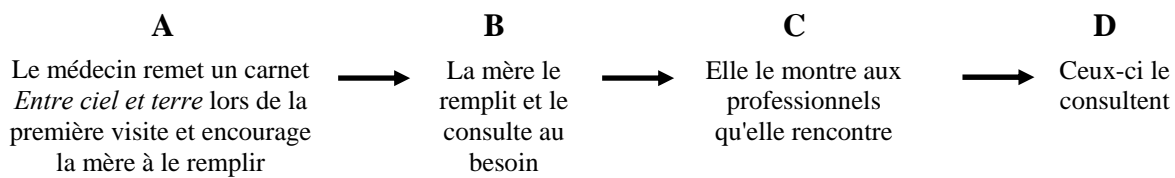
Le comité de pilotage du projet a été mis en place en 1999. En 2001, est arrivée une infirmière de liaison à qui l'on a confié la responsabilité de l'implantation opérationnelle du projet. Ces promoteurs du système ont mis en place une stratégie de mobilisation cohérente basée sur deux principes soit la personnalisation de l'approche et le consensus sur les outils. Les promoteurs ont approché tous les professionnels individuellement et ont exercé un suivi constant afin de les motiver. Ils ont procédé aux ajustements de façon continue afin de rendre le système acceptable et facile d'utilisation. Les efforts consentis au projet en termes de ressources humaines et financières ont été importants. Les promoteurs ont eu recours à une stratégie de diffusion diversifiée avec rétroaction annuelle sur les indicateurs de résultats du système. Notre analyse démontre que les efforts n'ont pas été comptés pour mettre en place le système et que les stratégies semblent bien adaptées aux objectifs et à la philosophie d'intervention. Les principales activités ont consisté à mettre en œuvre le système, informer les différents intervenants, la population, promouvoir l'utilisation des outils d'information, développer les outils d'évaluation du système, assurer l'arrimage entre le pré et postnatal et publiciser la « trousse » c'est-à-dire le matériel distribué aux médecins soit les outils et le protocole d'intervention. Le comité de pilotage continue d'être présent pour prendre les décisions lorsque les enjeux dépassent les responsabilités de l'infirmière de liaison. Celle-ci a investi beaucoup d'énergie dans le démarchage pour promouvoir le système particulièrement auprès des médecins de cabinets privés qu'elle a tous rencontré individuellement. L'infirmière de liaison distribue elle-même les carnets de grossesse, ce qui lui permet de colliger l'information sur l'utilisation du système. Des membres du comité de pilotage ont rencontré notre équipe de recherche en 2003 pour développer une évaluation plus systématique et globale du système.

4.3.1 La participation active des mères

L'intervention vise une participation plus active des mères en misant sur une plus grande responsabilisation de celles-ci à l'égard de leur santé et en faisant en sorte qu'elles soient impliquées dans les échanges d'information entre les professionnels. Or, certains professionnels croient plus ou moins en cette approche et préfèrent que les mères ne posent pas trop de questions, ce qui prend trop de temps lors des consultations notamment médicales. À noter que la durée de la première consultation d'une femme enceinte varie fortement selon la pratique du médecin. A contrario, certains professionnels perçoivent les mères comme trop passives quant à la prise en charge de leur grossesse et de leur accouchement. Selon ces derniers, les mères les perçoivent comme les personnes qui peuvent le mieux leur dire ce qu'elles doivent faire.

Un des moyens prévu pour susciter la participation des mères est le carnet de grossesse. Toutefois, il semble exister une confusion sur l'utilisation du carnet. Les promoteurs l'ont conçu selon deux finalités soit a) un outil d'information et de sensibilisation pour les mères et b) un outil aux fins de circulation de l'information entre les professionnels. Or, tous les professionnels n'accordent pas au carnet de grossesse ce deuxième usage. Pour la majorité, il s'agit d'un outil personnel dans lequel les mères inscrivent ce qu'elles veulent bien. Ces deux finalités du carnet de grossesse ne sont pas perçues comme compatibles dans les valeurs professionnelles. D'une part, des professionnels expriment leur scepticisme sur la capacité des mères à gérer un outil de continuité des soins et d'autre part, les médecins considèrent cette approche surtout comme une approche de soins infirmiers à laquelle ils adhèrent plus ou moins. De plus, il existait déjà des outils d'échange d'information avant la mise en place du système de continuité et que la plupart des médecins ont conservé.

Nous avons voulu voir quel usage les mères faisaient du carnet de grossesse, un outil conçu pour favoriser chez elles une plus grande participation. Rappelons que l'intervention prévoit les étapes suivantes dans l'utilisation du carnet de grossesse :



A - Neuf mères sur dix disent avoir reçu le carnet de grossesse *Entre ciel et terre* au cabinet du médecin. Neuf fois sur dix, le carnet leur a été remis lors de la première visite prénatale. Les mères qui n'ont pas reçu le carnet sont majoritairement des multipares. C'est le médecin lui-même qui, dans les trois quarts des cas, a remis le carnet à la mère et l'a encouragée à le remplir. Seulement un peu plus de la moitié des mères cependant a été encouragée à le présenter aux différents professionnels qu'elles pourraient rencontrer.

B - La très grande majorité des mères (87,6%) ont écrit dans leur carnet et les trois quarts ont inséré les feuilles médicales dans la pochette du carnet prévue à cette fin. Les primipares se sont davantage adonnées à l'écriture que les multipares. Soixante quinze pourcent d'entre elles ont noté des informations médicales, environ 70% ont inscrit leurs rendez-vous, 90% y ont noté les numéros de téléphone importants et 30% ont fait un plan d'accouchement. Plus des deux tiers des mamans, davantage les primipares, ont utilisé leur carnet tout au long de la grossesse. Les primipares demeurent celles qui ont fait un usage optimal du carnet *Entre ciel et terre* tant du point de vue de l'écriture, en remplissant tous les endroits prévus à cette fin, incluant le plan d'accouchement que du point de vue de l'utilisation.

C - Moins de 20% des mères ont présenté leur carnet de grossesse lors de contacts avec des professionnels que ce soit en pré ou en postnatal. Deux circonstances font cependant exception : 1. au moment de l'accouchement où bien que seulement 30% des mères aient rédigé un plan d'accouchement, plus de 70% l'ont montré à l'infirmière, et 2. lors de l'hospitalisation en prénatal où 50% des mères ont montré leur carnet. Les professionnels demandent peu à voir le carnet de grossesse. Les promoteurs pensent que si on ne le demande pas aux mères, elles seront démotivées à l'utiliser. Or, certains professionnels croient que le carnet est davantage un outil pour la mère que pour les professionnels, et conséquemment, ils ne demandent pas à le consulter.

D - Lorsque les mères ont montré leur carnet de grossesse, les professionnels ont pris le temps de le regarder, sauf lors du séjour hospitalier en postpartum où le carnet a suscité beaucoup moins d'intérêt chez les professionnels. Quant à elles, 60% des mères ont perçu que les professionnels rencontrés ont pris en compte les informations contenues dans leur carnet de grossesse et qu'ils ont trouvé ces informations utiles. Cette perception est significativement plus importante chez les primipares (70% contre 50% chez les multipares).

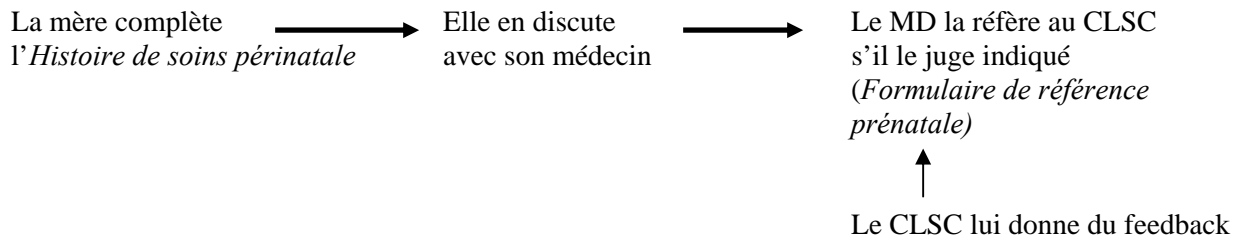
Enfin, la moitié des primipares ont trouvé que le carnet de grossesse *Entre ciel et terre* a permis une meilleure communication entre les professionnels et entre elles-mêmes et les professionnels.

En résumé, on note une absence de consensus entre les professionnels sur le degré de participation attendu des mères et sur l'utilité du carnet de grossesse comme outil de transmission d'information. Or, les mères, surtout les primipares, font une grande utilisation du carnet et considèrent que l'information qu'elles ont inscrite dans leur carnet est utile pour les professionnels.

4.3.2 La synergie des outils d'information

Il existe une synergie entre les outils de référence prénatale et le carnet de grossesse. Comme nous venons de le voir, en utilisant son carnet de grossesse selon les modalités prévues au protocole d'intervention, la mère participe activement à l'échange d'information entre les professionnels. Qu'en est-il des outils de référence prénatale que sont l'*Histoire de soins périnatale* et le *Formulaire de référence prénatale*?

Rappelons que le protocole d'intervention prévoit que lors de la 1^{ère} visite prénatale :



- **L'*Histoire de soins périnatale***

Cet outil s'inscrit dans la mouvance du partage des dossiers entre les organisations. Nos données qualitatives montrent que cette façon de faire n'est pas suivie par tous les médecins. L'*Histoire de soins périnatale* n'est pas remise à toutes les mères. En effet, seulement 44% des mères disent avoir reçu et rempli l'*Histoire de soins périnatale*, alors que 23% disent ne pas l'avoir reçue et que 33% ne se rappellent pas l'avoir reçue. Une seule mère dit avoir refusé de la remplir. La plupart du temps cependant (90,1%), le questionnaire a été remplie lors de la

première visite. Ces résultats sont corroborés par les entrevues aux professionnels où l'on constate la diversité d'utilisation de l'*Histoire de soins périnatale*.

Certains médecins préfèrent faire remplir le questionnaire verbalement, d'autres médecins utilisent d'autres formulaires.

Lorsqu'on compare le profil des mères qui n'ont pas rempli l'*Histoire de soins périnatale* (soit parce qu'elles ne l'ont pas reçue soit qu'elles ne s'en souviennent pas) à celui des mères qui l'ont remplie, on constate qu'elles sont significativement plus âgées ($p=0,02$)⁷ et nettement moins scolarisées ($p=0,002$)⁸. Par conséquent, des mères potentiellement à risque n'auraient pas complété le questionnaire d'identification des clientèles à risque.

Par ailleurs, l'information consignée par la mère dans l'*Histoire de soins périnatale* semble avoir été prise en compte puisque 66% des mères disent avoir discuté avec leur médecin des réponses qu'elles ont données dans le questionnaire. En cas de référence au CLSC, c'est 85% des mères qui en ont discuté avec leur médecin.

Les répondants aux entrevues disent que dans la majorité des cas, l'*Histoire* reste aux dossiers de la patiente. Certains médecins la remettent à la mère et très peu l'envoie par télécopie aux CLSC. En effet, les CLSC ont manifesté le désir de recevoir une copie de l'*Histoire de soins périnatale* remplie par chaque femme, mais la majorité des médecins estime que ce fonctionnement exige trop de ressources. Les directives à cet égard ne sont pas claires.

En résumé, l'*Histoire de soins périnatale* est assez peu utilisée et sert peu d'instrument pour relayer l'information notamment du cabinet médical au CLSC. Par ailleurs, nous verrons à la section suivante Globalité de l'approche si l'*Histoire de soins périnatale* a pu contribuer à une meilleure détection des facteurs de risque.

⁷ Lorsqu'on compare les mères âgées de 35 ans et plus à celles âgées de moins de 35 ans, nous obtenons un rapport de cotes (RC) ajusté pour la scolarité de 2,83 (intervalle de confiance à 95% (IC 95%) 1,16-6,89) ce qui signifie que les mères âgées de 35 ans et plus sont 2,83 fois plus susceptibles de ne pas avoir rempli l'*Histoire de soins périnatale* que celles âgées de moins de 35 ans.

⁸ Lorsqu'on utilise comme groupe de comparaison les mères de niveau universitaire, pour les mères qui n'ont pas complété leur secondaire V, nous obtenons un RC ajusté pour l'âge de 9,02 (IC 95% 2,56-31,73; pour celles qui ont complété leur secondaire V, RC ajusté de 1,65 (IC 95% 0,87-3,15) et pour celles qui sont de niveau collégial, un RC ajusté de 1,42 (IC 95% 0,85-2,38).

- ***Le Formulaire de référence prénatale***

Dans la sous-région Sud, 35 mères (10,8%) ont été référées au CLSC par leur médecin. Par rapport à la situation qui prévalait dans la sous-région Sud avant la mise en place de l'intervention alors que les CLSC déploraient le fait que les clientèles à risque ne leur étaient pas référées en prénatal, le système de gestion a accru de façon significative la référence pendant la grossesse.

La référence se fait précocement puisque 43% des mères référées (15/35) l'ont été en début de grossesse et 48% en milieu de grossesse (17/35). Des répondants mentionnent que certains médecins réfèrent eux-mêmes les mères alors que d'autres leur disent d'appeler elles-mêmes au CLSC. Cette divergence de pratique pourrait faire en sorte que le nombre de mères référées que nous avons mesuré dans notre enquête soit sous-estimé.

En résumé, bien que les outils d'information aient favorisé une plus grande intégration des médecins notamment au niveau de la référence des clientèles à risque, on observe un manque de consensus sur la finalité des différents outils ce qui en diminue le potentiel synergétique.

4.3.3 La globalité de l'approche

La globalité de l'approche repose sur la notion de risque biopsychosocial. En ce qui a trait à cette notion de risque qui, rappelons-le, est au centre de l'intervention par l'identification et la référence précoces de la clientèle à risque, tous les professionnels ne semblent pas avoir la même définition du risque ou des facteurs de risque. En effet, chaque professionnel définit le risque selon son cadre de référence disciplinaire, de ses valeurs et de la conception de son rôle. La recherche a identifié des divergences entre les professionnels et entre les promoteurs et les utilisateurs. Par exemple, pour certains professionnels, le tabagisme et l'obésité ne sont pas considérés comme des facteurs de risque nécessitant une référence. De même, certains professionnels sont réticents à aborder les questions financières avec la clientèle. Par conséquent, les médecins n'utilisent pas tous les mêmes critères de référence, certains ont développé une pratique où ils abordent très peu les aspects psychosociaux et s'en tiennent aux aspects médicaux pour lesquels ils se sentent plus à l'aise.

Les données de l'enquête aux mères viennent appuyer les constats du volet qualitatif. Lorsque nous avons demandé aux mères pour quelles raisons leur médecin les avait référées au CLSC, plus de 80% ont répondu « pour des raisons d'ordre médical », 11,4% ont répondu pour des « problèmes psychosociaux ». Or certaines données portent à croire que des risques psychosociaux étaient également présents chez ces femmes. Ainsi la seule variable associée significativement à la référence prénatale dans la sous-région Sud est l'absence de support social chez les mères. En effet, les femmes qui ont déclaré ne pas pouvoir compter sur de l'aide extérieure lorsqu'elles sont mal prises sont 13 fois plus susceptibles d'avoir été référées au CLSC en prénatal⁹. Rappelons que l'absence de support social demeure un facteur de risque psychosocial important chez les femmes enceintes. De plus, les mères référées ont participé trois fois plus souvent aux programmes spéciaux (OLO, NEGS, Jeunes parents) que les mères non référées (22,9% vs 8,0% ; p=0,005), ce qui traduit ici encore des besoins d'ordre psychosocial.

Le principal motif de référence rapporté par les mères, les raisons d'ordre médical, porte à croire soit que les mères ne se sont pas senties à l'aise d'invoquer des problèmes psychosociaux comme motif de référence au moment de l'entrevue soit que les médecins ne se sont pas sentis à l'aise d'en parler avec elles. À ce sujet, l'*Histoire de soins périnatale* et le *Formulaire de référence prénatale* nous semblent des outils favorisant la prise en compte des problèmes psychosociaux.

Les médecins qui font les références mentionnent ne pas recevoir suffisamment de feedback des professionnels à qui ils réfèrent. Ils reçoivent plus de feedback des mères que des professionnels. Ce facteur joue sur la disposition des médecins à diriger leurs clientes vers les CLSC.

En résumé, le système de gestion de la continuité a favorisé une approche plus globale des clientèles à risque, particulièrement chez les médecins spécialistes. On note par contre une absence de consensus sur les facteurs de risque prénatals qui justifient une référence au CLSC. Certains médecins éprouvent de la difficulté à aborder les problèmes d'ordre psycho social avec leurs clientes et à les diriger vers les CLSC pour de telles raisons.

⁹ RC 13,45; IC 95% 2,17-83,54; p=0,005

4.3.4 La collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle

De façon générale, les répondants se disent satisfaits du niveau de collaboration, il ne ressort pas de problème important. Les répondants mentionnent qu'une relation de confiance se construit, il n'y a pas de récrimination sur la compétence entre les professionnels et les organisations, non plus que de conflits sur le partage des responsabilités par rapport aux services prénatals. La confiance semble s'être instaurée grâce à d'autres projets dans le cadre du virage ambulatoire et du congé précoce postnatal pour lequel de nombreuses rencontres et de la formation continue ont été organisées. La communication s'est encore améliorée avec l'introduction de ce nouveau système. Certains médecins disent ne pas connaître les intervenants en CLSC mais ils ont ce que l'un d'eux a appelé une « relation d'expérience » bâtie entre autre sur le feedback des mères qui sont satisfaites des services offerts par le CLSC et du feedback des professionnels eux-mêmes. Différents constats ressortent.

Premièrement, malgré une perception positive de la part des professionnels quant à leur collaboration, les propos de certains montrent peu d'enthousiasme en regard du projet. Ceci se traduit par le besoin d'efforts constants pour motiver les différents partenaires. Deuxièmement, les organismes communautaires qui devaient être des partenaires ont peu participé, ils semblent plutôt absents. Troisièmement, certains médecins déplorent le manque de connaissances des services offerts par les CLSC. Ce commentaire a trait au fait que d'un CLSC à l'autre des services diffèrent. Finalement, les communications entre professionnels des divers établissements restent difficiles à cause des barrières de temps et de la technologie des boîtes vocales.

Du point de vue des mères, la collaboration entre les cliniques médicales et les CLSC semble meilleure dans la sous-région Sud puisque comparativement aux mères de la sous-région Nord, celles du Sud ont déclaré que lors de la première visite médicale, elles ont plus souvent été informées des services offerts par leur CLSC (77,8% vs 57,4% ; $p < 0,0001$). On n'observe aucune différence entre le Sud et le Nord quant à la perception qu'ont les mères de la collaboration entre le CLSC et le CH. En effet, seulement 63,4% des mères de la région Sud ont senti que leur médecin et les CLSC travaillaient en collaboration.

Le contexte de cette région constitue un terrain propice à l'implantation d'un tel projet puisqu'il y a déjà une bonne relation de confiance et de collaboration installée dans le cadre de

projets développés antérieurement. Il n'en reste pas moins que les professionnels des diverses organisations doivent disposer de lieux de rencontres et de socialisation pour garder vivant cet esprit de collaboration et améliorer la connaissance mutuelle des pratiques et des services offerts.

4.4 Constats sur les effets

La question de recherche à laquelle nous répondons est la suivante : Quels sont les effets de cette intervention? Pour y répondre conformément à notre cadre de référence, nous avons d'abord évalué les effets du système tels qu'attendus par les promoteurs soit la précocité de la référence des clientèles à risque, l'appropriation par la mère de sa grossesse et la continuité informationnelle. Dans un deuxième temps, nous avons cherché à voir si les effets attendus avaient eux-mêmes des effets sur la santé de la mère et du nouveau-né, sur les services et sur la satisfaction des mères. Nous avons procédé à l'évaluation du système dans son ensemble en comparant la sous-région Sud à la sous-région Nord puis analysé les effets du carnet de grossesse en comparant les mères qui ont utilisé leur carnet pendant la grossesse à celles qui ne l'ont pas utilisé.

4.4.1 Les effets du système

4.4.1.1 Précocité de la référence des clientèles à risque

Bien que la population de femmes enceintes de la sous-région Nord soit plus à risque sur le plan psychosocial que celle de la sous-région Sud, il y a eu plus de mères référées aux CLSC par les médecins du Sud que par ceux du Nord (10,8% vs 4,3%; $p=0,002$), et plus de mères référées par des gynéco-obstétriciens au Sud qu'au Nord (45,7% contre 7,1% ; $p=0,01$). On n'observe cependant aucune différence quant au moment ou au motif de la référence. Comme nous l'avons vu précédemment, le système de gestion a accru de façon significative la référence prénatale précoce dans la sous-région Sud.

4.4.1.2 Appropriation par la mère de sa grossesse

Un des objectifs attendus des promoteurs était d'amener les mères à s'approprier leur grossesse. Le carnet de grossesse a d'ailleurs été développé à cette fin. Aussi nous avons voulu savoir si le fait d'avoir écrit dans son carnet de grossesse et de l'avoir utilisé très souvent ou assez souvent pendant la grossesse avait contribué à faire en sorte que la mère ait senti qu'elle avait un

mot à dire dans les décisions que les professionnels ont prises à son sujet pendant la grossesse. Ainsi comparativement aux mères qui ont peu ou pas utilisé leur carnet de grossesse, celles qui l'ont utilisé assez souvent ou très souvent ont davantage senti qu'elles avaient leur mot à dire dans les décisions prises à leur sujet (tableau 1). En plus de permettre l'échange d'information papier, le carnet de grossesse semble favoriser chez la mère l'expression verbale de ses besoins.

Tableau 1. Appropriation de sa grossesse par la mère en lien avec l'utilisation du carnet de grossesse.

« Pendant ma grossesse, face aux professionnels de la santé que j'ai rencontrés, j'ai senti que j'avais un mot à dire dans les décisions qui ont été prises à mon sujet »						
	Tout à fait d'accord (%)	Plutôt d'accord (%)	Plutôt en désaccord (%)	Tout à fait en désaccord (%)	Total (%)	RCa ¹ (IC 95%)
Mères qui ont utilisé leur carnet de grossesse très souvent	86,0	12,0	2,0	0,0	100,0	2,78 (1,09-7,07)
Mères qui l'ont utilisé assez souvent	87,2	10,5	2,3	0,0	100,0	3,09 (1,39-6,84)
Mères qui l'ont utilisé peu souvent, pas du tout ou qui n'ont pas eu de carnet de grossesse	68,8	27,3	2,6	1,3	100,0	1,00

¹ Tout à fait d'accord comparativement à plutôt d'accord, plutôt en désaccord et tout à fait en désaccord. La comparaison prend en compte la scolarité de la mère, sa santé physique et mentale pendant la grossesse et le mode d'alimentation du nouveau-né au CH ; p=0,009.

La préparation à l'accouchement et la rédaction d'un plan d'accouchement aident la mère à préciser ses attentes et à en faire part aux professionnels. Les mères de la sous-région Sud ont rédigé un plan d'accouchement dans une proportion significativement plus élevée que celles de la sous-région Nord (20,4% vs 3,1%; p<0,0001). Au Sud, deux fois plus de primipares que de multipares ont rédigé un plan d'accouchement (28,2% vs 13,1% ; p=0,0007). Les médecins du Sud encouragent davantage les mères à rédiger un plan d'accouchement que ceux du Nord (71,9% versus 40,0% ; p=0,04). Au moment de l'accouchement, 85% des mères de la sous-région Sud ont apporté leur plan d'accouchement au CH comparativement à 50% au Nord (p=0,01). Enfin, seulement 14,5% des mères de la sous-région Sud ont déclaré que leur plan

d'accouchement n'avait pas du tout été respecté contre 66,7% pour les mères de la sous-région Nord ($p=0,002$).

4.4.1.3 Continuité informationnelle

Le système de référence et le carnet de grossesse, dans la mesure où celui-ci est rempli et présenté aux professionnels rencontrés, devaient contribuer à ce que les mères n'aient pas à subir le manque de communication entre les intervenants, et que les dédoublements d'information soient évités, deux objectifs poursuivis par les promoteurs du système. Environ la moitié des mères, surtout les primipares, considèrent que le carnet de grossesse a permis une meilleure communication entre elles et les professionnels rencontrés de même qu'entre les professionnels. Dans l'ensemble, plus de la moitié des mères qui ont écrit dans leur carnet de grossesse ont trouvé que cet instrument était efficace pour transmettre des renseignements aux intervenants rencontrés leur évitant ainsi d'avoir à répéter certaines informations. Le pourcentage s'élève à près de 70% chez les primipares comparativement à 45% chez les multipares ($p=0,01$).

4.4.1.4 La santé de la mère et du nouveau-né

En s'appropriant sa grossesse, la mère devrait arriver mieux préparée à l'accouchement. Par conséquent, des effets sur le déroulement de l'accouchement dont le recours à certaines interventions obstétricales pourraient être observés. Nos résultats montrent que les mères de la sous-région Sud n'ont pas eu moins recours à l'épidural que celles du Nord, pas plus qu'elles ont trouvé leur accouchement moins difficile. Le recours à la césarienne est significativement plus élevé dans la sous-région Nord, particulièrement le recours à la césarienne d'urgence. En ajustant pour les caractéristiques des mères, l'état de santé physique et mental de la mère pendant la grossesse, le type de médecin qui a fait le suivi de grossesse et la participation de la mère à des cours prénatals, et comparativement aux mères qui ont eu un accouchement vaginal, les mères de la sous-région Nord sont près de 2 fois plus susceptibles d'accoucher par césarienne d'urgence que celles du Sud (RCa : 1,89 (IC 95% 1,11-3,23) ; $p=0,02$).

Nous n'avons pas trouvé de lien entre l'utilisation du carnet de grossesse, le déroulement de l'accouchement et le recours à la césarienne d'urgence. Pour ce qui est des effets sur la santé de la mère, nous n'avons pas trouvé de différence entre la sous-région Nord et la sous-région Sud pour la cessation tabagique pendant la grossesse et l'initiation de l'allaitement maternel au CH.

Dans la sous-région Sud, nous n'avons pas trouvé d'effet de l'utilisation du carnet de grossesse sur la cessation du tabagisme, sur l'allaitement et sur la santé du nouveau-né. Néanmoins l'identification précoce des clientèles à risque psychosocial, en prénatal, pourrait avoir un impact positif sur la santé du bébé et du jeune enfant dans ses premières années de vie par le dépistage et le suivi des familles dont les conditions de vie sont plus difficiles.

Le seul lien trouvé est que les mères qui ont utilisé très souvent ou assez souvent leur carnet de grossesse pendant la grossesse sont significativement plus susceptibles d'avoir mieux vécu leur grossesse du point de vue moral (tableau 2). Compte tenu du type d'étude (enquête de nature transversale), il n'est pas possible de statuer sur la présence d'une relation de cause à effet entre l'utilisation du carnet de grossesse et la santé mentale de la mère.

Tableau 2. Santé mentale de la mère pendant la grossesse en lien avec l'utilisation du carnet de grossesse.

« Dans l'ensemble, comment avez-vous vécu votre grossesse du point de vue de votre moral? »							
	Très bien (%)	Plutôt bien (%)	Avec des hauts et des bas (%)	Pas très bien (%)	Pas du tout bien (%)	Total (%)	RCa ¹ (IC 95%)
Mères qui ont utilisé leur carnet de grossesse très souvent	77,5	7,5	13,8	1,3	0,0	100,0	2,66 (1,37-5,17)
Mères qui l'ont utilisé assez souvent	62,1	20,7	15,5	0,9	0,9	100,0	1,16 (0,67-2,00)
Mères qui l'ont utilisé peu souvent, pas du tout ou qui n'ont pas eu de carnet de grossesse	54,6	13,8	26,0	2,5	0,0	100,0	1,00

¹ Très bien comparativement à plutôt bien, avec des hauts et des bas, pas très bien et pas du tout bien. La comparaison prend en compte la parité, la participation à des programmes spéciaux et la santé physique de la mère pendant la grossesse (problème de santé préoccupant pour la mère) (p=0,01).

4.4.1.5 Les services

Au niveau de l'utilisation des services, comparativement aux mères de la sous-région Sud, celles du Nord ont plus tendance à avoir recours aux consultations sans rendez-vous pour leur bébé (RCa 1,51 (IC 92% 0,96-2,39) ; p=0,08) mais significativement moins aux services d'urgence (RCa 0,58 (IC95% 0,39-0,87) ; p=0,009). On n'observe aucune différence entre les

sous-régions pour le fait que la mère ait téléphoné au CLSC, ou à Info Santé en postnatal, pour la réadmission du nouveau-né et pour l'utilisation pré et postnatale des services par la mère.

Dans la sous-région Sud, nous n'avons pas trouvé d'effet du carnet de grossesse sur l'utilisation des services.

4.4.1.6 La satisfaction des mères

4.4.1.6.1 Appréciation du carnet de grossesse

Plus de 70 % des mères ont trouvé le carnet de grossesse utile, pendant la grossesse, plus particulièrement les primipares (78,4% versus 67,3% pour les multipares; $p=0,01$). Seulement 8,7% des mères l'ont trouvé utile en postnatal.

Les mères ont trouvé le carnet *Entre ciel et terre* utile pour essentiellement deux raisons. D'une part, cet outil a permis, aux yeux de 66% des mères utilisatrices, de mieux vivre leur grossesse. D'autre part, 59% des mères ont vu en l'utilisation du carnet une opportunité d'identifier leurs attentes face à l'accouchement.

Outre la perception de ces deux utilités, il semble que les mères n'aient pas associé autant d'avantages au carnet que ne l'avaient escompté les promoteurs. En effet, 63% d'entre elles étaient en désaccord avec l'idée que le carnet leur avait permis de mieux vivre leur accouchement ; 83% des mères ne considèrent pas que le carnet les a aidées à prendre une décision quant au mode d'alimentation de leur enfant ; le tiers des mères seulement jugent que leur réflexion quant à l'implication de leur conjoint pendant l'accouchement a été facilitée par l'utilisation du carnet et environ la moitié (56%) sont en désaccord avec l'idée que le carnet a été un support pour transmettre leurs choix face à l'accouchement.

Ici encore, les primipares se démarquent des multipares par un degré d'appréciation de l'utilité du carnet de grossesse significativement plus élevé.

4.4.1.6.2 Appréciation des services reçus

Comparativement aux mères de la sous-région Nord, celles du Sud sont significativement plus satisfaites des services qu'elles ont reçus pour elle-même au bureau du médecin en pré et postnatal et des services qu'elles ont reçus pendant leur séjour au CH au moment de leur

accouchement (tableau 3). De plus, elles ont davantage senti que les professionnels de la santé qu'elles ont rencontrés pendant la grossesse ont tenu compte de leurs besoins.

Tableau 3. Comparaison des mères de la sous-région Sud à celles de la sous-région Nord pour l'appréciation des services reçus

Variables	Sous-région Sud	Sous-région Nord	RC ¹ (IC 95%) p
Appréciation des services reçus au bureau du médecin pendant la grossesse • extrêmement et très satisfaite	92,2	85,0	2,08 (1,08-3,70) 0,03 ²
Appréciation des services reçus au CH par la mère pendant le séjour pour l'accouchement • extrêmement et très satisfaite	88,0	78,8	1,97 (1,19-3,27) 0,09 ²
Appréciation des services reçus au CH par la mère au bureau du médecin après l'accouchement • extrêmement et très satisfaite	93,7	86,4	2,31 (1,16-4,63) 0,02 ²
La mère a senti que les professionnels de la santé qu'elle a rencontrés pendant la grossesse ont tenu compte de ses besoins. • tout à fait d'accord	82,0	73,9	1,56 (1,00-2,44) 0,05 ³

¹ La sous-région Sud est comparée à la sous-région Nord et prend en compte l'âge de la mère, la scolarité, l'occupation pendant la grossesse, le type d'accouchement, la santé physique et mentale de la mère pendant la grossesse.

² Extrêmement et très satisfaite versus assez peu et pas du tout satisfaite.

³ Tout à fait d'accord versus plutôt en accord, plutôt en désaccord et tout à fait en désaccord.

4.4.2 Autres effets

Les discussions que nous avons eues avec les promoteurs du système, suite à la présentation des résultats, nous ont permis de constater que l'implantation du système de gestion de la continuité des soins en prénatal a permis un rapprochement entre les professionnels, les organisations et les organismes communautaires et qu'elle s'est traduite par une extension de la structure de fonctionnement en réseau à toute la clientèle pédiatrique.

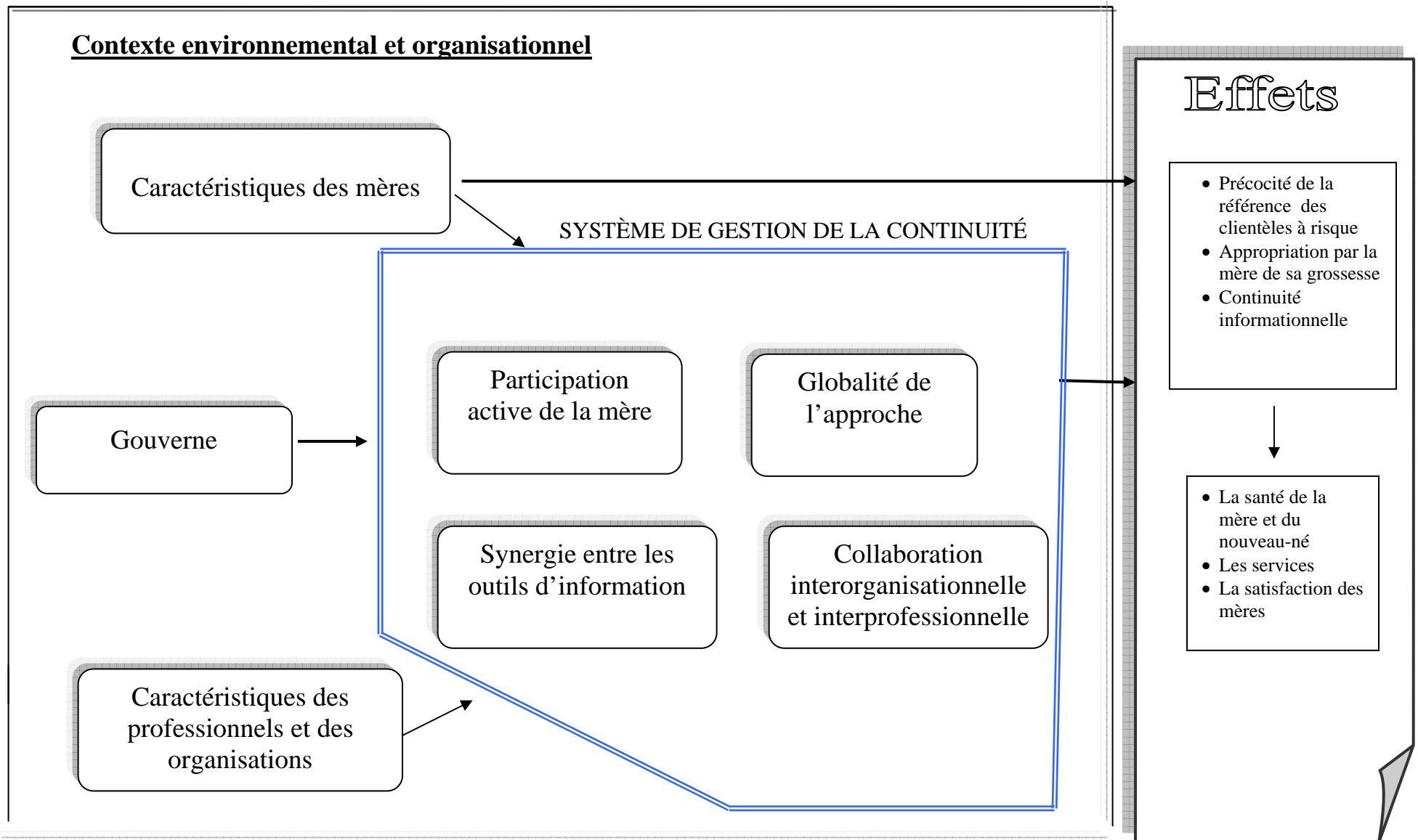
Références

- (1) D'Amour D, Goulet L, Pineault R, Labadie JF, Remondin M (2003). *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*. Rapport de recherche du GRIS (R03-07), 73 p.
- (2) D'Amour D, Goulet L, Pineault R, Labadie JF, Remondin M (2002-2003). *La migration interrégionale de la clientèle obstétricale*. Projet de recherche financé par les Régies régionales de la santé et des services sociaux de Lanaudière et de Laval et par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- (3) Santé Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Ottawa : Ministère des Travaux Publics et Services gouvernementaux du Canada.

Annexes

ANNEXE 1 - Cadre de référence de l'évaluation du système de gestion de la continuité des soins

Cadre de référence de l'évaluation du système de gestion de la continuité des soins



ANNEXE 2 - Organisation des deux sous-régions en périnatalité

Tableau A-2.1 Ressources obstétricales des deux sous-régions (2003-2004)

Tableau A-2.2 Comités en périnatalité dans les deux sous-régions (2003-2004)

Tableau A-2.1 Ressources obstétricales des deux sous-régions (2003-2004)

	Sous-région Nord	Sous-région Sud
Nombre de CH	1	1
Nombre de CLSC	4	2
Nombre de cliniques impliquant des médecins accoucheurs dans la sous-région	7	7
Nombre de généralistes accoucheurs	6	11
Nombre de spécialistes accoucheurs	6	5
Personnel infirmier en obstétrique ¹	21 infirmières équivalent temps plein	29 infirmières équivalent temps plein

¹ Le volume d'accouchements est 33% plus élevé au Sud qu'au Nord.

Tableau A-2.2 Comités en périnatalité dans les deux sous-régions (2003-2004)

Sous-région Nord	Sous-région Sud
	<ul style="list-style-type: none"> Comité amélioration continue de la qualité
<ul style="list-style-type: none"> Comité périnatalité (DSP¹-CH-CLSC) 	<ul style="list-style-type: none"> Comité opérationnel du réseau mère-enfant-famille réunissant des gestionnaires de CLSC et de CH, avec représentation des médecins accoucheurs et des pédiatres
<ul style="list-style-type: none"> Comité partenariat du CH réunissant : 1 omnipraticien 1 gynéco/obstétricien 1 conseillère 1 représentante des infirmières pour chacun des quarts de travail <p>Rencontres 1 fois/mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comité de gestion CH réunissant : 1 chef de service clinico-administratif (Clientèle Mère-Enfant-Famille), 1 chef pédiatrie. 1 chef gynécologie/obstétrique, 1 chef omnipraticien 1 infirmière pédiatrie 1 infirmière natalité 1 inhalothérapeute 1 conseillère en soins 1 infirmière de liaison <p>6 rencontres /an</p>
<ul style="list-style-type: none"> Table de concertation en allaitement maternel <p>Rencontres toutes les 6-8 semaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> Table de concertation en allaitement maternel <p>5 rencontres/an</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Sous-comité d'allaitement maternel (comité interne au CH) <p>4 rencontres/an</p>

Table de concertation Nord/Sud sur l'allaitement (implication d'une consultante en lactation de la DSP).

2 rencontres/an

Comité conjoint Nord/Sud pour harmoniser les renseignements périnataux

¹ DSP : Direction de santé publique.

ANNEXE 3- Entrevues du volet qualitatif de l'étude

Tableau A-3.1 Nombre de personnes interviewées selon la sous-région et le type d'établissement.

Tableau A-3.1 Nombre de personnes interviewées¹ selon la sous-région et le type d'établissement²

Type d'établissement	Région Sud	Région Nord
Régie régionale	1	1 ²
CH	6	1
CLSC	4	2
Cabinet médical	3	2
Organisme communautaire	1	-
TOTAL	15	6

¹ les personnes interviewées sont des gestionnaires, médecins, infirmières et nutritionniste

² la même personne de la régie régionale a répondu pour les deux sous-régions

ANNEXE 4- Caractéristiques des mères des deux sous-régions

Tableau A- 4.1 Taux de réponse dans les deux sous-régions

Tableau A- 4.2 Comparaison de la population à l'étude à la population ciblée

Tableau A- 4.3a Caractéristiques des mères de la population à l'étude dans chacune des sous-régions

Tableau A- 4.3b Caractéristiques des mères de la sous-région Sud aux temps 1 et 2

Tableau A- 4.3c Caractéristiques des mères de la sous-région Nord aux temps 1 et 2

Tableau A- 4.3d Caractéristiques des nouveau-nés de la population à l'étude dans chacune des sous-régions

Tableau A-4.1 Taux de réponse dans les deux sous-régions

	Temps 1		Temps 2	
	Sous-région Nord	Sous-région Sud	Sous-région Nord	Sous-région Sud
Échantillon initial	723	662	287	262
A- Numéros non-valides	19	11	1	2
B- Numéros hors échantillon	174	31	5	2
Total hors-échantillon (A+B)	193	42	6	4
Échantillon final	530	620	281	258
C- Numéros admissibilité non-établie	200	295	21	40
D- Numéros admissibilité établie	3	1	0	1
E-Entrevues complétées	327	324	260	217
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Taux d'admissibilité : $D+E/B+D+E$</i> 	0,655	0,913	0,981	0,986
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Taux de réponse tenant compte de l'admissibilité $E/(CXTA)+D+E$</i> 	70,9%	54,5%	92,7%	84,3%

Annexe 4.1

Analyse des taux de réponse

Au temps 1, on constate que les taux de réponses ont été plutôt faibles, en particulier pour les mères de la sous-région Sud (54,5% contre 70,9%). Cet écart de participation entre les deux sous-régions est attribuable en partie à des différences au niveau des modalités de diffusion de l'information au sujet de la recherche. En effet, les mères de la sous-région Nord ont reçu une lettre d'information en main propre par l'entremise d'un commis ayant fourni verbalement des explications sur le projet. Quant à elles, les mères de la sous-région Sud ont reçu la lettre à l'intérieur d'une pochette qui contenait d'autres documents informatifs, ce qui a priori diminue les probabilités qu'elles aient pris connaissance de la recherche avant d'être contactées pour l'entrevue. Cette hypothèse est confirmée par les données de l'enquête téléphonique qui révèlent que 57% des mères de la sous-région Sud se rappellent avoir reçu la lettre d'information comparativement à 78% pour les mères de la sous-région Nord ($p < 0,0001$). Ainsi, ayant bénéficié d'une approche moins personnalisée, il est possible qu'elles se soient senties moins interpellées par notre enquête, sans compter que les sollicitations téléphoniques sont fréquentes de nos jours.

Le taux de réponse plus faible de la sous-région Sud est peut-être aussi dû à un phénomène de bouche à oreille; certaines mères ayant trouvé l'entrevue longue auraient peut-être dissuadé d'autres mères à participer. D'ailleurs, il est pertinent de souligner que l'entrevue destinée aux mères de la sous-région Sud était plus longue que celle des mères de la sous-région Nord puisqu'une bonne partie des questions portaient sur le carnet de grossesse *Entre ciel et terre*.

Au temps 2, les taux de réponse sont plus élevés, fort probablement parce que les mères contactées avaient déjà manifesté leur intérêt pour la recherche au temps 1. La durée de la deuxième entrevue était également moins longue que la première, particulièrement pour les mères de la sous-région Sud.

Tableau A-4.2 Comparaison de la population à l'étude à la population ciblée

Variables	Sous-région NORD			Sous-région SUD		
	Population à l'étude ¹ (N=327)	Population non à l'étude ² (N=526)	Population ciblée ³ (N=853)	Population à l'étude ¹ (N=324)	Population non à l'étude ² (N=469)	Population ciblée ³ (N=793)
Groupe d'âge						
Moins de 18 ans (%)	0,3	0,7	0,5	0,9	0,9	0,9
18-24 ans (%)	26,9	29,8	28,7	17,0	19,3	18,3
25-34 ans (%)	63,9	60,0	61,5	73,1	69,0	70,7
35-44 ans (%)	8,9	9,5	9,3	9,0	10,9	10,1
Primiparité						
Oui (%)	48,0	44,0	45,5	48,1	40,4	43,5 ⁴ **
Scolarité						
Sec, 4 ou – (%)	17,4	28,7	24,4	8,1	21,1	15,8
Sec, 5 (%)	21,1	15,0	17,3	17,7	12,1	14,4
Cégep (%)	35,5	28,9	31,4	36,6	30,7	33,1
Université (%)	26,0	27,5	26,9	37,6	36,1	36,7
<i>Faible scolarité (Sec.5 ou -) (%)</i>	38,5	44,0	41,7	25,8	33,2	30,2 ⁴ *

¹ mères faisant partie de la population ciblée et ayant été interviewées.

² mères faisant partie de la population ciblée mais n'ayant pas été interviewées.

³ mères résidant dans la sous-région et ayant accouché dans le CH de la sous-région pendant la période de l'étude, par voie vaginale ou par césarienne, d'un enfant né vivant après au moins 32 semaines de grossesse (données du fichier des naissances du Québec).

⁴ comparaison faite entre les mères interviewées dans la sous-région et les mères de la même sous-région qui n'ont pas été interviewées.

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001 **** p<0,0001

Annexe 4.2

Analyse de la représentativité de la population à l'étude

La représentativité de la population à l'étude a été évaluée en fonction de trois variables : l'âge, la parité et le niveau de scolarité de la mère. Le choix de ces variables a reposé sur la disponibilité des informations contenues dans le *Fichier des naissances du Québec*.

La population ciblée par l'étude est significativement plus jeune ($p < 0,0001$) et moins scolarisée ($p < 0,0001$) dans la sous-région Nord.

Pour la sous-région Nord, le tableau A-4.2 nous indique que la population à l'étude diffère de la population ciblée sur un seul aspect, soit le niveau de scolarité des mères. En effet, les mères interviewées sont plus scolarisées que celles issues de la population ciblée n'ayant pas participé à l'étude. Nous émettons l'hypothèse que cette surreprésentation est attribuable à une plus grande réceptivité des populations plus scolarisées à l'égard des recherches socio-sanitaires. Dans une certaine mesure, on pourrait aussi expliquer la moins grande présence des mères peu scolarisées au sein de notre population à l'étude par le fait qu'elles donnent plus souvent naissance à des bébés prématurés que les mères plus scolarisées. Les bébés prématurés sont susceptibles de séjourner plus longtemps à l'hôpital et, par le fait même, d'avoir été exclus de notre enquête. Malgré l'écart observé entre la population ciblée et la population à l'étude, cette dernière atteint un niveau de représentativité que nous jugeons satisfaisant surtout lorsque nous ne faisons pas de distinction entre les mères détenant un secondaire 5 et celles détenant un secondaire 4 ou moins. Ainsi aucune différence significative n'est observée dans la proportion de mères de faible niveau de scolarité entre la population à l'étude et la population ciblée.

Possiblement pour les mêmes raisons, on observe aussi une sous-représentativité des mères faiblement scolarisées dans la population à l'étude de la sous-région Sud. Une fois de plus, cet écart entre la population à l'étude et la population ciblée s'amointrit lorsque les mères détenant un secondaire 5 et celles détenant un secondaire 4 ou moins sont considérées indistinctement. La population à l'étude de cette sous-région comporterait, par ailleurs, une proportion de mères primipares légèrement supérieure à celle de la population ciblée. La présence d'une proportion plus importante de mères primipares dans la population à l'étude de la sous-région Sud, comparativement aux mères de la même sous-région qui n'ont pas participé à l'étude, pourrait être attribuable au fait que les mères qui ont accouché d'un premier enfant ont été plus intéressées que les multipares à donner leur opinion sur les outils d'échange d'information comme le carnet de grossesse, outils qu'elles ont d'ailleurs plus utilisé que les multipares.

Les différences observées devront être prises en compte dans la généralisation des résultats à l'ensemble de la région.

Tableau A-4.3a Caractéristiques des mères de la population à l'étude dans chacune des sous-régions

Variables	Sous-région NORD (N=327)	Sous-région SUD (N=324)	P
Groupe d'âge			0,016
Moins de 18 ans (%)	0,3	0,9	
18-24 ans (%)	26,9	17,0	
25-34 ans (%)	63,9	73,1	
35-44 ans (%)	8,9	9,0	
Primiparité			NS*
Oui (%)	48,3	48,5	
Pays de naissance			NS
Canada (%)	98,2	99,1	
Scolarité			<0,0001
Sec, 4 ou – (%)	17,4	8,1	
Sec, 5 (%)	21,1	17,7	
CEGEP (%)	35,5	36,6	
Université (%)	26,0	37,6	
<i>Faible scolarité (Sec.5 ou -)(%)</i>	38,5	25,8	<0,0001
Occupation durant la grossesse			0,003
Emploi rémunéré (%)	75,6	86,1	
Femme au foyer (%)	20,6	11,7	
Étudiante (%)	3,7	2,2	
Statut marital			NS
Vit avec un conjoint (%)	95,7	94,4	
Soutien social			NS
Disponibilité d'une aide (%)	98,5	97,7	

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-4.3b Caractéristiques des mères de la sous-région Sud aux temps 1 et 2

Variables	Sous-région SUD Temps 1 (N=324)	Sous-région SUD Temps 2 (N=217)
Groupe d'âge		
Moins de 18 ans (%)	0,9	0,9
18-24 ans (%)	17,0	15,7
25-34 ans (%)	73,1	74,2
35-44 ans (%)	9,0	9,2
Primiparité		
Oui (%)	48,5	48,4
Pays de naissance		
Canada (%)	99,1	100,0
Scolarité		
Sec, 4 ou – (%)	8,1	8,3
Sec, 5 (%)	17,7	18,4
CEGEP (%)	36,6	38,2
Université (%)	37,6	40,1
<i>Faible scolarité (Sec.5 ou -)(%)</i>	25,8	26,7
Occupation durant la grossesse		
Emploi rémunéré (%)	86,1	90,8
Femme au foyer (%)	11,7	8,3
Étudiante (%)	2,2	0,9
Statut marital		
Vit avec un conjoint (%)	94,4	95,4

Tableau A-4.3c Caractéristiques des mères de la sous-région Nord aux temps 1 et 2

Variables	Sous-région NORD	Sous-région NORD
	Temps 1 (N=327) (%)	Temps 2 (N=260) (%)
Groupe d'âge		
Moins de 18 ans (%)	0,3	0,4
18-24 ans (%)	26,9	22,7
25-34 ans (%)	63,9	68,5
35-44 ans (%)	8,9	8,5
Primiparité	48,3	49,2
Pays de naissance		
Canada (%)	98,2	98,5
Scolarité		
Sec, 4 ou – (%)	17,4	15,4
Sec, 5 (%)	21,1	19,6
CEGEP (%)	35,5	37,7
Université (%)	26,0	27,3
<i>Faible scolarité (Sec.5 ou -) (%)</i>	38,5	35,0
Occupation durant la grossesse		
Emploi rémunéré (%)	75,6	78,5
Femme au foyer (%)	20,6	18,5
Étudiante (%)	3,7	3,0
Statut marital		
Vit avec un conjoint (%)	95,7	95,0

Tableau A-4.3d Caractéristiques des nouveau-nés de la population à l'étude dans chacune des sous-régions

Variables	Sous-région NORD (N=327)	Sous-région SUD (N=324)	P
Sexe			NS*
Garçons (%)	54,1	55,2	
Filles (%)	45,9	44,4	
Inconnu (%)	-	0,3	
Poids à la naissance (en grammes)			NS
Moyenne	3368,1	3368,7	
Écart.-type	481,9	440,3	
			NS
2499g et moins (%)	3,8	2,2	
2500-2999g (%)	18,5	17,9	
3000-3499g (%)	39,2	40,3	
3500-3999g (%)	28,7	33,5	
4000g et plus (%)	9,9	6,1	
Âge gestationnel (en semaines)			NS
Moyenne	38,7	38,8	
Écart.-type	1,3	1,4	
Type de naissance			NS
Simple (%)	99,4	99,1	
Double (%)	0,6	0,9	
Type d'accouchement			0,06
Vaginal (%)	73,7	80,6	
Césarienne élective (%)	12,5	11,1	
Césarienne en urgence (%)	13,8	8,3	

* NS : valeur supérieure à 0,10

Annexe 4.3

Caractéristiques des mères et des nouveau-nés selon les sous-régions à l'étude

En examinant le tableau A-4.3a faisant état des caractéristiques des mères des deux sous-régions à l'étude, on constate que les deux groupes sont similaires au niveau de la proportion de primipares, du lieu de naissance de la mère et du statut marital. Cependant, certaines différences significatives entre les deux groupes méritent d'être soulignées. D'abord, les mères de la sous-région Sud sont moins jeunes et plus scolarisées que celles de la sous-région Nord. Par ailleurs, au niveau de l'occupation durant la grossesse, une proportion plus faible de femmes résidant au Nord de la région ont travaillé à l'extérieur du domicile pendant l'accouchement. Ces caractéristiques traduisent bien les différences observées au niveau des populations ciblées dans chacune des sous-régions.

Les populations à l'étude au temps 2 sont comparables à celles du temps 1, dans chacune des sous-régions (tableaux A-4.3b et A-4.3c).

En ce qui concerne les caractéristiques des nouveau-nés (tableau A-4.3d), nous n'observons aucune différence significative entre les deux sous-régions (sexe, poids, âge gestationnel et type de naissance) sauf pour le pourcentage de césariennes qui est plus élevé dans la sous-région Nord (26,4% vs 19,4%; $p=0,06$).

ANNEXE 5 - Résultats du volet quantitatif

Annexe 5.1 Outils de référence prénatale

- Tableau A-5.1.1 Comparaison des deux sous-régions pour le suivi de grossesse et la référence prénatale
- Tableau A-5.1.2 Comparaison des deux sous-régions pour la participation pendant la grossesse à des programmes spéciaux et à des cours prénatals
- Tableau A-5.1.3 Profil des mères référées et des mères non référées dans la sous-région Sud
- Tableau A-5.1.4 Comparaison des mères référées et des mères non référées dans la sous-région Sud quand à la participation pendant la grossesse à des programmes spéciaux et à des cours prénatals
- Tableau A- 5.1.5 Profil des mères de la sous-région Sud selon qu'elles ont rempli ou non *l'Histoire de soins périnatale*
- Tableau A-5.1.6 Comparaison des mères référées et des mères non référées dans la sous-région Sud en regard de *l'Histoire de soins périnatale*

Annexe 5.2 Carnet de grossesse

- Tableau A-5.2.1 Description des conditions de réception du carnet de grossesse *Entre ciel et terre* par les mères de la sous-région Sud
- Tableau A-5.2.2 Profil des mères de la sous-région Sud selon qu'elles ont reçu ou non le carnet de grossesse *Entre ciel et terre*
- Tableau A-5.2.3 Profil des mères de la sous-région Sud selon qu'elles ont écrit ou non dans le carnet de grossesse *Entre ciel et terre*
- Tableau A-5.2.4 Description des sections du carnet de grossesse *Entre ciel et terre* complétées par les mères qui ont écrit dans leur carnet
- Tableau A- 5.2.5 Profil des mères selon le degré d'écriture dans le carnet de grossesse *Entre ciel et terre*
- Tableau A- 5.2.6 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour la rédaction d'un plan d'accouchement
- Tableau A-5.2.7 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour la rédaction d'un plan d'accouchement

- Tableau A-5.2.8 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour le fait de montrer son carnet de grossesse aux professionnels rencontrés
- Tableau A-5.2.9 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour la consultation du carnet de grossesse *Entre ciel et terre*
- Tableau A-5.2.10 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour l'utilité et l'appréciation du carnet de grossesse *Entre ciel et terre*
- Tableau A-5.2.11 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour l'utilité et l'appréciation du carnet de grossesse *Entre ciel et terre* comme outil de communication avec les professionnels
- Tableau A-5.2.12 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour l'état de santé de la mère, l'utilisation des services, la continuité des services et la consultation d'outils d'information en pré et postnatal
- Tableau A-5.2.13 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour l'appréciation des services reçus en pré, per et postnatal
- Tableau A-5.2.14 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour les liens qu'elles ont eus avec leur CLSC en pré et postnatal

Annexe 5.3 Autres outils utilisés

- Tableau A-5.3.1 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour les différents outils d'information utilisés pendant la grossesse
- Tableau A-5.3.2 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour l'appréciation du carnet *9 mois pour la vie*

Tableau A- 5.1.1 Comparaison des deux sous-régions pour le suivi de grossesse et la référence prénatale

Variables	Sous-région Nord (N=327)	Sous-région Sud (N=324)	P
1. Ensemble des mères			
• Suivi de grossesse par (%) :			NS*
Gynéco-obstétriciens	36,7	36,7	
Généralistes	63,3	63,3	
Autres	3,0	3,1	
2. Mères référées au CLSC			
• Pourcentage	4,3 (n=14)	10,8 (n=35)	0,002
• Moment de la référence (%) :			NS
En début de grossesse	42,9	42,9	
En milieu de grossesse	50,0	51,4	
En fin de grossesse	7,1	5,7	
• Référées par (%) :			0,01
Gynéco-obstétriciens	7,1	45,7	
Généralistes	92,9	54,3	
• Référées pour ¹ (%)			NS
Prélèvements sanguins	50,0	60,0	
Grossesse à risque médical	21,4	14,3	
Problèmes psychosociaux	28,6	11,4	
Vaccins	0,0	14,3	
• Délai moyen du service reçu en CLSC (semaines; étendue)	3,7 (<1-21)	2,7 (<1-2)	NS
• Professionnel rencontré ² (%)			
Médecin	14,3	0,0	0,08
Infirmière	85,7	88,6	NS
Psychologue	0,0	2,9	NS
Travailleuse sociale	7,1	8,6	NS
Nutritionniste	7,1	11,4	NS
• Appréciation de la qualité de l'aide reçue (%)			NS
Excellente	64,3	51,4	
Bonne/passable	35,7	48,6	
• « La référence m'a aidée à mieux vivre ma grossesse »			NS
Tout à fait d'accord	64,3	36,4	
Plutôt d'accord	21,4	42,4	
En désaccord	14,3	21,2	

* NS : valeur supérieure à 0,10

¹ selon la mère. Catégories mutuellement exclusives

² selon la mère. Catégories non mutuellement exclusives

Tableau A- 5.1.2 Comparaison des deux sous-régions pour la participation pendant la grossesse à des programmes spéciaux et à des cours prénatals

Variables	Sous-région Nord (N=327) (%)	Sous-région Sud (N=324) (%)	p
Participation à des programmes spéciaux			
<i>Programme OLO</i>	15,2	8,9	NS
<i>Programme NEGS</i>	9,5	6,2	NS
<i>Programme Jeunes Parents</i>	1,2	1,6	NS
Participation à au moins un des programmes spéciaux	13,6	9,6	NS
Participation aux cours prénatals	39,5	37,7	NS

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A- 5.1.3 Comparaison du profil des mères référées et des mères non référées dans la sous-région Sud

Variables	Mères référées (N=35)	Mères non référées (N=289)	P
Groupe d'âge			NS*
Moins de 18 ans (%)	0,0	1,0	
18-24 ans (%)	28,6	15,6	
25-34 ans (%)	60,0	74,7	
35-44 ans (%)	11,4	8,7	
Primiparité			NS
Oui (%)	51,4	47,8	
Pays de naissance			NS
Canada (%)	100,0	99,0	
Scolarité			NS
Sec, 4 ou – (%)	8,6	8,0	
Sec, 5 (%)	25,7	16,7	
Cégep (%)	42,9	35,9	
Université (%)	22,8	39,4	
<i>Faible scolarité (Sec.5 ou -)</i> <i>(%)</i>	34,3	24,7	NS
Occupation durant la grossesse			NS
Emploi rémunéré (%)	82,9	86,5	
Femme au foyer (%)	17,1	11,1	
Étudiante (%)	0,0	2,4	
Statut marital			NS
Vit avec conjoint (%)	91,4	95,2	
Soutien social			0,0004
Disponibilité d'une aide (%)	91,4	99,3	

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.1.4 Comparaison des mères référées et des mères non référées dans la sous-région Sud quand à la participation pendant la grossesse à des programmes spéciaux et à des cours prénatals

Variables	Mères référées (N=35)	Mères non référées (N=289)	Total (N=324)	P
Participation à des programmes spéciaux				
<i>Programme OLO</i>	20,0	7,6	9,0	0,01
<i>Programme NEGS</i>	17,1	4,9	6,2	0,004
<i>Programme Jeunes Parents</i>	5,7	1,0	1,6	0,09
Participation à au moins un des programmes spéciaux	22,9	8,0	9,6	0,005
Participation aux cours prénatals	34,3	38,1	37,7	NS*

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A- 5.1.5 Profil des mères de la sous-région Sud selon qu'elles ont rempli ou non l'Histoire de soins périnatale

Variables	Mères qui ont rempli l'histoire de soins périnatale (N=142)	Mères qui n'ont pas rempli l'histoire de soins périnatale ¹ (N=131)	p
Groupe d'âge			0,059
Moins de 18 ans (%)	0,7	0,8	
18-24 ans (%)	13,4	20,6	
25-34 ans (%)	81,0	67,2	
35-44 ans (%)	4,9	11,4	
Primiparité			NS*
Oui (%)	50,7	45,8	
Pays de naissance			NS
Canada (%)	98,6	99,2	
Scolarité			0,003
Sec, 4 ou – (%)	2,1	13,9	
Sec, 5 (%)	16,3	16,1	
Cégep (%)	36,2	35,4	
Université (%)	45,4	34,6	
<i>Faible scolarité (Sec.5 ou -)(%)</i>	18,4	30,0	0,003
Occupation durant la grossesse			NS
Emploi rémunéré (%)	85,2	84,7	
Femme au foyer (%)	11,3	13,7	
Étudiante (%)	3,5	1,5	
Statut marital			NS
Vit avec conjoint (%)	95,1	93,9	
Soutien social			NS
Disponibilité d'une aide (%)	99,3	97,7	

¹ 51 mères ne se souviennent pas l'avoir rempli et sont exclues de la comparaison.

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.1.6 Comparaison des mères référées et des mères non référées dans la sous-région Sud en regard de l'*Histoire de soins périnatale*

Variables	Ensemble des mères (N=324)	Mères référées (N=35)	Mères non référées (N=289)	p
Ont rempli l'histoire de soins périnatale :				NS*
Oui	43,8	37,1	44,6	
Non	40,4	48,6	39,4	
Ne sais pas	15,7	14,3	15,9	
Rempli lors de la première visite¹				NS
Oui	90,1	92,3	89,9	
Non	6,3	0,0	7,0	
Ne sais pas	3,5	7,7	3,1	
Discussion avec le médecin sur l'information notée¹				0,08
Oui	59,9	84,6	57,4	
Non	35,9	7,7	38,8	
Ne sais pas	4,2	7,7	3,9	

¹ La comparaison est faite entre les mères qui ont déclaré avoir rempli l'*Histoire de soins périnatale*.

* NS : valeur supérieure à 0,10

Annexe 5.2 Carnet de grossesse

Tableau A-5.2.1 Description des conditions de réception du carnet de grossesse *Entre ciel et terre* par les mères de la sous-région Sud

Variables	Ensemble des mères (N=324) (%)	Primipares (N=156) (%)	Multipares (N=168) (%)	p
Réception du carnet de grossesse				0,01
Oui	89,8	94,9	85,1	
Non	7,7	3,2	11,9	
Ne sais pas	2,5	1,9	3,0	
Réception de qui?				NS*
Du médecin	78,0	77,7	78,3	
De la secrétaire du médecin	21,3	21,6	21,0	
Autre	0,7	0,7	0,7	
Remis lors de la première visite				NS
Oui	93,1	95,3	90,9	
Non	4,5	4,1	4,9	
Ne sais pas	2,4	0,7	4,2	
Explications fournies pour son utilisation				NS
Oui	73,2	75,7	70,6	
Non	24,4	20,9	28,0	
Ne sais pas	2,4	3,4	1,4	
Type d'explications				NS
Écrites seulement	4,2	2,7	5,9	
Verbales seulement	71,8	73,2	70,3	
Écrites et verbales	23,5	24,1	22,8	
Ne sais pas	0,5	0,0	1,0	
Encouragements à le remplir				0,005
Oui	78,4	85,8	70,6	
Non	21,0	14,2	28,0	
Ne sais pas	0,6	0,0	1,4	
Encouragements à le présenter aux différents professionnels rencontrés				NS
Oui	52,2	58,1	46,2	
Non	45,0	39,9	50,3	
Ne sais pas	2,7	2,0	3,5	

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.2 Profil des mères de la sous-région Sud selon qu'elles ont reçu ou non le carnet de grossesse *Entre ciel et terre*

Variables	Mères qui ont reçu le carnet de grossesse <i>Entre ciel et terre</i> (N=291)	Mères qui n'ont pas reçu le carnet de grossesse <i>Entre ciel et terre</i> (N=25)¹	P
Groupe d'âge			0,05
Moins de 18 ans (%)	1,0	0,0	
18-24 ans (%)	17,5	16,0	
25-34 ans (%)	73,9	60,0	
35-44 ans (%)	7,6	24,0	
Primiparité			0,03
Oui (%)	50,9	20,0	
Pays de naissance			NS*
Canada (%)	99,0	100,0	
Scolarité			NS
Sec, 4 ou – (%)	8,3	8,3	
Sec, 5 (%)	17,6	20,8	
Cégep (%)	35,9	45,8	
Université (%)	48,3	25,0	
<i>Faible scolarité (Sec.5 ou -)(%)</i>	25,9	29,2	NS
Occupation durant la grossesse			0,04
Emploi rémunéré (%)	87,3	72,0	
Femme au foyer (%)	11,0	20,0	
Étudiante (%)	1,7	8,0	
Statut marital			NS
Vit avec conjoint (%)	95,2	88,0	
Soutien social			0,007
Disponibilité d'une aide (%)	99,0	92,0	

¹ 8 mères ne se souviennent pas l'avoir reçu

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.3 Profil des mères de la sous-région Sud selon qu'elles ont écrit ou non dans le carnet de grossesse *Entre ciel et terre*

Variables	Mères qui ont écrit dans le carnet de grossesse <i>Entre ciel et terre</i> (N=255)	Mères qui n'ont pas écrit dans le carnet de grossesse <i>Entre ciel et terre</i> (N=36)	p
Groupe d'âge			0,03
Moins de 18 ans (%)	1,2	0,0	
18-24 ans (%)	18,0	13,9	
25-34 ans (%)	74,9	66,7	
35-44 ans (%)	5,9	19,4	
Primiparité			0,009
Oui (%)	53,7	30,6	
Pays de naissance			0,004
Canada (%)	99,6	94,4	
Scolarité			NS*
Sec, 4 ou – (%)	8,2	8,6	
Sec, 5 (%)	18,4	11,4	
Cégep (%)	34,5	45,7	
Université (%)	38,8	34,3	
<i>Faible scolarité (Sec.5 ou -)(%)</i>	26,7	20,0	NS
Occupation durant la grossesse			NS
Emploi rémunéré (%)	86,7	91,7	
Femme au foyer (%)	11,4	8,3	
Étudiante (%)	1,9	0,0	
Statut marital			NS
Vit avec conjoint (%)	95,3	94,4	
Soutien social			NS
Disponibilité d'une aide (%)	98,8	100,0	
Ont suivi des cours prénatals	42,0	19,4	0,01

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.4 Description des sections du carnet de grossesse *Entre ciel et terre* complétées par les mères qui ont écrit dans leur carnet

Variables	Ensemble des mères (N=255) (%)	Primipares (N=137) (%)	Multipares (N=118) (%)	p
Renseignements médicaux				
Oui	74,5	74,5	74,6	NS*
Écrit par la mère	80,5	79,4	81,8	NS
Rendez-vous				NS
Oui	71,0	72,3	69,5	
Numéros de téléphone importants				0,03
Oui	87,1	91,2	82,2	
Plan d'accouchement	23,9	31,4	15,3	0,003
Oui				
Degré d'écriture				
Écrit aux 4 endroits jugés importants	13,3	18,5	7,6	0,004
Écrit à 3 endroits jugés importants	38,1	39,0	37,1	
Écrit à n'importe quel autre endroit	35,6	34,9	36,4	
Pas écrit	13,0	7,5	18,9	

* NS : valeur supérieure à 0,10

**Tableau A- 5.2.5 Profil des mères selon le degré d'écriture dans le carnet de grossesse
Entre ciel et terre**

Variables	Mères qui ont écrit aux quatre endroits jugés importants ¹ (N=37)	Mères qui ont écrit à trois endroits jugés importants ² (N=106)	Mères qui ont écrit à n'importe quel autre endroit ³ (N=99) ⁴	p
Groupe d'âge				
Moins de 18 ans (%)	2,7	0,0	2,0	0,10
18-24 ans (%)	8,1	15,1	25,2	
25-34 ans (%)	83,8	77,4	69,7	
35-44 ans (%)	5,4	7,6	3,0	
Primiparité				
Oui (%)	73,0	53,8	51,5	0,07
Pays de naissance				
Canada (%)	100,0	100,0	99,0	NS*
Scolarité				
Sec, 4 ou – (%)	5,4	8,5	9,1	NS*
Sec, 5 (%)	13,5	20,8	18,2	
Cégep (%)	27,0	34,9	38,4	
Université (%)	54,1	35,9	34,3	
<i>Faible scolarité (≤ Sec V)</i> (%)	18,9	29,3	27,3	NS*
Occupation durant la grossesse				
Emploi rémunéré (%)	94,6	87,7	82,3	NS*
Femme au foyer (%)	5,4	11,3	13,1	
Étudiante (%)	0,0	1,0	4,0	
Statut marital				
Vit avec conjoint (%)	97,3	98,1	91,9	0,09
Soutien social				
Disponibilité d'une aide (%)	91,9	100,0	100,0	0,0002

¹ Plan d'accouchement, renseignements médicaux, rendez-vous et numéros de téléphone.

² Renseignements médicaux, rendez-vous et numéros de téléphone.

³ N'importe quelle autre combinaison d'écriture.

⁴ 13 mères ne se souvenaient pas ce qu'elles avaient écrit dans leur carnet. Elles ont été exclues de la comparaison.

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A- 5.2.6 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour la rédaction d'un plan d'accouchement

Variables	Ensemble des mères (N=324) (%)	Primipares (N=156) (%)	Multipares (N=168) (%)	p
Rédaction d'un plan d'accouchement	20,4	28,2	13,1	0,0007
Sur quel type de support?				0,06
Carnet <i>Entre Ciel et Terre</i>	92,4	97,7	81,8	
<i>9 mois pour la vie</i>	1,5	0,0	4,5	
Sur papier par moi-même	6,1	2,3	13,6	
Présence des éléments suivants dans le plan :				
Accompagnateur au CH	95,5	100	86,4	0,01
Accompagnateur à la salle d'accouchement	95,5	100	86,4	0,01
Cohabitation avec le conjoint	90,9	97,7	77,3	0,006
Attentes et désirs particuliers	97,0	97,7	95,5	NS*
Approches du soulagement à la douleur	92,4	95,5	86,4	NS
Épidurale	51,5	50,0	54,5	} 0,09
Méthode Bonapace, bain tourbillon, gasquet, massage, relaxation	36,4	43,2	22,7	
Autres	12,1	6,8	22,7	
Encouragement du médecin à faire un plan d'accouchement	71,9	69,8	76,2	NS
Ont apporté le plan d'accouchement au CH¹	84,9	93,2	68,2	0,008
Ont montré le plan d'accouchement au médecin	42,6	46,2	33,3	NS
Ont montré le plan d'accouchement à l'infirmière	74,6	72,5	80,0	NS
Le plan d'accouchement a été respecté :				0,06
Totalement	51,6	44,2	68,4	
En partie	33,9	34,9	31,6	
Pas du tout	14,5	20,9	0,0	

1. Parmi celles qui ont rédigé un plan d'accouchement

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.7 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour la rédaction d'un plan d'accouchement

Variables	Sous-région Nord (N=327) (%)	Sous-région Sud (N=324) (%)	p
Rédaction d'un plan d'accouchement	3,1	20,4	<0,0001
Sur quel type de support?			NSP ¹
Carnet <i>Entre Ciel et Terre</i>	NSP	92,4	
<i>9 mois pour la vie</i>	0,0	1,5	
Sur papier par moi-même	100,0	6,1	
Présence des éléments suivants dans le plan :			
Accompagnateur au CH	90,0	95,5	NS*
Accompagnateur à la salle d'accouchement	90,0	95,5	NS
Cohabitation avec le conjoint	80,0	90,9	NS
Attentes et désirs particuliers	90,0	97,0	NS
Approches du soulagement à la douleur	80,0	92,4	NS
Épidurale	36,4	51,5	}
Méthode Bonapace, bain tourbillon, gasquet, massage, relaxation	27,3	36,4	
Autres	36,4	12,1	
Encouragement du médecin à faire ce plan d'accouchement	40,0	71,9	0,04
Ont apporté le plan d'accouchement au CH	50,0	84,9	0,01
Ont montré le plan d'accouchement au médecin	40,0	42,6	NS
Ont montré le plan d'accouchement à l'infirmière	80,0	74,6	NS
Le plan d'accouchement a été respecté :			
Totalemment	22,2	51,6	0,002
En partie	11,1	33,9	
Pas du tout	66,7	14,5	

¹ NSP : Ne s'applique pas

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.8 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour le fait de montrer son carnet de grossesse aux professionnels rencontrés

Variables	Ensemble des mères (N=255) (%)	Primipares (N=137) (%)	Multipares (N=118) (%)	p
Participation à des rencontres prénatales	42,0	70,8	8,5	<0,0001
Évocation du carnet par la personne chargée de l'animation des rencontres	62,6	67,4	20,0	0,003
Apport du carnet par la mère	14,0	12,4	30,0	NS*
À la demande de l'animatrice	26,7	33,3	0,0	NS
Inscription par la mère d'informations éventuelles	6,7	8,3	0,0	NS
Référence au CLSC	(n=30) ¹	(n=18) ¹	(n=12) ¹	
A montré son carnet de grossesse à l'infirmière	22,2	25,5	20,0	NS
Consultation prénatale				
1- En cabinet privé	(n=44) ²	(n=25) ²	(n=19) ²	
A montré son carnet de grossesse	13,2	12,0	15,4	NS
2- A l'urgence	(n=45) ³	(n=29) ³	(n=16) ³	
A montré son carnet de grossesse	27,0	38,0	6,3	0,07
Hospitalisation en prénatal	(n=24) ⁴	(n=16) ⁴	(n=8) ⁴	
A montré son carnet de grossesse au médecin ou à l'infirmière	50,0	50,0	50,0	NS
Séjour hospitalier postpartum				
L'infirmière a-t-elle consulté le carnet de grossesse?				
l'infirmière l'a consulté	20,0	18,9	21,1	NS
l'infirmière ne l'a pas consulté	50,6	49,6	51,7	
la mère ne l'a pas apporté	5,5	2,9	8,5	
ne sait pas/refus	23,9	28,5	18,6	
Postnatal à domicile				
1- Visite à domicile d'une infirmière				
A montré son carnet de grossesse à l'infirmière lors de la visite à domicile	11,6	7,4	15,5	NS
l'infirmière l'a regardé	92,8	100,0	88,8	NS
l'infirmière ne l'a pas regardé	3,6	0,0	5,6	
ne sait pas/refus	3,6	0,0	5,6	

* NS : valeur supérieure à 0,10

¹ Ont été référées au CLSC et ont rempli leur carnet de grossesse.

² Ont consulté en cabinet privé et ont rempli leur carnet de grossesse.

³ Ont consulté à l'urgence et ont rempli leur carnet de grossesse.

⁴ Ont été hospitalisées en prénatal et ont rempli leur carnet de grossesse.

Tableau A-5.2.8 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour le fait de montrer son carnet de grossesse aux professionnels rencontrés (suite)

Variables	Ensemble des mères (N=255) (%)	Primipares (N=137) (%)	Multipares (N=118) (%)	p
Postnatal à domicile (suite)				
<i>2- Rendez-vous de routine pour faire examiner le bébé</i>	42,0	42,3	41,5	NS
A montré son carnet de grossesse	1,0	0,0	2,2	NS
<i>3- Téléphone au CLSC</i>	65,8	74,7	55,8	0,007
A utilisé son carnet de grossesse pour trouver le numéro de téléphone	15,4	16,9	13,0	NS
<i>4- Téléphoné à Info-Santé</i>	53,6	62,1	44,2	0,02
A utilisé son carnet de grossesse pour trouver le numéro de téléphone	16,7	20,3	10,8	NS
<i>5- Suivi médical de routine de la mère</i>	87,3	89,5	84,9	NS
A montré son carnet de grossesse au médecin	8,4	5,9	11,6	NS
Le médecin l'a regardé	61,5	60,0	62,5	NS
Le médecin ne l'a pas regardé	38,5	40,0	37,5	
<i>6- Consultation à l'urgence par la mère</i>	12,2	10,5	14,0	NS
A montré son carnet de grossesse au médecin	0,0	0,0	0,0	
<i>7- Hospitalisation de la mère</i>	2,8	2,1	3,5	NS
A montré son carnet de grossesse	0,0	0,0	0,0	

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.9 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour la consultation du carnet de grossesse *Entre ciel et terre*

Variables	Ensemble des mères (N=291) (%)	Primipares (N=148) (%)	Multipares (N=143) (%)	p
Utilisation pour lire ou écrire				0,02
Assez à très souvent	67,6	73,6	61,3	
Peu souvent à pas du tout	32,4	26,4	38,7	
À quel moment de la grossesse				NS*
Au début de la grossesse	15,6	15,0	16,2	
Au milieu de la grossesse	6,7	5,0	8,5	
En fin de grossesse	11,5	13,6	9,2	
Tout au long de la grossesse	66,3	66,4	66,2	
Insertion de feuilles médicales dans la pochette du carnet¹	72,0	78,9	65,0	0,009
Utilisation spécifique pendant la grossesse				
<i>Tabagisme au début de la grossesse</i>	21,7	24,3	18,9	NS
Cessé de fumer pendant la grossesse	34,9	41,7	25,9	NS
Remarqué des informations sur les programmes de renoncement au tabagisme dans le carnet	31,8	33,3	29,6	NS
<i>Problème de santé pendant la grossesse</i>	36,8	44,6	28,7	0,005
Recherché la ligne de conduite à tenir en cas de problème de santé, dans le carnet	20,0	22,7	15,4	NS
Utilisation spécifique en postnatal				
<i>Pour l'identification d'une ressource en allaitement</i>	0,0	0,0	0,0	
<i>Consultation du matériel distribué durant la grossesse</i>	61,9	71,0	52,5	0,001
<i>Consultation du carnet spécifiquement</i>	12,0	11,5	12,6	NS
<i>Demande d'aide ou service à un organisme communautaire²</i>	2,8	2,9	2,7	NS

¹ Parmi les mères qui ont déclaré avoir reçu des feuilles de leur dossier médical.

² Sur les 6 personnes qui ont demandé de l'aide ou des services à un organisme communautaire, quatre l'ont fait au CLSC et une seule (primipare) à partir du carnet de grossesse ou des dépliants du CLSC.

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.10 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour l'utilité et l'appréciation du carnet de grossesse *Entre ciel et terre*

Degré de satisfaction générale par rapport au carnet de grossesse *Entre ciel et terre*

Variables	Ensemble des mères (N=291) (%)	Primipares (N=148) (%)	Multipares (N=143) (%)	p
				NS*
Extrêmement satisfaite	13,9	13,8	14,1	
Très satisfaite	51,8	52,4	51,1	
Assez satisfaite	31,1	31,7	30,4	
Peu satisfaite	3,2	2,1	4,4	

* NS : valeur supérieure à 0,10

Utilité du carnet pendant la grossesse

Variables	Ensemble des mères (N=197) (%)	Primipares (N=102) (%)	Multipares (N=95) (%)	p
				0,01
Très utile	21,8	30,4	12,6	
Plutôt utile	51,3	48,0	54,7	
Plutôt inutile	22,3	16,7	28,4	
Totalement inutile	4,6	4,9	4,2	

Utilité de pouvoir écrire dans le carnet de grossesse

Variables	Ensemble des mères (N=255) (%)	Primipares (N=137) (%)	Multipares (N=118) (%)	p
				NS
Très utile	34,5	33,6	35,6	
Plutôt utile	51,8	51,1	52,5	
Plutôt inutile	10,2	11,0	9,3	
Totalement inutile	3,5	4,4	2,5	

Utilité pour la mère de pouvoir écrire des renseignements médicaux dans le carnet de grossesse

Variables	Ensemble des mères (N=190) (%)	Primipares (N=102) (%)	Multipares (N=88) (%)	p
				NS
Très utile	34,4	40,6	27,3	
Plutôt utile	56,1	52,5	60,3	
Plutôt inutile	7,9	5,9	10,2	
Totalement inutile	1,6	1,0	2,3	

Utilité des documents d'information contenus dans les pochettes du carnet

Variables	Ensemble des mères (N=291) (%)	Primipares (N=148) (%)	Multipares (N=143) (%)	P
				<0,0001
Très utiles	15,3	20,0	10,4	
Plutôt utiles	48,4	55,7	40,7	
Plutôt inutiles	20,0	12,9	27,4	
Totalement inutiles	7,3	0,7	14,1	
N'en a pas reçu	9,1	10,7	7,4	

Utilité du carnet en postnatal

Variables	Ensemble des mères (N=197) (%)	Primipares (N=102) (%)	Multipares (N=95) (%)	p
				NS
Très utile	1,0	1,0	1,1	
Plutôt utile	7,7	7,9	7,5	
Plutôt inutile	40,2	33,7	47,3	
Tout à fait inutile	51,0	57,4	44,1	

Le carnet de grossesse m'a aidée à mieux vivre ma grossesse

Variables	Ensemble des mères (N=291) (%)	Primipares (N=148) (%)	Multipares (N=143) (%)	p
Tout à fait d'accord	15,3	20,8	9,5	0,02
Plutôt d'accord	50,9	52,1	49,6	
Plutôt en désaccord	24,6	18,8	30,7	
Tout à fait en désaccord	9,2	8,3	10,2	

Le carnet de grossesse m'a aidée à prendre une décision quant au mode d'alimentation de mon bébé

Variables	Ensemble des mères (N=291) (%)	Primipares (N=148) (%)	Multipares (N=143) (%)	p
Tout à fait d'accord	3,2	4,2	2,2	NS*
Plutôt d'accord	11,1	10,4	11,9	
Plutôt en désaccord	43,0	47,2	38,5	
Tout à fait en désaccord	42,7	38,2	47,4	

* NS : valeur supérieure à 0,10

Le carnet de grossesse m'a aidée à mieux vivre mon accouchement

Variables	Ensemble des mères (N=291) (%)	Primipares (N=148) (%)	Multipares (N=143) (%)	p
Tout à fait d'accord	7,9	11,2	4,5	0,10
Plutôt d'accord	29,5	31,9	26,9	
Plutôt en désaccord	34,2	31,9	36,6	
Tout à fait en désaccord	28,4	25,0	32,0	

Le carnet de grossesse m'a aidée à identifier mes attentes ou besoins face à l'accouchement

Variables	Ensemble des mères (N=291) (%)	Primipares (N=148) (%)	Multipares (N=143) (%)	p
Tout à fait d'accord	18,5	23,6	13,1	0,008
Plutôt d'accord	40,2	44,4	35,8	
Plutôt en désaccord	24,2	18,8	29,9	
Tout à fait en désaccord	17,1	13,2	21,2	

Le carnet de grossesse a été un support pour transmettre mes choix face à l'accouchement

Variables	Ensemble des mères (N=291) (%)	Primipares (N=148) (%)	Multipares (N=143) (%)	p
Tout à fait d'accord	16,8	20,3	13,2	0,05
Plutôt d'accord	27,6	31,5	23,5	
Plutôt en désaccord	34,4	32,2	36,8	
Tout à fait en désaccord	21,2	16,0	26,5	

Le carnet de grossesse m'a aidée à mieux choisir une préparation face à la douleur

Variables	Ensemble des mères (N=291) (%)	Primipares (N=148) (%)	Multipares (N=143) (%)	p
Tout à fait d'accord	9,6	14,6	4,4	0,003
Plutôt d'accord	26,7	31,2	21,9	
Plutôt en désaccord	34,6	30,6	40,9	
Tout à fait en désaccord	28,1	23,6	32,8	

Le carnet de grossesse m'a aidée à réfléchir à l'implication de mon conjoint pendant mon accouchement

Variables	Ensemble des mères (N=291) (%)	Primipares (N=148) (%)	Multipares (N=143) (%)	p
Tout à fait d'accord	9,3	11,9	6,6	NS*
Plutôt d'accord	23,7	25,2	22,1	
Plutôt en désaccord	40,1	37,1	43,4	
Tout à fait en désaccord	26,9	27,8	27,9	

Tableau A-5.2.11 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour l'utilité et l'appréciation du carnet de grossesse *Entre ciel et terre* comme outil de communication avec les professionnels

Variables	Ensemble des mères (N=255) (%)	Primipares (N=137) (%)	Multipares (N=118) (%)	p
<i>Le carnet de grossesse a permis une meilleure communication entre la mère et les professionnels qu'elle a rencontrés</i>				0,01
Oui	45,1	52,2	36,8	
<i>Le carnet de grossesse a permis une meilleure communication entre les professionnels rencontrés</i>				0,03
Oui	46,4	52,6	39,1	
<i>Les informations contenues dans le carnet ont été prises en compte par les professionnels rencontrés</i>				0,002
Oui, totalement	32,8	32,3	33,3	
Oui, partiellement	26,7	35,3	16,7	
Non	40,5	32,3	50,0	
<i>Les professionnels rencontrés ont trouvé les informations contenues dans le carnet de grossesse :</i>				0,06
Très utiles	17,9	16,0	20,2	
Plutôt utiles	44,2	52,0	34,3	
Plutôt inutiles	12,5	11,2	14,1	
Totalement inutiles	25,4	20,8	31,3	
<i>Le carnet de grossesse a été un instrument EFFICACE de transmission de renseignements aux intervenants rencontrés pour ne pas avoir à répéter certaines informations</i>				0,01
Tout à fait d'accord	23,7	25,8	21,0	
Plutôt d'accord	33,7	41,9	23,7	
Plutôt en désaccord	21,3	18,3	25,0	
Tout à fait en désaccord	21,3	14,0	30,3	

Tableau A-5.2.12 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour l'état de santé de la mère, l'utilisation des services, la continuité des services et la consultation d'outils d'information en pré et postnatal.

Variables	Sous-région Nord (N=327) (%)	Sous-région Sud (N=324) (%)	p
PENDANT LA GROSSESSE			
Problème de santé inquiétant pour elle-même	36,4	37,0	NS*
A consulté son carnet <i>Entre ciel et terre</i>	NSP	20,0	
A consulté <i>Naître en santé pour mieux entrer dans la vie</i>	12,7	NSP	
A consulté <i>9 mois pour la vie</i>	27,0	27,0	NS
A été référée pour une consultation médicale ¹	45,4	48,0	NS
A été hospitalisée	14,1	9,0	0,04
Est allée à l'urgence	25,4	26,3	NS
Fumait en début de grossesse	28,4	22,5	0,08
A cessé de fumer pendant la grossesse	36,6	34,3	NS
A pris connaissance des programmes de renoncement au tabagisme offerts dans la région	25,8	30,1	NS
Par le carnet <i>Entre ciel et terre</i>	NSP	0,0	
Par le carnet <i>Naître en santé pour mieux entrer dans la vie</i>	0,0	NSP	
EN POSTNATAL			
A consulté le matériel remis pendant la grossesse	68,5	60,5	0,03
A reçu la visite à domicile d'une infirmière	97,9	100,0	0,008
A assisté à des rencontres de groupe au CLSC	11,5	25,4	< 0,0001
A eu un rendez-vous fixé avant le congé pour faire examiner le bébé	33,3	42,9	0,01
Où ?			
Au CH	14,7	18,0	0,001
Au CSLC	2,8	19,4	
à la clinique	82,6	62,6	
Quand le premier rendez-vous a-t-il eu lieu?			
1-3 jours	4,6	22,3	0,0003
4-7 jours	25,7	18,0	
8-14 jours	9,2	14,4	
> 14 jours	60,6	45,3	
Ont trouvé un médecin pour suivre leur bébé	98,1	98,2	NS

* NS : valeur supérieure à 0,10

NSP : Ne s'applique pas.

¹ parmi les mères qui ont présenté un problème de santé suscitant de l'inquiétude chez elle.

Tableau A-5.2.12 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour l'état de santé de la mère, l'utilisation des services, la continuité des services et la consultation d'outils d'information en pré et postnatal (suite)

Variables	Sous-région Nord (N=327) (%)	Sous-région Sud (N=324) (%)	p
EN POSTNATAL			
Combien de fois l'ont-elles vu au cours des trois premiers mois ?			NS*
Jamais	1,6	2,4	
1 fois	35,7	42,3	
2-3 fois	60,0	50,2	
> 3 fois	2,8	5,2	
Combien de fois ont-elles vu un médecin pour leur suivi post accouchement, au cours des trois premiers mois ?			NS
Jamais	9,2	12,9	
1 fois	78,1	77,4	
2-3 fois	11,5	9,2	
> 3 fois	1,2	0,5	
La mère avait eu un contact en prénatal avec l'infirmière qui a fait la visite postnatale à domicile	18,0	26,3	0,03
Le médecin qui suit la mère est le même que celui qui l'a suivi pendant sa grossesse	47,8	60,4	0,01

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.13 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour l'appréciation des services reçus en pré, per et postnatal

Variables	Sous-région Nord (N=260) (%)	Sous-région Sud (N=217) (%)	Ensemble des mères (N=477) (%)	p
EN PRÉNATAL				
Êtes-vous satisfaite :				
• Des services reçus au bureau du médecin				0,06
Extrêmement satisfaite	38,1	46,5	41,9	
Très satisfaite	46,9	45,6	46,3	
Assez satisfaite	14,6	7,4	11,3	
Peu satisfaite	0,4	0,5	0,4	
• Des services reçus au CLSC ¹	(N=140)	(N=142)	(N=282)	NS*
Extrêmement satisfaite	30,0	31,0	30,5	
Très satisfaite	41,4	48,6	45,0	
Assez satisfaite	25,7	18,3	22,0	
Peu satisfaite	2,9	2,1	2,5	
• Des services reçus à l'hôpital	(N=39)	(N=18)	(N=57)	NS
Extrêmement satisfaite	38,5	38,9	38,6	
Très satisfaite	35,9	50,0	40,4	
Assez satisfaite	23,1	11,1	19,3	
Pas du tout satisfaite	2,6	0,0	1,8	

¹Inclut les mères qui ont suivi des cours prénatals en CLSC

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.13 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour l'appréciation des services reçus en pré, per et postnatal (suite)

Variables	Sous-région Nord (N=260) (%)	Sous-région Sud (N=217) (%)	Ensemble des mères (N=477) (%)	p
PENDANT LE SÉJOUR À L'HÔPITAL				
Etes-vous satisfaite :				
• Des services que votre bébé a reçus au moment de sa naissance				NS*
Extrêmement satisfaite	48,3	50,0	49,0	
Très satisfaite	35,9	36,6	36,2	
Assez satisfaite	11,6	12,0	11,8	
Peu satisfaite	3,5	0,9	2,3	
Pas du tout satisfaite	0,8	0,5	0,6	
• Des services que vous avez reçus pour votre accouchement				0,02
Extrêmement satisfaite	45,6	50,9	48,0	
Très satisfaite	33,2	37,0	35,0	
Assez satisfaite	17,0	12,0	14,7	
Peu satisfaite	3,5	0,0	1,9	
Pas du tout satisfaite	0,8	0,0	0,4	
EN POSTNATAL				
Etes-vous satisfaite :				
• Des services que votre bébé a reçus à l'hôpital depuis sa naissance :	(N=18)	(N=18)	(N=36)	NS
Très satisfaite	22,2	38,9	30,6	
Assez satisfaite	44,4	44,4	44,4	
Peu satisfaite	33,3	16,7	25,0	
• Des services que vous avez reçus à l'hôpital en réadmission	(N=9)	(N=7)	(N=16)	NS
Extrêmement satisfaite	33,3	16,7	26,7	
Très satisfaite	44,4	33,3	40,0	
Assez satisfaite	11,1	16,7	13,3	
Peu satisfaite	11,1	33,3	20,0	

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.13 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour l'appréciation des services reçus en pré, per et postnatal (suite)

Variables	Sous-région Nord (N=260) (%)	Sous-région Sud (N=217) (%)	Ensemble des mères (N=477) (%)	p
EN POSTNATAL				
Etes-vous satisfaite :				
• Des services reçus au bureau du médecin pour votre suivi post-accouchement :	(N=236)	(N=189)	(N=425)	
				0,02
Extrêmement satisfaite	46,6	58,2	51,8	
Très satisfaite	39,8	35,5	37,9	
Assez satisfaite	11,9	6,4	9,4	
Peu satisfaite	1,7	0,0	0,9	
• Des services que votre bébé a reçus au bureau du médecin :	(N=228)	(N=215)	(N=443)	
				NS*
Extrêmement satisfaite	47,3	50,7	48,8	
Très satisfaite	38,0	36,3	37,2	
Assez satisfaite	12,0	12,6	12,3	
Peu satisfaite	1,9	0,0	1,1	
Pas du tout satisfaite	0,8	0,5	0,6	
• Des services que vous avez reçus de la part du CLSC :	(N=189)	(N=182)	(N=371)	
				0,02
Extrêmement satisfaite	31,8	47,3	39,4	
Très satisfaite	48,2	39,6	43,9	
Assez satisfaite	15,9	10,4	13,2	
Peu satisfaite	3,2	2,8	3,0	
Pas du tout satisfaite	1,1	0,0	0,5	
• Des services que votre bébé a reçus de la part du CLSC :	(N=227)	(N=189)	(N=416)	
				NS
Extrêmement satisfaite	36,7	46,0	40,9	
Très satisfaite	45,8	38,1	42,3	
Assez satisfaite	14,5	14,8	14,7	
Peu satisfaite	2,6	1,1	1,9	
Pas du tout satisfaite	0,4	0,0	0,2	

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.2.14 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour les liens qu'elles ont eus avec leur CLSC en pré et postnatal.

Variables	Sous-région NORD (N=327)	Sous-région SUD (N=324)	P
Lors des premières visites médicales la mère a été informée des services offerts par son CLSC	57,4	77,8	<0,0001
Cours prénatals suivis en CLSC ¹	67,4	64,8	NS*
Les mères ont senti que les médecins et les CLSC travaillaient en collaboration ²	61,2	64,3	NS
Les mères ont téléphoné au CLSC après leur accouchement			NS
Jamais	41,5	35,4	
1 fois	22,1	19,1	
2 ou 3 fois	20,2	26,0	
> 3fois	16,3	19,5	
Les mères ont téléphoné à Info Santé après leur accouchement			NS
Jamais	48,5	46,0	
1 fois	21,7	22,8	
2 ou 3 fois	15,1	17,2	
> 3fois	14,7	14,9	

* NS : valeur supérieure à 0,10

¹ Pour les mères qui ont suivi des cours prénatals seulement

² Pour les mères référées seulement

Annexe 5.3 Autres outils utilisés

Tableau A-5.3.1 Comparaison entre les mères de la sous-région Nord et les mères de la sous-région Sud pour les différents outils d'information utilisés pendant la grossesse

Variables	Sous-région Nord (N=327) (%)	Sous-région Sud (N=324) (%)	p
Outils d'information remis			
<i>Entre ciel et terre</i>	13,9	92,1	NSP
<i>9 mois pour la vie</i>	72,2	66,7	NS*
Brochure verte sur les services offerts en CLSC ¹	53,2	NSP	
Outils d'information consultés			
<i>Partir du bon pied</i>	32,7	24,7	0,04
A tenu un journal de grossesse	26,6	21,2	NS
A écrit dans 9 mois pour la vie	25,0	16,0	0,02
Appréciation des outils			
<i>9 mois pour la vie</i>			0,02
Très utile	30,5	31,1	
Plutôt utile	52,4	42,2	
Plutôt inutile	11,2	21,1	
Totalement inutile	6,0	5,6	
Brochure verte sur les services offerts en CLCS ¹			
Très utile	8,1		
Plutôt utile	55,8		
Plutôt inutile	26,2		
Totalement inutile	9,9		

NSP : Ne s'applique pas

¹ 17,9% des mères de la sous-région Nord ne se souviennent pas avoir reçu cette brochure

* NS : valeur supérieure à 0,10

Tableau A-5.3.2 Comparaison entre les primipares et les multipares de la sous-région Sud pour l'appréciation du carnet « 9 mois pour la vie »

Le carnet « 9 mois pour la vie » vous a-t-il été :

Variables	Ensemble des mères (N=216 (%))	Primipares (N=105 (%))	Multipares (N=111 (%))	p
Très utile	31,0	36,3	26,1	NS*
Plutôt utile	42,2	42,2	42,3	
Plutôt inutile	21,1	18,6	23,4	
Tout à fait inutile	5,6	2,9	8,1	

* NS : valeur supérieure à 0,10

Adresse de correspondance

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Secteur santé publique
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185
Télécopieur : (514) 343-2207

Adresse de notre site Web

<http://www.gris.umontreal.ca/>