

Recherche quantitative originale

Caractéristiques de femmes vulnérables en lien avec leur participation aux activités d'un centre du Programme canadien de nutrition prénatale à Toronto (Canada)

Jane Francis, Ph. D. (1,2); Samantha Ismail, B. Sc. (1); Alison Mildon, M. Sc. (1); Stacia Stewart (3); Bronwyn Underhill, M. Sc. S. (3); Valerie Tarasuk, Ph. D. (1,4,5); Erica Di Ruggiero, Ph. D. (4); Alex Kiss, Ph. D. (6); Daniel W. Sellen*, Ph. D. (1,4,5,7); Deborah L. O'Connor*, Ph. D. (1,2,5,8)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) soutient les organismes communautaires qui fournissent des services de santé maternelle et infantile aux femmes vulnérables sur le plan social et économique. Dans le cadre de notre programme de recherche visant à explorer les possibilités en matière de soutien à l'allaitement par le biais du PCNP, nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des clientes inscrites à un centre du PCNP à Toronto et exploré les associations entre ces caractéristiques et la participation des femmes au Programme.

Méthodologie. Nous avons recueilli des données rétrospectives dans les dossiers de 339 femmes inscrites à un centre du PCNP du sud-ouest de Toronto pour 2013 à 2016. Nous avons effectué des analyses de régression multivariée pour évaluer les associations entre 10 caractéristiques maternelles et trois dimensions de la participation au programme prénatal : le début (âge gestationnel en semaines au moment de l'inscription), l'intensité (nombre de fois où du soutien individuel a été reçu) et la durée (nombre de visites) de la participation.

Résultats. La moyenne d'âge des clientes était de 31 ans (écart-type : 5,7); 80 % étaient nées à l'extérieur du Canada; 29 % étaient célibataires et 65 % avaient un revenu du ménage inférieur au seuil de faible revenu ajusté en fonction de la taille de la famille établi par Statistique Canada. Le revenu était la seule caractéristique associée à toutes les dimensions de la participation. Comparativement aux clientes dont le revenu était supérieur au seuil de faible revenu, les clientes dont le revenu était inférieur au seuil de faible revenu s'étaient inscrites au programme 2,85 semaines plus tôt (intervalle de confiance [IC] à 95 % : - 5,55 à - 0,16) et le nombre de services de soutien individuel et le nombre de visites dans le cadre du programme étaient 1,29 fois plus élevés (les IC à 95 % étant respectivement de 1,03 à 1,61 et de 1,02 à 1,63).

Conclusion. D'après nos résultats, il y a peu de différences dans la participation en fonction des caractéristiques maternelles des femmes vulnérables auxquelles le centre du PCNP offre ses services. Ces données probantes peuvent guider la prestation de services et les décisions en matière de suivi de ce centre. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour établir de nouveaux modèles de prestation des programmes aptes à améliorer les services périnataux destinés aux femmes vulnérables.

Points saillants

- Les clientes inscrites à un centre du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) situé à Toronto ont fait état de vulnérabilités diverses. Par exemple, 80 % d'entre elles étaient nées à l'extérieur du Canada et 65 % vivaient dans un ménage à faible revenu.
- Sur les 10 caractéristiques maternelles étudiées, le revenu du ménage était la seule à être associée aux trois mesures de participation prénatale : les femmes vivant dans un ménage à faible revenu se sont inscrites au programme plus tôt au cours de leur grossesse et ont eu un nombre supérieur de contacts individuels avec le personnel du programme ainsi que de visites dans le cadre du programme.
- L'intégration de mesures supplémentaires de soutien dans ce centre du programme serait à envisager afin d'élargir les services périnataux offerts aux femmes vulnérables.

Mots-clés : populations vulnérables, programme prénatal, évaluation de programme, Programme canadien de nutrition prénatale, PCNP, femmes enceintes

Rattachement des auteurs :

1. Département des sciences de la nutrition, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
 2. Programme de médecine translationnelle, Hôpital pour enfants de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
 3. Health Promotion and Community Engagement, Parkdale Queen West Community Health Centre, Toronto (Ontario), Canada
 4. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
 5. Centre Joannah et Brian Lawson pour la nutrition infantile, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
 6. Conception de la recherche et biostatistique, Institut de recherche Sunnybrook, Toronto (Ontario), Canada
 7. Département d'anthropologie, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
 8. Département de pédiatrie, Sinai Health, Toronto (Ontario), Canada
- *coauteurs principaux.

Correspondance : Deborah L. O'Connor, Département des sciences de la nutrition, Université de Toronto, Pavillon des sciences médicales, salle 5253, 1 King's College Circle, Toronto (Ontario) M5S 1A8; tél. : 416-978-7235; courriel : deborah.oconnor@utoronto.ca

Introduction

Le Programme canadien de nutrition périnatale (PCNP), financé par le gouvernement fédéral, a été établi en 1995 pour soutenir les organismes communautaires dans la mise en place et l'élargissement des interventions en santé destinées aux femmes vulnérables à l'échelle du pays¹. Le PCNP vise plus précisément à augmenter la proportion de nouveau-nés ayant un poids santé à la naissance ainsi qu'à promouvoir et à soutenir l'allaitement maternel chez les femmes vulnérables sur le plan social ou économique, en particulier chez les femmes à faible revenu ou à faible niveau de scolarité, celles qui consomment des substances, les nouvelles arrivantes, les mères monoparentales et les adolescentes.

On compte plus de 240 centres du PCNP, offrant des services à environ 45 000 femmes chaque année à l'échelle du Canada². Chaque centre est unique, car la gamme des services qu'il offre varie en fonction des besoins locaux, mais tous les services fonctionnent en respectant les principes directeurs généraux du PCNP, les objectifs du programme et en offrant les services de base. Au nombre de ces services de base figurent des séances de formation en groupe sur la nutrition et la santé, la fourniture de nourriture ou de cartes-cadeaux d'épicerie, le soutien individuel et l'aiguillage vers des ressources communautaires.

La seule évaluation des répercussions du PCNP à l'échelle nationale dont on dispose a porté sur 48 184 participantes au Programme, pour 2002 à 2006. Cette évaluation a utilisé un indice d'exposition créé en combinant trois dimensions de participation : l'âge gestationnel au moment de l'inscription au programme (« début »), le nombre de contacts avec le personnel du programme (« intensité ») et le nombre de visites dans le cadre du programme (« durée »)³. Chaque dimension a été divisée en deux à la valeur médiane, de manière à créer une catégorie « élevée » et une catégorie « faible » (participantes qui se sont inscrites tôt par rapport à celles qui se sont inscrites tard, selon l'âge gestationnel; participantes qui ont eu un nombre élevé de contacts avec le personnel par rapport à celles qui ont eu un nombre faible de contacts avec le personnel et enfin participantes qui ont eu un nombre élevé de visites par rapport à celles qui ont eu un nombre faible de visites). Les participantes au PCNP faisant

partie de la catégorie « élevée » dans au moins deux dimensions ont été considérées comme ayant eu une exposition élevée au PCNP.

L'évaluation a révélé que, comparative-ment à une faible exposition au PCNP, une exposition élevée a entraîné une amélioration des comportements liés à la santé maternelle, en particulier le fait de commencer à allaiter et une durée d'allaitement de 6 semaines ainsi que l'utilisation de suppléments prénataux³. Une exposition élevée au PCNP a également été associée à une diminution des naissances prématurées, des nourrissons de faible poids à la naissance et des nourrissons de petite taille par rapport à l'âge gestationnel³.

Bien que ces données semblent indiquer que la participation au PCNP est bénéfique, l'allaitement demeure un enjeu de santé publique. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2017-2018, 91 % des mères choisissent d'allaiter, mais seulement 34 % pratiquent l'allaitement exclusif pendant la période recommandée de six mois⁴. Les pratiques relatives à l'allaitement (début, durée, exclusivité) sont influencées par un éventail de déterminants (facteurs individuels comme l'âge, le niveau de scolarité et le revenu; système de santé; attitudes socioculturelles, etc.) et sont plus faibles chez les femmes vulnérables⁵⁻⁸. À titre d'exemple, d'après des données nationales, les femmes à faible revenu et à faible niveau de scolarité sont moins susceptibles de pratiquer l'allaitement exclusif pendant 6 mois^{7,8}. Ces données laissent entrevoir un potentiel selon lequel le PCNP pourrait aider les femmes vulnérables à opter pour l'allaitement maternel et, par conséquent, pourrait contribuer davantage à réduire les disparités dans les pratiques d'allaitement. À l'heure actuelle, le PCNP ne comporte pas de cadre officiel ou de financement permettant aux centres d'offrir un soutien à l'allaitement.

Notre programme de recherche vise à évaluer les possibilités d'améliorer les pratiques en matière d'allaitement chez les femmes vulnérables au Canada en renforçant la prestation de services spécialisés de soutien à l'allaitement (soutien émotionnel, pratique, informationnel et social offert par des personnes dûment formées) par le biais du PCNP, principalement au moyen de visites à domicile de la part de consultants de l'International Board

Certified Lactation Consultants⁹. Bien que cette exposition au PCNP ait été associée à une amélioration des comportements et des résultats sur le plan de la santé périnatale³, on en sait peu sur le profil de vulnérabilité des clientes dans des centres précis ou sur la façon dont les caractéristiques maternelles peuvent avoir une influence sur la participation au programme. Pour renforcer le programme, en particulier la prestation de services proactifs de soutien à l'allaitement, il importe d'avoir une meilleure idée de la clientèle qui participe aux PCNP et de son degré de participation.

L'objectif de cette étude était 1) de décrire les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des clientes inscrites à un centre du PCNP situé à Toronto et 2) de déterminer lesquelles sont associées aux dimensions de la participation au PCNP de ce centre.

Méthodologie

Nous avons procédé à l'étude des dossiers en analysant les données recueillies systématiquement par un centre du PCNP à Toronto (Ontario), mis en place par le Parkdale Queen West Community Health Centre (Projet de prévention primaire auprès des parents de Parkdale, ou « 5P ») et offrant des services aux familles de la région du sud-ouest de Toronto depuis plus de 25 ans. Nous avons procédé à l'extraction de données rétrospectives tirées des formulaires d'inscription archivés, des registres de soutien et des registres de présence des clientes qui se sont inscrites au PCNP-5P entre 2013 et 2016 et qui ont signé le formulaire de consentement du programme pour que leurs données anonymisées soient utilisées pour évaluation.

Dans le cas des clientes inscrites au PCNP-5P pour plus d'une grossesse pendant la durée de l'étude, seule la première grossesse dans le cadre du programme a été incluse. On a également exclu de l'étude les clientes non admissibles au PCNP-5P en raison d'une fausse couche, de leur aiguillage vers un autre centre du PCNP ou d'un formulaire d'inscription incomplet.

Description du PCNP-5P

La zone desservie par le PCNP-5P est constituée de quartiers densément peuplés et

diversifiés sur le plan ethnique, dont l'un a été désigné comme « zone d'amélioration des quartiers » par la ville de Toronto^{10,11}. Le centre est doté de personnel possédant une expérience des programmes communautaires et du travail auprès des familles vulnérables. L'unique employé responsable du soutien et de la sensibilisation des familles a recensé les femmes enceintes dans la zone desservie en distribuant, plus de deux jours par mois, des dépliants dans des cliniques médicales sans rendez-vous, des cabinets de médecins de famille, à l'hôpital local, dans des cabinets de gynécologie-obstétrique et dans des immeubles résidentiels. D'après certains rapports, une forte proportion de femmes ont appris l'existence du programme par le bouche-à-oreille.

Les services hebdomadaires offerts au PCNP-5P étaient des séances de formation en groupe, un soutien personnalisé de la part d'infirmières en santé publique et de diététistes, l'aiguillage vers des services communautaires et une banque alimentaire en libre-service. De plus, on a offert aux participantes une carte-cadeau d'épicerie d'une valeur de 10 \$ et deux passages en transport en commun par visite, ainsi que des collations et un service de garde sur place. Des interprètes professionnels étaient disponibles sur place pour les clientes non anglophones, des études antérieures menées à ce centre du PCNP ayant révélé que 7 à 10 % des femmes avaient besoin d'un interprète^{12,13}. Les femmes pouvaient s'inscrire au programme n'importe quand au cours de leur grossesse, et sans limite du nombre de fois où elles pouvaient participer au cours de leur grossesse.

Sources de données

Les formulaires d'inscription habituels, remis par le personnel du programme au moment de l'inscription, ont permis de recueillir des données sur les caractéristiques sociodémographiques et psychologiques des clientes. Chaque dossier de cliente contenait également un registre du soutien individuel fourni chaque semaine par le personnel du PCNP-5P au cours du programme. Au nombre des exemples de soutien individuel offert figurent l'aiguillage vers des ressources communautaires (p. ex. programme de santé publique, refuge) et des services de consultation en santé et en nutrition. Les clientes avaient la possibilité demander du soutien individuel au personnel de programme et le

personnel pouvait offrir des services aux clientes en fonction des renseignements fournis dans le formulaire d'inscription ou dans le cadre de leur participation au programme. La participation individuelle a fait l'objet d'un suivi électronique chaque semaine.

Approbation de l'éthique de la recherche

L'approbation de l'éthique de la recherche a été obtenue auprès du Bureau d'éthique de la recherche de l'Université de Toronto (34482). Au moment de l'inscription au PCNP-5P, on a demandé aux clientes si leurs renseignements anonymisés pouvaient être utilisés pour l'évaluation du programme. Les données extraites pour cette étude sont uniquement celles des dossiers des clientes ayant signé le formulaire de consentement.

Principaux critères de mesure des résultats

D'après l'évaluation dont on dispose sur les répercussions antérieures du PCNP³ et à la lumière des données disponibles, nous avons créé des indicateurs des trois dimensions clés de la participation au PCNP-5P pendant la période prénatale : « début », « intensité » et « durée ». Le début a été déterminé par l'âge gestationnel en semaines estimé au moment de l'inscription au programme, en fonction de l'information fournie par chaque cliente dans son formulaire d'inscription.

L'intensité a été déterminée par le nombre de fois où les clientes ont reçu du soutien individuel de la part du personnel du PCNP-5P, d'après le registre de soutien. Les interactions relatives au soutien individuel ont été enregistrées en fonction de 12 catégories définies par le personnel du programme. Les services de groupe offerts à l'ensemble des clientes (présentés dans la section « Description du PCNP-5P ») n'ont pas été enregistrés dans les registres de soutien individuel et n'ont pas été comptabilisés comme du soutien individuel dans nos analyses.

La durée a été déterminée par le nombre réel de semaines pendant lesquelles les clientes ont participé au PCNP-5P, depuis l'inscription jusqu'à l'accouchement, d'après les registres de présence.

Bien qu'il existe une possibilité de redondance dans ces trois dimensions de participation, il est utile d'explorer la participation sous différents angles compte

tenu des données limitées sur l'évaluation globale de la participation aux projets du PCNP.

Variables indépendantes

Nous avons extrait diverses caractéristiques maternelles sociodémographiques et psychosociales fournies par les clientes dans leurs formulaires d'inscription au PCNP-5P. Les caractéristiques maternelles communes à toutes les versions des formulaires d'inscription pour 2013 à 2016 qui ont pu être extraites sont :

- âge de la mère (en années, variable continue);
- nombre d'années au Canada (nées au Canada ou, pour celles qui ne sont pas nées au Canada, moins d'un an, 1 à 3 ans ou 4 ans et plus);
- statut de réfugiée (réponse par oui/non à la question « Êtes-vous arrivée au Canada en tant que réfugiée ou demandeuse d'asile? »);
- antécédents de maladie mentale (réponse par oui/non à la question « Avez-vous déjà souffert ou reçu un diagnostic de dépression, de dépression post-partum ou de problème de santé mentale? »);
- niveau de scolarité (inférieur aux études secondaires, diplôme d'études secondaires ou diplôme d'études postsecondaires);
- état matrimonial (célibataire ou en couple);
- nombre d'enfants (mère pour la première fois ou a déjà au moins un enfant);
- insuffisance alimentaire pendant la grossesse (réponse par oui/non à la question « Pendant votre grossesse, vous est-il arrivé de ne pas avoir suffisamment de nourriture? »);
- victime de violence pendant la grossesse (réponse par oui/non à la question « Depuis le début de votre grossesse, est-ce que vous avez été victime de violence physique, sexuelle ou émotionnelle de la part de qui que ce soit? »);
- couverture dans le cadre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) (oui/non);
- revenu du ménage (supérieur au seuil de faible revenu, inférieur au seuil de

faible revenu ou ne connaît pas le revenu du ménage; évaluation à l'aide des valeurs seuils de faible revenu ajustées en fonction de la taille de la famille, établies par Statistique Canada et correspondant à l'année d'inscription au programme de la cliente¹⁴⁻¹⁶. Par exemple, une famille de quatre personnes dont le revenu du ménage se situait à 39 092 \$ en 2016 est considérée comme vivant sous le seuil de faible revenu¹⁶;

- origine ethnique (asiatique de l'Est, africaine, européenne, asiatique du Sud, latino-américaine, caribéenne, asiatique du Sud-Est, asiatique de l'Ouest ou autre; les origines ethniques sont catégorisées selon les régions du monde définies par les Nations Unies¹⁷).

Analyse statistique

Nous avons utilisé des statistiques descriptives pour rendre compte des caractéristiques sociodémographiques et psychosociales ainsi que de la mesure de la participation au PCNP-5P.

Nous avons évalué l'association entre les caractéristiques maternelles et les trois dimensions de la participation au PCNP-5P (début, intensité et durée) considérées comme variables de résultat. Un modèle de régression linéaire multivariée a été utilisé pour analyser la variable continue « début ». Les résultats ont été présentés à l'aide d'estimations des paramètres calculées avec des intervalles de confiance (IC) à 95 %. Les données de comptage (« intensité » et « durée ») ont été analysées à l'aide de modèles de régression de Poisson multivariée, étant donné qu'elles ne suivaient pas une distribution normale. Les modèles de Poisson ont été ajustés pour tenir compte de la surdispersion à l'aide de l'échelle de Pearson, et la qualité de l'ajustement du modèle a été évaluée à l'aide d'un test du chi carré. Les résultats sont présentés sous forme de rapports de taux d'incidence (RTI) avec IC à 95 %.

Dans toutes les analyses, la catégorie de référence pour chaque variable nominale indépendante était le groupe le moins vulnérable (par exemple, un revenu supérieur au seuil de faible revenu). Toutes les variables indépendantes ont été incluses dans les analyses à l'exception de la violence pendant la grossesse (fréquence de moins de 10 %) et de l'origine ethnique (prédominance d'un groupe ethnique et

fréquence de moins de 10 % des catégories restantes). Nous avons vérifié si les variables indépendantes utilisées dans les analyses présentaient une multicollinéarité statistique (facteur d'inflation de la variance supérieur à 2,5), et aucune ne respectait ce critère.

Nous avons utilisé le logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis) pour réaliser les analyses statistiques. Nous avons considéré comme statistiquement significative une valeur *p* inférieure à 0,05.

Nous avons utilisé l'algorithme des *k* plus proches voisins pour imputer les variables manquantes à l'aide du module VIM du logiciel R version 3.5.1 (R Foundation, Vienne, Autriche)¹⁸ et nous avons réalisé des analyses de sensibilité pour tous les modèles à l'aide de l'ensemble de données initial (sans imputation).

Résultats

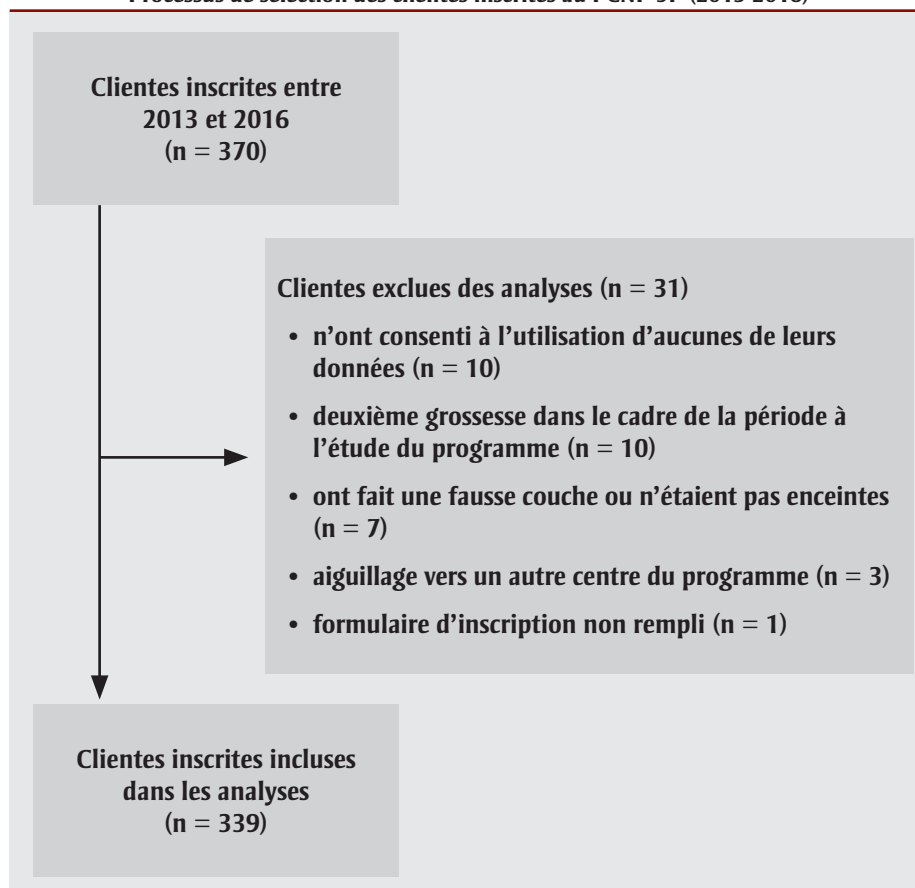
Échantillon de l'étude

Nous avons sélectionné 370 clientes pour vérifier leur admissibilité et nous en avons

exclu 31 pour les raisons suivantes : 10 clientes n'avaient pas consenti à ce que les données de leur dossier soient utilisées pour l'évaluation du programme; 10 clientes ont eu une deuxième grossesse au cours de la période à l'étude et leurs données n'ont donc été incluses qu'une fois; 7 clientes ont fait une fausse couche ou n'étaient pas enceintes; 3 clientes ont été dirigées vers un centre du PCNP situé plus près de leur lieu de résidence et 1 cliente n'avait entré aucune information dans son formulaire d'inscription. Au total, nous avons donc inclus 339 clientes dans les analyses (figure 1). Seize de ces clientes ont consenti à une utilisation partielle de leurs données et ont par conséquent été exclues de l'analyse de l'intensité.

La moyenne d'âge des clientes au moment de l'inscription était de 31 ans (écart-type : 5,7). Seulement 16 % (54/339) d'entre elles étaient nées au Canada et 33 % (111/339) vivaient au Canada depuis 3 ans ou moins (tableau 1). Sur l'ensemble des participantes intégrées aux analyses, 47 % (159/339) avaient un diplôme d'études secondaires ou moins et 29 % (97/339)

FIGURE 1
Processus de sélection des clientes inscrites au PCNP-5P (2013-2016)



Abbreviations : 5 P, projet de prévention primaire auprès des parents de Parkdale; PCNP, Programme canadien de nutrition prénatale.

étaient célibataires. Parmi les participantes ayant indiqué le revenu de leur ménage, 78 % (220/281) vivaient sous le seuil de faible revenu.

Début

L'âge gestationnel médian au moment de l'inscription au PCNP-5P était de 25 semaines (intervalle interquartile [IIQ] : 17 à 30). Seulement 15 % (50/336) des participantes se sont inscrites durant le premier trimestre de leur grossesse (1 à 12 semaines), 53 % (179/336) se sont inscrites durant le deuxième trimestre (13 à 28 semaines) et 32 % (107/336) se sont inscrites durant le troisième trimestre (29 à 40 semaines).

Le modèle de régression linéaire n'a révélé aucune différence quant au début du programme en fonction de l'âge maternel, du nombre d'années au Canada, du statut de réfugiée, de l'état matrimonial, de l'insuffisance alimentaire ou de la couverture dans le cadre du RASO (tableau 2). Les clientes ayant mentionné des antécédents de maladie mentale se sont inscrites au PCNP-5P plus tôt que celles n'ayant mentionné aucun antécédent de maladie mentale (estimation du paramètre = -3,19 semaines; IC à 95 % : -5,71 à -0,67). Les clientes ayant un revenu inférieur au seuil de faible revenu se sont inscrites au programme plus tôt que les clientes ayant un revenu supérieur au seuil de faible revenu (estimation du paramètre = -2,85 semaines; IC à 95 % : -5,55 à -0,16). Les clientes ayant un niveau de scolarité inférieur aux études secondaires se sont inscrites au programme plus tard que les clientes ayant un diplôme d'études postsecondaires (estimation du paramètre = 3,48 semaines; IC à 95 % : 0,20 à 6,76). Enfin, comparativement aux clientes qui avaient déjà eu un enfant, les mères d'un premier enfant se sont également inscrites au programme plus tardivement (estimation du paramètre = 3,20 semaines; IC à 95 % : 1,21 à 5,19).

Intensité

Le nombre médian de fois où les clientes ont reçu du soutien individuel de la part du personnel du PCNP-5P était de 4 (IIQ : 2 à 6).

Les trois principaux services de soutien individuel offerts ont été l'aiguillage vers des ressources communautaires (en particulier les programmes de santé publique

TABEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques et sociales des clientes du PCNP-5P
incluses dans les analyses, 2013 à 2016 (N = 339)

Caractéristiques ^a	n	%	Caractéristiques ^a	n	%
Nombre d'années au Canada			Insuffisance alimentaire pendant la grossesse		
Née au Canada	54	15,9	Oui	97	28,6
Moins d'un an	53	15,6	Non	218	64,3
1 à 3 ans	58	17,1	Données manquantes	24	7,1
4 ans et plus	159	46,9	Victime de violence pendant la grossesse		
Données manquantes	15	4,4	Oui	24	7,1
Statut de réfugiée			Non	294	86,7
Oui	47	13,9	Données manquantes	21	6,2
Non	263	77,6	Couverture dans le cadre du RASO		
Données manquantes	29	8,6	Oui	279	82,3
Antécédents de maladie mentale			Non	46	13,6
Oui	57	16,8	Données manquantes	14	4,1
Non	263	77,6	Revenu du ménage^b		
Données manquantes	19	5,6	Inférieur au seuil de faible revenu	220	64,9
Niveau de scolarité			Supérieur au seuil de faible revenu	61	18,0
Inférieur aux études secondaires	40	11,8	Ne sait pas ^c	50	14,7
Diplôme d'études secondaires	119	35,1	Données manquantes	8	2,4
Diplôme d'études postsecondaires	170	50,1	Origine ethnique		
Données manquantes	10	2,9	Asiatique de l'Est	109	32,2
État matrimonial			Africaine	39	11,5
Célibataire	97	28,6	Européenne	32	9,4
En couple	225	66,4	Asiatique du Sud	31	9,1
Données manquantes	17	5,0	Latino-américaine	22	6,5
Nombre d'enfants			Caribéenne	20	5,9
Mère pour la première fois	169	49,9	Asiatique du Sud-Est	14	4,1
1 enfant ou plus	157	46,3	Asiatique de l'Ouest	13	3,8
Données manquantes	13	3,8	Autre ^d	49	14,5
			Données manquantes ^e	10	2,9

Abbreviations : 5P, projet de prévention primaire auprès des parents de Parkdale; PCNP, Programme canadien de nutrition prénatale; RASO, Régime d'assurance-santé de l'Ontario.

^a La moyenne d'âge était de 31 ans (écart-type : 5,7) d'après les données de 338 participantes sur les 339 (1 donnée manquante).

^b D'après le seuil de faible revenu ajusté en fonction de la taille de la famille établi par Statistique Canada, pour l'année au cours de laquelle la cliente s'est inscrite au programme (2013 à 2016).

^c Clientes ayant déclaré ne pas connaître le revenu de leur ménage.

^d Clientes ayant indiqué comme origine ethnique canadienne (n = 48) ou canadienne/autochtone (n = 1).

^e Clientes ayant déclaré ne pas connaître leur origine ethnique (n = 6) ou qui n'ont pas indiqué leur origine ethnique (n = 4).

comme le programme Bébés en santé ou enfants en santé), le suivi de l'aiguillage et des services de consultation en santé par une infirmière en santé publique (soins prénataux, renseignements sur l'allaitement, etc., voir tableau 3). Seulement 2 % (6/323) des clientes n'ont reçu aucun soutien individuel, 34 % (109/323) des clientes ont reçu entre un et trois types de services de soutien individuel, 52 % (167/323) des clientes ont

reçu entre quatre et six types de services de soutien individuel et 13 % (41/323) des clientes ont reçu entre sept et neuf types de services de soutien individuel.

Le modèle de régression de Poisson n'a révélé aucune différence quant à l'intensité (déterminée par le nombre de fois où la cliente a obtenu du soutien individuel de la part du personnel du programme) en fonction de l'âge maternel, du nombre

TABEAU 2
Analyse de régression des caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des clientes du PCNP-5P
et de leur participation au programme prénatal, 2013 à 2016

Caractéristiques	Début ^a		Intensité ^b		Durée ^b	
	Estimation du paramètre	IC à 95 %	RTI	IC à 95 %	RTI	IC à 95 %
Âge maternel (en années)	0,10	−0,08 à 0,28	1,00	0,98 à 1,01	1,00	0,98 à 1,01
Nombre d'années au Canada						
Moins d'un an par rapport à Née au Canada (réf.)	1,29	−2,55 à 5,14	1,14	0,84 à 1,54	1,16	0,84 à 1,59
1 à 3 ans par rapport à Née au Canada (réf.)	0,90	−2,65 à 4,44	0,98	0,74 à 1,32	1,06	0,79 à 1,43
4 ans ou plus par rapport à Née au Canada (réf.)	1,55	−1,52 à 4,62	1,01	0,80 à 1,28	1,04	0,80 à 1,35
Statut de réfugiée						
Oui par rapport à Non (réf.)	1,00	−1,85 à 3,85	0,72	0,56 à 0,92	0,93	0,73 à 1,18
Antécédents de maladie mentale						
Oui par rapport à Non (réf.)	−3,19	−5,71 à −0,67	1,16	0,95 à 1,42	0,93	0,75 à 1,16
Niveau de scolarité						
Inférieur aux études secondaires par rapport à Diplôme d'études postsecondaires (réf.)	3,48	0,20 à 6,76	1,05	0,82 à 1,34	0,87	0,66 à 1,15
Diplôme d'études secondaires par rapport à Diplôme d'études postsecondaires (réf.)	−0,77	−2,94 à 1,41	0,95	0,80 à 1,12	1,06	0,90 à 1,26
État matrimonial						
Célibataire par rapport à En couple (réf.)	2,15	−0,07 à 4,38	0,99	0,84 à 1,18	0,76	0,63 à 0,92
Nombre d'enfants						
Mère pour la première fois par rapport à 1 enfant ou plus (réf.)	3,20	1,21 à 5,19	0,99	0,84 à 1,15	0,88	0,75 à 1,03
Privation alimentaire pendant la grossesse						
Oui par rapport à Non (réf.)	0,40	−1,88 à 2,68	0,96	0,80 à 1,14	0,99	0,82 à 1,19
Couverture dans le cadre du RASO						
Non par rapport à Oui (réf.)	1,28	−1,83 à 2,68	1,07	0,85 à 1,35	0,79	0,60 à 1,02
Revenu du ménage^c						
Inférieur par rapport à Supérieur au SFR (réf.)	−2,85	−5,55 à −0,16	1,29	1,03 à 1,61	1,29	1,02 à 1,63
Ne sait pas ^d par rapport à Supérieur au SFR (réf.)	−3,48	−6,71 à −0,25	1,10	0,84 à 1,45	1,21	0,93 à 1,58

Abréviations : 5P, projet de prévention primaire auprès des parents de Parkdale; IC, intervalle de confiance; PCNP, Programme canadien de nutrition prénatale; RASO, Régime d'assurance-santé de l'Ontario; réf., référence; RTI, rapport de taux d'incidence; SFR, seuil de faible revenu.

Remarque : Les données en caractères gras représentent des valeurs statistiquement significatives ($p < 0,05$).

^a Le début du programme prénatal ($n = 336$; déterminé par l'âge gestationnel en semaines au moment de l'inscription au programme) a été modélisé à l'aide d'un modèle de régression linéaire multivariée.

^b L'intensité du programme prénatal ($n = 323$; déterminée par le nombre de fois où la cliente a reçu du soutien individuel de la part du personnel du programme) et la durée du programme prénatal ($n = 327$; déterminée par le nombre de semaines pendant lesquelles la cliente a participé au programme, depuis l'inscription jusqu'à l'accouchement) ont été modélisées à l'aide de modèles de régression de Poisson multivariée étant donné que les données ne suivaient pas une distribution normale.

^c D'après le seuil de faible revenu ajusté en fonction de la taille de la famille, établi par Statistique Canada pour l'année au cours de laquelle la cliente s'est inscrite au programme (2013 à 2016).

^d Clientes qui ont déclaré ne pas connaître le revenu de leur ménage.

d'années au Canada, des antécédents de maladie mentale, du niveau de scolarité, de l'état matrimonial, du nombre d'enfants, de l'insuffisance alimentaire ou de la couverture dans le cadre du RASO (tableau 2). Les clientes ayant le statut de réfugiée ont eu un nombre inférieur de contacts avec le personnel du programme par rapport aux clientes n'ayant pas le statut de réfugiée (RTI = 0,72; IC à 95 % : 0,56 à 0,92). Les clientes vivant sous le seuil de faible revenu ont eu un nombre supérieur de contacts avec le personnel du

programme par rapport à celles ayant un revenu supérieur au seuil de faible revenu (RTI = 1,29; IC à 95 % : 1,03 à 1,61).

Durée de la participation

La participation médiane au PCNP-5P était de 9 semaines (IIQ : 4 à 14).

Le modèle de régression de Poisson n'a révélé aucune différence quant à la durée de la participation en fonction de l'âge maternel, du nombre d'années au Canada,

du statut de réfugiée, des antécédents de maladie mentale, du niveau de scolarité, du nombre d'enfants, de l'insuffisance alimentaire ou de la couverture dans le cadre du RASO (tableau 2). Les mères célibataires ont participé au programme pendant un nombre de semaines inférieur à celui des mères en couple (RTI = 0,76; IC à 95 % : 0,63 à 0,92). Les clientes ayant un revenu inférieur au seuil de faible revenu ont participé au programme pendant un nombre de semaines supérieur à celui des clientes ayant un revenu

TABEAU 3
Répartition des services de soutien individuel reçus par les clientes du PCNP-5P
au moins une fois dans le cadre du programme prénatal, 2013 à 2016

Type de service de soutien individuel	n (N = 323) ^a	%
Suivi de l'aiguillage	231	71,5
Services de consultation en santé	217	67,2
Aiguillage vers des ressources communautaires (p. ex. programme de santé publique, refuge)	212	65,6
Aide alimentaire/soutien nutritionnel ou instrumental	168	52,0
Défense des intérêts des participantes	168	52,0
Services de consultation en nutrition	142	44,0
Soutien à l'établissement	96	29,7
Soutien en santé mentale	93	28,8
Conseils sur le développement de l'enfant	15	4,6
Gestion de cas/coordination des services	14	4,3
Intervention en situation de crise	4	1,2
Autre	30	9,3

Abbreviations : 5P, projet de prévention primaire auprès des parents de Parkdale; PCNP, Programme canadien de nutrition prénatale.

^a Seize des 339 clientes n'ont pas consenti à ce que leurs données en matière de soutien individuel soient utilisées pour l'évaluation du programme.

supérieur au seuil de faible revenu (RTI = 1,29; IC à 95 % : 1,02 à 1,63).

Analyses de sensibilité

Nous avons réalisé des analyses de sensibilité à l'aide de l'ensemble de données initial sans imputation de données pour remplacer les valeurs manquantes afin d'évaluer les associations entre les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales et le début (n = 280/339), l'intensité (n = 282/339) et la durée (n = 282/339) de la participation au PCNP-5P (tableau 4). Ces analyses ont généralement donné des résultats conformes à ceux des analyses effectuées avec les valeurs imputées. Le tableau 1 fournit la proportion de valeurs manquantes pour chaque variable indépendante.

Analyse

Cette étude a porté sur les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des clientes inscrites à un centre du PCNP-5P situé à Toronto (Ontario) et sur l'association entre ces caractéristiques et les dimensions de la participation au programme prénatal. Nous avons constaté que le PCNP-5P dessert un groupe diversifié de femmes, présentant un éventail de vulnérabilités. Globalement, le revenu du ménage s'est révélé la seule caractéristique associée aux trois dimensions de la participation au programme. Un revenu du ménage inférieur au seuil de faible

revenu a été associé à une inscription au programme plus précoce au cours de la grossesse, à un nombre supérieur de contacts individuels avec le personnel du programme et à une participation de plus longue durée au programme.

Il est encourageant de constater que des antécédents de maladie mentale sont associés à une inscription précoce au PCNP-5P et qu'un revenu du ménage inférieur au seuil de faible revenu est associé à une meilleure participation au programme de façon générale, et ce, selon les trois dimensions de participation. Le soutien social et tangible du programme semble donc pertinent pour des femmes présentant ces caractéristiques et semble contribuer à répondre à leurs besoins. Néanmoins, pour améliorer la participation au programme chez toutes les clientes inscrites, plusieurs sous-groupes pourraient être ciblés. D'après nos résultats, le fait de ne pas avoir fait d'études secondaires et d'être mère pour la première fois est associé à une inscription tardive au programme, et le fait d'être célibataire est associé à une participation de plus courte durée au programme. Des recherches supplémentaires sont à mener sur les besoins des clientes inscrites et sur les obstacles à leur participation.

Nos résultats indiquent que le statut de réfugiée est associé à un nombre inférieur de contacts avec le personnel du PCNP-5P.

Selon l'expérience du personnel (co-auteurs SS et BU), cette situation est attribuable à probablement deux raisons. En premier lieu, de nombreuses clientes réfugiées sont aiguillées vers le programme par des responsables de refuges et ont accès à diverses mesures de soutien à partir du réseau des refuges. En second lieu, comme il n'existe aucun service d'aide à l'établissement au PCNP-5P, le personnel du programme aiguille souvent les clientes réfugiées qui ne sont pas liées au réseau des refuges vers un service d'aide à l'établissement pouvant leur offrir un soutien répondant à leurs besoins de façon plus exhaustive.

Compte tenu de la diversité de la population canadienne, le profil de risque des participantes au programme est probablement différent selon les centres du PCNP à l'échelle du pays et au fil du temps. Les données publiées sur les caractéristiques des femmes inscrites dans chacun des centres du PCNP sont limitées, de sorte qu'il est difficile de comparer la cohorte étudiée avec les participantes d'autres centres du PCNP. D'après les données nationales tirées d'une enquête menée en 2015 sur les participantes au PCNP, 66 % des clientes avaient un revenu inférieur au seuil de faible revenu, 26 % avaient un niveau de scolarité inférieur aux études secondaires, 27 % étaient célibataires, 16 % avaient récemment immigré au Canada (ou vivaient au Canada depuis moins de 10 ans) et 41 % avaient vécu de l'insécurité alimentaire¹⁹, l'insécurité alimentaire étant définie par une réponse affirmative à la question concernant le fait de ne pas avoir eu suffisamment de nourriture pour soi ou sa famille et de ne pas avoir eu assez d'argent pour en acheter plus au cours des 12 mois précédents.

Comparativement à ce profil national de clientes du PCNP, une proportion similaire de participantes à notre étude avaient un revenu inférieur au seuil de faible revenu (65 %) et étaient célibataires (29 %). On a constaté que 30 % des participantes à l'étude aient manqué de nourriture pendant leur grossesse, contre 41 % des clientes du PCNP à l'échelle nationale ayant déclaré avoir souffert d'insécurité alimentaire, mais le taux indiqué dans notre étude désigne plus spécifiquement l'expérience de la mère.

Une faible proportion de mères dans notre cohorte avaient un niveau de scolarité

TABEAU 4
Analyse de régression des caractéristiques sociodémographiques et psychosociales des clientes du PCNP-5P
en lien avec leur participation au programme prénatal (2013 à 2016), sans imputation de données^a

Caractéristiques	Début ^b		Intensité ^c		Durée ^c	
	Estimation du paramètre	IC à 95 %	RTI	IC à 95 %	RTI	IC à 95 %
Âge maternel (en années)	0,14	-0,06 à 0,33	1,00	0,99 à 1,02	1,00	0,98 à 1,01
Nombre d'années au Canada						
Moins d'un an par rapport à Née au Canada (réf.)	0,69	-3,81 à 5,19	1,08	0,79 à 1,50	1,31	0,94 à 1,84
1 à 3 ans par rapport à Née au Canada (réf.)	-0,12	-4,26 à 4,01	0,91	0,67 à 1,25	1,16	0,84 à 1,59
4 ans ou plus par rapport à Née au Canada (réf.)	1,48	-2,01 à 4,97	0,92	0,72 à 1,19	1,04	0,79 à 1,36
Statut de réfugiée						
Oui par rapport à Non (réf.)	1,13	-1,97 à 4,22	0,73	0,57 à 0,95	0,91	0,71 à 1,16
Antécédents de maladie mentale						
Oui par rapport à Non (réf.)	-3,27	-6,44 à -0,10	1,13	0,89 à 1,42	0,96	0,75 à 1,23
Niveau de scolarité						
Inférieur aux études secondaires par rapport à Diplôme d'études postsecondaires (réf.)	3,52	-0,003 à 7,05	1,06	0,82 à 1,37	0,83	0,63 à 1,10
Diplôme d'études secondaires par rapport à Diplôme d'études postsecondaires (réf.)	-1,80	-4,17 à 0,58	0,94	0,78 à 1,12	1,13	0,95 à 1,35
État matrimonial						
Célibataire par rapport à En couple (réf.)	1,71	-0,73 à 4,15	0,95	0,79 à 1,14	0,79	0,65 à 0,96
Nombre d'enfants						
Mère pour la première fois par rapport à 1 enfant ou plus (réf.)	3,49	1,30 à 5,68	0,98	0,83 à 1,16	0,88	0,75 à 1,03
Insuffisance alimentaire pendant la grossesse						
Oui par rapport à Non (réf.)	-0,10	-2,63 à 2,42	0,93	0,78 à 1,13	1,04	0,86 à 1,25
Couverture dans le cadre du RASO						
Non par rapport à Oui (réf.)	0,67	-2,68 à 4,02	1,15	0,91 à 1,46	0,79	0,61 à 1,02
Revenu du ménage^d						
Inférieur par rapport à Supérieur au SFR (réf.)	-1,23	-4,28 à 1,81	1,25	0,99 à 1,59	1,18	0,93 à 1,51
Ne sait pas ^e par rapport à Supérieur au SFR (réf.)	-3,08	-6,68 à 0,52	1,11	0,83 à 1,47	1,19	0,90 à 1,58

Abréviations : 5 P, projet de prévention primaire auprès des parents de Parkdale; IC, intervalle de confiance; PCNP, Programme canadien de nutrition prénatale; RASO, Régime d'assurance-santé de l'Ontario; réf., référence; RTI, rapport de taux d'incidence; SFR, seuil de faible revenu.

Remarque : Les données en caractères gras représentent des valeurs statistiquement significatives ($p < 0,05$).

^a Des analyses de sensibilité ont été réalisées à l'aide de l'ensemble de données initiales sans imputation de données pour remplacer les valeurs manquantes, afin d'évaluer les associations entre les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales et la participation au PCNP-5P.

^b Le début du programme prénatal ($n = 280$; déterminé par l'âge gestationnel en semaines au moment de l'inscription au programme) a été modélisé à l'aide d'un modèle de régression linéaire multivariée.

^c L'intensité du programme prénatal ($n = 282$; déterminée par le nombre de fois où la cliente a reçu du soutien individuel de la part du personnel du programme) et la durée du programme prénatal ($n = 282$; déterminée par le nombre de semaines pendant lesquelles la cliente a participé au programme, depuis l'inscription jusqu'à l'accouchement) ont été modélisées à l'aide de modèles de régression de Poisson multivariée.

^d D'après le seuil de faible revenu ajusté en fonction de la taille de la famille établi par Statistique Canada, pour l'année au cours de laquelle la cliente s'est inscrite au programme (2013 à 2016).

^e Clientes ayant déclaré ne pas connaître le revenu de leur ménage.

inférieur aux études secondaires (12 %) et une proportion élevée de mères étaient de nouvelles arrivantes au Canada (33 % vivaient au Canada depuis 3 ans ou moins).

L'analyse a porté sur les caractéristiques maternelles des clientes inscrites au PCNP-5P et sur leur participation à ce programme prénatal. Comme aucune recherche n'a été réalisée chez les femmes admissibles au programme mais n'y ayant

pas participé, nous n'avons pas pu déterminer la portée du PCNP-5P ou le taux de participation à celui-ci. Les taux de participation au PCNP à l'échelle nationale en fonction de la population cible sont également inconnus. Nous savons que certaines femmes vulnérables participent au PCNP, d'après les caractéristiques démographiques des participantes au programme¹⁹, mais d'autres recherches visant à déterminer qui ne participe pas au

PCNP, que ce soit à l'échelle locale ou nationale, et les raisons de cette absence de participation, seraient utiles pour renforcer les programmes et améliorer le suivi et l'évaluation de ceux-ci. D'autres études ont cerné des lacunes dans la couverture des services périnataux chez les populations vulnérables, en particulier une étude populationnelle a indiqué que 78 % des femmes recevant une aide au revenu n'avaient pas participé aux

Programmes d'aide communautaire Bébés en santé du Manitoba, qui visent à venir en aide aux femmes vulnérables²⁰.

Dans l'ensemble, les participantes à l'étude ont adhéré au PCNP-5P à une période tardive de leur grossesse : l'âge gestationnel médian à l'inscription était de 25 semaines et la durée de la participation était de 9 visites. Il n'y a pas de « seuil utile » connu de participation au PCNP, en ce sens qu'on ne sait pas à quel âge gestationnel les femmes devraient s'inscrire au programme ni combien de visites sont nécessaires pour obtenir des résultats précis en matière de santé ou sur le plan social. On peut supposer que ce seuil de participation est différent pour chaque femme en fonction de ses besoins individuels et de son profil de risque. Quoi qu'il en soit, des efforts sont nécessaires pour amener les femmes vulnérables à participer aux programmes communautaires pendant leur grossesse afin d'améliorer les conditions de la naissance et les résultats en matière de santé²¹⁻²³. De plus, la collecte de données sur les résultats à l'échelle des centres du PCNP est limitée et non uniforme, et il importe de procéder à une nouvelle évaluation nationale.

Bien que ces données ne soient pas directement comparables à la participation aux programmes prénataux offerts dans les collectivités, des études ont mis en évidence chez les mères un éventail de facteurs de risques associés à une utilisation tardive ou inadéquate des soins prénataux disponibles. Ces facteurs de risque incluent généralement des caractéristiques de vulnérabilité comme un niveau de scolarité inférieur, un faible revenu ou l'absence d'assurance-santé, ou encore le fait d'avoir le statut de réfugiée ou d'être célibataire²⁴⁻²⁸. Il faut se doter de stratégies pour faire participer davantage les femmes vulnérables aux soins prénataux et favoriser leur inscription et leur maintien dans les programmes prénataux offerts dans la collectivité. Les services de santé primaires et communautaires (en particulier médecins de famille, obstétriciens, travailleurs sociaux, centres de santé communautaire) doivent entretenir des relations étroites et créer des partenariats avec les centres du PCNP situés dans leur secteur géographique afin de faciliter l'aiguillage vers ces programmes²⁹. D'après l'expérience du personnel du PCNP-5P, une relation préexistante et empreinte de confiance entre les femmes vulnérables et les fournisseurs de soins de santé

communautaires et de services sociaux est importante pour que les femmes qui sont aiguillées vers le PCNP se sentent à l'aise d'avoir recours au programme, mais d'autres recherches sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

Cette recherche constitue la première étape d'une évaluation visant à déterminer s'il est possible de tirer profit du PCNP pour améliorer l'accès à des services proactifs de soutien à l'allaitement destinés aux femmes vulnérables. Plus des trois quarts des participantes à l'étude (79 %) ont ensuite participé au moins une fois à un type de programme de halte-accueil postnatal au centre de santé communautaire, ce qui semble être le signe d'un intérêt pour le maintien de contacts avec ce centre. D'autres recherches sont nécessaires pour étudier les modèles de prestation des programmes en vue de l'intégration de services à domicile de soutien à l'allaitement dans le cadre du PCNP-5P à titre d'amélioration du programme.

D'après les données canadiennes, d'autres travaux sont nécessaires pour aligner les pratiques en matière d'allaitement avec les recommandations en santé publique^{4,30}. Les données sur les pratiques d'alimentation des nourrissons des participantes au PCNP sont limitées et devraient être davantage étudiées. Le taux d'adoption de l'allaitement chez les clientes du PCNP est comparable au taux national de 91 %, mais la durée de l'allaitement et le taux d'allaitement maternel exclusif sont inconnus^{4,19}. Muhajarine et ses collaborateurs³¹ ont constaté que, même si le taux d'adoption de l'allaitement atteint 89 % chez les participantes au PCNP à l'échelle nationale, environ 60 % des mères ont cessé l'allaitement 4 semaines après l'accouchement. Les examens systématiques confirment l'importance d'un soutien postnatal à l'allaitement pour améliorer les pratiques relatives à l'allaitement^{32,33}. Le programme du PCNP, avec sa structure sociale de soutien et son objectif avoué de soutenir l'allaitement maternel, le rend apte à réduire les disparités constatées dans les taux d'allaitement^{2,34}. Nous avons observé que le PCNP-5P dessert un groupe diversifié de femmes vulnérables mais qu'il y a peu de différences dans la participation en fonction des caractéristiques maternelles. Ces résultats fournissent une information utile pour soutenir les améliorations au programme de ce centre, en particulier les améliorations permettant de

prolonger ce soutien à la période postnatale. Il serait utile que d'autres centres du PCNP analysent les caractéristiques socio-démographiques et psychosociales des participantes et qu'ils étudient les associations entre ces caractéristiques et la participation des clientes afin d'orienter les stratégies de prestation du programme. Une évaluation approfondie de la participation à certaines composantes particulières du PCNP serait également être utile.

Forces et limites

À notre connaissance, il s'agit de la première étude évaluant l'association entre des caractéristiques maternelles et la participation à un centre du PCNP. L'une des forces de cette étude est qu'elle se concentre sur les modalités de participation des femmes vulnérables à un programme prénatal communautaire ciblant spécifiquement ce groupe. Une autre force de l'étude réside dans l'utilisation de sources de données déjà disponibles : il s'agit d'une stratégie rentable qui peut guider la prestation de services pour ce centre et renforcer les futures actions de suivi à l'échelle de la collectivité.

En ce qui concerne les limites, toutes les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales reposent sur l'autodéclaration par les participantes, sans possibilité de vérification indépendante. Notre étude a également été limitée par le fait que nous ne pouvions pas recueillir d'information supplémentaire sur les caractéristiques maternelles en dehors de celles obtenues dans le formulaire d'inscription normalisé du centre. De plus, aucune donnée n'était disponible sur les facteurs motivant la participation au PCNP-5P ou l'accès au soutien individuel dans le cadre du programme.

Compte tenu des limites liées à la taille de l'échantillon et à la redondance potentielle entre les trois dimensions de la participation, nous n'avons pas pu créer d'indicateur combiné pour analyser la participation au programme à l'aide d'une variable dichotomique décrivant une exposition élevée ou faible, comme cela a été fait précédemment³. Cependant, toutes les clientes inscrites au programme durant la période à l'étude ont fait l'objet d'une évaluation pour être incluses dans l'étude et 92 % (339/370) ont pu l'être. La plupart des clientes exclues n'étant pas admissibles au PCNP-5P (parce qu'elles n'étaient pas enceintes) ou vivant une

deuxième grossesse dans le cadre du programme (et ayant donc été incluses dans l'étude lors de leur grossesse précédente), le biais de sélection devrait donc être minime.

Cette étude reposant sur les données d'un seul centre du PCNP, il est possible que les résultats obtenus ne soient pas généralisables aux autres centres. Cependant, la zone desservie par le PCNP-5P correspond à une région urbaine de Toronto densément peuplée et diversifiée sur le plan ethnique (population de plus de 88 000 personnes) et il s'agit de l'un des plus importants centres du PCNP de la ville.

Conclusion

Nos résultats confirment que des femmes aux caractéristiques variées et présentant des vulnérabilités variées se sont inscrites au centre du PCNP-5P à Toronto, et qu'il existe peu de différences dans leur participation en fonction de leurs caractéristiques maternelles. Dans l'ensemble, nous avons constaté que les femmes ayant un revenu inférieur au seuil de faible revenu se sont inscrites au programme plus tôt au cours de leur grossesse, qu'elles ont eu un nombre supérieur de contacts individuels avec le personnel du programme et qu'elles ont participé au programme pendant une plus longue période. Nous avons également observé que les femmes ayant un niveau de scolarité inférieur aux études secondaires et n'ayant pas eu d'enfant auparavant pourraient avoir eu besoin d'être soutenues davantage pour s'inscrire au PCNP-5P plus tôt durant leur grossesse et que les mères monoparentales, quant à elles, pourraient avoir eu besoin de soutien supplémentaire pour continuer à participer au programme une fois leur inscription faite.

Nos résultats fournissent des données probantes utiles pour guider les décisions en matière de prestation de services périnataux et de suivi dans le cadre du PCNP-5P. D'autres recherches sont nécessaires pour explorer de nouveaux modèles de prestation des programmes aptes à améliorer les services périnataux offerts aux femmes vulnérables.

Remerciements

Nous remercions les mères qui ont fourni des données au Programme canadien de nutrition prénatale que nous avons évalué.

Nous aimerions également remercier la D^{re} Jingxiong Xu pour son aide en ce qui concerne les imputations. Cette étude a été financée par la Fondation Sprott et par le Centre Joannah et Brian Lawson pour la nutrition infantile. JF a bénéficié pour sa bourse d'études du Régime de bourses d'études supérieures de l'Ontario et de la bourse d'études supérieures Peterborough K. M. Hunter Charitable Foundation. Les sources de financement n'ont joué aucun rôle dans la conception ou la réalisation de l'étude, l'analyse statistique, l'interprétation des données ou la rédaction de l'article.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

JF, DWS et DLO ont conçu l'étude. JF, AM, DWS et DLO ont réalisé la structure de l'étude avec l'appui de SI, SS, BU, VT et EDR. JF et SI ont effectué la collecte et l'analyse des données. AK a fourni les directives de base en matière de statistiques. Tous les auteurs ont contribué à l'interprétation des données. JF a rédigé la première version du manuscrit et tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). À propos du PCNP [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2015 [mise à jour le 4 décembre 2015; consultation le 10 juin 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/programmes-initiatives/programme-canadien-nutrition-prenatale-pcnp/propos-pcnp.html>
2. Agence de la santé publique du Canada. Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2020 [mise à jour le 20 janvier 2020; consultation le 10 juin 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/programmes-initiatives/programme-canadien-nutrition-prenatale-pcnp.html>

3. Muhajarine N, Ng J, Bowen A, Cushon J, Johnson S. Understanding the impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: a quantitative evaluation. *Can J Public Health*. 2012; 103(S1):S26-31. <https://doi.org/10.1007/BF03404456>
4. Statistique Canada. Caractéristiques de la santé, estimations pour une période de deux ans [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [mise à jour le 15 juin 2020; consultation le 15 juin 2020]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310011301&pickMembers%5B0%5D=1.1&pickMembers%5B1%5D=2.1&pickMembers%5B2%5D=3.1&pickMembers%5B3%5D=5.4&request_locale=fr
5. Centre de ressources Meilleur départ. Populations ayant de faibles taux d'allaitement : résumé des conclusions. Toronto (Ont.) : Centre de ressources Meilleur départ, Health Nexus; 2015. En ligne à : <https://resources.beststart.org/wp-content/uploads/2018/12/B09-F.pdf>
6. Gionet L. Tendances de l'allaitement au Canada. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013. [Statistique Canada, n° 82-624-X au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-624-x/2013001/article/11879-fra.pdf?st=njwGkdLu>
7. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatr*. 2010;10(1):20. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-20>
8. Santé Canada. Durée de l'allaitement exclusif au Canada : statistiques et graphiques clés (2009-2010) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2012 [mise à jour le 27 juin 2012; consultation le 10 juin 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-esc/duree-allaitement-exclusif-canada-statistiques-graphiques-cles-2009-2010.html>

9. International Board of Lactation Consultant Examiners. About IBLCE. Fairfax (VA): IBLCE; 2021 [consultation le 28 mai 2021]. En ligne à : <https://iblc.org/about-iblc/>
10. City of Toronto. Neighbourhood improvement area profiles [Internet]. Toronto (ON): City of Toronto; 2020 [consultation le 6 septembre 2020]. En ligne à : <https://www.toronto.ca/city-government/data-research-maps/neighbourhoods-communities/nia-profiles/>
11. City of Toronto. 2016 neighbourhood profile: neighbourhood #85. South Parkdale. Toronto (Ont.) : City of Toronto; 2018. En ligne à : <https://www.toronto.ca/ext/sdfa/Neighbourhood%20Profiles/pdf/2016/pdf1/cpa85.pdf>
12. Francis J, Mildon A, Stewart S, et al. Vulnerable mothers' experiences breastfeeding with an enhanced community lactation support program. *Matern Child Nutr.* 2020;16(3):e12957. <https://doi.org/10.1111/mcn.12957>
13. Francis J, Mildon A, Stewart S, et al. Breastfeeding rates are high in a prenatal community support program targeting vulnerable women and offering enhanced postnatal lactation support: a prospective cohort study. *Int J Equity Health.* 2021;20(1):71. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01386-6>
14. Statistique Canada. Seuils de faible revenu (base de 1992) après impôt [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2015 [mise à jour le 23 décembre 2015; consultation le 10 juin 2020]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/2015002/tbl/tbl01-fra.htm>
15. Statistique Canada. Seuils de faible revenu (SFR) avant et après impôt selon la taille de la communauté et la taille de la famille, en dollars courants [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [mise à jour le 15 juin 2020; consultation le 15 juin 2020]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110024101&request_locale=fr
16. Statistique Canada. Les seuils de faible revenu [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2015 [mise à jour le 27 novembre 2015; consultation le 28 mai 2021]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/2012002/lico-sfr-fra.htm>
17. Omand JA, Carsley S, Darling PB, et al. Evaluating the accuracy of a geographic close-ended approach to ethnicity measurement, a practical alternative. *Ann Epidemiol.* 2014;24(4):246-53. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.12.015>
18. Kowarik A, Templ M. Imputation with the R package VIM. *J Stat Softw.* 2016;74(7):1-16. <https://doi.org/10.18637/jss.v074.i07>
19. Santé Canada. Évaluation du Programme d'action communautaire pour les enfants, du Programme canadien de nutrition prénatale et des activités connexes 2010-2011 à 2014-2015 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2016 [consultation le 10 juin 2020]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/evaluation/2010-2011-2014-2015-evaluation-programme-action-communautaire-enfants-programme-canadien-nutrition-prenatale-activites-connexes.html>
20. Brownell MD, Chartier M, Au W, Schultz J. Program for expectant and new mothers: a population-based study of participation. *BMC Public Health.* 2011;11(1):691. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-691>
21. Canning PM, Frizzell LM, Courage ML. Birth outcomes associated with prenatal participation in a government support programme for mothers with low incomes. *Child Care Health Dev.* 2010;36(2):225-231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01045.x>
22. Brown KK, Johnson C, Spainhower M, Phillips NF, Maryman J. Is timing of enrollment associated with birth outcomes? Findings from a Healthy Start program in Kansas. *Matern Child Health J.* 2017;21(Suppl 1):25-31. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2405-x>
23. Gabbe PT, Reno R, Clutter C, et al. Improving maternal and infant child health outcomes with community-based pregnancy support groups: outcomes from Moms2B Ohio. *Matern Child Health J.* 2017;21(5):1130-1138. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2211-x>
24. Bartholomew S, Boscoe M, Chalmers B, et al.; Groupe d'étude sur l'expérience de la maternité. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2009. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>
25. Feijen-de Jong EI, Jansen DE, Baarveld F, van der Schans CP, Schellevis FG, Reijneveld SA. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2012;22(6):904-913. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr164>
26. Wilson-Mitchell K, Rummens JA. Perinatal outcomes of uninsured immigrant, refugee and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(6):2198-2213. <https://doi.org/10.3390/ijerph10062198>
27. Kandasamy T, Charniak R, Shah R, Yudin MH, Spitzer R. Obstetric risks and outcomes of refugee women at a single centre in Toronto. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(4):296-302. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30604-6](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30604-6)
28. Heaman MI, Martens PJ, Brownell MD, et al. Inequities in utilization of prenatal care: a population-based study in the Canadian province of Manitoba. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):430. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2061-1>
29. Santé Canada. Évaluation du Programme canadien de nutrition prénatale de Santé Canada (PCNP) – Rapport final. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2004. http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/sc-hc/H14-163-2004-fra.pdf

-
30. Baby-Friendly Initiative Strategy Ontario. Ontario's Baby-Friendly Initiative report, 2019. Toronto (Ont.) : BFI Ontario; 2019. En ligne à : https://breastfeedingresourcesontario.ca/sites/default/files/pdf/BFI_OntarioReportCard_201904_FINAL.pdf
 31. Muhajarine N, Ng J, Green K, et al. Understanding the impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: a quantitative evaluation. Saskatoon (SK) : Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit; 2009. En ligne à : <https://spheru.ca/publications/files/CPNP-Evaluation-Report.pdf>
 32. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2(2):CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
 33. Chetwynd EM, Wasser HM, Poole C. Breastfeeding support interventions by International Board Certified Lactation Consultants: a systemic review and meta-analysis. *J Hum Lact*. 2019;35(3):424-440. <https://doi.org/10.1177/0890334419851482>
 34. Quintanilha M, Mayan MJ, Raine KD, Bell RC. Nurturing maternal health in the midst of difficult life circumstances: a qualitative study of women and providers connected to a community-based perinatal program. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):314-323. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1951-6>