

PROGRAMME D'AIDE AUX FEMMES ENCEINTES DE MILIEUX DÉFAVORISÉS¹

Marie-Paule Duquette, Janine Desrosiers-Choquette, Sheila Dubois

RÉSUMÉ

Un bébé qui vient au monde pesant moins que 2,500g est plus susceptible de mourir ou d'être sérieusement malade pendant sa première année de vie et court plus de risques d'être affecté de handicaps physiques et mentaux pour la vie qu'un bébé de poids plus élevé. Les bébés de petit poids à la naissance (BPPN) se retrouvent particulièrement dans les populations de milieux socio-économiquement faibles.

Plusieurs études démontrent que le risque du petit poids à la naissance (PPN) parmi les populations défavorisées peut être réduit par une intervention nutritionnelle appropriée auprès des femmes défavorisées. En ce domaine, l'expérience du Dispensaire diététique de Montréal (DDM), avec la méthode d'intervention qui y a été développée par la regrettée Mme Agnes C. Higgins, est reconnue tant au Québec que par la communauté scientifique internationale.

Une partie des bébés de petit poids à la naissance (BPPN) au Québec, dont le taux de 6.6% en 1985 était le plus élevé parmi les provinces canadiennes, est reliée à la situation de pauvreté de nombreuses femmes enceintes. Dans sa recherche de solutions pour diminuer à 4% l'incidence des BPPN, le gouvernement du Québec a décidé de subventionner un projet-pilote auprès des femmes enceintes de milieux défavorisés et de modeler cette intervention sur la Méthode d'intervention nutritionnelle Higgins (MINH) avec, comme supplément alimentaire, un litre de lait entier par jour et un supplément minéralo-vitaminique.

La MINH est une subtile combinaison d'art et de science.

La particularité de la MINH repose sur un plan de réhabilitation nutritionnelle établi par une diététiste clinicienne, à partir de l'ensemble des risques bio-psycho-sociaux et nutritionnels encourus par une femme enceinte. La relation soutenue qui s'établit entre la diététiste et sa cliente, dans un climat de confiance et de respect, amène la future mère à effectuer les changements alimentaires requis. Lorsque indiqué par la situation financière de la cliente, un supplément alimentaire lui est fourni : un litre de lait entier et un oeuf par jour ainsi qu'un supplément minéralo-vitaminique. Pour vérifier l'éligibilité de sa cliente à ces suppléments, la diététiste utilise la Grille d'adéquation de revenu, une composante essentielle de la MINH développée par le DDM.

Au DDM, tout est mis en oeuvre pour soutenir la future maman. À cette fin, les diététistes du DDM sont en constante interrelation avec le médecin traitant et tout autre professionnel intervenant auprès de leurs clientes et, au besoin, les réfèrent auprès de ressources appropriées, professionnelles ou autres.

Les résultats des études du DDM récemment publiées démontrent l'importance de l'évaluation nutritionnelle rigoureuse afin de dépister les femmes à risque sur le plan nutritionnel, particulièrement celles qui sont sous-alimentées. L'augmentation du poids à la naissance des bébés traités reliée à la MINH devient plus importante lorsqu'au moins quatre contacts diététiste-cliente ont lieu. D'autre part, si l'on compare les résultats du DDM avec ceux du "Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children (WIC)" américain, on constate l'efficacité de l'approche d'éducation personnalisée de la MINH.

LE PROJET-PILOTE

Le but du projet-pilote subventionné par le gouvernement du Québec était d'évaluer le fonctionnement en CLSC de la MINH avec, comme supplément alimentaire, un litre de lait entier par jour et un supplément minéralo-vitaminique, afin de préciser un plan d'intervention nutritionnelle optimal applicable dans le cadre d'un éventuel Programme d'aide aux femmes enceintes de milieux défavorisés à l'échelle du Québec.

Le projet a été réalisé sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les autres partenaires impliqués sont le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), le DDM qui, mandaté à cette fin, a élaboré le devis de recherche et assumé la responsabilité de la planification et de la coordination de l'ensemble des études requises, et les CLSC de Matane et Saint-Henri, choisis comme sites du projet-pilote. Ces deux

¹ Projet subventionné par le gouvernement du Québec.

CLSC, situés l'un en milieu urbain et l'autre en milieu rural, desservent une population où le taux de BPPN est historiquement élevé. Préalablement au projet, ils avaient à leur emploi des diététistes dont l'intervention auprès des femmes enceintes était basée sur la MINH.

Les objectifs du projet-pilote ont été établis comme suit par la Direction générale de la prévention et des services communautaires du MSSS:

1. développer un mécanisme d'identification de la clientèle-cible à risque;
2. développer des structures de collaboration entre les principaux partenaires (le MSSS et réseau CLSC, le DDM et le MAPAQ) qui doivent veiller à l'implantation du programme;
3. valider les outils utilisés par le DDM pour identifier et suivre la progression des clientes du programme;
4. tester le mode de distribution du supplément alimentaire;
5. déterminer le format à utiliser pour le supplément alimentaire;
6. établir les coûts moyens de l'intervention en regard des bénéfices.

Pour atteindre ces objectifs, le projet-pilote a été réalisé en quatre volets qui, quoique distincts, sont complémentaires les uns des autres.

VOLET 1 - DESCRIPTION DE LA MINH TELLE QU'APPLIQUÉE AU DDM

A partir de la description détaillée des composantes essentielles de la MINH telle qu'appliquée au DDM, des outils ont été développés pour évaluer la concordance de l'intervention nutritionnelle pratiquée dans les deux CLSC avec la MINH telle qu'appliquée au DDM. Le niveau de concordance requis pour la réalisation du projet-pilote a été établi à au moins 80%.

VOLET 2 - INTERVENTION NUTRITIONNELLE DANS LES DEUX CLSC-PILOTES

Ce volet constitue le cœur du projet-pilote et a été réalisé en deux phases: l'évaluation transversale par une étude de concordance (comparaison de l'intervention nutritionnelle appliquée dans les deux CLSC antérieurement au projet-pilote avec la MINH au DDM) suivie d'une période de mise en oeuvre avant de procéder à l'évaluation prospective de l'application de la MINH en CLSC. L'évaluation prospective a comporté une étude de concordance menée à deux reprises, une étude de cohorte des naissances et une étude de notoriété.

Évaluation transversale

Cette phase du projet s'est déroulée du 1^{er} novembre 1988 au 31 décembre 1988. Les outils développés pour évaluer la concordance avec la MINH telle qu'appliquée au DDM y ont été utilisés.

L'utilisation de la MINH par les diététistes des deux CLSC-pilotes a été évaluée sous deux aspects: la technique d'entrevue, par observation directe, et la tenue de dossier, par vérification à partir d'un échantillon aléatoire de dossiers. Aucun des trois diététistes n'a atteint le résultat de concordance requis (minimum de 80%) pour toutes les composantes de l'intervention.

Mise en oeuvre

Au cours de cette phase du projet, qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 30 avril 1989, une période de ressourcement au DDM a été fournie aux trois diététistes.

Les grilles d'intervention utilisées dans les CLSC-pilotes ont été comparées aux formulaires utilisés au DDM. Pour les fins du projet-pilote, elles ont été uniformisées dans les deux CLSC.

Chaque CLSC-pilote a assumé la promotion du programme d'intervention nutritionnelle auprès de la population et des professionnels de son territoire.

Évaluation prospective

L'évaluation prospective s'est déroulée du 1^{er} mai 1989 au 30 avril 1990 dans les deux CLSC-pilotes. Les diététistes ont appliqué la MINH auprès des 272 femmes suivies dans le cadre du projet (110 au CLSC de Matane et 161 au CLSC Saint-Henri). Selon la Grille d'adéquation de revenu, ces femmes avaient un niveau de revenu les rendant éligibles à l'intervention. Pour chaque cas complété, la cliente a été rencontrée de 6 à 8 reprises au cours du projet. Le système de

distribution du lait adopté par chaque CLSC s'est avéré satisfaisant, tant au niveau du format (un litre de lait entier) que du mécanisme de distribution, à savoir un arrangement avec les marchands à Matane et des bons de lait à Saint-Henri.

Étude de concordance

Comme lors de l'évaluation transversale, la concordance de l'intervention nutritionnelle pratiquée dans les deux CLSC-pilotes avec la MINH telle qu'appliquée au DDM a été vérifiée, une fois au début et une autre vers la fin de l'évaluation prospective (été 1989 et printemps 1990). A ce dernier stade, les trois diététistes ont atteint le niveau de concordance minimal requis de 80% pour presque toutes les composantes essentielles de la MINH.

L'utilisation de la MINH telle qu'appliquée au DDM apparaît donc possible dans le contexte du travail en CLSC tout en permettant aux diététistes responsables de cette intervention de poursuivre leur participation aux activités de l'équipe multidisciplinaire en périnatalité. Toutefois, le besoin d'encadrement permettant d'assurer l'intégrité et la rigueur de l'intervention est également ressorti de cette étude.

Étude de cohorte des naissances

Une étude de la cohorte des 699 naissances survenues durant la période de l'évaluation prospective sur les territoires des deux CLSC-pilotes a été menée pour évaluer:

- l'habilité des CLSC à rejoindre la population-cible;
- l'habilité de la Grille d'adéquation de revenu à dépister les femmes défavorisées au plan socio-économique;
- l'habilité de la MINH à améliorer l'issue de la grossesse.

Le questionnaire préparé pour cette étude a été administré par les infirmières en périnatalité de chaque CLSC lors de la visite post-natale.

Au total, 578 mères y ont répondu, soit un taux de réponses de 83% (93% à Matane et 75% à Saint-Henri).

Les résultats de cette étude indiquent que le taux de couverture de la population-cible n'a pas été le même dans les deux CLSC-pilotes, soit 85% à Matane et 55% à Saint-Henri.

L'étude de cohorte des naissances démontre que la Grille d'adéquation de revenu constitue un outil de dépistage efficace pour identifier les femmes à risque d'issue défavorable de la grossesse à cause de leur faible statut socio-économique. Elle révèle également que ces femmes personnellement défavorisées ne comptent que pour le tiers ou moins des femmes enceintes de territoires identifiés comme étant défavorisés.

Il était connu dès le départ que le nombre de sujets de l'étude de cohorte des naissances n'était pas suffisant pour obtenir des données statistiquement significatives quant au taux de BPPN. Toutefois, les résultats démontrent que la MINH a réduit l'écart entre le poids à la naissance des bébés nés des mères défavorisées (éligibles à l'intervention) et celui des bébés nés de mères favorisées (inélégibles à l'intervention), indiquant possiblement un gain de poids à la naissance de 100g à 200g chez les bébés nés des mères défavorisées qui ont bénéficié de l'intervention. Or plusieurs études démontrent qu'une augmentation du poids à la naissance de 100g à 200g se traduit par une réduction de 40% à 78% du taux de BPPN. De plus, le poids à la naissance des bébés des mères défavorisées avec intervention s'est avéré comparable à celui de la moyenne provinciale.

Enquête de notoriété auprès des professionnels en périnatalité

Réalisée à deux reprises (un peu avant et vers la fin de l'évaluation prospective), cette enquête par questionnaire autogéré a permis de recueillir l'opinion des professionnels en périnatalité des territoires des deux CLSC-pilotes concernant le programme d'intervention nutritionnelle dispensé au CLSC. Globalement, ces professionnels semblent apprécier la disponibilité de cette intervention pour les femmes enceintes de milieux défavorisés.

VOLET 3 - ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS FORMÉS AU DDM

Une enquête par questionnaire autogéré a été menée auprès des 201 professionnels de la santé oeuvrant au Canada et ayant participé à des programmes de formation du DDM. Un taux de réponses de 83% a été obtenu. Cette enquête révèle que les CLSC au Québec et les "Public Health Units" ailleurs au Canada sont les organismes où la MINH est le plus fréquemment utilisée (47%) et que les diététistes sont les intervenants directs auprès de la population-cible dans la plupart des cas. Cependant, il semble que la MINH ne soit pas utilisée intégralement ailleurs qu'au DDM, le taux

d'utilisation des composantes essentielles de la méthode s'échelonnant de 35% à 91% chez les répondants. Par ailleurs, trop peu de répondants ont fourni des données sur les résultats d'issue des grossesses qu'ils ont suivies pour permettre d'évaluer l'impact de la MINH sur l'incidence du PPN, lorsqu'elle n'est appliquée que partiellement.

VOLET 4 - ESTIMATION DU RATIO COÛT:BÉNÉFICE DE LA MINH

Pour estimer le ratio coût:bénéfice associé à l'application de la MINH à l'échelle du Québec, le processus suivi a été celui suggéré par l'Institute of Medicine. Les données de population ont été établies à partir des 83,909 naissances de l'année 1987-1988. Les coûts ont été ajustés en dollars canadiens de 1990.

Coût de l'intervention nutritionnelle basée sur la MINH

Le "suivi MINH type" d'une grossesse est basé sur l'expérience du DDM et du projet-pilote. Il comporte 22 semaines de service avec 6 contacts diététiste-cliente. Pour la population-cible estimée à 20% des femmes enceintes du Québec, soit 16,782 femmes enceintes défavorisées, le coût estimé du "suivi MINH type" d'une grossesse est de 357\$ en milieu urbain et 383\$ en milieu rural. Tenant compte de la répartition des femmes du Québec en milieux rural et urbain, l'estimation du coût annuel total de l'intervention est de 6,087,166\$.

Coût des soins aux BPPN issus des femmes enceintes défavorisées

Pour estimer ce coût, la plupart des données financières ont été obtenues du MSSS pour l'année 1989-1990 et les autres informations requises ont été puisées à partir de la littérature internationale.

Au taux estimé de 12% de BPPN nés des femmes défavorisées du Québec, soit 2,014 bébés, le coût des soins à leur prodiguer durant leur première année de vie (hospitalisation initiale et ré-hospitalisation) est de 12,096,378\$, soit 6,006\$ par enfant. Ce coût est sous-estimé, les données utilisées n'incluant pas les honoraires de médecins et ne tenant pas compte du coût des soins aux BPPN décédés avant le 7^e jour. Par ailleurs, le coût des soins à fournir à tout nouveau-né durant la même période étant estimé à 855\$, un BPPN coûte donc 5,151\$ de plus qu'un nouveau-né "normal" au cours de sa première année de vie. Le coût imputable au PPN est donc de 10,373,839\$ pour les 2,014 BPPN nés de la population-cible.

En plus du coût des soins aux 2,014 BPPN durant leur première année de vie, on doit également tenir compte de la morbidité (de légère à sévère) qui affecte près de 20% de ceux qui survivent à leur première année de vie. Le coût à vie des soins à ces quelque 400 personnes est de l'ordre de 90 millions de dollars, soit approximativement 225,000\$ par personne. Signalons que, contrairement au coût des soins durant la première année de vie, le coût des soins associés à la morbidité est récurrent et le nombre des personnes qui en sont affectées s'additionne d'année en année.

Efficacité de la MINH à réduire le taux de BPPN

Une estimation conservatrice de la réduction du taux de BPPN nés des femmes enceintes défavorisées réalisable par l'application de la MINH à l'échelle de la province est d'au moins 50% (de 12% à 6%). En effet, l'étude du DDM comparant les enfants d'une même fratrie, traités à la MINH et non traités, démontre une réduction de plus de 50% du taux de BPPN avec au moins quatre contacts diététiste-cliente. Une telle réduction du taux de BPPN est non seulement réalisable, on peut même escompter des résultats plus avantageux puisque des taux entre 4% et 5% de BPPN sont régulièrement obtenus par le DDM auprès de sa clientèle.

Coût évité en soins aux BPPN versus débours pour la MINH

Au taux estimé de 12% de BPPN parmi les 16,782 femmes défavorisées du Québec, le coût des soins à prodiguer à leurs 2,014 BPPN durant la première année de vie qui est imputable au PPN est presque deux fois plus élevé que celui de l'application de la MINH auprès de ces femmes (10,373,839\$ versus 6,087,166\$). A la suite de l'application de la MINH à l'échelle du Québec (diminution de 12% à 6% du taux de BPPN nés des femmes défavorisées), le coût des soins imputable au PPN durant la première année de vie diminuerait de moitié (5,186,920\$) et le coût à vie des soins engendrés par la morbidité affectant près de 20% de ces bébés passerait de 90 à 45 millions de dollars. Par ailleurs, le coût annuel de l'application de la MINH auprès des 16,782 femmes défavorisées du Québec est de 6,087,166\$.

En conséquence, la dépense annuelle de 6,000,000\$ pour l'application de la MINH auprès des femmes enceintes défavorisées du Québec permettrait d'économiser 50,000,000\$ en soins aux BPPN nés de ces femmes durant la même année, soit un ratio coût:bénéfice de 1:8.

En termes strictement économiques, il y a donc lieu de favoriser cette intervention nutritionnelle préventive plutôt que la médecine de survie qui s'applique lorsque naît un BPPN, et ce d'autant plus que celle-ci permet rarement à l'enfant de recouvrer un état de santé optimal.

CONCLUSION

La MINH peut réduire d'au moins 50% le taux actuel de 12% de BPPN nés des femmes défavorisées et il est même plausible d'en escompter une réduction plus importante. En réduisant ce taux à 6% par son application à l'échelle du Québec, la MINH est une intervention dont le coût est largement compensé par celui évité en soins aux BPPN nés des femmes défavorisées durant leur première année de vie et en soins à vie à ceux qui sont affectés de morbidité.

La MINH, par l'application de la Grille d'adéquation de revenu, permet de dépister les femmes enceintes à risque d'issue défavorable de la grossesse à cause de leur faible situation économique. Des économies substantielles peuvent donc être réalisées puisque, plutôt que de rejoindre toutes les femmes enceintes d'un territoire identifié comme étant défavorisé, l'application de cette grille permet de limiter l'intervention aux seules femmes dont le revenu familial, quelque en soit la source (prestations de l'aide sociale ou de l'assurance-chômage, salaire minimum, etc.), est insuffisant pour satisfaire à leurs besoins nutritionnels.

La MINH peut être efficacement intégrée au sein du réseau des services de santé et sociaux, notamment en CLSC. Son application à l'échelle du Québec requiert une provision budgétaire permettant de couvrir les services de diététistes spécialisés dans cette approche de counseling nutritionnel de même que les suppléments alimentaire et minéralo-vitaminique prévus pour le Programme d'aide aux femmes enceintes de milieux défavorisés.

La MINH peut contribuer à l'atteinte de l'objectif de 4% de BPPN au Québec puisque la seule réduction de 12% à 6% chez les femmes défavorisées pourrait faire diminuer l'incidence de BPPN de 6% à 4.8%. Lorsque éventuellement le taux de 4% de BPPN sera atteint au Québec, il faudra poursuivre l'intervention nutritionnelle prénatale préventive auprès des femmes défavorisées pour maintenir ce taux à ce niveau.