

Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de prévention en périnatalité en milieu d'extrême pauvreté

The perception of social support provided by health professionals according to the participants of a program of prevention in perinatal period who live in extreme poverty.

La percepción del apoyo social recibido del trabajador comunal por las participantes a un programa de prevención en prenatal en un medio de extrema pobreza

Michel Perreault, Catherine Trempe-Masson, Denise Gastaldo, Ginette Boyer and Christine Colin

Volume 23, Number 1, Spring 1998

Autisme

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032443ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032443ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Perreault, M., Trempe-Masson, C., Gastaldo, D., Boyer, G. & Colin, C. (1998). Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de prévention en périnatalité en milieu d'extrême pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 23(1), 163–186. <https://doi.org/10.7202/032443ar>

Article abstract

One of the essential elements of the "Programme intégré de prévention en périnatalité-Naître-égaux-Grandir-en-santé" (Born Equal-Brought up Healthy) is to have a health professional offering general support to pregnant women living in poverty. This research is based on a secondary analysis of the transcriptions of interviews done in order to implement the program. The thematic content analysis was employed to analyze the women's perception of the support provided by the health professional, the relationship between client-professional, and the perceptions of these women about the impact that the social support had on their pregnancy experience. The categories of support that emerged from the analysis are: information support, emotional support, instrumental support, changing life style support, recreational support, and availability of support. The categories of impact perceived by the participants are: learning, changes in life style, to be in a good mood, and the use of community resources. A key element in the perception of support by the participants is the establishment of a relationship of trust between professional and client. This relationship of trust is important to the development of intimacy and to foster the perception of a more intense kind of support. Hence social support and the relationship of trust work in synergy and reinforce each other.



Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de prévention en périnatalité en milieu d'extrême pauvreté

Michel Perreault*

Catherine Trempe-Masson**

Denise Gastaldo***

Ginette Boyer****

Christine Colin*****

Un soutien global offert par une intervenante privilégiée à des femmes enceintes vivant en situation de pauvreté est un des éléments essentiels du Programme intégré de prévention en périnatalité *Naître-égaux-Grandir en santé*. Cette recherche constitue une analyse secondaire des verbatims recueillis lors d'entrevues effectuées pour l'étude de mise en oeuvre du programme. La perception du soutien reçu de l'intervenante par la cliente, le processus relationnel entre l'une et l'autre, ainsi que la perception des impacts du soutien sur le vécu de grossesse y sont étudiés au moyen d'une analyse thématique de contenu. Les catégories de soutien ressorties de cette analyse sont le soutien informatif, émotionnel, instrumental, le soutien à la modification des habitudes de vie, le soutien récréatif ainsi que la disponibilité du soutien. Les impacts perçus par les participantes sont les apprentissages, les modifications des habitudes de vie, le fait de garder un bon moral et l'utilisation des ressources communautaires. L'établissement d'une relation de confiance apparaît comme l'élément-clé dans la perception du soutien apporté par l'intervenante. Cette relation de confiance devient nécessaire au développement d'une intimité plus grande et à la perception d'un soutien plus intense. Ainsi le soutien social et la relation de confiance agissent en synergie et se renforcent mutuellement.

- * Professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
- ** Infirmière bachelière, assistante de recherche à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
- *** Chercheure invitée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
- **** Sociologue et agente de recherche à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- ***** Médecin et sous-ministre adjoint au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Remerciements

Cette recherche a bénéficié du programme de recherche de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (santé communautaire) et d'une bourse d'initiation à la recherche en sciences de la santé du Fonds de la recherche en santé du Québec. Nos remerciements aux CLSC J. Octave Roussin, Hochelaga-Maisonneuve, Mercier-Est-Anjou et Olivier-Guimond. Un merci spécial à toutes les participantes du programme.

Au Québec, de trop nombreuses familles vivent dans des conditions d'extrême pauvreté. Pour les femmes qui sont dans cette situation, la maternité peut être alors vue comme le moyen de donner sens à leur vie et de transcender la misère par l'amour (Colin et al., 1992). Cependant, les nombreux facteurs de risques engendrés par la pauvreté et les difficultés d'intervention auprès de cette population mettent en péril le bien-être et la santé de ces familles (Colin et al., 1989). Le *Programme intégré de prévention en périnatalité* (PIPP), par son approche globale, se veut un moyen de prévention de la maladie et de promotion de la santé auprès de ces femmes. Le soutien social, en raison de ses effets positifs sur la santé (Cohen et al., 1985) et de la nature des difficultés psychosociales rencontrées par ces femmes (Colin et al., 1989), est un des moyens privilégiés par ce programme afin d'améliorer la qualité de vie et la santé des femmes et de leur enfant.

Cette recherche constitue une analyse secondaire des entrevues effectuées auprès des participantes dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du PIPP. Au moyen d'une analyse thématique de contenu, cette étude vise à connaître le point de vue des participantes au PIPP sur leur relation avec l'intervenante privilégiée. Cette recherche permettra de savoir si les participantes ont perçu du soutien social de la part de leur intervenante, et si oui, de connaître les différents types de soutien perçus et leurs impacts sur le vécu de la grossesse. Cette étude a aussi pour but de mieux comprendre dans quel processus relationnel s'inscrit le soutien social pour produire ses impacts.

Soutien social, santé et maternité

Ces vingt dernières années, nombre d'études se sont penchées sur l'effet du soutien social sur la santé. Il apparaît aujourd'hui que le soutien social a des effets bénéfiques pour la santé mentale et physique (Barrera, 1981; Callaghan et al., 1993; Cobb, 1976; Cohen et al., 1985; House 1981; Israël et al., 1987). Toutefois, il n'y a pas à ce jour de consensus sur le concept même de soutien social ni sur les mécanismes par lesquels il agit sur la santé. O'Reilly (1988) mentionne que la plupart de ses définitions comportent trois éléments : a) un processus interactif, b) des actions ou comportements particuliers, et c) la possibilité d'effets positifs. Plusieurs auteurs conceptualisent ce soutien à partir soit de la structure du réseau soit des différentes fonctions du soutien. La structure du réseau de soutien décrit les interrelations entre les membres (nombre de membres, densité des contacts, fréquence, etc.) (Cohen et al., 1985; Wellman, 1981). Ses fonctions seraient de répondre à des besoins informationnels, instrumentaux, de participation et d'éva-

luation sociale (House, 1981; Cobb, 1976; Barrera, 1981). Brown (1986), suite à l'évaluation empirique du concept multidimensionnel de House (1981) auprès de couples attendant un enfant, conçoit le soutien social comme un construit unidimensionnel où les différents comportements d'aide seraient inextricablement liés entre eux et seraient perçus d'une façon globale comme un seul et même soutien. En général, la structure du réseau influence la qualité et la quantité du soutien qu'il offre (House et al., 1985). Pour certains auteurs, plus le réseau est étendu, plus il est en mesure de remplir adéquatement ces différentes fonctions (Cohen et al., 1985; Belle, 1982).

Le soutien social pourrait avoir un effet sur la santé par un mécanisme-tampon où il protégerait les individus des effets du stress vécu à la suite d'événements négatifs (Cobb, 1976; Cohen et al., 1985; House, 1981; Kessler et al., 1985). Aussi, il aurait un rôle important à jouer dans le développement et le maintien de l'identité sociale, de l'estime de soi et dans le sentiment de contrôle sur l'environnement (Wills, 1985). De plus, le soutien social faciliterait l'adoption de comportements de santé comme faire de l'exercice, avoir une diète saine, etc (Zimmerman et al., 1989).

Par ailleurs, Cohen et al. (1985), ainsi que Gottlieb et Selby (1989), insistent sur l'importance de tenir compte du contexte, de la structure sociale et des interrelations entre le donneur et le receveur pour comprendre comment agit le soutien social. Selon Gottlieb et Selby (1989), le soutien est créé au travers des interactions réciproques. De plus, la disponibilité du soutien semble aussi bénéfique que le soutien lui-même. Tousignant (1988) ajoute que le type de soutien doit correspondre au besoin ressenti pour qu'il puisse avoir un effet positif. Il pourrait aussi avoir des effets négatifs comme la frustration et l'épuisement chez le donneur, le sentiment de dette, de culpabilité et de perte de dignité ainsi que la dépendance à plus long terme chez le receveur (Cohen et al., 1985). Ainsi, la perception du soutien plutôt que le soutien réel semble déterminante pour la réalisation de ses effets positifs (Barrera, 1981; House, 1981).

D'autres études ont porté plus précisément sur l'effet du soutien social durant la grossesse. Il apparaît que le soutien, combiné ou non à des événements négatifs, est associé négativement à l'anxiété et aux symptômes dépressifs, en plus de favoriser des sentiments et des attitudes positives envers la grossesse (Albrecht et al., 1989; Barrera, 1981; Giblin et al., 1990; Norbeck et al., 1989a; Norbeck et al., 1983; Séguin et al., 1995; Turner et al., 1990). Le soutien serait également associé à des taux plus faibles de complications de grossesse (Hickey et

al., 1995; Norbeck et al., 1983; Nuckolls et al., 1972). Aussi, le soutien social et l'étendue du réseau seraient déterminants dans le développement de l'attachement prénatal (Koniack-Griffin, 1988) ainsi que dans l'adaptation et la satisfaction envers les tâches parentales (Cronenwett, 1985). En plus, le soutien faciliterait l'adoption de comportements de santé et favoriserait des soins prénataux adéquats (Aaranson, 1989; Giblin et al., 1990). Toutefois, une étude américaine a montré chez des femmes de race blanche, de milieu défavorisé, qu'un haut taux de soutien social durant la grossesse est associé à une plus forte consommation de drogue ainsi qu'à une augmentation des complications de grossesse (Norbeck et al., 1989b). De plus, Barrera (1981), a observé chez des adolescentes enceintes qu'un réseau de soutien conflictuel est relié à diverses symptomatologies.

Maternité et pauvreté au Québec

Au Québec, chaque année, près de 20 % des femmes enceintes vivent sous le seuil de la pauvreté, la moitié dans des conditions d'extrême pauvreté (Colin et al., 1989; Politique de périnatalité, 1993). Durant la grossesse, ces femmes cumulent souvent de nombreux facteurs de risques associés à l'insuffisance de revenu : faible scolarité, isolement social, utilisation inadéquate des services de santé et des cours prénataux, etc. (Colin et al., 1989; Politique de périnatalité, 1993). Les taux de morbidité infantile (insuffisance de poids à la naissance et prématurité) sont le double de ceux des milieux plus favorisés et se situent autour de 7-8 % (Politique de Périnatalité, 1993). Durant leur grossesse, ces femmes souffrent davantage de carences alimentaires, de pathologies hypertensives, d'épisodes infectieux et de menaces d'accouchement prématuré (Wolkind et Janicek, 1981; Lepage et al., 1989). Les nombreux problèmes auxquels elles sont quotidiennement confrontées créent une situation de stress quasi continu (Colin et Desrosiers, 1989). Le caractère chronique de telles difficultés ainsi que les événements de vie négatifs et un soutien social inadéquat apparaissent déterminants dans l'incidence des problèmes de santé mentale chez les femmes enceintes défavorisées (Séguin et al., 1995). Certaines études montrent un grand nombre de symptômes dépressifs chez des femmes enceintes en milieu de pauvreté (Colin et al., 1992; Séguin et al., 1995). Il semble que ces femmes ont souvent un réseau social plus restreint et reçoivent un soutien moins adéquat que les autres femmes en raison des nombreux conflits souvent présents dans leur réseau, conflits créés par la dépendance et l'asymétrie des relations (Belle, 1982; Colin et al., 1992; Guimont, 1992).

Les programmes de soutien social et leurs effets

Les résultats des études d'intervention offrant des programmes de soutien social durant la grossesse à des populations à risques (adolescentes, femmes en situation de pauvreté) sont plus ou moins constants et différent selon le type d'intervention. Dans un programme conçu par Olds et ses collaborateurs (1986), la visite à domicile d'une infirmière qui offrait du soutien social et de l'éducation sanitaire, en plus de promouvoir l'utilisation du réseau de soutien informel et de faire des liaisons avec les services de santé et les groupes communautaires, a été significative par rapport aux groupes contrôles. En effet, des fumeuses de moins de 17 ans ont mis au monde moins d'enfants de poids insuffisant ou de prématurés. En général, les participantes utilisent davantage les services de santé et les cours prénataux, ont une meilleure alimentation, réduisent davantage leur consommation de tabac, utilisent mieux leur réseau de soutien et ont moins d'infections rénales que celles qui n'ont pas eu la visite d'une infirmière. Dans une autre étude, Poland et al., (1992) notent un plus grand nombre de visites médicales prénatales et une augmentation du poids à la naissance, en comparaison avec le groupe contrôle, à la suite de visites à domicile où des paraprofessionnelles offraient du soutien informatif et instrumental. McLaughlin et al. (1992) ont également observé une augmentation significative du poids à la naissance chez le groupe de primipares à la suite d'interventions de soutien social. Par contre, dans d'autres programmes (Dawson et al., 1989; Heins et al., 1990; Oakley et al., 1988 cité dans Olds et al., 1990; Spencer et al., 1989), on n'a pu observer d'effet significatif quant au poids à la naissance. Toutefois, Oakley et al. (1988) ont observé une meilleure utilisation du réseau de soutien et des services ainsi qu'une diminution des dépressions par rapport au groupe contrôle. Après une recension des écrits, Olds et al., (1990) en arrivent à la conclusion que les interventions doivent se baser sur une approche écologique et inclure le soutien informatif afin d'être efficaces.

Les recherches concernant les programmes de soutien social en périnatalité en ont démontré certains effets positifs sur la grossesse (Oakley, 1985). Cependant, aucune n'a investigué de quelle façon le soutien offert est vécu par les femmes ni comment il devient aidant ou nuisible pour elles. Pourtant, il semble que la perception du soutien soit un élément primordial dans la génération de ses effets bénéfiques. De plus, le contexte, la source du soutien, la structure et la qualité de la relation, la satisfaction des besoins ressentis grâce au soutien reçu ont été mentionnés par différents auteurs comme étant des éléments importants à considérer afin de rendre compte de la complexité du soutien social et

pour comprendre à l'intérieur de quel processus il produit ses impacts (Cohen et al., 1985; Gottlieb et Selby, 1989; House et al., 1985; Tousignant, 1988). Plusieurs auteurs ont mentionné la relation de confiance comme un élément essentiel au succès de telles interventions, mais toujours en considérant le point de vue des intervenants (Colin et al., 1989; Bouchard, 1990; Olds et al., 1990).

Au moyen d'une méthode qualitative, cette recherche étudie le processus relationnel entre l'intervenante privilégiée et la femme enceinte dans lequel s'inscrit le soutien social. La présente analyse a pour but de savoir si les femmes ayant participé au PIPP ont perçu du soutien social de la part de leur intervenante et, si oui, quels types de soutien elles ont perçu et quels impacts, selon elles, cela a eu sur leur vécu de grossesse. Cette démarche peut également permettre la mise en évidence de divers éléments qui influencent la relation entre l'intervenante et la femme enceinte.

Méthode de recherche

Le programme et l'intervention

Le programme intégré de prévention en périnatalité *Naître égaux. Grandir en santé* (Martin et al., 1995), fut conçu et implanté par la Direction de la santé publique de la Régie Régionale de Montréal-Centre depuis 1991 sous forme de projet-pilote dans sept CLSC du Québec. Ce programme privilégie une approche globale et multifactorielle de soins de santé auprès des femmes très défavorisées. Il se base sur les facteurs de réussite des interventions en milieu de pauvreté (Bouchard, 1989; Montreuil et al., 1987). Ce programme a pour but d'améliorer la santé et la qualité de vie des nouveau-nés et de leurs parents qui vivent en situation d'extrême pauvreté. Les objectifs sont de réduire l'insuffisance de poids chez ces nouveau-nés et d'assurer à la femme enceinte un soutien global et personnalisé par l'établissement d'une relation de confiance avec une intervenante privilégiée.

À la phase d'implantation du PIPP, quatre CLSC devaient effectuer un suivi auprès de dix femmes afin d'évaluer les forces et les faiblesses de cette intervention et surtout sa faisabilité. Les critères de participation au programme étaient d'être née au Québec et être de langue française, avoir un revenu familial sous le seuil de pauvreté (établi par Statistique Canada) et avoir moins de 11 ans de scolarité. De plus, 50 % d'entre elles devaient répondre aux critères d'extrême pauvreté c'est-à-dire avoir un revenu à moins de 60 % du seuil de pauvreté et cumuler plusieurs handicaps depuis l'enfance (situation familiale pro-

blématique, expérience d'insertion minimale sur le marché du travail, etc). Le recrutement des participantes s'est fait via les autres services des CLSC, par de la publicité dans les commerces locaux, des références de professionnels de la santé ou d'organismes communautaires ainsi que par le bouche à oreille entre les participantes. Il s'est avéré difficile pour certains CLSC de rejoindre ces femmes; les critères de participation étaient assez restrictifs et celles qui y répondaient étaient très réfractaires aux services de santé et aux services sociaux. Un CLSC n'a pu en rejoindre que neuf et un autre cinq, pour un total de 34 participantes.

Toutes les femmes ayant participé à la recherche ont donc choisi volontairement le programme : les premières volontaires étaient les premières choisies. Conformément aux normes approuvées par le comité éthique de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, les femmes étaient bien informées qu'elles pouvaient à tout moment se retirer de la recherche, du suivi ou du service de suppléments alimentaires, sans préjudice. De plus, elles étaient aussi assurées d'une confidentialité absolue. Toutefois, aucune participante n'a abandonné le programme en cours de route et toutes ont accepté de participer à l'entrevue de recherche.

Lors de l'intervention, les participantes recevaient des suppléments alimentaires quotidiens et un suivi aux deux semaines avec une intervenante d'expérience dans le milieu communautaire (dix infirmières, deux travailleuses sociales, une nutritionniste, une organisatrice communautaire et une médecin). La rencontre, d'une durée d'environ une heure, se tenait à domicile ou à tout autre lieu qui convenait à la participante. Le suivi de santé (évaluation de la courbe de poids, correspondance avec le médecin traitant) et l'éducation sanitaire étaient des interventions qui devaient être faites systématiquement, mais de façon adaptée à chacune des femmes. Les autres services étaient offerts selon les besoins de chaque femme. À l'aide d'une démarche systématique, l'intervenante identifiait et analysait avec la femme enceinte ses besoins à combler et les évaluait en équipe multidisciplinaire. Cette équipe discutait d'un plan d'aide et de suivi qui serait ensuite proposé à la femme enceinte. Les intervenantes ont reçu une formation d'une dizaine d'heures concernant le PIPP et l'approche préconisée.

Collecte des données

Des entrevues enregistrées furent réalisées auprès des 34 femmes ayant participé à l'implantation du PIPP dans quatre CLSC de l'est de Montréal de 1991 à 1992. Ces entrevues d'une durée d'environ 45 minutes ont été faites à domicile ou au CLSC selon le choix de la partici-

pante, durant le huitième mois de grossesse, soit environ 15 semaines après le début du programme (et, pour deux entrevues, après l'accouchement en raison des naissances prématurées). Ces entrevues ont été conduites par une agente de recherche à partir d'une grille semi-structurée¹ et avaient pour but d'évaluer la satisfaction des participantes et l'implantation des différents éléments du programme. Le questionnaire comprenait des questions concernant les services offerts par le CLSC, la distribution des suppléments alimentaires, la qualité de la relation avec l'intervenante privilégiée, le suivi de santé, les apprentissages et les références à des professionnels ou à des groupes communautaires.

Les données

Le corpus de données provient des verbatims des entrevues auprès des 34 participantes. Leur âge moyen est de 22 ans avec un minimum de 16 ans et un maximum de 35. Les données démographiques apparaissent au tableau 1.

Tableau 1
Caractéristiques socio-démographiques
des participantes au PIPP

Caractéristiques socio-démographiques	n (n=34)	%	
Rang de l'enfant attendu	1 ^{er}	17	50
	2 ^e	10	29
	3 ^e	5	15
	4 ^e et +	2	6
Cohabitation	conjoint	12	35
	conjoint+enfant(s)	9	26
	parent(s)	5	15
	seule	6	18
	autres	2	6
Scolarité complétée	6 ^e année et -	5	15
	sec I ou II	12	35
	sec III ou IV	17	50
Source de revenu	B.E.S.	31	91
	ass. chômage	1	3
	salaire du conjoint	1	3
	aucune	1	3
Ayant déjà travaillé	oui	27	79
	non	7	21

L'analyse des données

En raison du type de matériel à analyser et des objectifs de cette recherche, une analyse thématique de contenu a été utilisée (Bardin, 1980; Holsti, 1969; Deslauriers, 1987). En effet, cette étude se veut une démarche centrée sur la perception du soutien. Pour atteindre ce but, l'entrevue semi-structurée et l'analyse thématique de contenu apparaissent comme étant les méthodes permettant d'aller chercher le plus d'informations à propos de la façon pour les participantes de concevoir et d'expliquer leur relation avec l'intervenante privilégiée. Il s'agit ici d'une analyse secondaire des données initialement récoltées dans le but d'évaluer l'implantation du PIPP.

La première étape d'analyse fut la réduction des données par l'identification des passages concernant la relation avec l'intervenante privilégiée et le soutien social. Ces passages ont été découpés et codifiés en différentes catégories (non établies au préalable) pour toutes les entrevues. Puis, une autre chercheure a refait le même travail, de façon indépendante, à partir d'un échantillon des entrevues. L'une et l'autre avaient une connaissance dite de sens commun des concepts reliés au soutien social et, délibérément, elles n'ont pas consulté les écrits avant d'entreprendre l'analyse, afin de favoriser une émergence de concepts. La définition du soutien social qui les guidait se présentait comme un processus interactif dans lequel des comportements d'aide ou des attitudes aidantes sont échangés entre les membres dans le but de produire des effets positifs.

La seconde étape fut la comparaison des résultats. Les deux chercheures avaient identifié de manière très semblable les différentes catégories. Un consensus fut obtenu en discutant des meilleures façons de les nommer pour représenter le mieux possible les concepts sous-jacents. La troisième étape a été de regrouper les nombreuses catégories semblables afin de dégager les grands thèmes contenus dans le texte et obtenir des catégories mutuellement exclusives. En effet, plusieurs catégories pouvaient exprimer plusieurs nuances ou plusieurs degrés d'un même thème. Elles ont donc été réunies dans une même catégorie plus large qui englobait ces différents aspects. Ce regroupement des thèmes s'est aussi effectué par la discussion entre les deux chercheures. De plus, la comparaison des résultats de cette analyse avec les écrits antérieurs devrait permettre d'en augmenter la validité interne (Holsti, 1969).

La relations avec l'intervenante : ce que les femmes en disent

En général, la relation bâtie entre les participantes et leur intervenante privilégiée s'est avérée positive et soutenante. Elles nous parlent de cette relation, des types de soutien qu'elles ont perçus et en quoi cela les a aidées.

La relation de confiance : l'élément-clé

Toutes ont exprimé avoir établi à des degrés plus ou moins intenses une relation de confiance avec l'intervenante privilégiée. Certaines ont simplement dit qu'elles se sentaient à l'aise et respectées (n=13), d'autres mentionnent en plus éprouver des sentiments positifs envers l'intervenante, comme la confiance ou l'affection (n=12), et certaines vont même jusqu'à inclure l'intervenante dans leur réseau intime en mentionnant qu'elle est pour elles une amie ou une mère (n=9).

« [...] est vraiment pas gênante... Peut-être si ç'aurait été une autre.... Peut-être j'aurais pas été à l'aise, je l'sais pas, t'sais c'est elle. »

« Oui, j'suis ben à l'aise avec elle. C'est la première fois que je rencontre quelqu'un comme ça, que j'ai vraiment, vraiment confiance là. Je l'aime ben gros. »

« Marie, je l'adore! Parce que je me suis liée beaucoup d'amitié avec... ben en tout cas pour moi c'est une amie, c'est pas une infirmière, c'est une amie... »²

Les femmes expriment de façon spontanée les différentes qualités qu'elles ont appréciées chez l'intervenante et qui ont été déterminantes dans l'établissement d'une telle relation. Ces qualités sont : l'ouverture d'esprit, le respect (en particulier de l'autonomie et des choix en matière de santé), l'empathie, la discrétion, la confiance, la disponibilité, la flexibilité, le tact, la gentillesse ainsi que la continuité, l'intensité et la régularité de la relation. La relation de confiance, un élément clé pour les concepteurs du programme, apparaît aussi être primordiale pour ces femmes car elle est conditionnelle à la poursuite même de leur participation et est nécessaire pour que la relation puisse être aidante. La relation de confiance est essentielle pour l'efficacité des interventions et ces mêmes interventions viennent renforcer la relation de confiance.

« C'est la seule que ça me dérange pas que ça dure longtemps, fait que on en dit des affaires... On parle de tout! T'sais 'a m'écoute. Ordinairement, quand j'aime pas, je reste pas. C'est la première fois que je tiens mes rendez-vous aux deux semaines, que j'y vas tout le temps, avant ça, c'est rare! [...] Josée c'est pas pareil, c'est l'fun d'aller la voir, c'est pas une charge... Chus pas rien qu'à là pour aller chercher mes coupons, non, j'ai un bon suivi, oui. »

Le soutien perçu : plusieurs façons d'aider

Dans le cadre de cette relation privilégiée, différents types de soutien ont été perçus. Ils seront décrits par ordre d'importance, c'est-à-dire selon la fréquence des mentions et le nombre de femmes qui les ont perçus.

Le *soutien informatif* vient au premier rang, mentionné à 104 reprises par 31 des 34 femmes. Il s'agissait d'informations, de conseils et de suggestions concernant, par exemple, le déroulement de la grossesse, l'alimentation, les autosoins, le rôle du parent, les soins à l'enfant, etc.

« Avec Nicole, j'ai tout appris parce que... t'sais, c'est ma première grossesse, fait que je connaissais rien de ça... ou tu connais à peine là... Fait que 'a m'a tout appris dans l'fond... 'a m'a tout expliqué ça... pis t'sais 'a se donnait la peine, c'est ça que j'aimais, jusqu'à temps que je comprenne. »

En seconde place, vient le *soutien émotionnel*, mentionné à 58 reprises par 28 femmes. Ce type de soutien fait référence au fait que la femme enceinte confie des choses intimes à l'intervenante. Il s'agit de mentions ayant trait à la verbalisation des émotions et des préoccupations, à l'écoute, à l'empathie et à la relation d'aide. Cette dimension du soutien est d'autant plus importante qu'aucune question d'entrevue ne s'y rapportait et qu'elle fût mentionnée de façon tout à fait spontanée.

« Denise, c'était vraiment une oreille pour m'écouter parce que j'étais vraiment perdue, j'savais pus rien. »

« Quand j'filais pas bien, 'a l'voyait tout suite aussi. (...) 'A m'approchait vraiment à petits pas feutrés là, pis on jasait, ça faisait du bien. »

En troisième lieu, le *soutien instrumental* a été mentionné à 37 reprises par 24 femmes. Ce type de soutien comprend l'aide matérielle, les services pratiques, ainsi que les références faites à des groupes communautaires où se procurer des biens, des services ou de la nourriture à moindre coût. Il faut aussi inclure dans cette catégorie l'aide organisationnelle (p. ex. apprendre à faire un budget).

« J'ai été l'autre fois chercher du linge avec elle... J'avais pas de linge, j'ai rien que des pyjamas t'sais... Fait qu'à m'a dit : 'Tu veux-tu moé, j'vas v'nir avec toé, vu que t'es gênée?' [...] Fait que j'ai dit ben oui! Fait que là, on a été chercher mon linge!»

Quatrièmement, 20 femmes ont exprimé à 24 reprises avoir reçu de la part de l'intervenante du soutien pour *modifier leurs habitudes de vie* (alimentation, tabagisme, exercice, etc). Ces femmes ont mentionné les encouragements pour modifier les habitudes de vie, les rétroactions positives suite aux efforts faits et l'analyse du journal alimentaire comme des interventions soutenantes de la part de l'intervenante. Toutefois, elles ont aussi grandement apprécié le respect de l'intervenante lorsqu'elles décidaient de ne pas modifier leurs habitudes de vie.

« Au début 'a voyait que j'buvais pas beaucoup de lait. Pis là, 'a m'disait ben faudrait que t'en boives un p'tit peu plus, t'sais, pis là 'a m'pesait pis 'a m'disait : ben là c'est pas

pire... là 'a l'sait que j'en bois du lait, 'a trouvait que j'faisais ben des efforts pis en plus que j'fume moins, t'sais, 'a m'encourage, 'a m'dit : ben au moins t'as engraisé... Pis c'est l'fun qu'est ce qu'a me disait, moé j'trouvais pas qu'a chialait, c'est des bons conseils qu'a me fait. »

De plus, le *soutien récréatif* a fait l'objet de 15 mentions de la part de 13 femmes. Il s'agit de soutien visant essentiellement à divertir, « à tenir compagnie » par une relation plaisante. Ce type de soutien n'inclut pas les confidences ou autres éléments d'intimité.

Et avoir *quelqu'un sur qui compter quoi qu'il arrive* fut exprimé à 14 reprises par 11 femmes comme un élément soutenant de la relation. Il s'agit d'une disponibilité de soutien inconditionnelle manifestée lors d'une entente informelle, et démontrée par des attitudes d'ouverture et de disponibilité de la part de l'intervenante. Cette catégorie implique plus que la disponibilité professionnelle, mais aussi un engagement personnel de l'intervenante, ce qui apporte en soi du soutien à la femme enceinte en lui signifiant l'intérêt et l'importance qu'elle a pour l'intervenante.

« [...] Je sais qu'est toujours là, si j'ai besoin de quelque chose. Je suis pas toute seule, c'est ça l'important quand t'es jeune pis t'attend un enfant, j'pense que l'important c'est de pas te sentir seule, sentir qu'y'a du monde à côté d'toé qui sont là pour t'aider. [...] T'sais j'ai pas l'impression que je dérange quand j'appelle, j'ai justement l'impression que je dérange jamais. On dirait qu'à s'intéresse à moi, qu'est là. »

Les impacts du soutien

Pour les participantes, le soutien de l'intervenante a eu de nombreux impacts au cours de leur grossesse. La grande majorité dit de façon spontanée « ah! 'a m'a ben aidée!» (n=29). Plusieurs femmes précisent davantage en quoi le soutien reçu de l'intervenante a eu des impacts positifs sur leur grossesse.

D'abord, plusieurs affirment (28 femmes en ont fait mention 61 fois) avoir fait de nombreux *apprentissages* avec leur intervenante au sujet, par exemple, de la grossesse, de l'alimentation, du développement de l'enfant. Ces visites ont aussi permis à 18 femmes (22 mentions) d'obtenir des *biens et services* par la connaissance nouvelle de ressources communautaires ou, du moins pour 15 d'entre elles (19 mentions), d'en connaître l'existence.

« A m'a parlé un peu des Relevailles, parce que moi, à Jennie j'étais même pas au courant. Pis Carrefour des Pitchous pis tout ces affaires-là, j'vas aller faire un tour. »

De plus, 15 femmes disent à 16 reprises que le soutien reçu les a amenées à modifier leur *habitudes de vie néfastes* pour d'autres plus bénéfiques (amélioration de l'alimentation, diminution du tabagisme, etc) ainsi qu'à se sensibiliser à leur corps et à leur santé (p. ex. surveiller la prise de poids). Ces changements dans les habitudes de vie sont le fruit d'une décision personnelle, qu'elle ait été prise pour elles ou pour l'enfant à venir.

« Comme moé, j'me nourris mieux depuis que je connais Christiane. Avant, c'était tout le temps les restaurants, les fast-food, pis depuis que je suis enceinte, t'sais j'me dis peut-être pas pour moé mais pour le bébé, ça serait peut-être meilleur de mieux me nourrir. Christiane a commencé à m'emmener des feuilles de régime, ça m'a fait du bien, ça m'a fait réfléchir. T'sais des fruits j'en mangeais pas... Mais à c't'heure, j'me force pour manger au moins une pomme, une orange par jour, boire mes verres de lait... Ça prend une bonne alimentation pour avoir un bon bébé. »

Pour plusieurs, la visite de l'intervenante a été importante pour les aider à « *garder un bon moral* » (37 mentions par 27 femmes). Cette catégorie en regroupe trois plus spécifiques qui ont aidé les participantes à garder un bon moral. Ainsi, la relation avec l'intervenante privilégiée a permis de *rassurer* certaines participantes (26 mentions par 18 femmes) à propos des nombreuses inquiétudes que la grossesse entraîne, de les *valoriser* (pour 2 femmes avec 2 mentions) et de favoriser une meilleure *intégration de la grossesse* (pour 4 femmes avec 4 mentions), c'est-à-dire de mieux accepter la grossesse et de la vivre de façon plus positive.

« Y'a des bouts durant la grossesse, que tu te sens comme... t'as une transformation qui se fait. Donc, tu te sens toute seule, mais à la fois pas seule. Tu te sens mélangée, tu sais pas si tu vas faire une bonne mère. Mais en ayant Diane, ça m'a aidée à avancer dans ma grossesse avec un bon moral pis à garder une vue positive de la grossesse. »

Dans certains cas (pour 4 femmes avec 5 mentions), le soutien reçu de l'infirmière a aussi été une source de *croissance personnelle*, c'est-à-dire qu'il a permis à la participante de faire une réflexion sur elle-même, d'apprendre à se connaître et à mieux s'accepter.

Aucun impact négatif n'a pu être relevé dans les verbatims, même si des techniques comme la reformulation des questions, la création d'une relation empathique ou l'assurance d'une confidentialité absolue ont été utilisées pour permettre aux participantes d'émettre des commentaires négatifs. Par ailleurs, les participantes mentionnent parfois de légers conflits entre elles et leur intervenante. Ces mésententes ont vite été réglées au fur et à mesure et la relation d'aide s'est négociée de façon à satisfaire les deux protagonistes. De plus, les participantes ont parfois fait des suggestions pour améliorer le programme, comme la continuité du PIPP en post-natal.

Plusieurs types de soutien pour plus d'impacts

Dans le cadre de cette analyse il est difficile de décrire quel type de soutien peut avoir eu quel impact. Toutefois, d'après les observations faites en cours d'analyse, on constate qu'un type de soutien peut avoir eu plusieurs impacts et qu'un impact peut résulter de plusieurs types de soutien. Par exemple, le soutien informatif a permis aux participantes de faire des apprentissages, de modifier leurs habitudes de vie et de garder un bon moral. Mais les soutiens informatif, émotionnel et instrumental ont aussi contribué à garder un bon moral chez les participantes.

Discussion

Cette analyse démontre que les femmes ayant participé au programme de prévention en périnatalité *Naître égaux — Grandir en santé* ont établi une relation de confiance avec l'intervenante privilégiée et ont perçu du soutien social de sa part. Les différents types de soutien perçus par les participantes mettent en évidence l'aspect global et personnalisé du soutien offert par l'intervenante privilégiée tel que préconisé par le PIPP.

Les différents types de soutien dégagés de cette analyse correspondent à ceux qui sont énumérés dans les écrits. Ainsi, Barrera (1981) classe le soutien en six catégories : les interactions intimes, l'aide matérielle, les services, l'aide informative, l'évaluation positive et la participation sociale. House (1981) divise le soutien social en quatre types : le soutien informatif, émotionnel, instrumental et approubatif. L'analyse des verbatims des participantes au PIPP fait ressortir les soutiens de type informatif (conseils, informations, suggestions), émotionnel (écoute, empathie, relation d'aide, *caring*) et instrumental (services, organisation, matériel) tels que conceptualisés par Barrera (1981) et House (1981). Par contre, le soutien approubatif mentionné par House (1981) n'a pas émergé comme une catégorie distincte lors de cette analyse.

Toutefois, la catégorie *soutien aux modifications des habitudes de vie* inclut entre autres des rétroactions positives et des encouragements, qui sont mentionnés dans la définition du soutien approubatif de House (1981). Le *soutien aux modifications des habitudes de vie* est apparu comme une catégorie plus significative que le soutien approubatif dans le contexte bien précis de la relation intervenante-cliente au cours de la grossesse. La présente analyse fait aussi ressortir le *soutien récréatif* (tenir compagnie, se divertir), ce qui rejoint la dimension de participation sociale mentionnée par Barrera (1981). Par contre, *avoir quelqu'un sur qui compter quoi qu'il arrive* ne trouve pas d'équivalent comme type de soutien dans les écrits. Cependant, Gottlieb et Selby (1989) considèrent la *disponibilité du soutien* dans leur définition du soutien social, ce qui veut dire que la possibilité d'avoir accès à du soutien a un effet soutenant immédiat. *Avoir quelqu'un sur qui compter quoi qu'il arrive* concorde comme type de soutien avec la définition de Gottlieb et Selby (1989). Dans cette catégorie, les femmes expriment notamment que la disponibilité de l'intervenante est vue comme une preuve d'engagement personnel et d'intérêt pour elles, ce qui peut aussi correspondre aux marques d'affection et d'estime que certains auteurs classent dans le soutien émotionnel (Barrera, 1981 ; House, 1981).

Selon les participantes, le soutien social a eu des impacts sur le déroulement et le vécu de la grossesse : il a contribué à garder un bon moral, à les rassurer, à les valoriser et à favoriser l'intégration de la grossesse et la croissance personnelle. De plus, il serait à la source de nombreux apprentissages, de modifications des habitudes de vie et d'une plus grande utilisation des ressources communautaires. Certains de ces impacts avaient aussi été observés lors d'autres programmes de soutien social. Dans l'étude de Olds et al. (1986), des jeunes femmes enceintes de milieu défavorisé avaient modifié leurs habitudes de vie et utilisaient mieux les services prénataux. Oakley et al. (1988) ont noté une meilleure utilisation des services et une baisse des dépressions durant la grossesse. Les deux études précédentes avaient en plus observé une meilleure utilisation du réseau de soutien, ce qui n'est pas apparu au cours de la présente étude. Cela peut être dû au fait qu'aucune question d'entrevue ne se rapportait directement aux changements dans les relations interpersonnelles de la participante. Olds et al. (1989) avaient recommandé de créer des programmes d'intervention offrant, en plus du soutien émotionnel, du soutien informatif, et de se baser sur un modèle écologique. La présente étude vient renforcer cette recommandation et l'élargir à un soutien global. En effet, six types de soutien ont été perçus par les participantes en réponse aux différents besoins qu'elles ont exprimés. Par

contre, l'effet global du soutien semble plus déterminant pour produire de multiples impacts. Les différents types de soutien sont liés les uns aux autres et agissent en synergie, se renforçant les uns les autres pour produire un ensemble d'impacts. Cependant, la présente étude ne peut démontrer l'impact réel du soutien social sur l'insuffisance de poids ou d'autres mesures quantitatives ayant trait à la santé de l'enfant, étant donné à la fois la taille et les limites d'un échantillon de convenance.

De plus, pour bien comprendre comment agit le soutien social, on doit tenir compte de la complexité du processus relationnel entre l'aidante et l'aidée ; le contexte, la source du soutien, le type de soutien et la nature des interactions sont des éléments qui influencent la satisfaction envers le soutien (Cohen et al., 1985 ; Gottlieb, 1989 ; Tousignant, 1988). Cette conceptualisation du soutien aide à comprendre la perception du soutien reçu de l'intervenante par la femme enceinte. En effet, la grossesse est un événement de vie où la femme est particulièrement préoccupée par les changements physiques et psychologiques qui se produisent (Old et al., 1989). L'intervenante en santé, de par son rôle professionnel d'aidante et ses connaissances, est particulièrement bien placée pour répondre aux besoins nouveaux de la femme enceinte. À l'aide de la démarche systématique et de la grille d'évaluation continue des besoins, l'intervenante est bien outillée pour connaître les besoins de la femme enceinte et ajuster le type de soutien offert de façon à répondre adéquatement à ses besoins. La relation de confiance entre la femme enceinte et l'intervenante permet la proximité et l'intimité. Par contre, cette même intervenante reste en dehors du quotidien et des événements de vie de la femme enceinte et lui assure un respect inconditionnel, ce qui procure à cette dernière une indépendance vis-à-vis de l'intervenante. Ce type de relation permet donc à la femme enceinte de recevoir un soutien adapté à ses besoins sans qu'il y ait par ailleurs d'effets négatifs vécus par la femme enceinte comme, par exemple, une dette morale ou une perte de dignité. Ainsi, ce soutien est légitimé par son état de grossesse et sa position « naturelle » d'aidée dans la relation intervenante-cliente.

Cette analyse montre que la relation de confiance entre une femme enceinte défavorisée et une telle intervenante est possible et nécessaire pour que l'intervention soit perçue comme aidante par la femme enceinte. D'autres recherches auprès d'intervenants ou de chercheurs sont arrivées à des conclusions semblables (Barnard et al., 1985 ; Montreuil et al., 1987 ; Olds et al., 1990). La création d'une relation de confiance entre la femme enceinte et l'intervenante privilégiée est une des grandes réussites de ce programme car elle se situe dans un contexte où la mé-

fiance de part et d'autre est souvent un obstacle majeur. Les femmes ayant participé au programme ont clairement exprimé la place prioritaire qu'elles accordent aux qualités humaines (empathie, écoute, respect, confiance, chaleur humaine, flexibilité, disponibilité, etc) dans l'établissement de la relation de confiance, par rapport aux compétences professionnelles. Les caractéristiques de l'intervention et les qualités de l'intervenante sont les mêmes que celles mentionnées par Montreuil et al. (1987) et Bouchard (1990).

Par ailleurs, cette recherche possède certaines limitations ayant trait à sa méthodologie. En effet, il s'agit d'une analyse secondaire d'entrevues effectuées pour l'évaluation de l'implantation du PIPP. Ainsi, les catégories de soutien formulées étaient en partie dirigées à partir d'une grille d'entrevue qui était centrée sur la qualité de la relation avec l'intervenante privilégiée, le suivi de santé, les apprentissages et les références à des professionnels ou groupes communautaires. Par contre, la grille demeurait non spécifique sur la perception des femmes quant à l'élaboration de la relation d'aide, bien que des informations à ce sujet soient ressorties spontanément. De plus, le programme fut conçu à partir de la conception du soutien social de Barrera (1981). Même si la grille d'entrevue n'est pas construite à partir de cette conception, son influence s'est probablement manifestée.

Conclusion

Lors de ce programme, un nouveau type de relation intervenante-cliente s'est créé. La différence entre la perception de culpabilisation souvent vécue lors des interventions traditionnelles (Colin et al., 1992) et celle de soutien ressenti lors de ce programme serait en grande partie liée à la philosophie d'intervention où l'intervenante se centre sur les forces et les besoins de la femme plutôt que sur ses faiblesses et ses manques. Ces femmes expriment aussi l'importance de l'engagement réciproque, voire émotif, entre la femme enceinte et l'intervenante. Avec l'intervenante privilégiée, ces femmes ont bâti une relation où elles étaient de véritables partenaires, où chaque membre est responsable l'un envers l'autre et où l'acceptation et le respect inconditionnels permettent l'autonomie de chacun. Ce nouveau type de relation contraste avec celui utilisé lors des interventions traditionnelles où la technique est valorisée et les relations humaines relayées au second rang. La relation de confiance se développe au fur et à mesure que la femme enceinte perçoit du soutien et du respect de la part de l'intervenante. Cette relation de confiance devient nécessaire au développement d'une intimité plus grande et à la perception d'un soutien plus intense.

Ainsi, le soutien social et la relation de confiance agissent en synergie et se renforcent mutuellement.

Notes

1. Disponible sur demande.
2. Dans les extraits d'entrevues, les noms utilisés sont fictifs.

Références

- AARONSON, L. S., 1989, Perceived and received support, effects on health behavior during pregnancy, *Nursing Research*, 38, 1, 4-9.
- ALBRECHT, S. A., RANKIN, M., 1989, Anxiety levels, health behaviors, and support systems of pregnant women, *Maternal-Child Nursing Journal*, 18, 1, 49-60.
- BARDIN, L., 1980, *L'analyse de contenu*, Presse universitaires de France, Paris.
- BARNARD, K. E., MAGYARY, D., SUMMER, G., 1985, Prevention of parenting alterations for women with low social support, *Psychiatry*, 51, 248-253.
- BARRERA, M. Jr., 1981, Social support in the adjustment of pregnant adolescents : assessment issues, in Gottlieb, B. H., éd., *Social Networks and Social Support*, Sage Publications, Beverly Hills, 69-96.
- BELLE, D., 1982, *Lives in Stress : Women and Depression*, Sage Publications, Beverly Hills.
- BERKMAN, L. F., 1985, The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality, in Cohen, S., Syme, L. S., éd., *Social Support and Health*, Academic Press, Orlando, 241-262.
- BOUCHARD, C., 1990, Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'intervention précoce, *Santé mentale au Québec*, 14, 2, 138-149.
- BROWN, M. A., 1986, Social support during pregnancy : a unidimensional or multidimensional construct?, *Nursing Research*, 35, 1, 4-9.
- CALLAGHAN, P., MORRISSEY, J., 1993, Social support and health : a review, *Journal of Advanced Nursing*, 18, 203-210.
- COBB, S., 1976, Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 38, 5, 300-314.
- COHEN, S., SYME, S. L., 1985, Issues in the study and application of social support, in Cohen, S., Syme, S. L., éd., *Social Support and Health*, Academic Press, Orlando, 3-22.

- COLIN, C., DESROSIER, H., 1989, *Naître égaux et en santé, Avis sur la grossesse en milieu défavorisé*, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- COLIN, C., OUELLET, F., BOYER, G., MARTIN, C., 1992, *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Éditions Saint-Martin, Montréal.
- CRONENWETT, L., 1985, Network structure, social support, and psychosocial outcomes of pregnancy, *Nursing Research*, 34, 93-99.
- DAWSON, P., VAN DOORNINCK, W. J., ROBINSON, J. L., 1989, Effects of home-based informal social support on child health, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10, 63-67.
- DESLAURIERS, J. P., 1987, *Les méthodes de la recherches qualitative*, Sillery, Presses de l'Université du Québec.
- GIBLIN, P. T., POLAND, L., AGER, J. W., 1990, Effects of social support on attitudes, health behaviors and obtaining prenatal care, *Journal of Community Health*, 15, 6, 357-368.
- GOTTLIEB, B. H., SELBY, P. M., 1989. *Social Support and Mental Health : a Review of the Literature*, University of Guelph, Guelph.
- GUIMONT, B., 1992, *Les relations interpersonnelles et le réseau social de femmes enceintes de milieu défavorisé*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- HEINS, H. C., NANCE, N. W., MC CARTHY, B. J., EFIRD, C. M., 1990, A randomized trial of nurse midwifery prenatal care to reduce low birth weight, *Obstetrics and Gynecology*, 75, 341-345.
- HICKEY, C. A., CLIVER, S. P., GOLDENBERG, R. L., MCNEAL, S. F., HOFFMAN, H. J., 1995, Relationship of psychosocial status to low prenatal weight gain among nonobese black and white women delivering at term, *Obstetrics and Gynecology*, 86, 2, 177-183.
- HOLSTI, O. R., 1969, *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*, Addison Wesley, Reading.
- HOUSE, J. S., 1981, *Work Stress and Social Support*, Addison-Wesley, Menlo Park.
- HOUSE, J. S., KAHN, R. L., 1985, Measures and concepts of social support, in Cohen, S., Syme, S.L., éd., *Social Support and Health*, Academic Press, Orlando, 83-108.
- ISRAËL, B. A., ANTONUCCI, T. C., 1987, Social network characteristics and psychological well-being : a replication and extension, *Health Education Quarterly*, 14, 4, 461-481.

- KESSLER, R. C., MCLEOD, J. D., 1985, Social support and mental health in community samples, in Cohen, S., Syme, S. L., éd., *Social Support and Health*, Academic Press, Orlando, 219-240.
- KONIAK-GRIFFIN, D., 1988, The relationship between social support, self-esteem, and maternal-fetal attachment in adolescents, *Research in Nursing and Health*, 11, 269-278
- LEPAGE, M. C., LEVASSEUR, M., COLIN, C. et al., 1989, *La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- MARTIN, C., BOYER, G., BEAUREGARD, D., DE BLOIS, S., DENHEY, L., DURAND, D., FORTIER, M., OUELLET, F., PARENTEAU, S., STEWART, B., 1995, *Naître égaux — Grandir en santé, Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Québec.
- MARTIN, C., OUELLET, F., 1984, *Pour une éducation sanitaire en milieux populaires dans le domaine de la périnatalité*, Ministère des affaires sociales, Québec.
- MCLAUGHLIN, F. J., ALTEMEIER, W. A., CHRISTENSEN, M. J., SHERROD, K. B., DIETRICH, M. S., STERN, D. T., 1992, Randomized trial of comprehensive prenatal care for low-income women : effect on infant birth weight, *Pediatrics*, 89, 128-132.
- MONTREUIL, S., COLIN, C., 1988, *Le défi de l'intervention prénatale en milieu défavorisé*, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- MSSSQ, *Politique de périnatalité*, 1993, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- NORBECK, J. S., ANDERSON, N. J., 1989a, Life Stress, social support and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women, *Research in Nursing and Health*, 12, 281-287.
- NORBECK, J. S., ANDERSON, N. J., 1989b, Psychosocial predictors of pregnancy outcomes among low-income black, hispanic, and white women, *Nursing Research*, 38, 34, 204-209.
- NORBECK, J. S., TILDEN, V. P., 1983, Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy : a prospective, multivariate study, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 1, 30-46.

- NUCKOLLS, K. B., CASSEL, J., KAPLAN, B. H., 1972, Psychosocial assets, life crisis, and the prognosis of pregnancy, *American Journal of Epidemiology*, 95, 5, 431-441.
- OAKLEY, A., 1985, Social support in pregnancy : the "soft" way to increase birthweight?, *Social Science and Medicine*, 21, 11, 1259-1268.
- OAKLEY, A., RAJAN, L., 1988, *The social support and pregnancy outcomes study*, Presented at Advances in the Prevention of Low Birth Weight, Bureau of Maternal and Child Health and Ressources Development and the National Institute of Child Health and Human Development, US Public Health Service, Chatham.
- OLDS, D. L., HENDERSON, C. R., TATELBAUM, R., CHAMBERLIN, R., 1986, Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy : a randomized trial of nurse home visitation, *Pediatrics*, 77, 1, 106-116.
- OLDS, D. L., KITZMAN, H., 1990, Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk?, *Pediatrics*, 86, 1, 108-116.
- O'REILLY, P., 1988, Methodological issues in social support and social network research, *Social Sciences in Medicine*, 8, 863-873.
- POLAND, M. L., GIBLIN, P. T., WALLER, J. B., HANKINS, J., 1992, Effects of a home visiting program on prenatal care and birthweight : a comparison study, *Journal of Community Health*, 17, 4, 221-229.
- SÉGUIN, L., POTVIN, L., ST-DENIS, M., LOISELLE, J., 1995, Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy, *Obstetrics and Gynecology*, 85, 4, 583-589.
- SPENCER, B., THOMAS, H., MORRIS, J., 1989, A Randomized controlled trial of the provision of a social support service during pregnancy : The South Manchester Family Worker Project, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96, 281-288.
- TOUSIGNANT, M., 1988, Soutien social et santé mentale : une revue de littérature, *Sciences sociales et Santé*, 4, 1, 77-106.
- TURNER, R. J., GRINDSTAFF, C. F., PHILLIPS, N., 1990, Social support and outcome in teenage pregnancy, *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 43-57.
- WATSON, G. K., SEILER, R., 1992, *Text in Context*, Sage Publication, London.
- WELLMAN, B., 1981, Applying network analysis to the study of support, in Gottlieb, B. H., éd, *Social Network and Social Support*, Sage Publication, London, 171-189.

WILLS, T. A., 1985, Supportive functions of interpersonal relationships, in Cohen, S., Syme, S.L., eds., *Social Support and Health*, Academic Press, Orlando, 61-82.

WOLKIND, S., JANICEK, E., 1981, *Pregnancy : a Psychological and Social Study*, Academic Press, Londres.

ZIMMERMAN, R. S., CONNOR, C., 1989, Health promotion in context : the effects of significant others on health behavior change, *Health Education Quarterly*, 16, 1, 57-75.

ABSTRACT

The perception of social support provided by health professionals according to the participants of a program of prevention in perinatal period who live in extreme poverty.

One of the essential elements of the "Programme intégré de prévention en périnatalité—Naître-égaux-Grandir-en-santé" (Born Equal—Brought up Healthy) is to have a health professional offering general support to pregnant women living in poverty. This research is based on a secondary analysis of the transcriptions of interviews done in order to implement the program. The thematic content analysis was employed to analyze the women's perception of the support provided by the health professional, the relationship between client-professional, and the perceptions of these women about the impact that the social support had on their pregnancy experience. The categories of support that emerged from the analysis are: information support, emotional support, instrumental support, changing life style support, recreational support, and availability of support. The categories of impact perceived by the participants are: learning, changes in life style, to be in a good mood, and the use of community resources. A key element in the perception of support by the participants is the establishment of a relationship of trust between professional and client. This relationship of trust is important to the development of intimacy and to foster the perception of a more intense kind of support. Hence social support and the relationship of trust work in synergy and reinforce each other.

RESUMEN

La percepción del apoyo social recibido del trabajador comunal por las participantes a un programa de prevención en prenatal en un medio de extrema pobreza

Un apoyo global privilegiado ofrecido por un trabajador comunal a mujeres embarazadas viviendo en situación de pobreza es uno de los

elementos esenciales del Programa integrado de prevención en prenatal, « Nacer iguales — crecer saludables ». Esta investigación constituye un análisis secundario de los propósitos recogidos en el momento de las entrevistas efectuadas para el estudio de puesta en marcha del programa. La percepción de la clientela del apoyo ofrecido por el trabajador comunal, el proceso de relación entre esta, así que la percepción de los impactos del apoyo sobre la vivencia del embarazo, son estudiados por medio de un análisis temático de contenido. Las categorías del apoyo que sobresalen en este análisis son el sostén informativo, el sostén emocional, el sostén instrumental, el sostén para la modificación de los hábitos de vida, el sostén recreativo así que la disponibilidad de los mismos. Los impactos percibidos por las participantes son los aprendizajes, las modificaciones de los hábitos de vida, el hecho de conservar el entusiasmo y la utilización de los recursos colectivos. El establecimiento de una relación de confianza aparece como el elemento clave en la percepción del apoyo ofrecido por el trabajador comunal. Esta relación de confianza se impone necesaria al desarrollo de una intimidad más grande y a la percepción de un apoyo más intenso. Así apoyo social y la relación de confianza actúan en sinergia y se refuerzan mutuamente.