



Réduire l'impact

Travailler auprès de
femmes enceintes qui
connaissent une situation
de vie difficile



best start
meilleur départ)

MEILLEUR DÉPART : CENTRE DE RESSOURCES SUR LA MATERNITÉ, LES NOUVEAU-NÉS
ET LE DÉVELOPPEMENT DES JEUNES ENFANTS DE L'ONTARIO
A/S DU COIP
180, RUE DUNDAS OUEST, BUREAU 1900
TORONTO (ONTARIO) M5G 1Z8
Tél. : (416) 408-2249 ou 1 800 397-9567 Téléc. : (416) 408-2122
Courriel : meilleurdepart@meilleurdepart.org
Site Web : www.meilleurdepart.org

Ce document a été conçu grâce au soutien financier du Centre Meilleur départ de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario. Subventionné par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Meilleur départ est l'un des principaux programmes du Centre ontarien d'information en prévention (COIP). Le contenu de ce document reflète le point de vue de ses auteurs et n'a pas été approuvé officiellement par le gouvernement de l'Ontario.

REMERCIEMENTS

Le statut socio-économique a de profondes répercussions sur la santé des mères et des nouveau-nés. Pour obtenir des renseignements généraux et des stratégies pratiques sur la façon d'aborder une question si vaste et complexe, Meilleur départ a fait appel à une variété de personnes, dont des fournisseurs de services et des femmes enceintes. L'organisme a également formé un groupe de travail pour diriger l'élaboration de ce guide de ressources et mener des entrevues auprès de fournisseurs clés afin de mettre en lumière une variété de pratiques, d'initiatives et de programmes efficaces. Marci Swazey et Wendy Reynolds ont mené les recherches requises et élaboré le contenu du guide. Nous aimerions remercier tout spécialement les nombreuses femmes qui, malgré leur situation de vie difficile, ont trouvé le temps de nous exprimer leurs préoccupations et nous soumettre leurs points de vue et conseils. Ces femmes sont les vraies expertes en matière de statut socio-économique et leurs commentaires nous ont grandement aidés à rédiger ce guide.

ÉLABORATION DU GUIDE

Dennise Albrecht, Hôpital pour enfants malades de l'Est de l'Ontario
Wendy Burgoyne, Meilleur départ
Pam Carr, Bébés en santé/Enfants en santé, Kingston
Wendy Christopher, Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur
Suzanne Davidson-Noel, Programme canadien de nutrition prénatale, Nipissing
Kelli Dilworth, Institut canadien de la santé infantile
Betty Ann Horbul, Programme canadien de nutrition prénatale, District de Cochrane
Colleen Logue, Centre de ressources en nutrition
Nancy MacNider, Maison Ste-Marie
Jennifer Medves, Université Queen's, faculté de soins infirmiers
Monica Pedzolt, MotherCare
Wendy Reynolds, AWARE
Dianne Rogers, Institut canadien de la santé infantile
Shawna Scale, Healthy Beginnings, Healthy Babies
Marci Swazey, AWARE
Julie Voorneveld, Programme canadien de nutrition prénatale, Santé Canada
Judy Watson, Programme canadien de nutrition prénatale, Santé Canada
Barb Willet, Meilleur départ
Margaret Zubert, Santé Canada

INTERVENANTES CLÉS

Cheryl Booth, Grandir ensemble, Port Colborne
Jennifer Corbiere, Aboriginal Children's Programs
(Programme d'aide préscolaire aux Autochtones/Aboriginal Head Start Initiative), Santé Canada
Katie Dilworth, Programme canadien de nutrition prénatale, Toronto
Sue Hubay, Babies First, Peterborough
Wendy Kelen, Centre de santé communautaire de North Kingston
Joanne King, Centre de ressources communautaires de Killaloe
Margaret Leslie, Breaking the Cycle
Louise Picard, Bureau de santé de Sudbury et du district
Cindy Scythes, Service de santé de la région de York
Diane Shrott, Healthiest Babies Possible, Toronto
Rebecca Sutherns, Université Guelph

PARTICIPANTES AUX GROUPES DE DISCUSSION

Même si nous ne divulguons pas le nom des participantes aux groupes de discussion, leur contribution à l'élaboration de ce guide a été des plus précieuses.

Table des matières

INTRODUCTION	1
Statut socio-économique et déterminants de la santé	2
Impact du statut socio-économique sur les femmes enceintes	3
Comment utiliser le guide	4
RECHERCHES	
Vue d'ensemble sur la grossesse et la pauvreté	5
Taux de pauvreté au Canada	6
Conséquences d'un faible statut socio-économique sur les femmes enceintes	7
Soins prénatals	8
Stress et absence de soutien social	10
Violence et mauvais traitements	11
Dépression	12
Tabagisme	13
Consommation d'alcool et de drogue	14
Nutrition et sécurité alimentaire	16
Grossesse chez les adolescentes	17
Implications	19
OPINIONS PRÉCONÇUES	21
COMMENTAIRES DE FEMMES ENCEINTES	23
Accès à des aliments sains et à des vitamines prénatales	24
Sommeil, repos et détente	25
Transport et autres questions d'accès	26
Réseaux de soutien	26
Ressources communautaires	27
Barrières structurales et attitudes néfastes	28
Approches constructives des fournisseurs de services	29
Approches non constructives des fournisseurs de services	30
Rôle de la communauté dans son ensemble	31
Implications	32
STRATÉGIES EFFICACES	34
Enjeu – Soins prénatals	35
Enjeu – Sécurité alimentaire	38
Enjeu – Conditions sociales et toxicomanie	42
Enjeu – Logement et biens matériels	45
Enjeu – Éducation et emploi	47
Enjeu – Milieux ruraux	49
Enjeu – Défense des droits et intérêts des femmes	51
Enjeu – Clientèles spécifiques	54
À NE PAS OUBLIER	60
Dix principaux conseils des femmes	60
Dix principaux conseils des fournisseurs de services	61
Après l'accouchement	62
ÉVALUATION	63
RESSOURCES ET SERVICES	66
GLOSSAIRE	70
BIBLIOGRAPHIE	72

introduction



**« Les mauvaises conditions de vie ont des répercussions sur la santé. Les milieux et modes de vie malsains ont des effets néfastes directs sur la santé, tout comme les préoccupations et insécurités quotidiennes, et le manque de soutien. [traduction libre] »
(Wilkinson et Marmot, 2000)**

Les recherches et les rapports anecdotiques de fournisseurs de services démontrent clairement que le statut socio-économique a des répercussions sur la santé de la mère et du nourrisson. On peut associer le faible statut socio-économique à l'insuffisance de poids à la naissance et à d'autres complications survenant avant ou après l'accouchement. Les femmes à faible statut socio-économique passent près de quatre fois plus de temps hospitalisées à la suite de complications durant la grossesse que les femmes issues des classes de revenu les plus élevées (Mustard et coll., 1995). Les effets du statut socio-économique sur les femmes pauvres et leurs enfants vont cependant au-delà des seules considérations de poids à la naissance et englobent une grande variété de problèmes de santé et de difficultés d'ordre social et psychologique.

De nombreux programmes ont été mis sur pied en Ontario pour aider les femmes enceintes et leurs enfants. La plupart ont été spécialement conçus pour répondre aux besoins des femmes à faible statut socio-économique. Ces initiatives novatrices ont obtenu d'impressionnants résultats. Des évaluations provinciales et nationales ont fait état d'une amélioration considérable de la santé chez les participantes aux programmes et leur bébé. Malheureusement, le taux de pauvreté est encore élevé et le degré de pauvreté est alarmant, en particulier chez les femmes en âge de procréer.

STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Le statut socio-économique, un évident déterminant de la santé, est habituellement défini par le revenu, le niveau de scolarité et l'emploi. Les recherches ont démontré que les personnes qui ont des niveaux élevés de scolarité et de revenu sont généralement en meilleure santé que les personnes moins scolarisées ayant un faible revenu (Mustard et coll., 1995). Outre le revenu et la scolarité, la notion de statut socio-économique touche des questions de logement, d'origines culturelles et de biens matériels. Elle concerne aussi la perception qu'ont les gens de la contribution à la société, obstacle auquel les personnes à faible revenu se heurtent toujours aux yeux de la communauté. Les femmes enceintes à faible revenu sont vulnérables aux déterminants sociaux et de la santé. Il incombe aux fournisseurs de services de comprendre toute la complexité du statut socio-économique. La vie n'est pas facile pour les personnes à faible statut socio-économique, et le manque de considération empire la situation.

Les femmes à faible statut économique n'ont pas toutes les mêmes caractéristiques, compétences et défis.

Les clientèles suivantes sont particulièrement vulnérables :

- Adolescentes enceintes
- Femmes pauvres
- Résidentes des milieux ruraux
- Nouvelles immigrantes
- Femmes peu alphabétisées
- Ouvrières à faible revenu
- Chômeuses
- Mères monoparentales
- Femmes sans réseau de soutien social
- Femmes victimes de violence familiale
- Femmes aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues
- Itinérantes
- Femmes aux prises avec de mauvaises conditions de logement

Pour joindre et aider cette grande variété de clientèles, nous devons employer de nombreuses stratégies. Les programmes et fournisseurs de services doivent être à la fois respectueux, inclusifs et accueillants.

Les déterminants de la santé des femmes vont bien au-delà du seul choix d'un mode de vie. Ils englobent la grande variété de facteurs individuels et collectifs, et leurs effets sur la santé de la personne. Ces facteurs incluent le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, la scolarité, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux et physiques, le développement de la petite enfance, les habitudes de vie et la capacité d'adaptation personnelle, les services de santé, le sexe, la culture et le patrimoine biologique et génétique (Santé Canada, 1999).

L'Organisation mondiale de la santé (Wilkinson et Marmot, 2000) va plus loin et ajoute aux déterminants de la santé les répercussions sur la santé des politiques économiques et sociales. Les conditions sociales et

économiques ont peut-être même plus d'impact sur la santé que l'accès aux soins médicaux. L'Organisation mondiale de la santé examine dix aspects différents mais étroitement liés aux déterminants de la santé, dont :

- la nécessité de politiques publiques qui peuvent éviter à des personnes de se retrouver dans des situations de défavorisation prolongée;
- la façon dont l'environnement social et psychologique influe sur la santé;
- l'importance d'un environnement favorable pendant la petite enfance;
- les effets du travail sur la santé;
- les problèmes résultant du chômage et de l'emploi précaire;
- le rôle de l'amitié et de la cohésion sociale;
- les dangers de l'exclusion sociale;
- les effets de l'alcool et des autres drogues;
- la nécessité de permettre à tous de bénéficier d'une alimentation saine;
- la nécessité de disposer de moyens de transport plus favorables à la santé.

IMPACT DU STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE SUR LES FEMMES ENCEINTES

Les femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté sont aussi différentes les unes des autres que les membres de tout autre groupe social. Bon nombre reçoivent des prestations d'aide sociale. Certaines travaillent pour un salaire très maigre tandis que d'autres vivent dans la rue sans revenu quel qu'il soit. Certaines sont mariées et heureuses, d'autres sont victimes de violence familiale et d'autres encore sont seul soutien de famille. De même, le manque de scolarité est lié à la pauvreté, mais les femmes pauvres et enceintes ne sont pas toutes sous-scolarisées. Au contraire, bon nombre ont fait des études supérieures mais se retrouvent, par un concours de circonstances, en situation de précarité financière.

Malheureusement, une fois enclenché, il peut être bien difficile de rompre le cycle de la pauvreté, quels que soient les autres déterminants du statut socio-économique. Malgré leur niveau de scolarité ou leurs expériences de travail passées, les femmes qui sont pauvres, qui dépendent de l'aide sociale ou qui occupent un emploi peu rémunéré trouvent souvent qu'il est difficile sinon impossible de s'en sortir. La perception de la société à propos des femmes dans cette situation peut provoquer du ressentiment envers les femmes à faible statut socio-économique et entraîner chez ces dernières un sentiment d'inutilité.

Les fournisseurs de services peuvent se sentir submergés par la grande variété des enjeux qui entourent la grossesse et le statut socio-économique. Bon nombre de femmes qui vivent dans la pauvreté ont une panoplie de préoccupations complexes et intimement liées. L'un des rôles des fournisseurs de services consiste à tenter de réduire l'impact de la pauvreté, lorsque cela est possible. Ce guide offre de l'information et du soutien à la fois pratiques et fondés sur la recherche pour les aider à intervenir auprès de femmes enceintes à faible statut économique.

Le statut socio-économique est un concept plus large que celui de la pauvreté. La pauvreté est toutefois associée à la plupart des aspects du statut socio-économique. Par conséquent, les effets de la pauvreté sur la grossesse et les stratégies adoptées pour aborder les questions de pauvreté seront des éléments importants du présent guide.

COMMENT UTILISER LE GUIDE

Ce document a été conçu pour aider une foule de fournisseurs de services à repenser leur façon d'intervenir auprès des femmes enceintes à faible revenu afin d'accroître l'efficacité de leurs programmes et initiatives. Il est destiné à la fois aux fournisseurs de services dont la clientèle est composée exclusivement de femmes à faible revenu et à ceux qui interviennent auprès d'une clientèle plus vaste, composée en partie de femmes à faible revenu. Les fournisseurs de soins de santé et de services de soutien, dont le personnel de programmes de soutien durant la grossesse, d'haltes-accueil pour parents et de services de soutien à domicile, bénéficieront d'une meilleure compréhension des questions entourant le statut socio-économique et des stratégies d'intervention efficaces. Les renseignements variés offerts dans le présent document serviront grandement aux personnes qui interviennent auprès de femmes à faible revenu et à celles qui ne connaissent pas encore les enjeux de la pauvreté ou l'information disponible à ce sujet. Le guide aidera les fournisseurs à :

- choisir et concevoir des programmes et services supplémentaires;
- évaluer et redéfinir les services existants;
- approfondir leurs connaissances;
- former du nouveau personnel;
- revoir la façon dont les membres du personnel interviennent auprès des femmes;
- trouver des ressources pertinentes.

Ce guide contient une foule de renseignements, y compris des conclusions de recherches récentes, des stratégies d'action et des recommandations. Lorsque cela est approprié, les propos de fournisseurs de services ou de femmes connaissant une situation de vie difficile sont utilisés pour illustrer un concept. L'information est regroupée par enjeu, en fonction du déterminant de la santé auquel il se rapporte. Chaque enjeu est accompagné d'information que vous pouvez utiliser à plusieurs fins, par exemple pour former du personnel, concevoir un programme ou trouver des idées et des renseignements supplémentaires. Vous trouverez à la fin du guide les meilleurs et principaux conseils de fournisseurs de services et de femmes ayant participé au projet, un glossaire, ainsi qu'une liste de ressources et de services pertinents.

Recherches



VUE D'ENSEMBLE SUR LA GROSSESSE ET LA PAUVRETÉ

POINTS À CONSIDÉRER

- On ne connaît pas le nombre de femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté au Canada.
 - Les femmes des groupes socio-économiques les plus défavorisés sont quatre fois plus susceptibles d'être hospitalisées à la suite de complications liées à la grossesse.
 - Les femmes enceintes à faible revenu ne font peut-être pas partie d'un groupe ayant des besoins particuliers; selon certaines études, elles représenteraient en réalité la plus grande partie des femmes enceintes.
-

Il est difficile de déterminer avec exactitude le nombre de femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté au Canada. Statistique Canada, par exemple, recueille des données sur le revenu, mais pas spécifiquement sur le revenu des femmes enceintes. Le fait qu'il existe différentes méthodes pour mesurer la pauvreté complique d'autant l'exercice. Malgré une certaine controverse sur la pertinence de la méthode employée, celle qui est la plus répandue au Canada est le seuil de faible revenu, communément appelé SFR. Quoique la formule de calcul du SFR soit très complexe, on peut la définir en termes généraux comme le seuil où une personne doit consacrer la plus grande partie de son revenu à l'alimentation, au logement et à l'habillement.

Qui plus est, peu d'études ont été publiées sur la pauvreté en Ontario depuis les compressions de 21,6 p. 100 effectuées dans les services sociaux en 1995. Une grande partie des chiffres qui figurent dans la présente section proviennent de la période qui a suivi les réformes de l'aide sociale. Il se peut que les données présentées donnent une image plus positive qu'elle ne l'est vraiment de la situation des familles ontariennes qui vivent dans la pauvreté depuis les réductions apportées à l'aide sociale. Il importe également de noter qu'un faible statut socio-

économique n'est pas qu'une question de pauvreté. Lorsque l'on inclut toutes les femmes qui ont des conditions de vie difficiles, on obtient un nombre beaucoup plus important que celui des femmes vivant dans la pauvreté.

Au Canada, la recherche a démontré que le statut socio-économique a des répercussions sur la santé. Les personnes ayant les niveaux de scolarité et de revenu les plus élevés sont en général en meilleure santé que les personnes ayant des niveaux de scolarité et de revenu plus bas. Ce lien est particulièrement évident durant la grossesse. Par exemple, une étude du Manitoba a révélé que la durée des hospitalisations pour traiter des complications liées à la grossesse était presque quatre fois plus élevée chez les femmes du groupe au revenu le plus faible, comparativement à celles du groupe au revenu le plus élevé (Mustard et coll., 1995).

Une étude américaine a examiné le taux de pauvreté chez les femmes en âge de procréer. Les chercheurs ont constaté que les deux tiers avaient un faible revenu et que presque la moitié (46 p. 100) étaient pauvres. Dans bon nombre de collectivités, les femmes à faible revenu représentent la majorité des femmes enceintes et non un petit groupe ayant des « besoins particuliers » (Braveman et coll., 1999).

TAUX DE PAUVRETÉ AU CANADA

POINTS À CONSIDÉRER

- Il y a moins de Canadiens qui vivent dans la pauvreté qu'il y a dix ans, mais le degré de pauvreté s'est accru.
 - Les femmes sont plus susceptibles d'être pauvres que les hommes.
 - Le plus haut taux de pauvreté se retrouve chez les femmes célibataires ayant de jeunes enfants.
 - Les jeunes mères célibataires sont les plus pauvres.
-

En 1998, 16,4 p. 100 des Canadiennes et Canadiens vivaient dans la pauvreté, selon les statistiques. Ce chiffre ne révèle qu'une partie de la réalité : la plupart de ces personnes ont un revenu inférieur de plusieurs milliers de dollars au seuil de la pauvreté. Le nombre de personnes ayant un revenu correspondant à moins de 50 p. 100 du seuil de la pauvreté a grimpé aux cours des dernières années, passant de 143 000 familles en 1989 à 233 000 en 1998 (Conseil national du bien-être social, 2000).

Malgré un taux de pauvreté parmi les plus bas au Canada en 1998, les femmes en âge optimal de procréer sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté : le taux de pauvreté est en effet de 24,9 p. 100 chez celles de 18 à 24 ans et de 18,5 p. 100 chez celles de 25 à 34 ans (Conseil national du bien-être social, 2000).

Dans l'ensemble, les mères célibataires et leurs enfants sont les plus touchés. Selon le Profil de la pauvreté de 1998 du Conseil national du bien-être social, le type de famille est l'indicateur le plus important du risque de pauvreté (Conseil national du bien-être social, 2000). Les mères célibataires ayant des enfants de moins de 18 ans affichent le taux de pauvreté le plus élevé. Plus de la moitié (54,2 p. 100) des familles dont le chef est une mère célibataire vivent dans la pauvreté. L'âge est aussi un facteur important. Toujours selon le Profil, le taux de pauvreté chez les mères célibataires de moins de 25 ans est catastrophique, soit de 85,4 p. 100. Cela signifie qu'en 1998 au Canada, 83 000 mères célibataires avaient un revenu en deçà de 50 p. 100 du seuil de la pauvreté. En fait, les

mères célibataires ayant des enfants de moins de 18 ans sont dans l'ensemble parmi les plus pauvres : leur revenu était en moyenne de 9 230 \$ sous le seuil de la pauvreté en 1998 (Conseil national du bien-être social, 2000).

Règle générale, le risque de pauvreté diminue avec la scolarisation. Les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires affichent les taux de pauvreté les plus élevés. Le taux de pauvreté des familles dirigées par des mères célibataires n'ayant pas terminé leurs études secondaires est de 74,7 p. 100. Les mères célibataires qui ont obtenu un diplôme d'études secondaires ont un taux de pauvreté de 48,4 p. 100. Cela démontre bien que le type de famille et le niveau de scolarité ont des répercussions sur le risque de pauvreté (Conseil national du bien-être social, 2000).

CONSÉQUENCES D'UN FAIBLE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE SUR LES FEMMES ENCEINTES

POINTS À CONSIDÉRER

- Malgré les améliorations des 20 dernières années et l'universalité des soins de santé, un faible statut socio-économique continue d'avoir des répercussions négatives sur la santé du fœtus, du nouveau-né et de la mère.
 - De nombreux facteurs ont une influence négative sur l'issue de la grossesse (p. ex., la discrimination, le manque de sécurité alimentaire, le stress, la violence, le manque de soutien, la consommation d'alcool et de drogue). Combinés à un faible statut socio-économique, ils augmentent les risques pour l'enfant et la mère.
-

Les femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté sont exposées à de grands risques. Les facteurs socioculturels, comme la pauvreté et l'isolement social, sont aussi importants que les facteurs biologiques et nutritionnels durant la grossesse. On doit considérer tous ces facteurs si l'on veut promouvoir la naissance de bébés de poids suffisant (Gama et coll., 2001). Malgré l'universalité du système de santé, le statut socio-économique demeure un déterminant influent de la santé prénatale. En 1991, le taux de mortalité infantile au sein des groupes ayant les revenus les plus bas était 1,6 fois plus grand que celui des groupes ayant les revenus les plus élevés (Santé Canada, 2000a).

Les risques augmentent en fonction d'autres facteurs démographiques, comme la culture et l'isolement géographique. Le taux de mortalité infantile chez les populations inuites, métisses et des Premières nations est environ le double de celui de la moyenne canadienne tandis que celui de la population inuite des Territoires du Nord-Ouest est 2,5 fois plus élevé (Santé Canada, 2000a).

De nombreux facteurs liés à la pauvreté et à un faible statut socio-économique ont une influence négative sur l'issue de la grossesse. Les facteurs de risque de poids insuffisant à la naissance sont le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogue, la malnutrition, l'âge, le stress, la violence et le manque de soutien. Ces facteurs prévalent chez les femmes enceintes qui vivent dans des conditions difficiles. La recherche de solutions doit tenir compte du contexte sociétal plus large plutôt que simplement viser chacun des facteurs de risque comme relevant du « mode de vie » des personnes touchées (Marquis et Butler, 2001).

SOINS PRÉNATALS

POINTS À CONSIDÉRER

- Les femmes enceintes qui ont un faible revenu et vivent dans des conditions difficiles sont moins susceptibles d'obtenir des soins prénatals.
 - La plupart de ces femmes sont conscientes des bienfaits des soins prénatals, mais font face à de nombreux obstacles qui retardent ou empêchent l'obtention de ces soins.
 - Des conditions de vie difficiles (logement inadéquat, toxicomanie, stress élevé, manque de soutien social, méfiance envers les professionnels, absence de services de garde ou de transport) peuvent empêcher les femmes d'obtenir des soins prénatals.
-

L'obtention de soins prénatals est un important prédicteur d'une grossesse sans problème et de la naissance d'un bébé en santé, au même titre que l'obtention d'information sur la grossesse et qu'un suivi médical continu.

Si la majorité des femmes obtiennent des soins prénatals durant le premier trimestre de leur grossesse, ce n'est pas le cas de celles qui sont le plus susceptibles de vivre dans la pauvreté. Les adolescentes, les célibataires, les fumeuses et les femmes qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues obtiennent généralement des soins prénatals plus tard durant leur grossesse, et sur un nombre plus restreint de visites (Marquis et Butler, 2001). La pauvreté, les conditions de vie difficiles et l'issue défavorable de la grossesse sont intimement liées. Dans une étude, par exemple, on notait que 15 p. 100 des femmes enceintes obtenaient des soins prénatals tard durant leur grossesse, et que le principal déterminant en cause était un quartier urbain défavorisé comme milieu de vie (Perloff et Jaffée, 1999).

Les femmes pauvres citent des raisons personnelles et structurelles pour expliquer l'obtention tardive de soins prénatals. Les problèmes d'ordre personnel constituent l'obstacle le plus important à l'obtention de soins, la toxicomanie étant l'un des plus souvent cités. Il existe aussi un certain nombre de barrières structurelles qui ont été liées à une baisse de l'utilisation des services et à des répercussions néfastes pour la santé des mères et des bébés (Omar et coll., 1998), et auxquelles il faut s'attaquer. Malgré le fait que ces obstacles aient été pertinemment cernés et longuement étudiés et que l'on ait adopté de nouveaux programmes et approches, ces barrières persistent (York et coll., 1999).

Parmi les problèmes de nature personnelle et structurelle qui empêchent l'obtention de soins prénatals tôt durant la grossesse et de façon régulière, mentionnons les suivants :

- conditions de logement inadéquates
- consommation d'alcool et d'autres drogues
- tabagisme
- niveau de stress élevé
- manque de transport
- difficulté à prendre rendez-vous
- longue période d'attente

- restrictions liées au programme, p. ex., participation obligatoire, limites géographiques, nombre de semaines de grossesse
- sentiment de malaise par rapport aux professionnels de la santé et aux établissements publics
- le fait d'avoir plusieurs autres problèmes
- barrières linguistiques ou culturelles
- épuisement ou fatigue
- peur des examens médicaux
- inutilité perçue des soins prénatals
- connaissances perçues comme suffisantes pour vivre une grossesse en santé
- manque de services de garde d'enfants
- réseaux de soutien déficients
- violence au foyer
- isolement
- méconnaissance des services disponibles
- volonté de cacher la grossesse (Pagnini et Ruchman, 2000; Sable et Wilkinson, 1999; Mikhail, 1999; Cook et coll., 1999; York et coll., 1999, Gazmararian et coll., 1999).

Il arrive que des femmes ne reçoivent pas des soins prénatals adéquats, même lorsque aucune barrière n'est cernée. Les fournisseurs de services peuvent croire que les femmes n'obtiennent pas de soins prénatals de façon régulière parce qu'elles les considèrent peu importants. Pourtant, les femmes enceintes affirment ne pas avoir assez d'information sur les services offerts et sur les critères d'admissibilité. Les fournisseurs de services doivent faire en sorte de connaître tous les facteurs qui influencent la capacité des mères à obtenir des soins prénatals (Omar et coll., 1998).

Les femmes qui planifient leur grossesse sont plus susceptibles d'obtenir tôt des soins prénatals que celles qui ne l'ont pas planifiée. Le désir d'une grossesse a une grande incidence sur le moment de l'obtention des soins prénatals par la mère (Pagnini et Ruchman, 2000).

Les femmes enceintes vivant dans la pauvreté font face à une panoplie de problèmes qui réduisent d'autant leur chance d'avoir accès à ces soins. Les femmes qui reçoivent des soins prénatals inadéquats sont plus susceptibles de déclarer qu'elles vivent un stress presque constant durant leur grossesse. Des interventions visant la réduction du stress peuvent améliorer les soins prénatals (Sable et Wilkinson, 1999).

Le fait d'habiter en région rurale peut également être un obstacle. L'accès à des soins de santé adéquats est non seulement influencé par la distance, mais aussi par des facteurs économiques, sociaux et culturels (Watt, 1999). Le climat, l'isolement (absence de transport en commun, distance entre voisins, absence de réseau social), le coût des déplacements (essence, une seule voiture par famille) et le manque de confidentialité sont également des obstacles. Il y a davantage de barrières systémiques à l'accès aux soins prénatals en région rurale, notamment un taux de pauvreté élevé, la pénurie de fournisseurs de services et un système de santé insensible aux besoins des femmes pauvres (Pistella et coll., 1999).

Les femmes immigrantes et de groupes minoritaires qui sont enceintes et qui vivent dans la pauvreté se heurtent à des obstacles additionnels. Elles ignorent souvent l'existence des programmes et services disponibles et, même

si elles les connaissent, elles peuvent éprouver de la méfiance envers les fournisseurs de services, se sentir très isolées et non comprises par le système de santé, en plus de faire face à des barrières linguistiques ou culturelles qui nuisent aux échanges et à la prestation efficace des services. Une étude a d'ailleurs révélé que de nombreuses femmes immigrantes enceintes se sentent marginalisées en raison de barrières culturelles, linguistiques et économiques. Cette étude cite des cas de traitements insatisfaisants et discriminatoires par des fournisseurs de services sociaux et de santé, des cas de consentement donné sans connaissance de cause, d'instructions et de renseignements mal compris (Chiu, 1996).

Même si elles sont conscientes de l'importance des soins prénatals et qu'elles ont accès à des soins abordables, de nombreuses femmes à faible revenu n'y ont pas recours. Le fossé qui existe entre les attitudes sur les soins prénatals et l'obtention de ces soins traduit le besoin de s'attaquer tant aux facteurs d'ordre personnel que systémique pour que les femmes enceintes de faible statut socio-économique reçoivent des soins prénatals adéquats (Gazmararian et coll., 1999).

STRESS ET ABSENCE DE SOUTIEN SOCIAL

POINTS À CONSIDÉRER

- Les conditions qui entravent l'accès aux soins prénatals traduisent aussi souvent un niveau de stress élevé et l'absence de soutien social.
 - La moitié des femmes enceintes affirment être modérément ou extrêmement stressées.
 - Les femmes extrêmement stressées sont plus susceptibles d'être jeunes et célibataires, d'avoir un faible statut socio-économique, d'être peu soutenues socialement et d'être de grosses fumeuses.
 - Elles sont aussi plus susceptibles de déménager souvent et d'avoir moins recours aux services disponibles
-

Le stress, l'absence de soutien social, la pauvreté et la grossesse sont intimement liés. Les facteurs prédictifs d'une issue défavorable de la grossesse et d'un faible taux d'obtention de soins prénatals traduisent aussi un niveau de stress élevé et l'absence de soutien social. L'absence de soutien affectif combinée à un grand isolement social a des répercussions négatives sur la santé et le bien-être de la femme durant sa grossesse. Il existe également un lien entre le stress, le retard de croissance intra-utérin et la naissance prématurée. Presque 10 p. 100 des femmes enceintes se disent très stressées, et 40 p. 100 affirment être modérément stressées. Les femmes qui déclarent vivre un très grand stress sont plus susceptibles d'être célibataires et âgées de moins de 20 ans, de ne pas avoir terminé leur 11^e année d'études, d'avoir un faible revenu, de recevoir peu de soutien social et d'être de grosses fumeuses (Meilleur départ, 1998; Marquis et Butler, 2001).

Une grande mobilité peut également être une autre source de stress. Lors d'une étude, 42 p. 100 des adolescentes enceintes interviewées avaient déménagé au moins une fois dans l'intervalle de quelques semaines qui s'était écoulé entre le premier et le second entretien. Une grande mobilité constitue une source de stress et de préoccupation financière (Van de Sande, 1999).

Les adolescentes enceintes reçoivent en général peu ou pas de soutien de la part du père de l'enfant (Van de

Sande, 1999). Les adultes enceintes et pauvres reçoivent elles aussi peu de soutien social. L'absence d'un tel soutien rend encore plus difficile l'accès aux services et l'amélioration de leur état de santé. Le programme *Motherisk* de l'Hospital for Sick Children de Toronto, par exemple, offre gratuitement de l'information et des conseils sur la toxicomanie durant la grossesse. Le personnel du programme reconnaît que les clientes ne sont probablement pas représentatives de toutes les femmes enceintes qui boivent. Celles qui n'ont pas facilement accès au téléphone, parce qu'elles sont isolées ou sans abri, sont beaucoup moins susceptibles de recourir au programme (Santé Canada, 2001).

On peut mieux soutenir les femmes enceintes pauvres en adoptant des approches d'intervention efficaces. Plusieurs études ont fait ressortir l'efficacité de différentes mesures de soutien social pour réduire le stress durant la grossesse, notamment en améliorant le sentiment de bien-être de la mère et en réduisant les comportements nocifs comme le tabagisme et la consommation d'alcool. Toujours selon les recherches, les mères célibataires, les mères adolescentes et les femmes enceintes pauvres sont plus susceptibles de manquer de soutien social et nécessitent des interventions plus intensives (Weber, 1999).

VIOLENCE ET MAUVAIS TRAITEMENTS

POINTS À CONSIDÉRER

- La violence se manifeste souvent durant la grossesse.
- La fréquence et l'intensité de la violence au foyer augmentent souvent durant la grossesse.
- Les femmes enceintes qui sont menacées de violence sont plus susceptibles d'être déprimées, de consommer de l'alcool ou de la drogue et de déménager souvent; elles sont également moins susceptibles de bien se nourrir et de recourir aux services disponibles.

Il n'est pas rare que la violence se manifeste durant la grossesse, bien qu'il soit difficile de déterminer l'étendue du problème. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, par exemple, estime qu'entre 4 et 17 p. 100 des femmes enceintes sont victimes de violence. Il est possible que ces chiffres ne reflètent pas la réalité puisque de nombreuses femmes enceintes ne signalent pas la violence qui leur est faite. Bien des femmes se sentent plus vulnérables durant leur grossesse. De nombreuses femmes victimes de violence déclarent que le problème a commencé durant leur grossesse. La fréquence et l'intensité de la violence augmentent souvent durant la grossesse (Marquis et Butler, 2001). Les jeunes femmes courent un plus grand risque de violence durant la grossesse et bénéficient souvent de peu de mesures de soutien.

La violence durant la grossesse expose le fœtus à des risques, allant de la naissance prématurée à l'insuffisance pondérale à la naissance, en passant par des blessures physiques (Marquis et Butler, 2001). Les coups ciblent souvent des parties précises du corps, notamment les seins, les parties génitales et l'abdomen.

Encore une fois, les facteurs qui ont une influence négative sur l'issue de la grossesse sont interreliés. La dépression et les pensées suicidaires sont courantes chez les femmes victimes de violence. Les femmes qui ont des antécédents de violence sexuelle et physique éprouvent des niveaux de détresse et d'anxiété beaucoup

plus grands (Martin et coll., 1998) et sont également plus susceptibles de boire de l'alcool, de faire usage de drogue, de fumer et de mal se nourrir. Plus de 40 p. 100 des femmes inscrites à un programme combiné de soins prénatals et de traitement de la toxicomanie avaient été victimes de violence physique et sexuelle, et un tiers d'entre elles avaient subi de la violence physique (Martin et coll., 1998). Il existe également un lien entre la violence et les grossesses rapprochées.

Un programme exhaustif de dépistage de la violence chez les femmes enceintes s'impose, de même qu'un plan de suivi et de soutien pour assurer leur sécurité, jumelé à des mesures de prévention durant la grossesse (Jacoby et coll., 1999). C'est tout juste avant de quitter une situation de violence et immédiatement après l'avoir fait qu'une femme court le plus grand risque d'être tuée ou blessée gravement. Il s'agit donc d'un moment très dangereux pour elle et il est important de prendre des précautions pour ne pas augmenter ce risque.

Les fournisseurs de services doivent tenir compte de l'incidence de la violence chez les femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté. Les femmes victimes de violence sont plus vulnérables aux facteurs qui ont une influence négative sur l'issue de la grossesse. Il s'agit là d'une situation complexe. Les femmes enceintes qui quittent une situation de violence peuvent faire face à une pauvreté accrue, compromettre leur sécurité personnelle et se heurter à des obstacles qui les empêchent d'obtenir des soins prénatals. Dans ce type de situation, ce sont les approches multidisciplinaires qui sont les plus efficaces (Santé Canada, 2001). La grossesse constitue également une occasion pour les femmes victimes de violence de se rapprocher des fournisseurs de services, de leur parler de leur situation et de chercher de l'aide.

DÉPRESSION

POINTS À CONSIDÉRER

- Il existe de nombreux liens entre la dépression, le manque de mesures de soutien social, la toxicomanie et un faible statut socio-économique.
 - Les circonstances sociales qui entraînent la dépression sont similaires à celles qui donnent lieu à d'autres problèmes, comme la toxicomanie.
 - Les femmes enceintes qui vivent sous la menace de la violence sont plus susceptibles d'être déprimées, de boire ou de faire usage de drogue, de déménager souvent, de mal se nourrir et de ne pas recourir aux services disponibles.
-

Plusieurs questions interreliées sont en cause quand on parle de la dépression chez les femmes enceintes qui vivent dans des conditions difficiles. La dépression durant la grossesse est associée à un faible taux de scolarité, au statut de célibataire ou de chômeuse, au manque de soutien de la part du partenaire (s'il est présent) et à la répétition des grossesses. On note un taux de dépression moins élevé chez les femmes qui bénéficient d'un bon réseau de soutien avant et après l'accouchement. Ces femmes donnent également naissance à des bébés présentant davantage un poids santé. À l'opposé, on observe un taux plus élevé de dépression chez les femmes qui ont peu de soutien social, et une plus grande probabilité d'insuffisance pondérale chez leurs nouveau-nés. Le soutien social présente des avantages physiques et psychologiques considérables, surtout pour les femmes socialement défavorisées

(Weber, 1999; Dasilva et coll., 1998). Le fait d'offrir des mesures de soutien social durant la grossesse peut réduire le risque de dépression chez les femmes enceintes.

La dépression et l'isolement social sont aussi courants chez les adolescentes enceintes. La dépression est d'ailleurs un important déterminant de la santé des filles mères et du développement de leur bébé. Un niveau de dépression élevé est lié à des événements stressants et au manque de soutien social (Zuckerman et coll., 1987).

Peu d'études ont été menées sur la dépression prénatale et les facteurs qui peuvent prédisposer les femmes à faible revenu à un niveau de stress élevé durant la grossesse. Les circonstances sociales qui entraînent la dépression sont similaires, sinon identiques, à celles qui donnent lieu à d'autres problèmes, comme la consommation excessive d'alcool, de tabac et d'autres drogues. Les fournisseurs de services doivent être prêts à composer avec les nombreux problèmes interreliés entourant la dépression.

TABAGISME

POINTS À CONSIDÉRER

- Bien que le taux de tabagisme ait diminué dans l'ensemble, il a augmenté chez les femmes qui vivent dans la pauvreté.
 - Le tabagisme est plus courant chez les femmes qui présentent d'autres facteurs ayant une influence négative sur l'issue de la grossesse.
 - Une femme enceinte qui n'arrive pas à cesser de fumer mais qui réussit à réduire le nombre de cigarettes fumées contribuera quand même à améliorer le poids du bébé à la naissance.
 - Il ne suffit pas de dire à une femme enceinte d'arrêter de fumer.
 - Les femmes enceintes ont besoin de conseils pour arrêter de fumer ou réduire leur consommation.
 - Les interventions axées sur les étapes du changement sont efficaces auprès des femmes enceintes qui fument.
-

Le taux de tabagisme a considérablement diminué dans l'ensemble de la population canadienne au cours des 25 dernières années. Toutefois, durant la dernière décennie, on a constaté une hausse du nombre de fumeurs chez les femmes, les adolescents et les adultes vivant dans la pauvreté. Environ 28 p. 100 des Canadiennes fument. Cependant, le Programme canadien de nutrition prénatale indique que 45 p. 100 des participantes fument durant leur grossesse (Programme canadien de nutrition prénatale, 2001). En Ontario, un sondage auprès des adolescents indique que 35 p. 100 d'entre eux fument et que le taux de tabagisme est plus élevé chez les filles que chez les garçons (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999).

Le taux de tabagisme est élevé chez les femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté, ce qui entraîne des conséquences fâcheuses. Le tabagisme durant la grossesse constitue le facteur de risque d'insuffisance pondérale à la naissance le plus clairement établi. Il augmente aussi le risque de naissance prématurée et de faible poids du bébé par rapport à son âge gestationnel. L'exposition à la fumée secondaire peut causer des problèmes similaires (Marquis et Butler, 2001).

Les difficultés auxquelles se heurtent de nombreuses femmes enceintes ont d'énormes répercussions sur la santé des nouveau-nés. Il est difficile de séparer les effets de la toxicomanie de ceux découlant d'autres situations de vie (Santé Canada, 2000a). Selon une étude canadienne, les différences sur le plan du statut socio-économique pourraient avoir des répercussions encore plus importantes que le tabagisme (Kramer et coll., 2000).

Les femmes fument pour diverses raisons. Le tabagisme peut jouer un rôle important dans la vie d'une femme, surtout si elle fait face à de nombreux problèmes. Certaines femmes déclarent que la cigarette les aide à composer avec le stress, la dépression, la peur, la colère et la frustration. Elles disent que la cigarette les aide à se détendre et à contrôler leur poids. C'est aussi le seul plaisir qu'elles s'accordent. Il est donc important de prendre en considération les raisons pour lesquelles les femmes fument et le rôle que la cigarette joue dans leur vie si on veut les aider à renoncer à cette habitude.

Bien que l'abandon du tabac soit préférable, une réduction du nombre de cigarettes fumées aura quand même des répercussions favorables sur le poids du bébé à la naissance. Plus tôt la femme enceinte cesse de fumer ou réduit sa consommation, plus on notera une amélioration du poids du bébé à la naissance. La plupart des femmes qui arrêtent de fumer durant leur grossesse le font dès qu'elles savent qu'elles sont enceintes. Il s'agit là de l'occasion idéale pour bien des femmes de changer leurs habitudes de tabagisme (Maison Ste-Marie, 1992). Malheureusement, les femmes les plus à risque sont moins susceptibles de renoncer au tabac. Les adolescentes, les célibataires et celles qui sont peu scolarisées sont plus susceptibles de continuer à fumer durant la grossesse (Marquis et Butler, 2001).

Il faut donc fournir de l'information sur le renoncement au tabac mais aussi des moyens pour y parvenir. L'information sur les effets néfastes du tabagisme durant la grossesse ne suffit habituellement pas à changer les habitudes des femmes qui vivent des situations difficiles. Elles ont besoin d'information sur le processus d'abandon du tabac, ainsi que de soutien et d'encouragement. Des stratégies axées sur les étapes du changement sont efficaces auprès de ces femmes (Ruggiero et coll., 2000).

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUE

POINTS À CONSIDÉRER

- La consommation d'alcool et de drogue durant la grossesse ne constitue pas un phénomène isolé ni simplement un « mauvais choix d'habitudes de vie ».
 - La consommation d'alcool et de drogue durant la grossesse est associée à la pauvreté, à un conjoint alcoolique ou toxicomane et à la violence au foyer.
 - Les femmes enceintes qui boivent ou prennent de la drogue doivent sentir qu'elles peuvent avoir recours aux services en toute sécurité et sans craindre de faire l'objet de représailles.
 - Les services offerts doivent répondre aux besoins complexes des femmes enceintes qui vivent des situations difficiles.
-

Si la consommation d'alcool est proportionnelle au statut socio-économique, les problèmes qui y sont associés sont plus prévalents parmi les groupes de faible statut socio-économique (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1998; programme sur la santé des femmes du réseau universitaire de santé, 1999). Combinée à la pauvreté, la consommation d'alcool et de drogue est particulièrement dangereuse pour les femmes enceintes. Elle peut entraîner un accouchement prématuré, la naissance d'un bébé de petit poids, des complications durant la grossesse, ainsi que des dommages au cerveau et des anomalies congénitales chez le nouveau-né. Dans les études qui se sont penchées sur les femmes ayant donné naissance à un enfant souffrant du syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool et d'autres effets liés à l'alcool, on constate une surreprésentation des femmes ayant un faible taux de scolarisation, faisant partie d'une minorité ou vivant dans la pauvreté (Santé Canada, 2001). Certains groupes, notamment les femmes autochtones et les femmes bénéficiaires de l'aide sociale, sont surreprésentés dans les programmes de traitement de la toxicomanie (Tait, 2000).

Selon des sondages américains, environ 5 p. 100 des femmes enceintes aux États-Unis, et un taux plus élevé dans certains sous-groupes, feraient usage de drogues illicites. La consommation de drogues illicites ne constitue pas un phénomène isolé ni un « mauvais choix d'habitudes vie ». Elle est associée à la pauvreté, à la consommation d'alcool et de drogue par le conjoint et à la violence au foyer.

Le succès du traitement des femmes qui consomment de l'alcool ou de la drogue est associé à la durée du traitement (ou à son maintien en traitement) et à la reconnaissance des nombreux autres facteurs à l'origine du problème. Les femmes suivent davantage le traitement lorsque l'on prend en considération les autres problèmes auxquels elles font face et qu'on leur offre du soutien (comme des services de garde d'enfants, des cours de compétences parentales, de la formation professionnelle) (Howell et coll., 1999).

Les fournisseurs de services doivent s'occuper non seulement de la consommation d'alcool ou de drogue des femmes enceintes, mais également de leurs autres problèmes. On connaît déjà bien les effets de l'alcool et de la drogue durant la grossesse, notamment un risque accru de syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool, l'insuffisance de poids à la naissance et d'autres problèmes de santé pour le nouveau-né. Les femmes qui boivent ou font usage de drogue sont aussi plus susceptibles d'avoir des complications obstétriques pouvant accroître le risque de morbidité périnatale pour la femme et l'enfant. Elles présentent également d'autres facteurs de risque, comme la pauvreté et le fait d'être célibataires. Les fournisseurs de services doivent donc tenir compte de la complexité de tous ces facteurs de risque (Bishai et Koren, 1999).

Pour réduire les méfaits causés par l'alcool et la drogue durant la grossesse, il faut fournir des services aux femmes de faible statut socio-économique. Tout comme pour le problème du tabagisme, il faut leur offrir des mesures de soutien et des services pour les aider. Dans bien des cas, il n'est pas suffisant de leur fournir de l'information sur les risques que posent l'alcool et la drogue pour la santé. Le problème n'est pas le manque d'information ou l'intention de faire du tort, mais bien la prestation de services appropriés.

« Cette étude a révélé que ce n'est pas par ignorance ni indifférence à l'égard des effets néfastes potentiels de l'alcool ou de la drogue sur leur fœtus que les femmes enceintes plus susceptibles de boire ou de se droguer le font. Les facteurs qui entraînent une consommation excessive d'alcool ou de drogue sont complexes et variés et commandent des services et programmes qui reflètent cette réalité... il n'y a pas de service ni de programme

unique pouvant répondre à tous les besoins des femmes enceintes aux prises avec un problème de toxicomanie... les femmes ont déclaré qu'un environnement humain impartial et soutenant est certainement l'aspect le plus important de tout service... » (Tait, 2000).

Il faut prendre en considération les facteurs externes qui contribuent à la consommation d'alcool ou de drogue, en particulier chez les femmes à faible revenu :

« Les chercheurs considèrent de plus en plus le tabagisme et la toxicomanie non pas comme un mode de vie malsain mais plutôt comme une réaction rationnelle à des pressions réelles liées au sexe et à l'iniquité entre les classes. La violence physique, sexuelle ou psychologique et des événements stressants, comme le divorce,... l'isolement social, la violence familiale et la précarité économique... sont tous des facteurs qui entraînent un taux de tabagisme et de toxicomanie plus élevé chez les femmes qui vivent dans la pauvreté. » (Programme sur la santé des femmes du réseau universitaire de santé, 1999)

Les femmes enceintes susceptibles de consommer de l'alcool ou de la drogue doivent pouvoir recourir aux services en toute sécurité. Elles doivent pouvoir recevoir des soins pertinents et adaptés à la complexité de leur situation. Les raisons pour lesquelles les femmes enceintes, et plus particulièrement celles qui sont pauvres, boivent ou prennent de la drogue, sont multiples et interreliées. Le succès de l'intervention repose sur la reconnaissance de ces facteurs par les fournisseurs de services, sur leur capacité à y répondre et sur l'attitude adoptée à cet égard. Les fournisseurs de services jouent un rôle crucial, et leur engagement envers les femmes enceintes est un important facteur de succès (Zapka et coll., 2000; Miller, 1999).

NUTRITION ET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

POINTS À CONSIDÉRER

- La plupart des femmes enceintes à faible revenu sont conscientes de l'importance d'une bonne alimentation durant la grossesse mais n'ont pas les ressources financières nécessaires pour suivre les recommandations en matière de nutrition.
 - L'accès à des aliments sains à prix abordables a davantage de répercussions sur l'alimentation que l'éducation sur la nutrition.
 - Les femmes qui ont un revenu fixe sacrifient souvent leur budget consacré à la nourriture pour payer d'autres frais fixes comme le loyer.
-

L'information sur la nutrition est utile pour les femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté, mais insuffisante. L'absence de sécurité alimentaire ainsi que les conséquences que cela entraîne constituent une source de préoccupation constante chez celles qui vivent dans des conditions difficiles. Les femmes enceintes ne font pas fi des conseils sur la bonne alimentation durant la grossesse; elles sont souvent dans l'impossibilité de se procurer des aliments sains. Pour les femmes vivant dans la pauvreté, le budget alloué à la nourriture vient en dernier et est souvent sacrifié pour pouvoir payer les frais fixes, comme le loyer. Voici comment sont décrites dans un rapport les difficultés vécues par certaines adolescentes enceintes pour se nourrir de façon convenable :

« Dans l'ensemble, les adolescentes parlaient de leur volonté de consommer moins d'aliments à calories vides, plus de fruits, de légumes et de lait, mais citaient souvent les difficultés qu'elles éprouvaient à manger sainement. Plusieurs se plaignaient de manquer d'argent pour la nourriture, surtout pour l'achat de lait, de fruits et légumes frais, qui sont plus chers... la situation se corsait souvent à la fin du mois en attendant l'arrivée du prochain chèque... certaines n'avaient pas pu bénéficier des services de soutien alimentaire existants, parfois par ignorance de l'existence de ces services, parfois par manque d'accès... certaines adolescentes limitaient leur apport alimentaire à cause d'un manque de ressources financières. » (Van de Sande, 1999)

Les vitamines prénatales peuvent aussi être hors de prix pour les femmes ayant de la difficulté à joindre les deux bouts. Dans une étude, environ un tiers des adolescentes enceintes (29 p. 100) ont déclaré prendre des vitamines prénatales de façon irrégulière durant leur grossesse. D'autres (13 p. 100) n'en prenaient pas du tout en raison de dérangements d'estomac ou d'un prix trop élevé (Van de Sande, 1999).

Si les suppléments alimentaires ont un effet bénéfique sur le poids du bébé à la naissance, la prestation combinée de services de soutien social, de services alimentaires et d'information est encore plus bénéfique que la seule prise de suppléments. Voici ce qu'on peut lire à ce sujet dans un rapport de l'Organisation mondiale de la santé :

« ...l'amitié, de bonnes relations sociales et de solides réseaux d'entraide améliorent la santé, y compris l'issue de la grossesse; la possibilité de se procurer des aliments sains et bon marché a des effets plus importants sur les habitudes alimentaires que les efforts d'éducation pour la santé; il y a un intérêt, du point de vue des relations sociales, à préparer et à prendre les repas ensemble. » (Wilkinson et Marmot, 1998)

GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES

POINTS À CONSIDÉRER

- Les adolescentes enceintes qui vivent dans la pauvreté éprouvent à bien des égards les mêmes difficultés que leurs homologues adultes (comme le manque de soutien social, l'absence de sécurité alimentaire et financière, et un stress élevé).
 - La société a tendance à être moralisatrice et à blâmer les adolescentes enceintes de leur comportement « irresponsable ».
 - Il faut plutôt adopter une approche bienveillante qui soutient les jeunes mères et répond à leurs besoins de façon appropriée.
-

Il y avait 42 161 adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) enceintes au Canada en 1997, soit le taux le plus bas en 10 ans (Statistique Canada, 2000). La majorité de ces adolescentes viennent des groupes les plus pauvres de la société. Les adolescentes enceintes courent un risque beaucoup plus grand d'accoucher prématurément et d'avoir un bébé de petit poids par rapport à son âge gestationnel (Marquis et Butler, 2001). Si elles bénéficient d'un soutien approprié tôt durant leur grossesse, les adolescentes peuvent donner naissance à des bébés à peu près aussi en santé, en moyenne, que les bébés de mères plus âgées.

Les adolescentes enceintes ont en grande partie les mêmes soucis que les autres femmes enceintes vivant dans la pauvreté, en plus d'autres problèmes spécifiques à leur âge. Il n'est pas rare que les filles mères n'arrivent pas à subvenir à leurs besoins essentiels, soit la nourriture, le logement et la sécurité, pour elles-mêmes et

leurs enfants. Les adolescentes qui disent ne pas bien se nourrir sont deux fois plus susceptibles d'accoucher d'un bébé de petit poids que celles qui déclarent bien s'alimenter (Van de Sande, 1999). Parmi les soucis des adolescentes enceintes, notons les suivants :

- stress financier;
- alimentation adéquate et prise de vitamines prénatales;
- accès aux soins prénatals;
- logement sûr et abordable;
- problèmes de mobilité;
- incapacité à se préparer pour l'arrivée du bébé;
- isolement des pairs et de la collectivité;
- manque d'information précise et de mesures de soutien utiles (Meilleur départ, 1997).

Les préoccupations spécifiques d'ordre financier qui ont été identifiées comprennent notamment :

- l'importance du soutien et de l'aide de la famille;
- l'insuffisance du soutien offert par l'aide sociale;
- l'humiliation et la frustration de devoir dépendre de l'aide sociale;
- les limitations des prestations d'aide sociale;
- les stratégies pour économiser;
- le manque de soutien de la part du père biologique de l'enfant (Van de Sande, 1999).

Les jeunes femmes se soucient véritablement de faire ce qu'il y a de mieux pour leur bébé, mais 63 p. 100 des adolescentes enceintes se disent stressées ou très stressées. Le souci qu'elles se font pour la santé et le bien-être de l'enfant peut accroître ce stress. Certaines ont mentionné qu'elles étaient davantage stressées parce qu'elles s'inquiétaient des effets de la pauvreté sur le fœtus (Van de Sande, 1999).

Les adolescentes sont conscientes des bénéfices des soins prénatals, mais elles sont souvent dans l'impossibilité de les obtenir en début de grossesse et de façon régulière par la suite. Selon une étude, 58 p. 100 ont déclaré avoir assisté à au moins un cours prénatal. Les autres ont cité leur situation financière, le transport ou l'obligation de prendre congé de leur travail comme des obstacles à l'obtention de soins prénatals (Van de Sande, 1999).

Les adolescentes enceintes disent vouloir poursuivre leurs études pour décrocher un travail qui leur permettra de subvenir aux besoins de leur famille, mais les obstacles (manque de transport, de services de garde, de soutien social et affectif, ainsi que le manque de souplesse du système scolaire) sont souvent insurmontables. Il faut coordonner les services dans différents secteurs pour les aider à poursuivre leurs études et à acquérir de bonnes compétences parentales (Van de Sande, 1999; Meilleur départ, 1997).

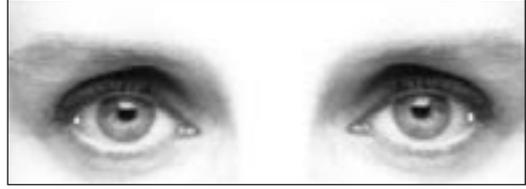
La tendance à condamner le comportement « irresponsable » des adolescentes et les autres questions de moralité ne font qu'aggraver la situation. En adoptant plutôt une approche bienveillante qui soutient les jeunes mères et répond à leurs besoins de façon adéquate, nous aiderions ces jeunes filles à relever les défis d'une grossesse précoce (Santé Canada, 2000b; Van de Sande, 1999).

IMPLICATIONS

1. Le débat sur le problème de la pauvreté se poursuit. Quels que soient les chiffres exacts, nous savons qu'un grand nombre de Canadiens et Canadiennes vivent dans la pauvreté et que les femmes enceintes forment une grande proportion de ce nombre.
2. Si l'on tient compte des différences entre les sexes et de l'influence du type de famille sur le taux de pauvreté, les femmes enceintes vivant dans la pauvreté constitueraient non pas un sous-groupe mais plutôt la majorité des femmes enceintes. Les femmes en âge optimal de procréer sont celles qui sont le plus susceptibles de vivre dans la pauvreté. Cette situation n'a pas beaucoup changé en 25 ans. De plus, les personnes de faible statut socio-économique représentent un groupe plus vaste que celui des personnes à faible revenu.
3. Voici la réalité de nombreuses femmes enceintes vivant dans la pauvreté :
 - un taux de mortalité infantile 1,6 fois plus grand que chez les femmes enceintes à revenu plus élevé;
 - un risque accru d'issue défavorable de la grossesse pour la mère et l'enfant;
 - l'obtention tardive ou l'absence de soins prénatals;
 - peu de soutien social et du père de l'enfant;
 - un stress élevé;
 - un risque accru de violence au foyer;
 - un taux plus élevé de dépression;
 - un taux plus élevé de tabagisme, de consommation d'alcool et de drogue;
 - l'absence de sécurité alimentaire et la malnutrition.
4. Bon nombre des femmes enceintes de faible statut socio-économique font face à des problèmes complexes et à des facteurs interreliés qui ont une influence négative sur leur santé et celle de leur bébé. On ne peut pas aborder les problèmes indépendamment.
5. L'obtention de soins prénatals adéquats en début de grossesse est un bon prédicteur d'une grossesse sans problème et de la naissance d'un bébé en santé. Toutefois, les femmes qui vivent dans la pauvreté ou des situations à risque sont moins susceptibles d'obtenir des soins prénatals tôt et de façon régulière par la suite. Il est important que les fournisseurs de services n'aient pas d'idées préconçues sur les besoins des femmes, sur leur niveau de connaissances ou sur leur situation de vie.
6. Les femmes enceintes ayant un faible statut socio-économique peuvent éprouver un plus grand stress et recevoir très peu de soutien social (et peu ou pas de soutien de la part du père). Une grande mobilité, plus particulièrement chez les adolescentes, contribue aussi à un plus grand stress. L'absence de soutien affectif et un grand isolement social ont aussi des répercussions négatives sur la santé des mères et des bébés.
7. La grossesse expose les femmes à un plus grand risque de violence familiale. Il s'agit d'un problème complexe, sans compter qu'une femme qui quitte une situation de violence compromet encore davantage sa sécurité et connaît des difficultés financières encore plus grandes.

8. La dépression est associée à un faible statut socio-économique et à des situations de vie difficiles. Le peu de soutien social et la consommation d'alcool ou de drogue peuvent être à l'origine des symptômes de dépression ou en être le résultat.
9. On ne peut pas séparer la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues par les femmes à faible revenu durant leur grossesse de leurs conditions de vie difficiles. Leur situation est complexe. Des conditions de vie difficiles contribuent grandement à la consommation d'alcool ou de drogue et au tabagisme. De même, la toxicomanie a une influence négative sur les conditions de vie et sur l'issue de la grossesse. Les femmes enceintes qui boivent, se droguent ou fument ne le font pas dans l'intention de se faire du tort, car la plupart savent que cela peut être nocif. Elles ont toutefois besoin de moyens ou d'outils pour mettre en application l'information qui leur est donnée. Le fait de fournir de l'information précise de façon objective, conjugué à des stratégies pertinentes de mise en œuvre, permettra d'accroître considérablement les chances de réduction ou d'abandon de la consommation. L'attitude des fournisseurs de services est cruciale au succès de l'intervention. Ceux-ci doivent faire preuve de bienveillance, rester neutres et offrir un climat non menaçant.
10. Il est important de renseigner les femmes enceintes à faible revenu sur la saine alimentation; toutefois, leur sécurité alimentaire est tout aussi, sinon plus importante. Bon nombre de femmes ne peuvent pas se procurer des aliments de bonne qualité et, par conséquent, ne sont pas en mesure de mettre en pratique les connaissances qui leur sont transmises sur la nutrition. Le fait de pouvoir se procurer des aliments à bon prix a des effets plus importants sur les habitudes alimentaires que les efforts d'éducation pour la santé.
11. Les risques sont plus grands pour certaines femmes enceintes vivant dans la pauvreté. Même si elles se heurtent aux mêmes difficultés que leurs homologues adultes, les adolescentes enceintes à faible revenu doivent subir l'attitude moraliste et condamnatrice de la société et bénéficier de moins de soutien.

Idées préconçues



La société véhicule toutes sortes de valeurs et de croyances à l'égard des femmes à faible statut socio-économique et une tout aussi grande variété d'idées fausses et d'énoncés trompeurs à propos des femmes pauvres et enceintes. Les renseignements erronés et les approches non constructives n'aident pas les femmes qui doivent lutter pour satisfaire leurs besoins élémentaires. Si vous travaillez auprès de femmes enceintes, vous devrez peut-être reformuler les propos non appropriés et rétablir les idées fausses qu'expriment les membres de la communauté mal informés à propos de la pauvreté. Voici quelques idées fausses courantes sur la grossesse et la pauvreté :

Les personnes à faible revenu ne savent pas comment gérer un budget.

- En vérité, il ne s'agit pas d'un problème de gestion d'argent. La plupart des personnes à faible revenu gagnent moins d'argent qu'il en faut pour combler leurs besoins élémentaires.

On n'a pas besoin d'argent pour créer un lien solide avec son enfant.

- Même si de nombreuses familles pauvres élèvent des enfants heureux et en santé, il est bien plus difficile de créer un milieu positif et chaleureux pour son enfant quand on se préoccupe toujours de l'argent. En général, les enfants issus de familles à faible revenu se portent moins bien que les enfants issus de familles mieux nanties.

Les adolescentes tombent enceintes pour avoir leur propre logement.

- En fait, la plupart des mères adolescentes n'ont jamais prévu tomber enceinte. Certaines souhaitent peut-être quitter une situation familiale difficile, mais, dans la plupart des cas, la grossesse est inattendue et involontaire.

En soutenant les filles-mères, on se déclare en faveur des relations sexuelles chez les jeunes et des grossesses à l'adolescence.

- En vérité, le soutien offert aide les mères adolescentes à élever des enfants en meilleure santé. Ce soutien n'est pas seulement justifié sur le plan humain, il contribue également au mieux-être des générations à venir. L'augmentation du soutien aux adolescentes enceintes et l'accès accru aux contraceptifs n'ont pu être liés à une hausse de l'activité sexuelle ou du taux de grossesses chez les adolescentes.

On a réussi sans soutien, alors elles peuvent aussi le faire.

- À certains égards, la vie est beaucoup plus difficile aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois. Le soutien offert par la communauté et la famille élargie se fait plus rare et il faut maintenant deux revenus pour joindre les deux bouts.

L'argent accordé aux mesures de soutien pourrait être mieux utilisé.

- Les fonds publics pourraient en réalité être investis dans une grande variété de programmes. Offrir du soutien durant la grossesse est un bon moyen d'investir dans nos communautés et nos enfants.

Les bénéficiaires de l'aide sociale sont trop paresseux pour travailler.

- En fait, la plupart des bénéficiaires de l'aide sociale sont incapables de travailler ou de trouver un emploi.

« *L'argent me préoccupe du matin au soir.* » (Participante)

Commentaires de femmes enceintes



Il est très utile de consulter les femmes de la communauté avant de tenter de résoudre les nombreuses questions complexes associées au faible statut socio-économique. On ne change pas une situation sans connaître les besoins et préoccupations des personnes qui la vivent au quotidien. Pour être efficaces, les approches adoptées doivent être fondées sur les besoins réels de chaque femme, tels qu'elle les décrit, et non sur la perception qu'a de la situation le fournisseur de services.

Pour rédiger ce document, nous avons consulté de nombreuses femmes qui étaient pauvres durant leur grossesse. Nous voulions connaître leur vécu et leurs opinions quant aux approches qui donnent de bons résultats. Nous les avons invitées à nous livrer leurs idées sur le type d'information dont devraient disposer les fournisseurs de soins et de services pour mieux comprendre la réalité des femmes enceintes et vivant dans la pauvreté. Bien que les participantes au projet viennent du sud de l'Ontario, leurs préoccupations correspondent aux conclusions d'études semblables menées dans d'autres régions de la province.

Les femmes consultées avaient des antécédents et des vécus variés. Certaines étaient bénéficiaires de l'aide sociale alors que d'autres occupaient des emplois mal rémunérés. Parmi elles figuraient des adolescentes et des femmes adultes issues de la grande ville et du milieu rural. Quelques-unes seulement bénéficiaient du soutien de membres de leur famille.

À bien des égards, toutefois, ces femmes avaient une expérience de vie similaire. Toutes ont rapporté un manque d'accès à une alimentation saine durant leur grossesse. Le manque d'accès au transport les empêchait d'obtenir des services et de constituer des réseaux de soutien, tandis que les conseils prodigués par les fournisseurs de soins et de services étaient jugés peu réalistes. Les femmes consultées ont déclaré avoir peu de soutien de leurs famille et réseau social, voire aucun. Selon elles, des barrières structurales et communautaires limitaient

leur accès à des soins. Elles ont parlé abondamment de leurs besoins, des approches qui fonctionnent et de celles qui ne fonctionnent pas.

- *« Ne me dites pas ce que je devrais ou ne devrais pas faire. Je sais déjà tout ça. Si je pouvais changer la situation, je le ferais. Si je ne le fais pas, c'est qu'il y a une raison. Habituellement, j'essaie, mais quand je n'ai pas d'argent, je n'ai pas d'argent. »*

Cette section du rapport contient des renseignements obtenus de femmes enceintes à faible statut socio-économique. Ces femmes se préoccupaient particulièrement des questions suivantes qui, selon elles, constituaient leurs plus grandes difficultés : accès à des aliments sains et à des vitamines prénatales; sommeil, repos et détente; accès aux services et au transport; manque de réseaux de soutien; manque de renseignements sur les ressources communautaires; barrières structurales et attitudes néfastes. Nous leur avons aussi demandé quels types d'interventions étaient utiles et lesquels ne l'étaient pas. Leurs réponses s'articulaient autour de trois thèmes principaux, soit *l'attitude des fournisseurs, la transmission de « moyens » et l'information ou l'aiguillage*. Vous trouverez aux pages suivantes les commentaires des participantes, regroupés par thème.

ACCÈS À DES ALIMENTS SAINS ET À DES VITAMINES PRÉNATALES

Les femmes comprennent l'importance de manger sainement et de prendre des vitamines prénatales durant la grossesse. Or, il leur manque soit les moyens, soit l'information requise pour le faire.

- *« Lorsqu'ils nous disent de mieux manger, de nous reposer davantage et de faire plus d'activité physique, ils doivent se rappeler que nous n'avons pas nécessairement l'argent pour le faire ni l'énergie, parce que nous n'arrivons pas à mieux nous alimenter. »*
- *« J'ai besoin qu'on m'aide à trouver des moyens réalistes de manger sainement avec peu d'argent. »*
- *« Beaucoup d'entre eux croient qu'on peut aller à une banque alimentaire n'importe quand. Quand j'étais enceinte, je ne pouvais pas aller à la banque alimentaire dès que j'avais faim. Je pouvais seulement y aller trois fois par année. Et la banque alimentaire ne donne pas de viande. Durant ma grossesse, le médecin m'a dit de manger plus de viande et de prendre un supplément en fer parce que je souffrais d'anémie. Je n'en avais pas les moyens. J'étais épuisée et j'avais besoin d'énergie pour m'occuper de tout. »*

Les femmes consultées n'ont pas trouvé utile qu'on leur dise comment gérer leur budget ou planifier des repas. Selon elles, le problème en est un d'argent et non de manque d'information ou de compétences.

- *« L'argent manque toujours. La pression financière est constante. Ça n'aide pas de suivre des cours de gestion de budget ou de nutrition. Ils doivent comprendre qu'on ne peut pas faire tout ce qu'ils disent. C'est impossible.*

Les femmes ont l'impression que certains fournisseurs de services ne tiennent pas compte des répercussions énormes de la pauvreté sur cet aspect de leur vie, ce qui nourrit leur colère et leur frustration.

- « *Ça m'aiderait davantage qu'on me dise où me procurer de la nourriture au lieu de m'annoncer que je dois manger plus.* »

La pauvreté nuit aussi à l'obtention de soins. Les femmes disent se sentir incomprises et jugées. Elles préféreraient ne pas faire part de leurs véritables besoins à ce type de fournisseurs.

- « *On est mal à l'aise. On ne veut pas que ces gens-là sachent qu'on est incapable de prendre soin de soi durant la grossesse.* »
- « *Si vous trouvez enfin le courage de demander de l'aide et que la personne ne comprend pas votre situation, vous n'avez pas l'impression qu'elle veut vraiment vous aider. Vous avez juste envie de ne plus rien demander.* »

SOMMEIL, REPOS ET DÉTENTE

Tous comme elles le font pour la nourriture et les vitamines, les femmes comprennent l'importance de bien dormir, de se reposer et de prendre soin d'elles-mêmes durant la grossesse. Or, elles ont de la difficulté à le faire en raison de leur situation.

- « *Ils n'arrêtaient pas de me dire de me reposer. Mais jusqu'au huitième mois de grossesse, j'ai travaillé de 15 h à 3 h, cinq jours par semaine. J'ai passé le neuvième mois au lit.* »

De nombreuses femmes n'ont pas le soutien requis pour se reposer quand elles sont fatiguées.

- « *On m'a dit de m'asseoir et de me reposer, mais comment aurais-je pu le faire? J'étais seule, enceinte, et j'avais une fillette de quatre ans qui avait besoin de beaucoup d'attention. Je ne pouvais pas me reposer parce que je n'avais personne à qui confier ma fille pendant ce temps-là.* »

Qui dit conjoint ne dit pas nécessairement soutien. Au contraire, les conjoints peuvent souvent nuire aux efforts des femmes pour prendre soin d'elles-mêmes. Les fournisseurs de services doivent montrer qu'ils comprennent toute la complexité de la situation des femmes enceintes et pauvres.

- « *Ils [les fournisseurs de services] semblent offrir beaucoup de conseils simples mais difficiles à mettre en application. Je n'avais pas le temps ni l'argent pour prendre soin de moi. Je devais m'occuper de mes enfants. Mon mari était inutile et je n'avais personne d'autre pour m'aider. De plus, quand j'étais enceinte, je devais m'assurer que la maison était toujours à l'ordre. Si elle était en désordre quand mon mari rentrait, j'avais des ennuis.* »
- « *Mon ex-mari ne pensait qu'à lui. J'ai enfin trouvé le courage de lui demander de partir.* »
- « *Je me suis présentée au bureau de l'aide sociale pour avoir de l'argent afin d'acheter des vêtements de maternité. On m'a envoyé un chèque, mais puisqu'il était fait au nom de mon mari, il l'a pris et a dépensé l'argent. Je suis retournée au bureau de l'aide sociale, mais on ne pouvait pas m'aider une seconde fois.* »

TRANSPORT ET AUTRES QUESTIONS D'ACCÈS

Toutes les femmes qui ont joint les groupes de discussions avaient suivi des cours prénatals ou obtenu d'autres types de soins prénatals. Cependant, même les femmes qui connaissent les avantages des soins prénatals et ont envie d'en obtenir rapportent que le manque de transport et les autres questions d'accès peuvent créer des obstacles de taille.

- « *Ils doivent apprendre que le seul fait de se rendre aux cours prénatals n'est pas facile. Quand j'étais enceinte, je ne pouvais même pas payer l'autobus; je devais me rendre partout à pied, au milieu de l'hiver. J'avais tellement de nausées le matin que je m'arrêtais à intervalles réguliers pour creuser un trou dans la neige et vomir. Puis, je couvrais le trou et je continuais ma route.* »
- « *Ce n'était pas facile pour moi de me rendre au travail et à mes rendez-vous. Parce que je n'avais pas l'argent pour l'autobus, je devais constamment me déplacer à pied, même quand il faisait très chaud et que j'en étais à mon huitième mois de grossesse.* »

Selon les femmes consultées, la communauté doit assumer une part des responsabilités en facilitant davantage leur accès aux services. Elles perçoivent aussi un fossé entre les classes sociales.

- « *On pourrait réserver un siège dans les autobus pour les femmes enceintes. Vous savez, les stationnements ont maintenant un espace réservé aux femmes enceintes qui conduisent. Aucune d'entre nous n'a les moyens d'avoir une voiture et, par conséquent, nous devons prendre l'autobus. Même enceintes de neuf mois, il est rare que les gens nous cèdent leur place. Même à la fin de ma grossesse, quand elle était bien évidente, personne ne se levait pour me laisser m'asseoir.* »

La garde des enfants est une autre source de difficultés pour les femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté. Si les mères mieux nanties peuvent se payer un peu d'aide, les femmes pauvres n'en ont pas les moyens.

- « *Les services locaux n'avaient pas les ressources pour m'aider à prendre soin de mes enfants pendant ma grossesse.* »

RÉSEAUX DE SOUTIEN

Toutes les femmes qui ont joint les groupes de discussions manquaient de soutien personnel et toutes ont rapporté qu'il s'agissait là d'un des plus grands défis auxquels se heurtent les femmes enceintes et pauvres. Le manque de soutien peut avoir des conséquences concrètes dans la vie de tous les jours.

- « *Si mes contractions débutent, est-ce que quelqu'un va m'aider à me rendre à l'hôpital?»*
- « *Quand j'étais enceinte, je ne savais pas qui appeler. J'étais tellement isolée jusqu'à ce que ma fille naisse.* »

Les femmes consultées ont mentionné un autre élément de taille qui exprime bien leur réalité de tous les jours.

- « *Vous n'avez peut-être pas de téléphone pour appeler à l'aide.* »

Elles ont également souligné l'importance d'autres mesures de soutien, moins concrètes, qui satisfont leurs besoins émotifs.

- « *On a besoin de quelqu'un pour nous masser les pieds.* »
- « *On a besoin que quelqu'un qui nous aime.* »
- « *On a besoin de pouvoir dire : "Je suis seule ici et j'ai besoin d'aide."* »
- « *C'est un peu comme si on avait besoin d'une mère-substitut qui puisse garder un œil sur nous [pendant qu'on est enceinte].* »
- « *Tout le monde m'a dit : "Téléphone si tu as besoin d'une gardienne." Mais quand j'appelais, personne n'était disponible.* »
- « *Quand on est enceinte, on repère très rapidement nos vrais amis. Certains s'adaptent au fait qu'on ne peut plus aller boire et danser, d'autres non.* »

RESSOURCES COMMUNAUTAIRES

Les femmes consultées croyaient fermement que les fournisseurs de soins et de services devraient mieux aiguiller leurs clientes vers les ressources de la communauté. Pour les participantes, cette question avait une dimension à la fois pratique et relationnelle. Sur le plan pratique, elles avaient l'impression de ne pas recevoir assez d'information durant leur grossesse sur les ressources offertes dans la communauté.

- « *Ils devraient connaître et nous indiquer les groupes de soutien et autres ressources communautaires qui pourraient nous aider.* »

Sur le plan relationnel, elles sont d'avis que les fournisseurs de services pourraient apprendre à mieux transmettre l'information, ce qui la rendrait plus facile à comprendre.

- « *Ils n'aident pas les choses lorsqu'ils ne comprennent pas notre situation ou nous parlent comme à des enfants. Soyez accueillants et ouverts, et ne portez pas de jugements.* »
- « *J'avais seulement 17 ans quand j'ai eu mon premier enfant. Je suis allée à l'hôpital et ils ont provoqué l'accouchement sans me dire ce qui se passait. Ils ne m'ont pas demandé ce dont j'avais besoin. Quand je suis tombée enceinte, tout le monde avait son mot à dire. On entend toujours : "des bébés qui vont avoir des bébés". Je n'avais pas besoin d'entendre ça. Je n'avais plus confiance en moi à force d'entendre ce genre de commentaires.* »

Les fournisseurs de soins et de services font des suppositions qui déterminent la quantité et le type d'information qu'ils mettent à la disposition des femmes.

- « *Mon médecin ne m'a donné aucune information. Elle pensait probablement que je connaissais tout parce ce que j'étais plus âgée et mariée. Ce n'était pas le cas!* »
- « *Je pense qu'ils m'ont donné trop d'information parce que j'étais jeune. Ils n'avaient pas confiance en moi du tout. Mais vous savez, quand ma fille est née, personne n'est venu vérifier comment je me débrouillais. Mais quand j'ai eu mon second enfant, j'étais plus vieille et plus expérimentée, et là, ils ont envoyé une travailleuse sociale à l'hôpital.* »

BARRIÈRES STRUCTURALES ET ATTITUDES NÉFASTES

Les femmes consultées ont mentionné plusieurs barrières structurales auxquelles se heurtent les femmes enceintes, et particulièrement les femmes enceintes vivant en contexte de pauvreté.

- « *J'ai subi de la discrimination au travail quand mes supérieurs ont su que j'allais avoir un enfant. J'étais émotive en apprenant que j'étais enceinte et je leur ai dit pourquoi. Tout d'un coup, je ne travaillais plus qu'un jour par semaine au lieu de cinq. Ils m'ont dit que c'était parce que j'avais été embauchée comme travailleuse occasionnelle, mais ce n'était pas vrai. Ils n'ont pas voulu admettre que cela avait rapport avec ma grossesse. Je me sentais bien et je pouvais faire mon travail!* »
- « *C'était vraiment difficile d'aller à l'école. Quand il a su que j'étais enceinte, le personnel du collège a essayé de me dissuader de poursuivre mes études.* »

Les attitudes sociétales constituent un autre obstacle pour ces femmes. Elles disent se sentir jugées, inadéquates et négligées par la société.

- « *Beaucoup de personnes ont remarqué que j'étais enceinte et m'ont jugée parce que j'étais jeune.* »
- « *Les gens me regardaient vraiment de haut parce que j'étais pauvre et enceinte. Ça a détruit ma confiance en moi. J'avais besoin d'être entourée de personnes qui croyaient en moi – qui pensaient que je pouvais être une bonne mère.* »

Les jugements de valeur peuvent occasionner chez certaines femmes la peur des représailles.

- « *J'ai surtout peur qu'on [la SAE] m'enlève mon enfant parce que je ne suis pas une assez bonne mère.* »

APPROCHES CONSTRUCTIVES DES FOURNISSEURS DE SERVICES

En général, lorsqu'on leur a demandé quels types d'interventions étaient utiles et lesquels ne l'étaient pas, les femmes consultées ont donné des réponses s'articulant autour de trois thèmes principaux : l'attitude des fournisseurs, la transmission de « moyens » et l'information ou l'aiguillage.

L'approche adoptée par les fournisseurs de services et la communauté dans son ensemble revêt une importance critique.

- « Des personnes chaleureuses et bien informées m'ont traitée avec respect malgré mon jeune âge. Cela a été utile. »
- « Les gens qui connaissaient mes origines et ma situation particulière, et étaient capables de me diriger vers les bons services étaient utiles. »
- « C'était très stressant de tout préparer pour la venue du bébé. Pour m'assurer de ne manquer de rien, j'avais accepté deux emplois à temps partiel. J'ai eu beaucoup de soutien de la part de ma gestionnaire de cas d'Ontario au boulot, qui m'a dit de me reposer au lieu de trouver un autre emploi. J'étais tellement fatiguée que je ne dormais déjà pas bien. »
- « Une des infirmières de l'hôpital m'a beaucoup aidée quand j'ai essayé d'allaiter pour la première fois. Elle est restée avec moi et m'a montré comment tenir le bébé. Le plus important était qu'elle ait envie d'aider. »
- « Ça dépend toujours de la façon dont on vous dit les choses. Je vais à l'église toutes les semaines. Un jour, une dame m'a offert de passer me prendre avant la messe et de me reconduire ensuite. Elle m'a dit : "Ce serait un plaisir de faire la route avec toi". »

En donnant aux femmes le soutien pratique nécessaire (les « moyens ») pour mettre en application leurs conseils, les fournisseurs de soins et de services s'assurent que leurs clientes pauvres puissent passer à l'action.

- « Lors de ma seconde grossesse, on m'a aidée à me procurer des vitamines [prénatales], du lait et d'autres produits. Je me suis sentie en bien meilleure santé qu'à ma première grossesse. »

Lorsqu'on oriente les femmes enceintes vers des ressources appropriées après leur avoir donné les moyens de passer à l'action, on obtient des résultats très positifs.

- « Lors de ma seconde grossesse, je participais au programme Partir d'un bon pas. J'ai eu droit à des visites à domicile et j'ai joint un groupe de soutien pour parents. Cela a fait toute une différence. »
- « Moi aussi, j'ai eu droit à des visites à domicile. La personne m'a apporté des vitamines prénatales et des coupons pour acheter du lait. Cela a facilité ma grossesse. »

APPROCHES NON CONSTRUCTIVES DES FOURNISSEURS DE SERVICES

Les femmes consultées ont fait part de plusieurs obstacles à la prestation de services utiles, y compris l'attitude négative des fournisseurs, le manque d'information et d'aiguillage approprié, et l'offre de conseils sans fournir les moyens de les mettre en application.

Si les femmes ont l'impression que les fournisseurs de services ne comprennent pas bien leur réalité, elles sont moins portées à mettre leurs suggestions ou conseils en application et plus susceptibles d'avoir une perception négative de l'intervention.

- *« La femme que j'ai rencontrée m'a dit de manger plus de fruits et de légumes. Sa façon de me le dire m'a tellement irritée que je ne l'ai pas écoutée. Si je pouvais me payer des fruits et légumes frais, j'en aurais achetés. Il aurait été plus utile de discuter de la difficulté de se nourrir et de nourrir sa famille, puis qu'elle me dirige vers la Good Food Box. C'est une amie plus tard qui m'a appris l'existence de cet endroit. »*

Beaucoup de femmes ont fait mention du manque de conseils et d'aiguillage vers des mesures de soutien appropriées. Avec le recul, elles croient que le manque d'information a contribué à leurs difficultés durant et après la grossesse.

- *« Quand j'étais enceinte, je ne savais pas qui appeler. J'étais tellement isolée. J'aurais eu moins de difficultés si j'avais su où obtenir du soutien. Il existe des mesures de soutien, mais personne ne vous en parle. »*
- *« Mon médecin a pensé que je n'avais pas besoin d'aide supplémentaire parce que j'étais mariée et plus âgée. Elle ne m'a pas parlé des services offerts. »*
- *« Ma fille avait les seins gorgés de lait à la naissance. Je l'ai amenée chez le médecin qui m'a dit que c'était normal. J'aurais aimé le savoir avant. »*

Offrir des conseils sans donner les moyens de les mettre en application peut créer de l'animosité chez les clientes. Encore une fois, les femmes y voient un manque de compréhension envers leur situation.

- *« Je n'ai pas apprécié qu'on me dise d'arrêter de fumer parce qu'on ne m'a donné ni information ni soutien pour y arriver. Je savais que je devais arrêter; si j'en avais été capable, je l'aurais fait. J'avais besoin qu'on m'aide à arrêter et non qu'on me dise de le faire. »*
- *« Je n'ai pas fait appel à des fournisseurs de services avant la naissance de mon enfant. Quand je l'ai enfin fait, on m'a dit de prendre soin de mon enfant et de moi. C'était facile à dire mais difficile à faire. »*
- *« Tout le monde me disait de me reposer mais je ne pouvais pas. J'ai travaillé jusqu'à la dernière minute. Je n'avais pas le choix. Je n'avais pas les moyens d'arrêter. »*
- *« Bien manger. Si je le pouvais, je le ferais. »*
- *« Les médecins vous parlent toujours du Guide alimentaire canadien. Avec mon revenu, c'est impossible de le suivre. Je n'ai tout simplement pas l'argent. Mais j'ai essayé de faire de mon mieux. »*

Une femme a bien résumé la situation en disant :

- « *Les suggestions sont les bienvenues, les ordres ne sont pas utiles.* »

Pour une grande majorité de femmes, il était paralysant de se faire conseiller d'arrêter de fumer sans obtenir de soutien concret à cet égard.

- « *Ils m'ont conseillé d'arrêter de fumer, mais ne m'ont jamais dit comment.* »
- « *Il était difficile d'arrêter de fumer, comme ils me le suggéraient. Même si je ne fumais pas, tout le monde chez nous le faisait. Je ne pouvais pas y échapper.* »
- « *Si seulement mon médecin m'avait aidée à arrêter de fumer au lieu de seulement me faire la morale.* »

La transmission d'information erronée sur les effets du tabagisme constitue un autre problème qu'il faudrait aborder pour éduquer à la fois les professionnels de la santé et les femmes enceintes.

- « *Mon médecin m'a dit : "N'arrête pas tout d'un coup. Le sevrage de la nicotine n'est pas bon pour le bébé."* »
- « *Quand je suis rentrée de l'hôpital, j'ai interdit le tabagisme à l'intérieur de la maison. Quand l'hiver est arrivé, nous nous sommes remis à fumer dans la maison. Mais nous fumons seulement au sous-sol.* »

RÔLE DE LA COMMUNAUTÉ DANS SON ENSEMBLE

Nous avons demandé aux participantes de nommer des mesures de soutien pouvant faciliter la vie des femmes enceintes vivant dans la pauvreté. Encore une fois, leurs idées touchaient de nombreuses dimensions, des attitudes au soutien concret, en passant par la transmission d'information.

- « *Les voisins et personnes que l'on croise dans la rue pourraient grandement faciliter les choses en disant simplement : "Bonjour, comment ça va?"* »
- « *Vous [fournisseurs de services] pourriez renseigner les femmes enceintes sur les moyens peu coûteux à leur disposition. J'aimerais aussi vous voir défendre toutes les femmes enceintes à faible revenu et nous aider à changer la perception qu'ont les gens de nous.* »
- « *Ça aiderait si tout le monde comprenait, je veux dire toute la communauté.* »
- « *C'est tellement important d'avoir le soutien de son conjoint.* »
- « *Expliquez aux membres de la communauté à quel point il est difficile d'être enceinte lorsqu'on n'a pas d'argent.* »

IMPLICATIONS

Afin de donner un vaste aperçu des diverses expériences de la grossesse, nous vous présentons ci-après les conclusions tirées de la présente étude et des études *Voices of Simco County Pregnant and Parenting Teens et Child and Youth Poverty in Sudbury* menées auprès de mères adolescentes (Meilleur départ, 1997; Van de Sande, 1999).

1. Il est essentiel pour les femmes consultées que les fournisseurs de services comprennent leur situation. Parmi les obstacles et enjeux variés qui compliquent la vie des femmes enceintes vivant dans la pauvreté, mentionnons le manque de sécurité alimentaire, les niveaux de stress élevés, le manque de repos, le manque de transport et les autres questions d'accès, l'isolement social et le manque de soutien de la part de la famille et du réseau social, le manque d'information pertinente sur les ressources et services offerts, les barrières structurelles et communautaires à l'obtention des mêmes niveaux de soins que reçoivent les femmes à revenu élevé, et les conseils irréalistes des fournisseurs de soins et de services.
2. Les femmes comprennent l'importance de bien s'alimenter et de prendre des vitamines prénatales durant la grossesse. Cependant, elles n'ont pas toujours les moyens de mettre en application les suggestions et conseils des fournisseurs de services ou ne savent pas comment le faire. Elles rapportent que leur problème est financier et non pas qu'elles manquent d'information ou de compétences. Elles se sentent mal comprises et jugées par les fournisseurs de services qui ne reconnaissent pas l'impact énorme de la pauvreté sur la sécurité alimentaire. Cela provoque chez elles de la colère et de la frustration, et les empêche d'obtenir des soins. Les femmes consultées disent préférer ne pas divulguer leurs véritables besoins aux fournisseurs de services qui ne comprennent pas leur situation.
3. Les femmes consultées disent également mener des vies stressantes qui leur laissent peu de temps pour dormir ou prendre soin d'elles-mêmes. Bien qu'elles comprennent l'importance de se reposer et de veiller à leur bien-être, leur rythme de vie et le manque de soutien familial ou de réseau social freinent leurs efforts en ce sens.
4. Les questions d'accès liés au transport, à la garde d'enfants et autres (p. ex. l'absence d'un téléphone ou d'un domicile permanent) peuvent constituer des obstacles de taille à l'obtention de soins prénatals, même chez les femmes qui en connaissent les avantages et désirent en obtenir.
5. Les femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté incluent le manque de soutien et de réseau social au nombre de leurs difficultés importantes. Le manque de soutien peut nuire à la satisfaction de leurs besoins émotifs et quotidiens, en même temps qu'accroître leur niveau de stress.
6. Les femmes consultées ont constaté que beaucoup de fournisseurs de services offrent d'emblée des conseils (souvent impossibles à mettre en application) mais omettent de diriger leurs clientes vers des services ou mesures de soutien communautaires. Elles ont l'impression d'obtenir trop peu d'information sur les ressources offertes dans la communauté et, par conséquent, de ne pas connaître bon nombre des mesures de soutien pratique offertes aux femmes enceintes. Les fournisseurs de services pourraient aussi améliorer leur

façon de prodiguer conseils et information afin d'inciter davantage leurs clientes à les mettre en application. Ils ne devraient jamais porter de jugements, être condescendants ou décider du volume ou type d'information à donner en fonction de l'âge de la cliente ou de tout autre de ses caractéristiques.

7. Les attitudes sociétales sont un autre obstacle auquel se heurtent les femmes enceintes vivant dans la pauvreté. En plus de ne pas se sentir à la hauteur, les femmes consultées ont l'impression d'être jugées et négligées par certains fournisseurs de services et par la communauté dans son ensemble. Les femmes qui se sentent jugées peuvent craindre de subir des représailles ou de perdre leurs enfants. Cela peut avoir pour effet de retarder l'obtention de soins prénatals, même indéfiniment, ou de les dissuader de parler de leurs préoccupations avec leurs fournisseurs de services.
8. Les femmes consultées ont eu beaucoup de relations constructives avec des fournisseurs de services et savent précisément quel type de soutien est utile. Selon elles, le succès de l'intervention dépend de l'attitude (p. ex., ouverture d'esprit, prise en compte de la situation, rapport chaleureux) du fournisseur de services, et de sa faculté d'acheminer la cliente vers des ressources appropriées et de lui donner les « moyens » nécessaires pour mettre ses conseils en application.
9. Les relations non constructives causent aussi des problèmes aux femmes. Les interventions de fournisseurs de services qui ont une attitude négative (condescendance, jugements de valeur et manque de connaissances), qui omettent de fournir l'information ou les services d'aiguillage appropriés, ou qui ne donnent pas aux femmes les « moyens » de mettre en application leurs conseils sont perçues comme étant inutiles. Les femmes sont moins disposées à mettre en application les suggestions et conseils offerts et plus susceptibles d'avoir une appréciation négative de l'intervention si elles ont l'impression que le fournisseur de services ne comprend pas bien leur situation. Ce genre de relation nourrit la résistance face aux conseils prodigués par les fournisseurs de services.
10. Les femmes consultées sont d'avis que la communauté dans son ensemble doit faire sa part pour appuyer les femmes enceintes à faible revenu. Elles reconnaissent aussi l'important rôle de défenseurs de leurs droits et intérêts que jouent les fournisseurs de services.



Stratégies efficaces

Cette section présente des stratégies et des approches qui se sont révélées utiles pour résoudre des questions liées au statut socio-économique et à la grossesse. Les renseignements offerts proviennent d'une variété de sources, y compris des intervenants auprès de femmes enceintes vivant dans la pauvreté. Vous trouverez pour chaque thème ou enjeu, des suggestions, des conseils, des idées et des questions à examiner, ainsi que des exemples de programmes qui emploient des outils et approches constructives. Les fournisseurs de services doivent examiner les divers volets de chaque programme pour déterminer s'ils conviennent à leurs propres clientèles, programmes et services.

Bon nombre des stratégies globales dont il est question dans cette section nous permettent d'aider les femmes à satisfaire leurs besoins quotidiens. Or, malgré les ressources et services importants que nous leur offrons, nous devons nous rappeler que notre rôle premier auprès des femmes enceintes et pauvres consiste à favoriser leur estime de soi et leur capacité de prendre en main leur situation. Il n'est pas toujours facile de trouver le moyen de répondre aux besoins de base des femmes (p. ex., en leur procurant de la nourriture) tout en les aidant à agir pour améliorer leur situation. Au lieu de les prendre en charge, trouvez des façons d'inclure les femmes, de les encourager à participer et de leur attribuer des rôles.

*« Dès que vous le pouvez, aidez-la à prendre sa situation en main. »
(Joanne King, Centre de ressources communautaires, Killaloe)*

ENJEU – SOINS PRÉNATALS

Beaucoup de femmes enceintes à faible revenu tardent à obtenir des soins prénatals ou n'en obtiennent jamais. On donne à cela plusieurs raisons (Braveman et coll. 1999; Cook et coll., 1999), qui vous sont présentées dans la section *Recherche* du présent document. L'élimination des barrières individuelles et structurales à l'obtention de soins prénatals peut augmenter les taux de participation et la qualité des services.

Les soins prénatals sont souvent offerts dans le cadre d'un programme plus vaste. Les femmes peuvent y avoir accès par l'entremise d'un centre médical ou de santé, ou d'un programme autonome de soutien prénatal. Souvent, le cadre dans lequel s'inscrivent les soins influencera l'accès des femmes à ces soins et l'impression qu'elles en auront. Les exemples suivants portent sur divers aspects des soins prénatals, le cadre dans lequel ils sont offerts et les programmes et services qui y sont rattachés.

Approches constructives

Les femmes enceintes à faible revenu ont beaucoup discuté des soins prénatals et des facteurs qui en ont facilité l'accès. Voici quelques-unes de leurs idées :

Incitatifs – Les programmes pourraient offrir du transport, du lait, des vitamines prénatales, des aliments prêts-à-servir et des certificats-cadeaux échangeables dans les épiceries.

Difficultés multiples – Les programmes pourraient aborder d'autres facettes de la vie de la femme comme la toxicomanie, la violence familiale, la sécurité alimentaire et les questions financières.

Environnement accueillant et intervenants bien informés – Les programmes efficaces ont les caractéristiques suivantes : personnel chaleureux qui offre du soutien sans porter de jugements; respect du caractère confidentiel du dossier de la cliente; ambiance de plaisir et d'entraide; aiguillage vers des services de soutien appropriés.

Soutien à domicile – Le soutien à domicile peut prendre la forme de visites, de contacts téléphoniques ou de communications électroniques.

Programmes scolaires à l'intention des mères adolescentes – Songez à donner des cours prénatals en milieu scolaire, à fournir des crédits aux élèves qui les suivent et à accroître le soutien offert aux nouvelles mères pour leur permettre de poursuivre leurs études.

Programmes adaptés sur le plan culturel – On peut adapter les programmes sur le plan culturel en diffusant l'information sur la maternité dans plusieurs langues, en mettant en vedette différents groupes culturels dans notre matériel, en obtenant le soutien des aînés de la communauté et en embauchant des traducteurs ou des intervenants qui comprennent bien les différences culturelles.

Accès à d'autres services de soutien – Les programmes pourraient offrir certains services de soutien sur place (garde-manger, comptoir à vêtements, joujouthèque, centre d'information sur la grossesse et le rôle de parent, soutien psychologique individuel, groupes de soutien et ordinateurs) et diriger au besoin les femmes enceintes vers des ressources appropriées de la communauté. L'aiguillage peut être direct (en personne) ou indirect (affiches dans les couloirs et salles de bains, listes de ressources communautaires faciles à consulter, babillards).

Approches non constructives

Voici certains commentaires négatifs qu'ont exprimés les femmes à propos de leurs soins prénatals.

Préjugés liés à l'âge, à l'état civil et au statut socio-économique – L'information diffusée sur la grossesse ne tient pas toujours compte des réalités de la vie des femmes pauvres (p. ex., insécurité alimentaire, niveaux de stress élevés, manque de soutien et difficultés émotives). Par exemple, les mères adolescentes se sentent souvent exclues des cours prénatals habituels, qui sont destinés à des couples ou à des femmes plus âgées.

Restrictions dues à la période de la grossesse – Certains programmes prénatals refusent les femmes enceintes qui en sont déjà à leur deuxième ou troisième trimestre.

Manque d'accès – Parmi les obstacles à l'obtention de soins prénatals figurent l'éloignement géographique, le manque d'accès au transport, les frais de garde d'enfants et les autres coûts associés à l'obtention de soins.

Peu d'options – Certains programmes offrent peu d'options en matière de grossesse (adoption, avortement), d'accouchement (médication, sages-femmes, autre personnel de soutien) ou d'alimentation du bébé.

Fournisseurs de services mal renseignés – L'information sur les ressources disponibles, les services de soutien communautaires et les réalités de la grossesse est parfois manquante ou erronée.

Environnement peu accueillant – Certaines femmes peuvent se sentir mal à l'aise de participer à un programme si les intervenants ont des partis pris, portent des jugements de valeur, ne respectent pas le caractère confidentiel de l'intervention ou offrent des conseils qui ne tiennent pas compte des différentes réalités de la pauvreté.

Exemple de programme

- **MotherCare** (halte-accueil mise sur pied dans le cadre du Programme canadien de nutrition prénatale, Barrie) a pour but de sensibiliser les femmes enceintes et les nouvelles mères, et de réduire les obstacles auxquels elles se heurtent. MotherCare a pour devise : accès, souplesse, autonomisation et confiance mutuelle. Le programme offre une variété de mesures de soutien concrètes, y compris de la nourriture (p. ex., lait, jus, pains et autres grains, fruits et légumes), des vitamines, un service d'échange de vêtements et de meubles pour bébé, du soutien à l'éducation sur la grossesse et le rôle de parent, du soutien social et émotif (parfois offert par les pairs), ainsi que de l'information sur les modes de vie et les rapports sociaux. Il invite aussi les femmes à participer aux activités de planification du programme de façon à favoriser leur intégration à la vie communautaire.

Conseils

- **Demandez** aux femmes à faible revenu ce qui leur a été utile. Posez-leur les questions suivantes : Qu'est-ce qui vous dissuaderait de vous inscrire à un programme prénatal? Qu'est-ce qui vous ferait abandonner un programme prénatal? Qu'est-ce qui vous donnerait envie de participer de façon régulière à un programme prénatal?

- **Encouragez** les femmes à participer à la planification du programme. Demandez-leur de passer en revue votre campagne de publicité, contre rémunération.
- **Offrez** sans frais aux participantes le transport, des services de garde d'enfant et de la nourriture. Faites-en une partie intégrante de votre programme et annoncez-le.
- **Faites de la publicité** dans les laveries automatiques, centres commerciaux, dépanneurs, pharmacies et autres endroits fréquentés par les femmes à faible revenu.
- **Évitez** d'employer à outrance le mot gratuit. Dites plutôt : « Venez prendre quelques aliments. »
- **Prévoyez** des trousseaux incitatifs. Offrez-les dans plusieurs endroits non menaçants comme des pharmacies, bibliothèques et cabinets de médecins.
- **Trouvez** des coanimatrices. Songez à choisir des anciennes participantes à vos cours prénatals (elles font souvent d'excellentes animatrices) ou des personnes issues de clientèles particulières. Par exemple, une mère adolescente pourrait mettre à l'aise les autres adolescentes qui participent à votre programme.

Suggestions - Action communautaire et défense des droits et intérêts des femmes enceintes

- **Mobilisez la communauté.** Par exemple, collaborez avec des organisations et entreprises locales à la préparation de trousseaux incitatifs. Demandez ensuite aux services et entreprises locales de vous aider à les distribuer.
- **Formez des partenariats avec d'autres fournisseurs de services.** De cette façon, vous pourrez combler plus rapidement et à moindres coûts les lacunes sur le plan des services. Par exemple, créez un partenariat avec le centre de ressources en garde d'enfants de votre localité pour offrir des services de garde à vos participantes. Vous pourriez également demander à d'autres organismes communautaires de faire don de leur temps pour aborder avec vos clientes les nombreuses difficultés soulevées par les femmes, comme la violence familiale, la toxicomanie et la sécurité alimentaire.
- **Offrez votre programme en ligne.** Il existe d'intéressants exemples de programmes communautaires novateurs accessibles par Internet, dont *Cybermoms* à Sudbury. C'est aussi une bonne façon de trouver de nouveaux partenaires, comme des services d'aide à l'emploi et des établissements d'éducation permanente.

Meilleur conseil

« Faites preuve de souplesse. Adaptez vos programmes prénatals aux besoins de la communauté. Demandez aux femmes de vous indiquer leurs besoins. Faites-les participer aux décisions. »

(Katie Dilworth, Programme canadien de nutrition prénatale, ville de Toronto)

Questions à examiner

- Comment pouvons-nous inciter les femmes à faible revenu à participer à notre programme prénatal dès qu'elles apprennent qu'elles sont enceintes?
- Si j'étais une participante, serais-je à l'aise de me joindre au programme? Comment pourrais-je mettre les participantes plus à l'aise?
- Ai-je éliminé le plus d'obstacles possible à la participation des femmes enceintes? Pourrais-je prévoir des mesures d'incitation?

ENJEU - SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Beaucoup de femmes enceintes à faible revenu placent la sécurité alimentaire au premier rang des obstacles auxquels elles se heurtent. Bien qu'il soit important de leur fournir des renseignements sur la nutrition, cela n'est pas suffisant. Les femmes à faible revenu doivent avoir accès à de la nourriture de bonne qualité. Sans sécurité alimentaire, on ne peut vraisemblablement s'attendre à ce qu'elles mettent en application l'information nutritionnelle qu'elles reçoivent. Comme l'expliquait une mère : « Je n'ai pas besoin de cinq différentes recettes de poulet. J'ai besoin de poulet. »

Pour nous tous, la nourriture a de nombreuses significations et de nombreuses fonctions. C'est le cas également pour les femmes enceintes et pauvres, à la différence qu'elles manquent de sécurité alimentaire. Les femmes vivant dans la pauvreté n'ont pas les moyens de satisfaire pleinement les besoins nutritifs, sociaux et émotifs que comble la nourriture. Voici des exemples de difficultés que doivent surmonter les femmes enceintes vivant dans la pauvreté sur le plan de la sécurité alimentaire :

- Étant donné les frais mensuels élevés qu'elles doivent payer à des tiers, comme le loyer, les femmes enceintes et pauvres relèguent souvent la nourriture au bas de la liste des priorités.
- Lorsqu'il y a une urgence, elles commencent souvent par piger dans le budget de nourriture.
- Beaucoup de mères à faible revenu rapportent qu'elles commencent par nourrir leurs enfants, puis ne mangent que s'il reste de la nourriture.
- Par crainte de représailles ou d'intervention des services de protection de l'enfance, certaines mères pourraient ne pas divulguer les besoins de leur famille sur le plan alimentaire.
- Beaucoup de membres de la communauté ont l'impression que les banques et autres programmes alimentaires satisfont amplement les besoins des personnes à faible revenu. En vérité, ces services sont sursaturés depuis bien des années et arrivent dorénavant à peine à satisfaire les besoins urgents d'un nombre limité de personnes.
- La plupart des banques alimentaires n'ont pas ce qu'il faut pour répondre aux besoins les plus urgents des femmes enceintes à faible revenu (lait, fruits, légumes et autres denrées périssables comme la viande).
- Les préjugés entourant l'utilisation des banques et autres programmes alimentaires sont nombreux. Par honte d'être dans le besoin, de nombreuses femmes n'ont pas recours à ce genre de services.
- Il est reconnu que la bonne nutrition est un important déterminant de la santé de la mère et du nouveau-né. Or, l'information sur la santé ne suffit pas. Les femmes enceintes ont davantage besoin de nourriture de qualité, souvent manquante.
- Malgré les efforts déployés par les fournisseurs de services pour accroître leur sécurité alimentaire, certaines femmes (surtout des adolescentes) craignent à tort de prendre du poids durant la grossesse. Il importe de tenir compte de l'image corporelle et des questions de tabagisme s'y rattachant au moment de planifier les programmes portant sur la sécurité alimentaire.

Approches constructives

Les femmes enceintes à faible revenu ont beaucoup discuté de la sécurité alimentaire et des moyens qui les aideraient à l'obtenir. Voici quelques-unes de leurs idées :

Offre de nourriture comme mesure d'incitation – Pour favoriser la participation des femmes, les programmes prénatals pourraient offrir un goûter ou un repas. Les certificats-cadeaux échangeables dans les épiceries peuvent également servir de mesure d'incitation.

Mets à emporter – Toutes sortes d'aliments prêts à emporter peuvent être offerts aux femmes. Songez à leur fournir des ingrédients ou des plats préparés lors d'activités culinaires, à leur donner accès à un garde-manger ou à un congélateur et à leur procurer des vitamines prénatales.

Discussions autour de la table – Préparez des repas en groupe. Discutez à bâtons rompus (sans recours à une animatrice) de questions de la vie quotidienne. Échangez de façon informelle des conseils sur l'alimentation.

Accès à des denrées périssables – Les programmes créatifs trouvent le moyen de procurer à leurs clientes des aliments frais. Certains prévoient l'achat de denrées périssables dans leur budget et d'autres offrent des certificats-cadeaux échangeables contre des aliments. D'autres encore obtiennent des dons en nourriture des épiceries.

Aiguillage vers des ressources appropriées – Les fournisseurs de services peuvent se renseigner à propos des programmes alimentaires locaux (comme la Good Food Box) et diffuser cette information à grande échelle.

Défense des droits et intérêts – Les fournisseurs de services peuvent aider concrètement les femmes enceintes à faible revenu en s'associant à des programmes qui mettent de la nourriture à leur disposition, en éliminant les obstacles qui les empêchent de fréquenter de tels programmes et en sensibilisant la communauté dans son ensemble aux besoins locaux liés à la sécurité alimentaire.

Programmes de fin de mois – Les fournisseurs de services doivent comprendre que les besoins liés à la sécurité alimentaire des femmes enceintes à faible revenu sont plus marqués à partir du milieu du mois en raison du calendrier de l'aide sociale.

Approches non constructives

Voici certains commentaires négatifs qu'ont exprimés les femmes à propos du soutien reçu en matière d'alimentation.

Conseils sans moyen – Certains fournisseurs de services donnent uniquement des renseignements sur la gestion d'un budget et la planification des repas. Beaucoup de femmes enceintes à faible revenu croient avoir assez d'information et de compétences dans le domaine de l'alimentation, mais manque d'argent pour se procurer des aliments nutritifs.

Peu d'importance accordée aux habitudes alimentaires – Les femmes qui ont des habitudes alimentaires particulières en raison de leurs origines culturelles, antécédents familiaux ou goûts personnels ne sont pas nécessairement prêtes à essayer des aliments nouveaux.

Idées préconçues sur les connaissances des clientes – Certains fournisseurs de services présument que les femmes enceintes à faible revenu ont besoin qu'on les « éduque » sur la façon de gérer un budget, de planifier un menu et de suivre le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*.

Idées préconçues sur les conditions de logement – Les fournisseurs de services ne comprennent pas toujours la vraie nature de la pauvreté. Par exemple, certaines femmes pauvres n'ont pas accès à un congélateur, à un mélangeur ou à d'autres appareils ménagers. Acheter de la nourriture peut aussi prendre du temps lorsqu'on est pauvre.

Fournisseurs de services mal renseignés – Certains fournisseurs de services ne connaissent pas les restrictions imposées par les banques et autres programmes alimentaires.

Enjeux mal cernés – Le concept de la « bonne nutrition » est secondaire à la sécurité alimentaire.

Exemples de programmes

- **Babies First** Situé dans un centre de ressources familiales, *Babies First* (halte-accueil mise sur pied dans le cadre du Programme canadien de nutrition prénatale, Peterborough) offre les services suivants : transport; garde d'enfants; goûter matinal et dîner; certificats-cadeaux hebdomadaires de 15 \$ échangeables dans les épiceries; nourriture (500 g de bœuf haché; sac de légumes surgelés; jus d'orange gardés sur place dans un congélateur; garde-manger de produits en boîte à volonté). Avant d'établir sa programmation et son budget, le personnel de *Babies First* a consulté des femmes (contre rémunération). Une fois les besoins des femmes cernés, il s'est mis à la recherche de partenaires prêts à collaborer à une équipe multidisciplinaire. Il a également pu embaucher une animatrice communautaire pour coordonner le projet et entreprendre l'importante tâche de joindre les femmes, puisqu'une infirmière et une diététiste faisaient déjà partie de l'équipe.
- **La méthode Higgins** (Dispensaire diététique de Montréal) est un programme d'aide à l'alimentation qui a pour philosophie de « compléter » le régime alimentaire actuel de la mère. Les femmes à faible revenu reçoivent un litre de lait entier par jour et une douzaine d'œufs toutes les deux semaines. Cependant, la méthode Higgins est décrite comme une méthode globale qui tient compte de tous les besoins des femmes. Les évaluateurs du projet croient que son efficacité réside dans l'attention qui est portée à la mère. Le personnel tente de réduire au minimum les difficultés de la mère pour lui permettre de concentrer son attention sur la santé du bébé à naître. Au moment de créer le programme, ses concepteurs ont reconnu qu'une éducation formelle ne serait pas suffisante pour travailler auprès de groupes de femmes dites « à risque ». Par conséquent, toutes les diététistes du Dispensaire diététique de Montréal doivent suivre une formation d'au moins quatre semaines sur la méthode Higgins avant de rencontrer des clientes.

Elles suivent aussi une formation continue en cours d'emploi dans les domaines suivants : psychologie, relation d'aide et sujets variés liés aux grossesses à risque élevé comme la toxicomanie.

- **Le projet *Bébé en santé*** santé du Bureau de santé de l'Est de l'Ontario est dirigé par un comité consultatif de consommatrices, de fournisseurs de services et de professionnels de la santé. Destiné aux femmes éprouvant des besoins financiers, il procure des suppléments alimentaires aux mères qui risquent d'avoir un bébé de poids insuffisant en raison de carences alimentaires. Il transmet aussi des renseignements sur la santé, évalue les risques en matière de nutrition et crée des programmes personnalisés axés sur un mode de vie sain.

Conseils

- **Formez** un club d'achats en vrac et un centre de prêt de matériel de cuisine, de livres de recettes, d'épices et de condiments inusités.
- **Offrez** des certificats-cadeaux échangeables dans les épicerie au lieu de bons de nourriture. Certaines personnes sont mal accueillies dans les épicerie lorsqu'elles présentent des bons de nourriture.
- **Veillez** à ce que les certificats-cadeaux et couvertures de vos trousse d'information n'indiquent pas que ce matériel s'adresse aux femmes enceintes. Certaines femmes ne veulent pas annoncer qu'elles sont enceintes.
- **Communiquez** l'information au moyen de présentoirs ou de démonstrations, au lieu « d'enseigner » la matière.
- **Encouragez** l'apprentissage non structuré au lieu d'effectuer des présentations magistrales.
- **Préparez** un repas avec les participantes.
- **Incitez** les participantes à parcourir une variété de livres de cuisine et d'y choisir chaque mois une recette. Examinez toutes les recettes proposées et choisissez la plus appréciée et abordable. Préparez la recette en groupe et mangez ensemble. Fournissez les ingrédients aux participantes afin qu'elles puissent préparer la recette à la maison. Si possible, donnez-leur les ustensiles nécessaires, comme des moules à quiches.
- **Prévoyez** dans votre budget l'achat de nourriture et de certificats-cadeaux échangeables dans les épicerie, et la préparation de repas collectifs. Les personnes à faible revenu n'ont pas toujours les moyens de se nourrir convenablement.
- **Tenez** toujours compte des goûts des femmes. Ne leur imposez pas les vôtres.
- **Choisissez** la méthode « libre-service » de distribution de nourriture. Le mot « gratuit » est erroné et beaucoup trop employé.

Suggestions - Action communautaire et défense des droits et intérêts des femmes enceintes

- **Créez un conseil local de sécurité alimentaire ou joignez-en un.** Veillez à ce qu'il s'intéresse aux besoins des femmes enceintes à faible revenu.
- **Mettez en œuvre des projets communautaires novateurs.** Planifiez un jardin communautaire pour les femmes à faible revenu. Procurez un encadrement en matière d'alimentation. Trouvez d'autres façons créatives d'aider les femmes à faible revenu à se procurer de la nourriture.
- **Faites la promotion des questions de sécurité alimentaire dans votre communauté.** Lancez une campagne de démythification. Collaborez avec la banque alimentaire locale afin de transmettre à la population des renseignements justes sur ses capacités et limites.
- **Renseignez-vous sur les programmes locaux de sécurité alimentaire** et réclamez l'application de mesures spéciales pour répondre aux besoins des femmes enceintes.

Meilleur conseil

« Comprenez que les femmes n'ont pas les moyens de bien s'alimenter. Offrez-leur de la nourriture ou des certificats-cadeaux échangeables dans les épiceries afin qu'elles puissent se procurer des aliments. »

(Sue Hubay, Babies First, Peterborough)

Questions à examiner

- Est-ce que je donne aux femmes les « moyens » de mettre en application les renseignements que je leur donne?
- Notre communauté peut-elle trouver d'autres moyens pour mettre davantage de nourriture à la disposition des femmes enceintes?
- Est-ce que je tiens compte du fait qu'il peut être difficile de parler ouvertement du manque de sécurité alimentaire?

ENJEU - CONDITIONS SOCIALES ET TOXICOMANIE

Toutes sortes de situations - comme le stress élevé, le manque de soutien social et le risque accru de dépression, de tabagisme, de violence familiale et de consommation d'alcool - peuvent avoir des conséquences négatives pour les femmes enceintes à faible revenu. Malheureusement, ces situations sont plus ou moins toutes la conséquence des mêmes conditions sociales et caractéristiques personnelles, et ont donc tendance à se manifester de façon concomitante. Cela en augmente les répercussions sur l'issue de la grossesse, autant pour la mère que pour l'enfant. C'est pourquoi les fournisseurs de services qui travaillent auprès de femmes enceintes à faible revenu doivent être prêts à aborder les problèmes concomitants qui peuvent avoir des effets négatifs sur la santé.

Approches constructives

Les femmes enceintes à faible revenu ont discuté de ces problèmes, et des façons de les aider à les régler. Voici quelques-unes de leurs idées :

Renseignements pratiques – Donnez des conseils et suggestions faciles à mettre en application, qui tiennent compte des obstacles auxquels se heurtent les femmes enceintes. Offrez des renseignements factuels sans porter de jugements.

Moyens – Donnez aux femmes les moyens pratiques de mettre en application vos conseils ou renseignements. Par exemple, remettez-leur des bons de taxi pour se rendre aux rendez-vous fixés en leur nom.

Rapports compréhensifs – Écoutez les clientes raconter leur histoire sans les blâmer, les traiter avec mépris, leur dire quoi faire ou leur donner des solutions à tout.

Aiguillage vers des ressources appropriées – Restez au courant des ressources offertes dans la communauté et informez-en les femmes de façon opportune et confidentielle.

Perspective globale – Faites les liens qui s'imposent entre différentes situations de vie, au lieu de les considérer indépendamment.

Respect de la femme – Témoignez de l'intérêt envers la femme qui se cache derrière la mère, et procurez-lui du soutien.

Approches non constructives

Voici certains commentaires négatifs qu'ont exprimés les femmes à propos du soutien reçu par rapport à ces questions.

Conseils simplistes – Dire à la femme « vous devriez cesser de fumer » ou « vous devriez manger des aliments plus nutritifs ».

Réactions non appropriées – Manifester sa désapprobation de façon verbale ou non verbale.

Manque de perspective globale – Considérer chaque question, comme le tabagisme, de façon isolée sans reconnaître ses liens avec d'autres dimensions de la vie de la cliente.

Idées préconçues sur les mesures de soutien à la disposition de la cliente – Présumer que la cliente a accès au soutien requis, de son conjoint, par exemple, ou pour le transport.

Exemple de programme

- **Breaking the Cycle** (Programme de prévention de la toxicomanie durant la grossesse, offert à Toronto dans le cadre du programme PACE) est un programme communautaire de dépistage précoce et de prévention visant à réduire les risques et à favoriser le développement des enfants de six ans et moins (y compris les enfants à naître) qui ont été exposés à l'alcool et aux autres drogues. Il aborde les questions de toxicomanie maternelle et de relation mère-enfant à l'aide d'une approche intégrée et multisectorielle. Breaking the Cycle est le fruit d'un partenariat entre six fournisseurs de services qui mettent de nombreuses ressources, dont leur personnel, au service du programme. On y offre aux mères et à leurs enfants des services concernant la toxicomanie, la santé, le soutien au développement et d'assistance parentale accessibles en un lieu central de Toronto, selon un modèle de point d'accès unique fondé sur une approche transdisciplinaire. Des évaluations ont montré que la participation au programme améliore l'issue des grossesses et la santé des mères, et réduit les problèmes de santé, les cas d'effondrement parental qui se soldent par le retrait des enfants et les préoccupations des mères en ce qui a trait au développement de leur enfant.

Conseils

- **Dressez** une liste exhaustive de ressources à la disposition des femmes enceintes et affichez-là bien à la vue des clientes. Faites-en des photocopies et laissez-les dans les lieux communs où les femmes enceintes pourront les prendre.
- **Ayez recours** aux ressources locales. Demandez à des intervenants d'animer des ateliers de formation en cours d'emploi sur la toxicomanie, la dépression ou la violence familiale.
- Délicatement et en privé, **informez-vous** régulièrement des situations de vie difficiles des participantes. Préparez-vous à aborder des sujets délicats et à en discuter sans porter de jugements.
- **Offrez** un soutien constant et continu. Posez de façon régulière et répétée les questions difficiles. Un jour, la femme aura peut-être assez confiance en vous pour se confier.
- **Laissez** la femme raconter son histoire à son propre rythme. Évitez de la bombarder de solutions.
- **Donnez** des conseils seulement lorsqu'on vous le demande. Assurez-vous que vos clientes ont l'information factuelle nécessaire pour prendre des décisions éclairées.
- **Incluez** des discussions sur les déterminants sociaux de la santé dans tous les programmes.

Suggestions - Action communautaire et défense des droits et intérêts des femmes enceintes

- **Joignez-vous** à un groupe ou à une coalition qui aborde les questions de violence, de consommation d'alcool et d'autres drogues ou de dépression chez les femmes enceintes. Assurez-vous que tous les groupes dont vous faites partie abordent ces questions.
- **Profitez des événements spéciaux ou des semaines de sensibilisation** qui existent déjà, comme la Semaine nationale sans fumée ou le Mois de la prévention de la violence. Mettez en lumière le lien entre la question et les femmes enceintes.
- **Encouragez la formation continue.** Invitez des intervenants de secteurs concernés à offrir une formation dans votre lieu de travail. Inscrivez-vous aux programmes d'éducation et ateliers de

formation offerts dans votre communauté. Élaborez des ressources, politiques, programmes et ateliers de formation sur les questions qui touchent les femmes enceintes.

- **Mettez en lumière l'interdépendance de ces questions** au moyen d'une campagne d'éducation publique, d'un programme de formation en cours d'emploi ou d'activités de formation réciproque.

Meilleur conseil

« Les femmes enceintes peuvent apporter toute une série de petits changements sur le plan de leur consommation d'alcool et d'autres drogues. Il vaut mieux mettre l'accent sur ces petits changements que de prôner l'abstinence complète. On devrait également féliciter les femmes des changements qu'elles apportent tout au long de leur grossesse. »

(Margaret Leslie, Breaking the Cycle, Toronto)

Questions à examiner

- Ai-je été touchée personnellement par l'une de ces questions?
- Le cas échéant, mon expérience a-t-elle limité ma capacité de travailler auprès de femmes qui doivent composer avec cette même question?
- Ai-je accès à de l'information juste sur ces questions et leurs effets sur les femmes enceintes?
- Suis-je capable d'aborder une femme enceinte qui compose avec ce genre de problèmes de façon compréhensive, respectueuse et chaleureuse, sans porter de jugements?
- Puis-je laisser de côté mes propres croyances quant à la nécessité de changer la situation? Puis-je respecter son droit au libre choix et l'aider dans son désir de changer sa situation sans exercer de pression?
- Puis-je garder espoir tout en encourageant une femme aux prises avec ce genre de problèmes d'en faire autant?

ENJEU - LOGEMENT ET BIENS MATÉRIELS

Durant la grossesse, certaines des difficultés les plus pressantes concernent le logement et les biens matériels, particulièrement chez les mères adolescentes et les femmes enceintes qui quittent un milieu violent. Sans préavis, certaines d'entre elles doivent trouver un nouvel endroit où habiter et tous les meubles, fournitures et instruments de cuisine dont elles auront besoin pour vivre. La grossesse crée aussi de nouveaux besoins sur le plan matériel, comme celui de vêtements de maternité et de bébé, de couches et d'autres articles pour l'enfant à naître. Chez les femmes ayant un budget limité, ces nouveaux besoins peuvent accroître le niveau de stress et les inquiétudes à propos de leur propre bien-être et de celui du bébé, et de la perception d'autrui. Bien que les programmes n'aient habituellement pas pour mandat de fournir des biens matériels autres que de la nourriture, ils peuvent aider les femmes enceintes à réduire leurs difficultés liées au logement et aux biens matériels de bien d'autres façons.

Exemples de programme

- a **Maison Ste-Marie** (Ottawa) est une résidence pour mères adolescentes offrant des programmes variés et adaptés aux besoins de chacune. Les programmes prénatals et postnatals sont aussi offerts aux clientes et aux familles monoparentales qui habitent au sein de la communauté.
- Le **Healthy Mothers: Healthy Babies** (centre de santé communautaire de la rue Sandwich, Windsor) est un programme prénatal novateur qui offre bon nombre des mêmes services que les autres programmes du genre. Pour favoriser la participation des femmes, son personnel remet aux participantes un mignon sac fourre-tout en toile qui contient de l'information sur les services prénatals offerts, la nutrition, le rôle de parent et l'allaitement. Le sac comprend également un thermomètre pour bébé, des renseignements sur la sécurité, des recettes, des échantillons gratuits, des bons de participation « sans frais » à des programmes prénatals, à des classes de conditionnement prénatal, à des cours de cuisine et à d'autres programmes offerts par le centre de santé communautaire, ainsi que des bons pour des visites à domicile. On y trouve aussi des coupons de lait, d'œufs, de vitamines prénatales, de location vidéo, de détecteur de fumée offert par le service d'incendie local et de démonstrations gratuites de maquillage et de soins de la peau.

Conseils

- **Abonnez-vous** à des journaux. Aidez les femmes à parcourir la section *Logements à louer* des annonces classées.
- **Renseignez-vous** sur les droits des locataires et les règles auxquelles sont soumis les locateurs. Au besoin, dirigez les clientes vers les services appropriés.
- **Affichez des listes** de centres d'hébergement d'urgence comme des refuges, accompagnées d'information sur leurs services.
- « **Prêtez** » du matériel essentiel à la vie quotidienne, comme des casseroles.
- **Ayez sous la main fournitures** et patrons, et encouragez les personnes qui savent confectionner des articles, comme des coussinets pour les seins, des couvertures ou des vêtements de bébé, à transmettre leur savoir aux femmes intéressées.
- **Songez à réutiliser les articles de maternité et de bébé.** Trouvez le moyen de prêter des sièges d'auto et des tire-lait. Créez un comptoir d'échange de vêtements de maternité et de bébé. Encouragez les participantes à échanger ou à donner les jouets qui ne servent plus. Dirigez les participantes vers des organisations qui vendent des vêtements d'occasion ou louent des articles de maternité ou de bébé.
- Les familles qui participent à votre programme ont peut-être très peu d'occasions de **célébrer**. Trouvez des façons de marquer l'arrivée d'un nouveau bébé, une étape importante ou une réussite quelconque, comme l'abandon du tabac par l'une des participantes. Songez à obtenir des dons ou des vêtements de bébé faits à la main. Ce pourrait être les seuls cadeaux que reçoit la nouvelle maman.

Suggestions - Action communautaire

- **Joignez-vous** à des comités de logements municipaux ou à des associations de locataires, ou participez à leurs activités.
- **Siégez au conseil d'administration** de refuges ou de programmes d'hébergement d'urgence.

- **Encouragez les détaillants** et groupes communautaires à vous faire don d'articles de maternité et de bébé. Indiquez-leur quels articles sont prioritaires en situation d'urgence, comme les couches et les denrées non périssables.
- **Sollicitez des dons** de livres pour enfants, de vêtements de bébé faits à la main ou de courtepintes pour bébé.
- **Formez un partenariat** avec une bibliothèque ou une joujouthèque itinérante locale.
- **Associez-vous à des entreprises locales** qui ont un programme de bénévolat obligatoire (dans le cadre duquel les employés offrent des soins du visage, massages, séances de maquillage, manucures et autres services).

Meilleur conseil

« *Vous pouvez aider les femmes à porter leur fardeau, mais vous ne pouvez pas le porter à leur place.* »

(Monica Petzoldt, *MotherCare*, Barrie)

Questions à examiner

- Saurais-je comment aider une personne qui cherche un logement? Et si elle avait des ressources financières limitées et pas assez d'argent pour payer son premier et dernier mois de loyer?
- Suis-je au courant des préoccupations les plus pressantes de mes clientes? Ai-je demandé aux participantes du programme quels étaient leurs besoins sur le plan des biens matériels?
- Si nous n'avons pas l'espace nécessaire pour conserver des vêtements de maternité et de bébé, et d'autres articles qui nous sont donnés, ai-je réfléchi à d'autres façons de répondre aux besoins des femmes?
- Ai-je obtenu l'aide de détaillants et de groupes communautaires pour répondre aux besoins de mes clientes?

ENJEU - ÉDUCATION ET EMPLOI

Les femmes qui traversent des situations difficiles ont peut-être dû abandonner leurs études secondaires ou renoncer à la formation ou aux études supérieures dont elles rêvaient. D'autres peuvent avoir de la difficulté à lire ou à écrire. D'autres encore peuvent être contraintes à apprendre l'anglais ou le français pour pouvoir s'intégrer à leur nouvelle communauté. Certaines ont peut-être fait des études supérieures, mais se sont retrouvées sans emploi ou sous-employées par un malheureux concours de circonstances. Si beaucoup de participantes dépendent de l'aide sociale, d'autres ont de la difficulté à joindre les deux bouts malgré le fait qu'elles aient un emploi.

Il peut être difficile pour les participantes peu alphabétisées de se renseigner sur les services existants, de comprendre l'information sur la grossesse transmise par écrit ou d'obtenir et de conserver un emploi. L'analphabétisme crée des obstacles à divers égards et peut être source de stigmatisation. Les participantes au programme peuvent se sentir mal à l'aise d'admettre qu'elles arrivent difficilement à lire des instructions, à consulter du matériel écrit ou à remplir des formulaires. Les fournisseurs de services devraient garder à

l'esprit que certaines d'entre elles auront besoin d'aide pour consulter de la documentation écrite et que cette aide devra être offerte sans porter de jugements. Après de certaines femmes, il suffira de verbaliser l'information dans un langage clair et simple, en mettant l'accent sur les éléments les plus importants. D'autres auront besoin d'explications plus poussées.

Les programmes et services destinés aux femmes devraient tenir compte du fait que les questions d'éducation et d'emploi sont des dimensions importantes du statut socio-économique. De nombreuses stratégies ont été adoptées pour offrir aide et soutien en matière d'éducation et d'emploi. Durant la grossesse, peu de femmes pensent à entreprendre des études ou à changer d'emploi. Les fournisseurs de services devraient quand même connaître les programmes et sources d'information offerts dans ce domaine, et aider à faire le pont entre les femmes et eux.

Exemple de programme

- **Stop 103** (Toronto) est un programme de soutien qui offre une variété de services aux femmes enceintes. Au cours de ses activités hebdomadaires d'halte-accueil, un membre du personnel d'un organisme local d'alphabétisation, avec qui *Stop 103* a conclu un partenariat, apprend aux personnes intéressées à s'exprimer en anglais, à lire et à écrire. Il aide aussi les participantes à lire et à rédiger des lettres, et fait la lecture aux enfants. *Stop 103* conserve aussi une banque d'emplois à l'intention des femmes et leur offre des ateliers de préparation à l'emploi en collaboration avec un service d'aide à l'emploi local.

Conseils

- **Renseignez-vous** afin de pouvoir aider les femmes qui désireraient terminer leurs études secondaires ou s'inscrire à une formation. Obtenez des renseignements sur les programmes et des formulaires d'inscription.
- **Renseignez-vous** sur les programmes offerts (dans le cadre de l'aide sociale ou autres) aux mamans ou futures mamans qui poursuivent des études. Demandez aux participantes si elles sont intéressées à assister à une présentation sur les programmes qui favorisent le retour aux études.
- **Renseignez-vous** sur les programmes d'aide à l'emploi existants et transmettez cette information aux personnes intéressées.
- **Créez un programme de bénévolat** et définissez des tâches à court terme que pourraient exécuter les personnes intéressées. Offrez des services de garde aux participantes pour veiller à ce qu'elles puissent participer au programme. Renseignez-vous sur les aptitudes des participantes et aidez-les à les développer. Rédigez-leur des lettres de référence et d'appréciation.
- **Associez-vous à un programme d'alphabétisation** pour apprendre à lire et à écrire aux femmes qui le voudraient, et à parler français (ou anglais) aux nouvelles arrivantes.
- **Demandez aux femmes** si elles souhaitent remplir seules un formulaire d'évaluation ou si elles préfèrent que vous les aidiez. Offrez-leur votre aide pour consulter la documentation écrite ou les répertoires de services.
- **Préparez** un programme de formation du personnel en langage simple et servez-vous-en tout le temps. Utilisez des images explicatives dans vos ressources.

Suggestions - Action communautaire

- **Réclamez la mise en œuvre de programmes d'éducation et de formation**, en particulier ceux qui offrent aux participants des services de garde, du transport et une allocation de subsistance.
- **Réclamez l'amélioration des conditions de travail**, comme des salaires plus élevés, une meilleure sécurité au travail et des mesures particulières pour les femmes enceintes.

Meilleur conseil

« Veillez à ce que toutes vos interventions auprès des femmes et toutes vos ressources écrites misent sur l'accès et l'équité. Facilitez la participation soutenue des femmes. »

(Diane Shrott, *Healthiest Babies Possible*, Toronto)

Questions à examiner

- Est-ce que je respecte le libre choix de chaque femme en matière de travail, d'éducation et de vie de famille?
- M'arrive-t-il de présumer qu'une cliente sait bien lire ou écrire? Est-ce que je sais où diriger une femme qui aimerait améliorer ses aptitudes à la lecture et à l'écriture?
- Suis-je au courant des programmes et subventions offerts aux femmes qui souhaiteraient terminer leurs études secondaires ou poursuivre d'autres études? Suis-je d'avis que les femmes devraient poursuivre des études supérieures? Est-ce que j'essaie trop de convaincre les femmes qui ne sont pas prêtes ou n'ont pas envie de retourner aux études?
- Suis-je au courant des normes d'emploi? Est-ce que je sais où diriger une femme qui se préoccupe de la façon dont elle est traitée au travail?

ENJEU - MILIEUX RURAUX

Malgré ses nombreux avantages, la vie en milieu rural et éloigné peut avoir pour inconvénient d'isoler considérablement les femmes enceintes. Les résidentes des milieux ruraux n'ont pas toujours accès aux services de sages-femmes, cours prénatals et autres mesures offertes durant la grossesse. Dans les régions insuffisamment desservies sur le plan médical, certaines femmes n'ont pas de médecin de famille avant de devenir enceinte. Ces femmes peuvent être mal à l'aise de parler de questions délicates à quelqu'un qu'elles connaissent peu. D'autres femmes peuvent devoir franchir de grandes distances pour consulter leur médecin, ce qui rend difficile leur suivi continu. Les femmes qui habitent en milieu rural exercent donc un moins grand contrôle sur l'issue de leur grossesse. Elles ont habituellement accès à moins de services et de ressources, ce qui réduit leurs options. Il est important de veiller à ce qu'elles aient des attentes réalistes par rapport aux services locaux offerts durant le travail et l'accouchement. La distance et le climat peuvent créer des obstacles à l'obtention de soins prénatals. Dans bien des cas, les familles ont seulement une voiture et aucun mode local de transport en commun. Les femmes victimes de violence en milieu rural sont encore plus isolées et,

pour quitter leur conjoint de façon sécuritaire, elles doivent avoir recours à davantage de planification et de soutien.

Exemple de programme

- **Killaloe Best Start** est financé dans le cadre du Programme canadien de prévention prénatale. Le comté de Renfrew est si grand que bon nombre des organismes et groupes locaux ont été intégrés aux plans de prestation de services de la région pour s'assurer d'atteindre leurs clientèles cibles. Killaloe Best Start paie les frais de déplacement de ses participantes et procure aussi de la nourriture et du soutien, trois éléments que les responsables jugent critiques en milieu rural. Le personnel du programme croit qu'on doit encourager les femmes à former des liens entre elles et que les animateurs doivent faire preuve d'humilité.

Conseils

- **Aidez les femmes à cerner** leurs besoins et ressources en matière de transport. Par exemple, certaines femmes peuvent peut-être compter sur une amie pour les conduire chez le médecin si elles paient l'essence.
- **Dirigez les femmes vers l'information offerte** sur les services de transport ou allocations de déplacement à leur disposition.
- **Misez sur la satisfaction des besoins.** Les programmes qui distribuent des produits comme de la nourriture et des couches ou prêtent des poussettes, des berceaux, des sièges d'auto ou des tire-lait attirent les femmes avant la naissance du bébé.
- **Payez les frais de déplacement** à l'aide de bons de taxi, d'essence ou autres.
- **Tenez compte des traditions rurales** qui pourraient offrir du soutien aux femmes enceintes, comme les soupers paroissiaux, le bon voisinage, la familiarité des rapports entre résidents, le prêt de ressources et l'échange de vêtements et d'autres produits.
- **Choisissez judicieusement l'emplacement de votre programme.** Offrez, s'il y a lieu, plusieurs programmes locaux plutôt qu'un seul programme centralisé. Les petits groupes locaux favorisent la mise en commun des ressources et les rapports sociaux, en plus d'être offerts à proximité de la maison.
- **Approchez les personnes** auxquelles vous aimeriez vous associer au lieu d'attendre qu'elles viennent à vous. Profitez des services à domicile et itinérants pour joindre votre clientèle cible.
- **Partagez les locaux** de programmes pour enfants et mettez en commun vos ressources.
- **Consacrez du temps aux divertissements et aux rapports sociaux.** Les participantes ont peut-être très peu d'occasions de se réunir pour jaser ou de participer à des activités récréatives.
- **Incluez le soutien téléphonique** au nombre de vos services afin de réduire l'isolement. Enseignez au personnel à reconnaître les besoins des femmes enceintes et à évaluer leur niveau de sécurité.
- **Démontrez clairement aux femmes** que vous respecterez leurs choix, par exemple, si l'une d'entre elles décide de ne pas allaiter son bébé. Même si cela vous déçoit, votre rôle consiste à vous assurer que la femme a accès à du lait maternisé de bonne qualité, ainsi qu'à l'information et au matériel requis pour le préparer de façon sécuritaire.
- **Donnez l'exemple :** adoptez une attitude positive et plaisante. Faites preuve de bienveillance et montrez que vous savez partager, prendre part au groupe, reconnaître les forces des gens qui vous entourent et apprécier leur compagnie.

Suggestions - Action communautaire

- **Réclamez un meilleur accès au transport en commun** en milieu rural et les fonds nécessaires pour rembourser les frais de déplacement ou subventionner le transport.
- **Demandez des fonds** pour accroître les services locaux, créer une unité mobile ou offrir des mesures de soutien à domicile. Associez-vous à d'autres organisations qui ont déjà les moyens d'offrir ces services.

Meilleur conseil

« Croyez profondément que les femmes font du mieux qu'elles peuvent, puis communiquez cette croyance aux autres. »

(Joanne King, Centre de ressources communautaires, Killaloe)

Questions à examiner

- Est-ce que je tiens compte des réalités de la vie des femmes qui habitent en milieu rural? Ai-je parfois des attentes irréalistes par rapport à elles?
- Est-ce que je tente de résoudre les difficultés de la vie en milieu rural, tout en reconnaissant les avantages?
- Est-ce que je facilite l'accès des résidentes des milieux ruraux au programme?
- Est-ce que je reconnais que les femmes vivant en milieu rural sont isolées et ont parfois un accès limité à l'information et aux services?
- Les femmes peuvent-elles me téléphoner si elles ont des questions ou ne peuvent assister au programme?

ENJEU - DÉFENSE DES DROITS ET INTÉRÊTS DES FEMMES

Ce guide de ressources vous procure des conseils, idées et stratégies utiles pour résoudre les problèmes spécifiques des femmes qui vivent une situation difficile. La plupart des suggestions offertes jusqu'à présent ont pour but de réduire l'impact de la pauvreté et non d'en limiter l'incidence. Or, il importe également d'adopter une approche globale visant la réduction de la pauvreté proprement dite. À mesure que l'on diminue l'incidence de la pauvreté, on en réduit aussi les manifestations. Malheureusement, il est facile pour des fournisseurs de services surmenés de négliger les activités plus globales de réduction de la pauvreté lorsque les difficultés quotidiennes et pressantes des femmes enceintes et pauvres retiennent toute leur attention. Cette section offre des stratégies faciles à appliquer qui permettent de réduire la pauvreté et non seulement ses répercussions.

La défense des droits et intérêts des femmes fait partie d'une telle approche globale. Pour certaines personnes, cependant, le travail de revendication a une connotation négative.

D'autres ne s'en sentent pas capables ou n'y voient pas un de leurs rôles. Qu'ils s'en aperçoivent ou non, la plupart des fournisseurs de services défendent chaque jour les droits et intérêts des femmes d'une façon ou d'une autre. Voici des exemples d'activités de défense des droits et intérêts des femmes enceintes :

- Téléphoner à une banque alimentaire au nom d'une femme enceinte.
- Trouver un interprète pour accompagner une immigrante enceinte au bureau du programme Ontario au travail.
- Sensibiliser les autres aux préoccupations des femmes enceintes à faible revenu pour les informer de leurs besoins.
- Se tenir au courant des services qui réduisent les répercussions de la pauvreté dans la communauté.
- Démythifier la situation des femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté.
- Prendre la défense d'une femme enceinte quand d'autres émettent des commentaires stéréotypés à son égard.
- Faire preuve de soutien. Dire à une femme enceinte qu'elle fait du bon travail.

Bien sûr, la défense des droits et intérêts des femmes enceintes recoupe d'autres activités plus générales et directes, comme le fait de collaborer avec d'autres groupes afin d'augmenter la justice sociale et économique. Elle exige d'accroître la qualité, l'accessibilité et l'universalité des soins de santé, programmes d'éducation et mesures d'aide sociale, de lutter contre le racisme et de sauvegarder les programmes et services qui garantissent la qualité de vie.

Exemple de programme

- **Mamans en meilleure santé, bébés en santé** (Bureau de santé de district Porcupine) Le promoteur et les partenaires du programme (Société d'aide à l'enfance, services de counseling familial du YMCA, hôpital local et autres) tentent d'élargir le programme PACE dans le district de Cochrane ainsi que les services prénatals offerts par les services de santé publique. Ils veulent s'attaquer aux causes profondes des carences en matière de nutrition et de soins prénatals, comme le manque de soutien et d'accès aux aliments nutritifs, et les mythes véhiculés par la société. Le programme dirige les participantes vers des ressources communautaires, assure une évaluation et une sensibilisation en nutrition, et offre des cuisines collectives et des groupes de soutien. D'autres partenariats avec les médias, les professionnels, les épiceries, le réseau Northern Diabetic Health et la Ligue La Leche permettent à la communauté de profiter au maximum du programme.

Conseils

- **Parlez** à vos collègues et à votre superviseur(e). Renseignez-vous sur les activités de défense que vous pourriez entreprendre dans votre organisme.
- **Songez** à des activités de défense directes et indirectes. Certains milieux de travail peuvent reculer devant des actions directes, mais être à l'aise avec les actions dites indirectes.
- **Encouragez** les femmes à défendre leurs propres droits et intérêts. Aidez-les à développer les aptitudes

nécessaires. Apprenez-leur comment se renseigner sur leurs droits et devoirs, comment s'affirmer sans agressivité et comment exprimer leurs besoins et situation de vie.

- **Trouvez** un allié au conseil municipal ou un dirigeant de la communauté qui embrassera votre cause et pourra la faire avancer de nombreuses façons dans la communauté.
- **Renseignez-vous** sur les lois, règles et règlements entourant le programme Ontario au travail, et sur leur application dans votre municipalité.
- **Informez** le bureau d'Ontario au travail de vos services. Obtenez en retour de l'information sur ses services.
- **Établissez des rapports** avec des groupes de promotion de la justice sociale. Renseignez-vous sur leurs activités. Dites-leur ce que vous faites pour aider les femmes enceintes à faible revenu et faites en sorte qu'ils tiennent compte des besoins de ces femmes dans leur programmation.

Suggestions - Action communautaire

- **Formez un groupe composé de femmes enceintes à faible revenu** pour défendre une question d'intérêt particulier. Par exemple, le groupe pourrait :
 - Intervenir auprès de la commission de transport locale pour faire désigner dans chaque autobus une place réservée aux femmes enceintes.
 - Organiser une campagne locale de démythification de la pauvreté.
 - Faire campagne dans la communauté pour l'obtention d'un service essentiel quelconque (p. ex. une halte-accueil pour femmes enceintes).
 - Entreprendre une campagne de publipostage auprès des représentants locaux pour les informer des répercussions de la pauvreté sur les femmes enceintes.
 - Collaborer à l'établissement de politiques nouvelles.
- **Formez une coalition de fournisseurs de services** pour aborder les besoins non comblés des femmes enceintes et pauvres de la communauté. Par exemple, la coalition pourrait :
 - Faire une demande de financement d'un nouveau programme.
 - Organiser une tribune publique pour diriger l'attention sur les réalités de la pauvreté durant la grossesse.
 - Collaborer avec le personnel d'Ontario au travail pour veiller à ce que la législation en place tienne le plus possible compte des besoins des femmes enceintes.
 - Collaborer au financement des services destinés aux femmes enceintes (p. ex., en offrant des services de garde).
 - Lancer un projet de développement économique local (comme un collectif de jardins communautaires qui vend ses légumes, fines herbes et fleurs à des restaurateurs locaux).

Meilleur conseil

« Nous nous sentons valorisées lorsque des fournisseurs de services défendent les droits et intérêts des femmes enceintes à faible revenu. Ils reconnaissent publiquement que nous sommes importantes et que nous méritons l'attention et le soutien de la communauté. »

(Participante)

Questions à examiner

- Est-ce que je fais tout mon possible pour défendre les droits et intérêts des femmes enceintes pauvres dans le cadre de mon emploi actuel?
- Dans le meilleur des mondes, que pouvons-nous faire pour améliorer les conditions de vie des femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté? Que peut raisonnablement faire notre organisation ou coalition communautaire?
- Ai-je laissé la situation m'engloutir au point de ne rien faire parce que je ne sais pas par où commencer? Quel petit pas puis-je faire pour améliorer la situation?

ENJEU - CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES

Certains groupes de femmes enceintes à faible revenu sont plus vulnérables que d'autres en raison des répercussions possibles de circonstances particulières (personnelles et sociales) sur leur grossesse. C'est le cas entre autres d'immigrantes et de membres des groupes minoritaires, d'adolescentes, de femmes autochtones, de mères célibataires et de femmes prises en charge par les tribunaux ou les services de protection de l'enfance.

Conseils

- Suscitez l'intérêt des femmes. C'est la meilleure façon de vous assurer qu'elles reviendront.
- Consultez d'autres membres de la communauté à propos de questions connexes, comme la violence et la consommation d'alcool et de drogues. Demandez aux fournisseurs de services spécialisés dans ces domaines de vous offrir des ateliers de formation en cours d'emploi ou des services de consultation téléphonique au cas par cas.
- Procurez le plus de soutien possible sous forme de nourriture, de vitamines prénatales, de certificats-cadeaux et autres.
- Obtenez l'aide de services multiculturels pour traduire le matériel écrit. Consultez les aînés et respectez les différences culturelles.
- Dressez un inventaire de renseignements adaptés sur le plan culturel concernant la grossesse et le rôle de parent, la nourriture, les fêtes, les pratiques spirituelles et autres. Par exemple, le programme Healthiest Babies Possible de Toronto a dressé une liste de ressources adaptées sur le plan culturel à l'intention de son personnel. Chaque membre du personnel a recueilli et compilé de l'information sur un pays ou une culture.
- Demandez aux clientes comment elles aimeraient que s'effectue le contact avec les ressources de la communauté. Préfèrent-elles faire elles-mêmes les démarches, ou que vous communiquiez directement avec la ressource ou que la ressource communique avec elles?
- Communiquez avec les femmes qui manquent un rendez-vous ou qui cessent de fréquenter votre programme, ou d'utiliser vos services.
- Discutez avec délicatesse des façons dont votre service aborde les questions de divulgation, de confidentialité, de consentement éclairé et de signalement obligatoire au sein du programme.

Meilleurs conseils

« Je ne peux le répéter assez. Le respect est ce qu'il y a de plus important. »

« Ayez confiance. Avant d'accoucher, les adolescentes enceintes se seront formé un réseau de soutien et seront passées de fillettes insouciantes à mères responsables. »

(Wendy Kelen, *Special Delivery Club*, Kingston)

Questions à examiner

- Ai-je fait mes devoirs? Est-ce que je sais tout ce qu'il y a à savoir sur les ressources offertes dans ma communauté, y compris les services multiculturels, organismes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, et programmes pour mères adolescentes ou célibataires?
- Est-ce que j'explique toujours clairement aux femmes mon obligation de signaler certaines situations aux services de protection de l'enfance, tout en créant un climat de confiance mutuelle et de sécurité? Si ce n'est pas le cas, comment puis-je en développer la capacité?

Voici quelques scénarios soumis par des fournisseurs de services qui travaillent auprès de clientèles particulières. Dans l'ensemble, ils recommandent de favoriser le changement à petits pas.

1^{er} scénario : Le cas d'Yvonne

Yvonne est une jeune femme de race noire. À 17 ans, elle est enceinte pour la première fois. Elle dit ne pas avoir les moyens de bien s'alimenter, quoiqu'elle n'aime pas cuisiner de toute façon. Elle reçoit 500 \$ par mois en prestations d'aide sociale et son petit appartement d'une seule pièce, où elle habite seule, lui en coûte 400. Elle a pour cuisine une simple plaque chauffante et un très vieux réfrigérateur. Yvonne a entendu parler de la banque alimentaire locale et de la Good Food Box, mais ne sait pas comment y avoir accès. Elle veut essayer d'allaiter parce qu'elle sait que c'est bon pour le bébé et que le lait maternisé est très coûteux. En revanche, on lui a dit que l'allaitement était douloureux et enlevait aux seins leur fermeté.

ASPECTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

- **Âge** – Yvonne pourrait être anxieuse ou mal informée parce qu'elle est adolescente et en est à sa première grossesse.
- **Grossesses rapprochées** – Elle pourrait ne pas repousser sa prochaine grossesse et se retrouver rapidement enceinte une seconde fois.
- **Racisme** – Elle pourrait être mal perçue par la société en raison de ses origines ethniques, de sa grossesse, de son âge et du fait qu'elle est célibataire.
- **Logement** – La majorité du revenu mensuel d'Yvonne sert à payer le loyer, ce qui a des répercussions sur d'autres aspects de sa vie, notamment son alimentation et ses préparatifs en vue de l'arrivée du bébé. Ce déséquilibre financier la rend aussi vulnérable à l'expulsion et à l'itinérance, si elle se retrouve un jour incapable de consacrer une si grande part de son budget mensuel à son logement.
- **Soutien** – Elle vit seule sa grossesse, ce qui peut l'isoler davantage de ses pairs.
- **Alimentation** – Elle a peu d'espace pour ranger et préparer de la nourriture, n'a pas les moyens d'acheter des aliments convenables, n'a peut-être ni l'information ni les compétences requises pour tirer le meilleur avantage de son maigre budget de nourriture et ne sait pas comment prendre contact avec les programmes alimentaires offerts dans sa communauté.

Changer la situation à petits pas

- Donnez à la cliente des billets d'autobus ou des bons de taxi pour l'aider à se présenter à votre prochain rendez-vous.
- Donnez-lui de la nourriture ou des certificats-cadeaux échangeables dans les épiceries.
- Donnez-lui des renseignements sur les autres programmes alimentaires.
- Aidez-la à trouver des renseignements exacts sur une foule de sujets liés à la grossesse et à la maternité, comme l'allaitement.

2e scénario : Le cas de Liu

Liu est une femme d'origine chinoise de 20 ans qui est arrivée au Canada il y a un mois avec son mari. Elle a eu vent de votre programme dans une brochure en langue mandarine affichée dans une laverie. Pendant que son mari cherche du travail, tous deux vivent de leurs économies dans un appartement d'une seule pièce. Liu est enceinte pour la première fois et vient de terminer son premier trimestre. Elle dort mal, n'a pas d'appétit et se sent isolée de sa communauté.

ASPECTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

- **Obtention de soins primaires** – Liu n'a probablement pas de médecin, du moins, un médecin qui parlerait sa langue. Il se peut également qu'elle n'ait pas de carte d'assurance-santé ou ne comprenne pas le système canadien de soins de santé.
- **Langue et culture** – En plus de l'isolement qu'a occasionné son arrivée récente au pays, Liu pourrait faire face à d'autres difficultés moins apparentes. Par exemple, elle pourrait avoir de la difficulté à trouver la nourriture à laquelle elle est habituée.
- **Première grossesse** – Liu fait face à une situation nouvelle. Elle se pose probablement des tas de questions qui contribuent à son manque de sommeil et d'appétit.
- **Soutien à la famille** – Liu et son mari traversent des moments difficiles sur le plan financier et familial pendant que ce dernier cherche du travail. Le fait de procurer du soutien à la famille entière pourrait éviter son effondrement financier.

Changer la situation à petits pas

- Référez Liu à des services adaptés sur le plan culturel, comme des services aux immigrants, des épiceries spécialisées et des services de traduction.
- Trouvez-lui des mesures de soutien prénatal adaptées à sa langue et à sa culture.
- Renseignez-vous sur les centres ou services médicaux qui seraient en mesure de lui fournir des soins, du moins durant sa grossesse.
- Dirigez son mari vers des services d'aide à l'emploi appropriés.
- Demandez à Liu si elle est intéressée à prendre des cours de langue.

3^e scénario : Le cas de Jane

Jane est enceinte pour la seconde fois et participe à votre programme parce qu'elle y est contrainte par les services de protection de l'enfance. On lui a retiré son premier enfant après l'avoir trouvé sans supervision dans son appartement, pendant qu'elle cuvait son vin après une nuit de fête. Jusqu'à ce qu'elle aménage avec son copain B.J., il y a quelques mois, Jane habitait avec sa mère. B.J. participe au programme Ontario au travail. Jane aimerait prendre des cours prénatals avec lui, mais ne sait pas s'il va accepter de participer. Jane a diminué de beaucoup la cigarette depuis qu'elle sait qu'elle est enceinte. (Selon elle, elle était enceinte d'un peu moins de trois mois quand elle a appris la nouvelle.) Elle fumait auparavant plus d'un demi-paquet par jour. Elle ne fume maintenant plus que cinq à dix cigarettes par jour. Beaucoup de membres de son entourage fument, y compris sa mère et son copain. Elle aimerait cesser complètement, mais la cigarette réduit sa tension. On lui a également dit qu'il n'était pas bon pour le bébé d'arrêter d'un trait. Jane fumait de la drogue et prenait une cuite à l'occasion, mais prétend avoir fait une croix sur l'alcool et le cannabis depuis qu'elle sait qu'elle est enceinte, malgré le fait que son copain boit de façon excessive. Elle se demande si elle peut prendre des panachés, puisqu'ils contiennent peu d'alcool.

ASPECTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

- **Tabac, alcool et autres drogues** – Il est essentiel d'évaluer sa consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. Les habitudes de consommation des membres de son entourage sont tout aussi importantes.
- **Soins prénatals et soutien au rôle de parent** – Jane a peut-être besoin qu'on l'aide à planifier l'arrivée du bébé et qu'on l'encourage à suivre un programme prénatal, que son copain accepte d'y participer ou non.
- **Menaces de représailles** – Jane craint probablement la présence continue des services de protection de l'enfance dans sa vie. Il se peut donc qu'elle donne uniquement une impression positive de sa situation à ses fournisseurs de services, parents et amis.

Changer la situation à petits pas

- Expliquez clairement à Jane quelles situations vous devez signaler aux services de protection de l'enfance et négociez avec elle une entente à ce sujet.
- Encouragez-la à réduire davantage son tabagisme. Offrez-lui des conseils pratiques et efficaces qui lui permettront de réduire sa consommation de tabac et d'en comprendre les bienfaits. Ne mettez pas l'accent sur l'abstinence, à moins qu'elle soit prête à cesser complètement de fumer.
- Procurez-lui des renseignements exacts sur l'alcool et les autres drogues, comme des renseignements sur la concentration en alcool de diverses boissons.
- Donnez-lui le numéro de téléphone de la ligne d'aide de *Motherisk* (1 877 327-4636) où l'on pourra lui donner de l'information confidentielle et personnalisée sur sa consommation de tabac, d'alcool et de drogues, et ses répercussions possibles sur le bébé.
- Trouvez avec elle des stratégies pour composer avec les membres de son entourage qui fument la cigarette ou prennent de l'alcool ou d'autres drogues.
- Encouragez-la à participer à des cours d'acquisition de compétences parentales, à des groupes de soutien aux parents et à des cours prénatals qui acceptent les mères célibataires.

4^e scénario : Le cas de Dora

Dora est une jeune femme autochtone de 18 ans. Sa grossesse n'était pas planifiée, même si sa mère et sa sœur ont toutes les deux eu des enfants à un jeune âge. Quand elle a appris qu'elle était enceinte, Dora a abandonné ses études secondaires. Son copain, Joe, l'a laissée. Elle fume un paquet de cigarettes par jour et dit ne pas vouloir arrêter. Sa mère a fumé durant toutes ses grossesses et a eu des bébés en santé. De plus, elle a entendu dire que les mères qui fument prennent moins de poids et ont de plus petits bébés. Dora ne veut pas donner naissance à un bébé de 11 livres, comme certaines de ses amies. Elle habite avec une amie pour l'instant mais devra bientôt se trouver un logement. Elle est enceinte de cinq mois et s'est présentée chez vous parce qu'elle a appris que votre programme remettait des certificats-cadeaux échangeables dans les épiceries.

ASPECTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

- **Croyances sur la maternité en bas âge** – Certaines communautés autochtones jugent qu'il est normal et sain de tomber enceinte en bas âge.
- **Rôle de parent selon les cultures** – La vision du rôle du parent pendant et après la grossesse varie d'une culture à l'autre.
- **Culture** – Renseignez-vous sur les valeurs et attentes de la communauté culturelle de Dora. Dora pourrait se sentir mal à l'aise de vous regarder dans les yeux, préférer s'asseoir à vos côtés que devant vous et ne pas aimer qu'on lui touche les cheveux.
- **Discrimination** – Les communautés autochtones composent encore avec les conséquences néfastes de la discrimination et du système des écoles résidentielles pour autochtones.
- **Soutien à la famille** – Le soutien offert à la famille élargie et à la communauté est très utile durant la grossesse, surtout dans le cas d'une jeune mère célibataire.
- **Diabète** – Le taux de diabète est élevé dans les communautés autochtones et peut entraîner la naissance de gros bébés en mauvaise santé.
- **Tabac** – Le tabac est une plante sacrée pour les communautés autochtones. Le tabagisme est très courant et peut constituer une norme sociale.

Changer la situation à petits pas

- Accueillez chaleureusement Dora au sein du programme.
- Dirigez-la vers des services appropriés sur le plan culturel, comme des centres d'amitié.
- Veillez à ce que les outils du programme soient adaptés sur le plan culturel (p. ex., types d'aliments, poupées, affiches).
- Renseignez-vous davantage sur les croyances et valeurs des autochtones relativement à la grossesse et au rôle de parent.
- Aidez Dora à obtenir de l'information sur les types de logements offerts.
- Dites-lui quels sont les critères d'admissibilité à l'aide sociale et comment faire une demande.
- Posez des questions sur les antécédents de diabète dans sa famille et encouragez-la à parler de cette maladie avec un fournisseur de soins de santé.
- Expliquez-lui qu'il existe des moyens sains et sécuritaires de prévenir la naissance de bébés de poids élevé.
- Dites-lui que si elle désire réduire son usage de tabac, vous pouvez lui fournir des renseignements qui l'aideront.
- Renseignez-vous sur sa famille immédiate et élargie et sur le soutien qu'elle lui procure.



À ne pas oublier

LES DIX CONSEILS QUE NOUS ONT DONNÉS CES FEMMES

1. Il n'est pas suffisant d'offrir des renseignements sur les risques pour la santé. Pour faire de meilleurs choix sur le plan de la santé, nous avons besoin d'information pratique, de conseils, de ressources, de soutien et d'encouragement.
2. Comprenez que nos vies sont très stressantes et qu'il n'est pas facile de mettre vos conseils en pratique. N'oubliez pas toutefois que nous voulons donner à nos enfants tout ce qu'il y a de mieux.
3. Les discussions avec d'autres femmes sont utiles. Les fournisseurs de services peuvent nous offrir des renseignements et des services importants, mais les femmes qui font face à des situations similaires peuvent nous donner des conseils pratiques sur la façon de joindre les deux bouts et de survivre au quotidien.
4. Prenez le temps de vous renseigner sur les façons de nous aider. Ne faites pas de suppositions et souvenez-vous qu'il n'est pas facile de parler de ses difficultés.
5. Comprenez pourquoi nous avons de la difficulté à améliorer notre santé. Par exemple, la cigarette nous aide à composer avec nos préoccupations et craintes quotidiennes. Aidez-nous à faire des changements sans honte ou culpabilité.
6. Il est important d'être bien accueillies dans un environnement chaleureux, quelle que soit la nature du programme ou service. Nous avons besoin d'avoir un sentiment d'appartenance et de sentir que les gens sont heureux de nous savoir parmi eux.
7. Apprenez-en davantage sur les défis auxquels nous nous heurtons. Renseignez-vous sur les croyances de différentes cultures à propos de la maternité et sur les réalités des personnes à faible revenu.
8. Trouvez des mesures de soutien pratique qui auraient une réelle incidence sur nos vies. Donnez-nous de l'information sur les banques alimentaires, logements à loyer indexé sur le revenu, refuges, boutiques de vêtements de maternité d'occasion et endroits où emprunter un siège d'auto.
9. Facilitez notre recours aux services. Songez aux problèmes de transport, de garde d'enfants et autres qui nous empêchent de participer à un programme. Comprenez que nous serons peut-être accompagnées de jeunes enfants. Procurez-leur des jouets propres et sécuritaires, et des livres pour enfants. Pensez à offrir des services à proximité du domicile.
10. Ayez une vue d'ensemble. Pensez à mes besoins, et pas seulement à l'enfant que je porte. Songez aux modifications qu'on pourrait apporter dans la communauté au lieu de concentrer toute votre attention sur les façons de m'aider à améliorer ma situation.

LES DIX CONSEILS DES FOURNISSEURS DE SERVICES

1. Disposez toujours de ressources imprimées parce que les femmes sont avides de renseignements, surtout lorsqu'elles sont enceintes. Les fournisseurs de services ont tendance à sous-estimer l'utilité de la documentation écrite. Pourtant, on peut la consulter en privé, de façon anonyme. Une femme inscrite au programme pour la première fois peut prendre la matinée à la lire et ne vouloir rencontrer un intervenant que lorsqu'elle se sentira prête.
2. Réfléchissez toujours à la façon dont la femme se sent. Examinez votre programmation de son point de vue. Demandez-vous constamment : « Me sentirais-je à l'aise de me retrouver dans cette situation? »
3. Permettez aux femmes (surtout les nouvelles participantes) d'être accompagnées d'une amie. Cela n'est pas facile à faire, compte tenu du nombre croissant de femmes ayant besoin de soutien, mais c'est très important. Beaucoup de femmes ont besoin d'être entourées. Invitez des mères chaleureuses à assister au programme pour créer une ambiance accueillante.
4. Demandez aux femmes ce dont elles ont besoin, puis agissez. Si vous les invitez à joindre un groupe de discussions ou à participer à une évaluation de leurs besoins, rémunérez-les. Payez leurs frais de transport et de garde d'enfants. Offrez-leur à manger durant la rencontre.
5. Saluez les femmes à leur arrivée et à leur départ. C'est un signe de respect.
6. Départissez-vous des vidéocassettes, revues et livres désuets. Ne fixez pas vos livres ou autre documentation au bureau à l'aide de chaînes. Donnez aux femmes la possibilité de les emprunter et de les utiliser. Faites des photocopies des sections qui les intéressent le plus.
7. Faites vos devoirs. Connaissez et utilisez les ressources locales.
8. Veillez à ce que le personnel soit accueillant, ouvert à tous les modes de vie et bien renseigné sur les programmes offerts de façon à pouvoir procurer immédiatement des renseignements exacts à quiconque téléphone ou se présente en personne. Assurez-vous qu'il ne porte pas de jugements.
9. Respectez le libre choix des femmes en matière de maternité, de relations et de préparation de la nourriture.
10. Il n'y a pas de recette magique capable de tout régler. Ne faites pas l'erreur de toujours chercher des solutions. La plupart du temps, il suffit d'écouter et de laisser la femme s'exprimer.

APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Ce document porte sur la grossesse et le statut socio-économique. Après la naissance du bébé, la mère aura besoin d'une nouvelle variété de services, de ressources et de mesures de soutien adaptés aux besoins des familles à faible revenu. Au moment de concevoir ou d'évaluer des programmes prénatals, les fournisseurs de services doivent examiner ce qui arrivera une fois que la participante quittera le programme. Bon nombre de femmes veulent continuer d'assister au programme, ce qui réduit le nombre de places disponibles et nuit à la prestation de services à une grande variété de femmes et de familles. C'est pourquoi de nombreux programmes limitent la participation des femmes enceintes et des mères d'enfants de six mois et moins. Songez à des façons de diriger les familles vers des services mieux adaptés à leurs besoins nouveaux. Mettez à leur disposition des listes de programmes et de services offerts dans la communauté. Planifiez des visites de centres de ressources à la famille ou d'autres programmes destinés aux familles ayant de jeunes enfants. Sachez quelles seront les préoccupations des participantes afin de faciliter leur transition vers des ressources qui les aideront à assumer leur rôle de parent. Les services accueillants et chaleureux qui mettent les femmes en contact avec du soutien social sont très utiles.

Évaluation



Il y a de nombreuses façons d'évaluer les initiatives liées au statut socio-économique. Les évaluations peuvent donner des indications sur l'évolution, la valeur et l'efficacité de votre programme. Il est avantageux de montrer à la communauté, aux bailleurs de fonds, à la direction de l'organisme et aux représentants politiques que votre programme contribue à changer les choses. Cela pourrait vous permettre de justifier la portion du budget consacrée à la nourriture et aux transports, par exemple, et de montrer que l'organisme a bel et bien un rôle à jouer dans l'amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés. Plus souvent qu'autrement, il n'est pas plus coûteux d'offrir un programme complet de soutien durant la grossesse que de soigner un seul enfant dans une unité néonatale de soins intensifs pendant quelques semaines. Or, les données statistiques ne sont pas la seule information à recueillir pour dresser un portrait complet du rendement d'un programme.

Les outils employés aux fins d'évaluation doivent être adaptés à l'initiative. Par exemple, vous n'évaluerez pas une campagne médiatique de la même façon qu'un programme de soutien prénatal. Ce guide n'a pas pour but de vous donner des précisions sur la façon d'évaluer tous les types de programmes ou d'interpréter les résultats d'évaluation. L'évaluation des initiatives de soutien aux femmes enceintes à faible statut économique doit toutefois tenir compte de certaines dimensions, qui sont décrites ci-après :

Non-divulgateion ou sous-représentation de la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues –

Si vous évaluez des questions délicates comme le tabagisme ou la consommation d'alcool ou d'autres drogues, vous devez tenir compte du fait que certaines participantes ne donnent pas une idée réelle de leur niveau de consommation, de peur que les fournisseurs de services réagissent négativement ou qu'on leur enlève leurs enfants ou bébé à naître. Veillez à ce que les évaluations soient les plus confidentielles possibles et reconnaissez que l'information recueillie peut ne pas être exacte.

Violence et mauvais traitements – Si, dans le cadre de votre évaluation, vous interrogez les participantes sur des questions de violence ou de mauvais traitements, veillez à ce que leur partenaire ne soit pas présent et tenez compte des facteurs liés à la sécurité des femmes. Ayez avec vous des listes de maisons d'hébergement, d'options en matière de logement, d'organismes d'aide juridique et financière, de services téléphoniques d'urgence et de soutien, et de personnes-ressources au sein des services policiers au cas où une personne admettrait être victime de mauvais traitements et voudrait de l'aide.

Taille du groupe – Il est rare que la taille du groupe permette d'établir des comparaisons exactes sur des questions comme l'insuffisance de poids à la naissance ou les taux d'allaitement. Pour obtenir suffisamment de données à ce sujet, il peut être nécessaire d'échelonner l'évaluation sur de nombreuses années ou d'y inclure plusieurs programmes.

Groupe témoin – Il est difficile de cerner un groupe témoin pour déterminer si votre programme porte fruit. Les femmes à faible revenu ont des caractéristiques très variées. Il y a également de grandes différences entre les programmes et les communautés, et, dans certains cas, entre l'état de santé des femmes à faible revenu et celui de la population en général. Vous pourriez devoir axer votre évaluation sur d'autres aspects de la question plutôt que d'essayer d'établir des comparaisons entre les participantes et un autre groupe de personnes.

Évaluation des méthodes – Il est utile de recueillir des renseignements sur les méthodes employées par le programme ou l'initiative pour favoriser le changement, sur les mesures efficaces et inefficaces, et sur les leçons tirées en chemin. Cette information pourra vous aider, ainsi que d'autres, à planifier de nouvelles initiatives.

Commentaires des participantes – Il est impératif de recueillir à intervalles réguliers les impressions des personnes qui participent à votre programme. Leurs commentaires pourront vous permettre de déterminer quelles mesures sont efficaces et lesquelles devront être changées ou étendues.

Aspects non mesurables – De nombreuses personnes qui fréquentent les haltes-accueil pour femmes enceintes indiquent que le soutien social et l'accueil chaleureux que leur procurent les intervenants sont les aspects les plus importants du programme. Malheureusement, il est très difficile de mesurer l'accueil et le degré de soutien reçus ou d'en évaluer l'influence sur la santé. Gardez toutefois à l'esprit que ces dimensions sont importantes, même si on ne peut pas toujours les mesurer ou les documenter.

Ce que vous offrez n'est pas toujours employé – Les femmes n'ont pas toujours la capacité de mettre en application les conseils que vous leur prodiguez. Elles peuvent aussi donner à leurs enfants la nourriture que vous leur procurez, mêmes si elles sont conscientes de l'importance de bien s'alimenter durant la grossesse. Même s'il est important de garder un registre des conseils prodigués, aiguillages effectués et aliments offerts, n'oubliez pas qu'il est difficile de faire le lien entre eux et l'amélioration de la santé.

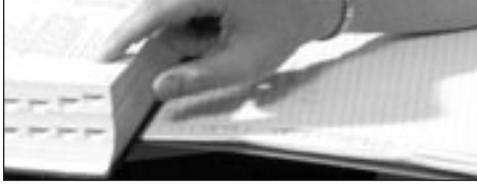
Préjugés – Songez à ce que pourrait éprouver une femme en remplissant l'évaluation. Même si les résultats de l'évaluation sont essentiels au succès de votre programme, il importe que les participantes sentent que vous les accueillez chaleureusement sans porter de jugements.

Alphabétisme – Certaines participantes pourraient être peu alphabétisées et avoir besoin d'aide pour comprendre et remplir les formulaires d'évaluation. Songez à des façons de vous renseigner à ce propos et d'offrir une assistance qui ne ridiculise pas la participante.

Langue – Certaines participantes pourraient ne pas s'exprimer aisément dans la langue utilisée pour l'évaluation. Au besoin, faites traduire les questions d'évaluation.

Évaluation à outrance – Pensez aux effets possibles sur les participantes d'évaluations exhaustives à intervalles réguliers. Lorsque cela est possible, posez vos questions d'évaluation lors de conversations, plutôt que de demander aux participantes de remplir des formulaires d'évaluation à répétition.

Qualité par opposition à quantité – Même si les résultats quantitatifs (p. ex., nombre de personnes aiguillées, de participantes ou de ressources distribuées, ou résultats sur la santé) sont très précieux, ne sous-estimez jamais l'importance des données qualitatives (ce que les participantes ressentent, aiment ou pensent).



Ressources et services

RESSOURCES ET SERVICES GÉNÉRAUX

- Le **Centre de ressources Meilleur départ** offre un éventail de ressources sur la santé des mères et des nouveau-nés, ainsi que des présentations, des services de consultation, des ateliers, de l'aide par téléphone, par courriel et par télécopieur. Composez le 1 800 397-9567, le 416 408-2449 ou visitez le site Web à www.beststart.org.
- Les projets **PACE/PCNP** (Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale) ont créé une base de données et une bibliothèque de ressources que les projets entrepris partout au Canada ont mis sur pied et trouvent utiles. L'adresse Internet de la bibliothèque est le www.hc-sc.gc.ca/Library/.
- La **Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits** de Santé Canada offre une mine d'information sur la grossesse et la santé. Le site Web se trouve à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/fnihb/chp/cpnp.
- *Pregnancy Outreach Program Handbook*, Colombie-Britannique. Ce manuel était en cours de révision au moment de la rédaction du présent guide. On peut se procurer la version de 1997-1998 (en anglais) auprès du ministère des Enfants et de la Famille de la Colombie-Britannique, à Victoria (C.-B.). Site Web : www.mcf.gov.bc.ca/pubs/public_health.htm.
- Les **services de santé publique**, y compris le **programme Bébés en santé, enfants en santé**, offrent une variété de services comme des cours prénatals et du soutien à domicile. Communiquez avec le bureau de santé publique de votre communauté.

PROGRAMMES PRÉNATALS

- La *Trousse de visiteur à domicile* est un outil qui sert de point de départ aux programmes de visites à domicile déjà en place dans le cadre des projets PACE/PCNP (Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale). On peut se la procurer auprès des services coopératifs à l'enfance d'Algoma en composant le 1 705 945-5050.
- La *trousse Special Delivery Club Kit* prépare les adolescentes et les adultes célibataires à la grossesse, à l'accouchement et aux soins d'un nouveau-né. Elle est disponible auprès du Centre de santé communautaire de Kingston Nord, au numéro 1 613 542-2813.

NUTRITION

- Le feuillet détachable *Former un bébé en bonne santé* contient des illustrations simples sur la nutrition pendant la grossesse. On y explique comment chaque groupe d'aliments du Guide alimentaire canadien pour manger sainement favorise le développement d'un système chez le bébé (p. ex., muscles, système nerveux, os). Composez le 514 283-5614, à Montréal, pour en obtenir un exemplaire.
- **Assurons à bébé un départ santé** – Livre sur la nutrition prénatale à l'intention des intervenants en santé communautaire qui travaillent auprès des membres des Premières nations. On peut utiliser ce manuel de référence pour planifier un programme de nutrition prénatale ou intégrer certaines sections à des programmes déjà en place. Passez une commande à www.hc-sc.gc.ca/dgspni/pga/crp/bon_de_commande.htm.
- *Healthy Babies Eat Home Cooked Food* (en anglais) est une ébauche d'atelier sur la préparation d'aliments pour bébé. Le document est offert par le programme torontois Food Share, que vous pouvez joindre au 1 416 392-6653.
- La vidéocassette *So You Want A Healthy Baby* (en anglais) traite de nutrition prénatale chez les populations autochtones. On peut la commander à www.hc-sc.gc.ca/nihb/chp/clearinghouse/clearinghouse
- Le jeu *Who Wants To Be a Healthy Mom?* (en anglais), qui s'inspire d'une émission télévisée au nom similaire, porte sur la nutrition prénatale et est offert par les services de santé de la région de York. Ces services offrent également un jeu sur la planification de repas, qui s'accompagne d'un guide que l'on peut afficher sur le réfrigérateur. Composez le 1 800 735-6625 ou le 1 905 895-4512 (demandez Health Connections).

TABAC, ALCOOL ET AUTRES DROGUES

- *Enhancing FAS-related Intervention at the Prenatal and Early Childhood Stages in Canada* (en anglais) est un guide des meilleures pratiques qui examine les activités de lutte contre le SAF entreprises partout au Canada dans le cadre des projets PACE/PCNP (Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale). Produit conjointement par Breaking the Cycle et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, le guide est offert par ce dernier. Composez le 1 613 235-4048 ou écrivez à l'adresse pubs@ccsa.ca.
- *Info Packs: Smoking Cessation in Pregnancy* (anglais) décrit les outils, les compétences et les ressources nécessaires afin de mettre sur pied un plan d'action pour encourager l'abandon du tabac pendant la grossesse. Il est disponible auprès du Centre de formation et de consultation à l'adresse www.ptcc.on.ca.
- **Motherisk** dispose d'une ligne d'aide (services en français disponibles) sur la consommation d'alcool ou d'autres drogues durant la grossesse et d'une foule d'autres ressources. Appelez sans frais au 1 877 327-4636 ou visitez le site Web à l'adresse www.motherisk.org.
- Le manuel de formation *Motivational Approaches Within the Stages of Change for Pregnant Women Who Use Substances: A Training Guide for Service Providers* (anglais) fournit des stratégies qui facilitent l'intervention auprès de femmes enceintes qui consomment de l'alcool. Le guide a été produit conjointement par Breaking the Cycle et AWARE, qui s'occupe de la distribution. Composez le 1 613 545-0117 ou écrivez à l'adresse aware@kos.net.

GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES

- Le jeu social et interactif **Living Lessons - Teen Pregnancy/Teen Parenthood Game** (en anglais) est basé sur la recherche et encourage les choix avisés et la responsabilisation. Communiquez avec Brighter Futures, Port Colborne, au numéro 1 905 714-0227.
- Le document *Anticiper, reporter et entourer* : Cadre d'intervention pour réduire le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada est disponible auprès de l'Institut canadien de la santé infantile au 1 613 230-8838 ou à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cbp/npfproject/index.htm.
- Le guide de l'animatrice du programme *Rendez-vous postnatal* comporte 12 séances de groupe destinées aux mères adolescentes et portant sur une variété de questions liées à la nutrition, à l'éducation des enfants et aux soins autoadministrés. S'inspirant des ressources du Special Delivery Club, il comprend cependant une section plus étoffée sur le tabagisme. Il est offert par le bureau de VON Canada (Infirmières de l'ordre de Victoria) du Nouveau-Brunswick que vous pouvez joindre au 1 506 672-9647.

VIOLENCE ET MAUVAIS TRAITEMENTS

- Le *Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse* est un manuel de référence qui examine les questions liées à la violence familiale pendant la grossesse et les stratégies de prévention. On peut en obtenir un exemplaire après du Centre national d'information sur la violence dans la famille ou en ligne à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/femabus_f.html.
- Le **Centre pour la justice sociale** dispose de nombreuses publications et ressources. On peut le joindre en ligne à l'adresse www.socialjustice.org.
- Le rapport *Colorier en dehors des lignes : La pratique et la théorie dans les programmes communautaires : Un aperçu du processus entourant le remue-ménages du PACE/PCNP*, qui porte sur le développement communautaire, a été rédigé par un groupe rattaché aux projets PACE/PCNP (Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale). Visitez le site www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cbp/npfproject/index.htm.
- La vidéocassette **Finding Your Way** (disponible en anglais, avec guide d'accompagnement) a été conçue par et pour les mères célibataires du programme Ontario au travail. On y trouve des réponses à de nombreuses questions que se posent les femmes bénéficiaires de l'aide sociale. Pour commander la vidéocassette, communiquez avec l'organisme AWARE au numéro 1 613 545-0117 ou écrivez à aware@kos.net.
- La **Coalition ontarienne pour la justice sociale** est une organisation provinciale oeuvrant dans le domaine de la justice sociale. Visitez son site Web (en anglais) à l'adresse www.ocsj.ca.
- Le livret **Postpartum Depression and Anxiety: A Self Help Guide for Mothers** (en anglais) est écrit dans un langage simple et disponible auprès de la Pacific Postpartum Support Society de Vancouver (C.-B.) en composant le 1 604 255-7999.
- Le **guide du programme de carte-rabais PRISM** (en anglais) décrit le programme de carte-rabais actuellement offert à Kingston et fournit des directives sur la façon de mettre sur pied une initiative similaire dans votre communauté. Communiquez avec AWARE au numéro 1 613 545-0117 ou par courriel à l'adresse aware@kos.net.

LE MOT DE LA FIN

« Ne vous découragez pas. La situation peut sembler insurmontable. Mais vous pourrez changer beaucoup de choses en y allant une étape à la fois. »

(Monica Petzoldt, MotherCare, Barrie)

Glossaire

Accès – Absence d’obstacles variés à l’obtention de services. Ces obstacles peuvent avoir trait au transport, à l’horaire des services, etc.

Barrières structurales – Obstacles à l’obtention de services, comme le manque de transport ou de services de garde.

Défense des droits et intérêts – Intervention faite au nom d’autrui.

Degré de pauvreté – Écart entre le revenu d’une personne et le seuil de pauvreté.

Déterminants de la santé – Ensemble des facteurs qui ont une influence sur la santé, y compris le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, la scolarité, l’emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, l’environnement physique, le développement de la petite enfance, les habitudes de santé et la capacité d’adaptation personnelle, les services de santé, le sexe, la culture et le patrimoine biologique et génétique.

Effets de l’alcool sur le fœtus – Lésions cérébrales, troubles de la croissance et anomalies congénitales, dont des malformations du visage, dus à une exposition prénatale à l’alcool.

Autonomisation – Gestes posés pour augmenter la capacité ou les compétences d’autrui.

Jugements – Idées préconçues sur les valeurs, croyances ou actions d’autres personnes, qui entraînent un sentiment de honte et de culpabilité.

Langage simple – Langage clair qui fait appel à des mots et à des phrases courtes et met l’accent sur l’information la plus importante.

Maintien – Participation continue à un programme comme celui du traitement de l’alcoolisme ou de la toxicomanie.

Moyens – Outils, soutien et matériel requis pour mettre un conseil en application.

Peur des représailles – Peur de conséquences négatives comme la perte de ses enfants ou de son bébé après la naissance.

Sécurité alimentaire – Résultat des initiatives qui augmentent l'accès à la nourriture au lieu de diffuser uniquement de l'information sur les bons choix alimentaires.

Soins prénatals – Éducation, évaluation médicale et intervention régulières durant la grossesse.

Étapes du changement – Série d'étapes franchies par les personnes désirant changer un comportement : préréflexion (ne pensent pas à changer la situation), réflexion (songent à changer la situation), action (passent à l'action) et maintien du comportement.

Statut socio-économique – Position déterminée à partir du revenu de la personne, de son niveau de scolarité et de son emploi, et tenant compte d'autres questions comme le logement, les origines culturelles, les biens matériels et la perception qu'ont les gens de la contribution à la société.

Syndrome d'alcoolisme fœtal – Lésions cérébrales, troubles de la croissance et anomalies congénitales, dont des malformations du visage, dus à une exposition prénatale à l'alcool.

Bibliographie

BISHAI, R. et G. KOREN. « Maternal and obstetric effects of prenatal drug exposure », *Clin Perinatol*, vol. 26, n° 1 (1999), p. 75-86.

BRAVEMAN, P., S. EGERTER et K. MARCHI. « The prevalence of low income among childbearing women in California: implications for the private and public sectors », *Am J Public Health*, vol. 89, n° 6 (1999), p. 868-874.

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. *Sondage sur la consommation d'alcool et d'autres drogues parmi les adultes ontariens*, Toronto, CTSM, 1998.

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. *Sondage sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario*, Toronto, CTSM, 1999.

CHIU, Y. « The Multicultural Community Health Developers: Culturally Responsive Perinatal Care and Family Support - A Community Development Approach », *Health and Cultures*, hiver 1996.

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Nouvelle mesure de pauvreté : oui, non ou peut-être?* Document de travail du Conseil national du bien-être social (hiver 1998-1999), Ottawa, Conseil national du bien-être social, 1999.

COOK, C.A., K.L. SELIG, B.J. WEDGE et E.A. GOHN-BAUBE. « Access barriers and the use of prenatal care by low-income, inner-city women », *Soc Work*, vol. 44, n° 2 (1999), p. 129-139.

DASILVA, V.A., A.R. MORAES-SANTOS, M.S. CARVALHO, M.L. MARTINS et N.A. TEIXEIRA. « Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women », *Braz J Med Biol Res*, vol. 31, n° 6 (1998), p. 799-804.

GAMA, S.G., C.L. SZWARCOWALD, M. LEAL et M.M. THEME FILHA. « The pregnancy during adolescence as a risk factor for low birth weight », *Rev Saude Publica*, vol. 35, n° 1 (2001), p. 74-80.

GAZMARARIAN, J.A., T.L. ARRINGTON, C.M. BAILEY, K.S. SCHWARZ et J.P. KOPLAN. « Prenatal care for low-income women enrolled in a managed-care organization », *Obstet Gynecol*, vol. 94, n° 2 (1999), p. 177-184.

HOWELL, E.M., N. HEISER et M. HARRINGTON. « A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women », *J Subst Abuse Treat*, vol. 16, n° 3 (1999), p. 195-219.

JACOBY, M., D. GORENFLO, E. BLACK, C. WUNDERLICH et A.E. EYLER. « Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents », *Am J Prev Med*, vol. 16, n° 4 (1999), p. 318-321.

- KRAMER, M.S., L. SÉGUIN, J. LYDON, J. et L. GOULET. « Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? », *Paediatr Perinat Epidemiol*, vol. 14, n° 3 (2000), p. 194-210.
- MAISON STE-MARIE. *“The Teachable Moment” Substance Abuse Among Clients of Maternity Homes in Ontario: Phase 1 The Needs Assessment*, Ottawa, Maison Ste-Marie, 1992.
- MARQUIS, S. et E. BUTLER. *Practice Guidelines for Prenatal and Postnatal Outreach in British Columbia, Canada* [ébauche], Victoria, ministère des Enfants et de la Famille de la Colombie-Britannique, 2001.
- MARTIN, S.L., B. KILGALLEN, D.L. DEE, S. DAWSON, S. et J. CAMPBELL. « Women in a prenatal care/substance abuse treatment program: links between domestic violence and mental health », *Matern Child Health J*, vol. 2, n° 2 (1998), p. 85-94.
- MEILLEUR DÉPART. *Prévention de l'insuffisance pondérale à la naissance au Canada : Analyse bibliographique et stratégies*, Toronto, Centre de ressources Meilleur départ, Centre ontarien d'information en prévention, 1998.
- MEILLEUR DÉPART. *Voices of Simcoe County Pregnant and Parenting Teens*, Barrie, Meilleur départ, 1997.
- MIKHAIL, B.I. « Perceived impediments to prenatal care among low-income women », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 21, n° 3 (1999), p. 335-355.
- MILLER, W.R. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment, Treatment Improvement Protocol*, Series 35, Rockville (MD), US Department of Health and Human Services, 1999.
- MUSTARD, C., S. DERKSEN, J.-M. BERTHELOT, M. WOLFSON, L.L. ROOS et K.C. CARRIERE. *Socioeconomic Gradients in Mortality and the Use of Health Care Services at Different Stages in the Life Course*, Winnipeg, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, 1995.
- OMAR, M.A., R.F. SCHIFFMAN et P. BAUER. « Recipient and provider perspectives of barriers to rural prenatal care », *Journal of Community Health Nursing*, vol. 15, n° 4 (1998), p. 237-249.
- PAGNINI, D.L. et N.E. RUCHMAN. « Psychosocial factors and the timing of prenatal care among women in New Jersey's HealthStart program », *Family Planning Perspectives*, vol. 32, n° 2 (2000), p. 56-64.
- PERLOFF, J.D. et K.D. JAFFEE. « Late entry into prenatal care: the neighborhood context », *Soc Work*, vol. 44, n° 2 (1999), p. 116-128.
- PISTELLA, C.L., F.A. BONATI et S. MIHALIC. « Social work practice in a rural community collaborative to improve perinatal care », *Social Work Health Care*, vol. 30, n° 1 (1999), p. 1-14.
- PROGRAMME CANADIEN DE NUTRITION PRÉNATALE (PCNP). Feuillelet d'information sur le PCNP, (non publié), juillet 2001.
- RUGGIERO, L., J.Y. TSOH, K. EVERETT, J.L. FAVA et B.J. GUISE. « The transtheoretical model of smoking: comparison of pregnant and nonpregnant smokers », *Addict Behav*, vol. 25, n° 2 (2000), p. 239-251.

SABLE, M.R. et D.S. WILKINSON. « The role of perceived stress on prenatal care utilization: implications for social work practice », *Health & Social Work*, vol. 24, n° 2 (1999), p. 138-146.

SANTÉ CANADA. *Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2001.

SANTÉ CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, 2000, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2000a.

SANTÉ CANADA. *Anticiper, reporter et entourer : Cadre d'intervention pour réduire le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada*, rédigé dans le cadre du Fonds des projets nationaux du PACE et du PCNP, 2000b.

SANTÉ CANADA. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1999.

STATISTIQUE CANADA. *Le Quotidien*, 20 octobre 2000.

TAIT, C. *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba*, Winnipeg, Santé Manitoba, 2000.

UNIVERSITY HEALTH NETWORK, Programme sur la santé des femmes. *Literature Review - Best Mechanisms to Influence Health Risk Behaviour*, Toronto, Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, 1999.

VAN DE SANDE, A. [éd.]. *Child and Youth Poverty in Sudbury*, Sudbury, Conseil de planification sociale de la région de Sudbury, 1999.

WATT, I. « Access to Care », *Rural Healthcare*, sous la dir. de J. COX et I. MUNGALL, ABINGDON, Royaume-Uni, Radcliffe Medical Press, 1999.

WEBER, M. *She Stands Alone: a Review of the Recent Literature on Women and Social Support*, Winnipeg, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies, 1999.

WILKINSON, R. et M. MARMOT. *Les déterminants sociaux de la santé : Les faits*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.

YORK, R., C. GRANT, L. TULMAN, R.H. ROTHMAN, L. CHALK et D. PERLMAN. « The impact of personal problems on accessing prenatal care in low-income urban African American women », *J Perinatal*, vol. 19, n° 1 (1999), p. 53-60.

ZAPKA, J.G., L. PBERT, A.M. STODDARD, J.K. OCKENE, K.V. GOINS et D. BONOLLO. « Smoking cessation counseling with pregnant and postpartum women: a survey of community health center providers », *Am J Public Health*, vol. 90, n° 1 (2000), p. 78-84.

ZUCKERMAN, B.S., H. AMARO et W. BEARDLSEE. « Mental health of adolescent mothers: The implications of depression and drug use », *Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 8, n° 2 (1987), p. 111-116.

