Fondation OLO
des bébés en santé

L'intervention nutritionnelle OLO
Cadre de référence

Novembre 2017

Fondation OLO
des bébés en santé

L'intervention nutritionnelle OLO
Cadre de référence

Novembre 2017

AVEC LA PRÉCIEUSE COLLABORATION DE :

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

dispensaire diététique de Montréal

Santé et Services sociaux
Québec

Auteures

Julie Deschamps, Dt.P., M.Sc., nutritionniste, Fondation OLO

Élise Boyer, directrice générale, Fondation OLO

Mylène Duplessis Brochu, Dt.P., M.Sc., nutritionniste, Fondation OLO

Collaboratrices au contenu

Annie Brodeur-Doucet, nutritionniste et directrice des programmes et des projets, Dispensaire diététique de Montréal

Jackie Demers, nutritionniste et directrice générale, Dispensaire diététique de Montréal

Pier B. Lortie, courtière de connaissances, Service de transfert de connaissances, des bibliothèques et des pratiques de pointes, Direction administrative de la recherche, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Marie Massuard, courtière de connaissances, Service de transfert de connaissances, des bibliothèques et des pratiques de pointes, Direction administrative de la recherche, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Roxane Fafard, Directrice des opérations et projets, Fondation OLO

Réviseurs

Dalal Badlissi, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, CISSS de Lanaudière ; présidente du comité scientifique, Fondation OLO

Lamia Belfares, agente de planification, de programmation et de recherche à la direction de santé publique (nutritionniste), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Johanne Fleurant, directrice adjointe au programme jeunesse, Secteur périnatalité, petite enfance et mission hospitalière, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Sarah Fournier, nutritionniste et intervenante OLO, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Josée Godin, professeure chargée d'enseignement en sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Khady Kâ, analyste, Unité de la capacité en santé publique et gestion du savoir, ASPC

Élise Lamontagne, Dt.P., agente principale de programmes, ASPC

Julie Lane, adjointe au directeur et gestionnaire du Service de transfert des connaissances, des bibliothèques et des pratiques de pointe, Direction administrative de la recherche, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Laurence Le Hénaff, chef d'équipe à la Direction de santé publique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marlène Mainville, agente de planification, de programmation et de recherche à la Direction de santé publique, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Emmy Maten, nutritionniste, Dispensaire diététique de Montréal

Anne-Sophie Morisset, nutritionniste et professeure adjointe, École de nutrition, Université Laval

Annie Motard-Bélanger, nutritionniste et conseillère en prévention et promotion de la santé, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS

Julie Poissant, experte en périnatalité et petite enfance, INSPQ

Stéphane Ruel, agent de planification, de programmation et de recherche à la Direction générale de santé publique, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS

Marie-Josée Santerre, chef de programme, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Monik St-Pierre, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Josée Trahan, chef de l'administration de programmes, famille-enfance-jeunesse, Territoire Pierre-Boucher, CISSS de la Montérégie-Est

Huguette Turgeon O'Brien, professeure titulaire associée, École de nutrition, Université Laval

Alena Valderrama, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, CHU Sainte-Justine

MERCI !

La Fondation OLO tient à remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce Cadre de référence et à celles, qui depuis le tout début, sont engagées auprès des familles et qui ont permis d'aider 200 000 bébés à naître en santé.

L'intervention nutritionnelle OLO en bref

L'intervention nutritionnelle OLO auprès des femmes enceintes est efficace. En 2016, une étude québécoise en a fourni de nouvelles preuves. Ses résultats ont en effet démontré que l'intervention nutritionnelle OLO réduit de 1,6 fois le risque pour la femme d'avoir un bébé de faible poids à la naissance et qu'elle favorise le développement optimal des bébés et même leur réussite éducative plus tard dans l'enfance, tout en étant rentable pour la société.

Conscients du grand impact de cette approche dans la vie des bébés, les gestionnaires et les professionnels impliqués dans l'intervention nutritionnelle OLO étaient nombreux à exprimer leur besoin d'avoir accès à des recommandations claires qui les guideraient dans toutes les facettes de cette approche. Le présent Cadre de référence s'appuie sur près de 30 ans de résultats de recherches et de pratique. C'est donc d'une démarche rigoureuse, combinant connaissances scientifiques et savoirs acquis sur le terrain, que sont issues les recommandations qui y sont contenues.

La première de ces recommandations est que **l'intervention nutritionnelle OLO devrait être offerte à toutes les femmes enceintes vivant sous le seuil de faible revenu** et qu'aucun critère additionnel ne devrait en restreindre l'accès. **Les coupons OLO (œuf, lait, jus d'orange) devraient être remis dès la 12e semaine de grossesse – avant, si possible, pour ce qui est des suppléments prénataux de vitamines et minéraux** – afin de maximiser les effets bénéfiques sur le développement du fœtus. Avec les coupons OLO, la femme enceinte devrait pouvoir se procurer **chaque jour 1 œuf, 1 litre de lait, 125 ml de jus d'orange pur à 100 %**, des aliments privilégiés en raison de leur accessibilité, de leur polyvalence et de leurs qualités nutritives.

La femme enceinte devrait être rencontrée au moins une fois par mois pendant sa grossesse, individuellement ou en groupe. Si la littérature nous enseigne qu'**un minimum de quatre rencontres individuelles** devrait faire partie de l'intervention, les établissements sont néanmoins encouragés à en réaliser un plus grand nombre si leur contexte organisationnel le permet ou – et surtout – si des besoins particuliers de la femme enceinte l'exigent. **L'accompagnement individuel inclut deux types d'interventions : l'évaluation nutritionnelle et les suivis.** Alors que l'évaluation nutritionnelle doit être faite par une nutritionniste au début de la série de rencontres, les suivis peuvent être réalisés par une nutritionniste ou une autre intervenante OLO de l'équipe de périnatalité selon la présence de risque nutritionnel chez la femme enceinte. **Les rencontres de groupe, durant lesquelles l'alimentation est le principal sujet de discussion, complètent l'accompagnement personnalisé** et peuvent apporter d'autres bénéfices à la femme enceinte et à son bébé à naître. Ces rencontres sont réalisées par une intervenante OLO de l'équipe de périnatalité ou par une intervenante en milieu communautaire. En tout temps, il est primordial qu'un référencement vers une nutritionniste soit fait

si une intervenante rencontre une femme enceinte présentant un risque nutritionnel particulier.

On peut commencer à présenter et à remettre certains outils de *1000 jours pour savourer la vie* au même moment que l'on remet les coupons OLO afin de sensibiliser le plus tôt possible les parents à l'importance d'acquérir de saines habitudes alimentaires. Après la naissance, l'objectif d'aider le bébé à naître en santé laisse toute la place à l'objectif de favoriser de saines habitudes alimentaires chez les tout-petits et leur famille. La remise d'outils – et non plus de coupons – continuera de soutenir cet objectif.

Lors des rencontres avec les familles, l'approche d'accompagnement est à privilégier afin de favoriser l'augmentation de leur pouvoir d'agir. Les stratégies d'accompagnement sont plus efficaces lorsque les différentes dimensions de la prise de décision de la femme enceinte et de sa famille sont prises en compte. La formation en ligne *1000 jours pour savourer la vie* permet d'ailleurs d'en apprendre davantage sur cette approche et de la mettre en application.

Cet accompagnement est d'une importance capitale quand on sait que l'approche OLO joue un rôle unique auprès des familles vulnérables durant une période cruciale du développement de l'enfant. Si les aliments sont essentiels, il en est de même de cette présence, tôt dans la vie, pour contribuer à sa santé et à ses chances de réussite, aujourd'hui et tout au long de sa vie.

Synthèse des recommandations

RECOMMANDATIONS	CONDITIONS ET STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE
1. **L'intervention nutritionnelle OLO devrait être offerte à toutes les femmes enceintes vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) familial établi par Statistique Canada.** (voir p. 27)	• Déployer les moyens nécessaires pour que l'approche OLO rejoigne toutes les femmes enceintes vivant sous le SFR familial du territoire de l'établissement. • Utiliser le tableau de SFR familial selon les données les plus récentes de Statistique Canada.
2. **L'intervention nutritionnelle OLO devrait débuter le plus tôt possible, soit à partir du moment où la femme enceinte contacte l'établissement pour avoir accès à l'intervention.** (voir p. 29)	L'approche OLO intègre des rencontres avec une intervenante OLO où elle doit remettre à la femme enceinte : • les suppléments prénataux de vitamines et minéraux **avant la 12e semaine** de grossesse, s'il est possible de rencontrer la femme enceinte, afin de maximiser l'effet bénéfique de l'acide folique sur le développement du fœtus ; • les coupons échangeables contre les aliments OLO (« coupons OLO ») idéalement **dès la 12e semaine** de grossesse pour maximiser les effets bénéfiques sur le développement du fœtus ; et • les outils développés dans le cadre de *1000 jours pour savourer la vie* **dès la 12e semaine** de grossesse. En ce qui a trait à ces outils, on trouve dans les Fiches d'aide à l'intervention de *1000 jours pour savourer la vie* la séquence de remise suggérée ainsi que des précisions sur le contexte d'intervention.
3. **L'intervention nutritionnelle OLO devrait être offerte aux femmes suivies jusqu'à leur accouchement. Par la suite, seuls les outils de *1000 jours pour savourer la vie* devraient être distribués aux familles pour soutenir l'acquisition de saines habitudes alimentaires chez les tout-petits et leur famille.** (voir p. 30)	• Cesser la remise de coupons OLO et de suppléments de vitamines et minéraux à l'accouchement. • Poursuivre la remise des outils de *1000 jours pour savourer la vie* à la suite de l'accouchement. • Développer des collaborations avec les organismes communautaires qui permettront que l'accompagnement des familles se poursuivent dans la communauté en toute cohérence et complémentarité.
4. **L'intervention nutritionnelle OLO devrait comprendre au moins une rencontre mensuelle avec la femme enceinte pendant sa grossesse. Ceci correspond à au moins six rencontres si l'intervention nutritionnelle OLO débute à la 12e semaine de grossesse.** (voir p. 32)	• Assurer une rencontre entre une intervenante OLO et la femme enceinte au moins une fois par mois pendant la grossesse de cette dernière. Selon les besoins de la femme enceinte, celle-ci peut être rencontrée plus fréquemment, soit toutes les deux semaines. Il est à noter que les établissements sont encouragés à réaliser plus de rencontres si leur contexte organisationnel le permet.
5. **L'intervention nutritionnelle OLO devrait se réaliser sous forme de rencontres individuelles pouvant être complétées par des rencontres de groupe avec les femmes enceintes à l'occasion desquelles l'alimentation sera le principal sujet de discussion.** (voir p. 33)	<u>Rencontres individuelles</u> • Rencontrer la femme enceinte individuellement par une intervenante OLO (à domicile ou au bureau de l'intervenante) **au moins quatre fois** au cours de sa grossesse. L'accompagnement individuel inclut deux types d'interventions : • Réaliser une ***évaluation nutritionnelle*** de la femme enceinte par une nutritionniste au début de la série de rencontres.

5. (suite)	• Réaliser au moins trois ***suivis*** par une nutritionniste si le plan de traitement établi, à la suite de l'évaluation nutritionnelle, nécessite un suivi nutritionnel. Si la femme enceinte présente un faible risque nutritionnel* et que la nutritionniste juge qu'un suivi nutritionnel n'est pas nécessaire, elle peut mettre fin à son intervention et référer celle-ci à une autre intervenante OLO de l'équipe de périnatalité** (infirmière, technicienne en diététique). Rencontres de groupe • Compléter l'accompagnement personnalisé avec des rencontres de groupe abordant la saine alimentation. Utiliser cette approche mixte permet que la femme enceinte ait un contact avec une intervenante OLO au moins une fois par mois, soit en combinant les rencontres de groupe aux quatre rencontres individuelles minimales requises. • Réaliser des rencontres de groupe par une intervenante OLO de l'équipe de périnatalité* ou une intervenante en milieu communautaire au cours de la grossesse. * Une liste non exhaustive de risques nutritionnels est présentée à la page 34. ** Important : Si un risque nutritionnel apparaît au cours de sa grossesse, la femme enceinte doit être référée à une nutritionniste.
6. L'intervention nutritionnelle OLO devrait privilégier une approche d'accompagnement lors des rencontres avec les femmes enceintes et leurs familles afin de renforcer leur pouvoir d'agir et faciliter le changement de comportement. (voir p. 37)	• S'assurer que les intervenantes OLO aient les connaissances et les compétences pour utiliser l'approche d'accompagnement auprès des familles. • Promouvoir la formation *1000 jours pour savourer la vie* auprès des intervenantes OLO afin d'intégrer l'approche d'accompagnement dans leurs rencontres. Pour plus de détails : http://fondationolo.ca/intervenants-et-accompagnateurs/formation/ • Réaliser une rencontre d'équipe pour discuter de l'approche d'accompagnement présentée dans la formation *1000 jours pour savourer la vie* en utilisant l'*Outil d'animation à l'intention des personnes qui offrent du soutien technique* disponible sur le site web de la Fondation OLO.
7. L'intervention nutritionnelle OLO devrait offrir à la femme enceinte les aliments OLO et les suppléments prénataux de vitamines et minéraux selon les quantités quotidiennes suivantes : **• 1 œuf de calibre « gros » ;** **• 1 litre (4 tasses) de lait (le lait entier [3,25 % de M.G.] est à privilégier à moins qu'une nutritionniste, après évaluation de l'état nutritionnel de la femme enceinte, recommande plutôt le lait à 2 % de M.G. ou le lait sans lactose) ;** **• 125 ml de jus d'orange pur à 100 % ; et** **• 1 dose de suppléments prénataux de vitamines et minéraux (contenant entre autres du fer et de l'acide folique).** (voir p. 39)	• Remettre le nombre de coupons OLO à la femme enceinte selon le moment de sa prochaine rencontre avec une intervenante OLO afin qu'elle puisse consommer quotidiennement les aliments offerts. • Remettre les suppléments prénataux de vitamines et minéraux à la femme enceinte afin qu'elle puisse en prendre une dose par jour tout au long de sa grossesse.

Table des matières

L'intervention nutritionnelle OLO en bref 5
Synthèse des recommandations 7
1 Préambule 11
1.1 25 ans de collaboration, de mobilisation et d'action 11
1.2 *1000 jours pour savourer la vie* 11
2 Mise en contexte 13
2.1 Pourquoi un Cadre de référence ? 13
2.2 À qui s'adresse le présent Cadre de référence ? 13
2.3 Méthodologie d'élaboration du Cadre de référence 13
2.4 Arrimage avec d'autres programmes destinés aux femmes enceintes défavorisées 14
3 Objectif de l'intervention nutritionnelle OLO 19
4 Clientèle ciblée 21
5 Le bien-fondé de l'intervention nutritionnelle OLO 23
5.1 Pourquoi faire une intervention nutritionnelle durant la grossesse ? 23
5.2 L'intervention nutritionnelle OLO : efficace et rentable 23
5.3 Conditions particulières de femmes enceintes à considérer 24
6 Recommandations et stratégies d'intervention 27
6.1 Éligibilité de la clientèle 27
6.2 Début et durée de l'intervention nutritionnelle OLO 29
6.3 Composantes de l'intervention nutritionnelle OLO 32
6.4 Approche d'accompagnement 37
6.5 Aliments OLO et suppléments prénataux de vitamines et minéraux 39
7 Conditions de succès de l'approche OLO 41
7.1 Synthèse des recommandations de la Fondation OLO 41
7.2 Rôles et responsabilités 41
8 Références 43
9 Annexes 49
Annexe 1 Seuils de faible revenu 2016, avant impôt, de Statistique Canada utilisés pour établir l'admissibilité à l'approche OLO selon les tailles de la communauté et de l'unité familiale pour l'année 2017 49
Annexe 2 L'importance des aliments OLO 50
Annexe 3 Grille d'analyse des éléments à considérer pour déployer l'intervention nutritionnelle OLO 51

Liste des figures

Figure 1. Schéma temporel de l'offre de services en périnatalité dans les CISSS ou les CIUSSS pour situer l'approche OLO, le PCNP et les SIPPE 16

Liste des tableaux

Tableau 1. Populations ciblées par les interventions et buts visés 17
Tableau 2. Différences entre l'approche d'accompagnement et l'approche directive 38
Tableau 3. Les responsabilités du champion, du décideur, des alliés et du connecteur dans la mise en œuvre de l'approche OLO 41
Tableau 4. Seuils de faible revenu 2016 (en dollars canadiens), avant impôt, de Statistique Canada utilisés pour établir l'admissibilité à l'approche OLO selon les tailles de la communauté et de l'unité familiale pour l'année 2017 49

Liste des acronymes

ASPC : Agence de la santé publique du Canada
CHU : Centre hospitalier universitaire
CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
NÉ-GS : Naître égaux – Grandir en santé
OLO : Œuf – lait – orange
ONG : Organisme non gouvernemental
PCNP : Programme canadien de nutrition prénatale
PSJP : Programme de soutien aux jeunes parents
SCSP : Système canadien de surveillance périnatale
SFR : Seuil de faible revenu
SIPPE : Services intégrés en périnatalité et en petite enfance

1 Préambule

1.1 25 ans de collaboration, de mobilisation et d'action

En 2016, la Fondation OLO soulignait 25 ans d'action préventive et plus de 200 000 bébés aidés grâce à l'intervention nutritionnelle OLO.

La création de la Fondation OLO en 1991 était le résultat d'une inspirante mobilisation des professionnels en périnatalité du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Ceux-ci ont voulu mettre en place une solution durable, efficace et nationale pour assurer la survie et le développement des projets OLO qu'ils avaient démarrés dans plusieurs CLSC de la province à la suite des résultats concluants obtenus au Dispensaire diététique de Montréal. 25 ans plus tard, ce sont 15 000 familles qui sont rejointes chaque année par l'intervention nutritionnelle OLO, dans toutes les régions du Québec. Si des résultats aussi convaincants sont atteints, ils sont redevables à des centaines, voire des milliers, de professionnels qui, à titre d'intervenants ou de gestionnaires, y ont cru et se sont consacrés au mieux-être de ces familles.

La mission de la Fondation OLO

Aider les bébés à naître en santé et à connaître un bon départ dans la vie par des gestes et un soutien alimentaire adaptés.

1.2 *1000 jours pour savourer la vie*

En 2013, la Fondation OLO lançait l'approche *1000 jours pour savourer la vie*. Ce faisant, l'objectif premier d'aider les bébés à naître en santé s'est complété d'un second : aider les enfants et leur famille à acquérir tôt de saines habitudes alimentaires. Cette initiative de la Fondation OLO est rendue possible grâce au soutien et à l'appui financier d'Avenir d'enfants et de Québec en forme.

Cette initiative d'envergure faisait écho aux attentes et suggestions communiquées par les intervenantes[1] partout au Québec et s'appuyait sur un exercice de courtage de connaissances réalisé au cours de la même période. Rapidement, plusieurs étapes ont été franchies. En octobre 2014, la Fondation OLO publiait un Cadre de référence et des Fiches d'aide à l'intervention, démarrait une communauté de pratique pour les intervenantes OLO et rendait disponibles les deux premiers outils conçus pour les familles. Depuis, de nombreux outils pour les intervenantes et pour les familles ont été élaborés afin d'accompagner ces dernières dans l'acquisition de comportements alimentaires sains, c'est-à-dire bien manger, cuisiner et manger en famille.

S'il est possible d'énoncer l'objectif de l'approche *1000 jours pour savourer la vie* distinctement de celui de l'intervention nutritionnelle OLO, il demeure que les deux objectifs sont parfaitement complémentaires et intimement liés. Et il en est de même de l'accompagnement des parents, pour qui il n'y a pas de justification à distinguer l'approche *1000 jours pour savourer la vie* de l'intervention nutritionnelle OLO.

Il est d'ailleurs utile de mentionner ici que, pour les parents ayant accès à l'approche OLO, l'acronyme OLO englobe sans distinction les rencontres avec l'intervenante, les coupons d'œufs, de lait et de jus d'orange, les suppléments prénataux de vitamines et minéraux, les divers outils offerts et les activités de groupe.

[1] Dans ce document, le féminin et le masculin sont utilisés de façon non discriminatoire et désignent autant les femmes que les hommes. Il est à noter que le féminin a été utilisé pour décrire les intervenantes OLO puisque la grande majorité des personnes qui occupent cette fonction sont des femmes.

Approche OLO = Intervention nutritionnelle OLO + *1000 jours pour savourer la vie*

2 Mise en contexte

2.1 Pourquoi un Cadre de référence ?

L'intervention nutritionnelle OLO occupe un espace que tous lui reconnaissent en santé publique, en périnatalité et à l'intérieur des services sociaux. Cette crédibilité ainsi que la solide tradition de collaboration qui prévaut entre la Fondation OLO, le réseau québécois de la santé et des services sociaux et certains organismes communautaires ne minimisent pas pour autant le besoin des professionnels et des gestionnaires de pouvoir se référer à des normes communes et de trouver des réponses aux questions découlant de l'offre de services aux familles. Dans ce contexte, il est essentiel de bien documenter l'intervention nutritionnelle OLO afin que sa nature, ses paramètres et ses résultats anticipés soient clairement définis et puissent être aisément communiqués.

C'est donc pour établir des lignes directrices d'implantation et d'intervention que le présent Cadre de référence a été élaboré. Celui-ci guidera les gestionnaires et les intervenantes pour offrir aux familles un soutien garant des meilleurs résultats.

Ce document a pour objectif de répondre à plusieurs besoins qui ont été inventoriés au cours des dernières années :

- rappeler les fondements et les bénéfices de l'intervention nutritionnelle OLO afin d'illustrer l'importance de l'offrir à toutes les femmes enceintes qui vivent sous le seuil de faible revenu ;
- définir les caractéristiques de l'intervention nutritionnelle OLO et établir les composantes essentielles à son déploiement ;
- fournir un référentiel standardisé de l'intervention nutritionnelle OLO auprès des familles ;
- répondre aux principales questions des gestionnaires et des membres de leurs équipes qui cherchent à obtenir les meilleurs résultats tout en optimisant les ressources ; et
- situer l'approche OLO par rapport aux services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) et au Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP).

Il convient par ailleurs de reconnaître que ces besoins sont amplifiés par le contexte de changement qu'a connu le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années par la création des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Cette publication s'inscrit dans la volonté de vouloir poursuivre les objectifs de l'approche OLO avec les nouveaux partenaires afin que le plus grand nombre de familles vulnérables continuent de recevoir une aide de grande qualité à un moment où l'impact potentiel de cette aide est déterminant pour les enfants.

2.2 À qui s'adresse le présent Cadre de référence ?

Ce Cadre de référence s'adresse à toutes les personnes qui, par leur action, concrétisent la mission de la Fondation OLO auprès des femmes enceintes et des familles qui vivent sous le seuil de faible revenu.

Les gestionnaires, les intervenantes et les autres professionnels œuvrant au sein des équipes de périnatalité, des directions de santé publique et des directions du programme jeunesse des CISSS/CIUSSS y trouveront des renseignements et précisions essentiels pour optimiser l'implantation de l'intervention nutritionnelle OLO. Par ailleurs, parce que cette intervention se réalise aussi dans des organismes communautaires et dans des centres de santé en milieu autochtone, leurs dirigeants et les personnes qui y accompagnent les familles trouveront également dans le présent Cadre de référence plusieurs réponses à leurs questions.

2.3 Méthodologie d'élaboration du Cadre de référence

Le présent Cadre de référence sur l'intervention nutritionnelle OLO s'appuie sur près de 30 ans de résultats de recherches et de pratique. Pour l'élaborer, les auteures se sont basées sur les recensions d'écrits et les documents suivants :

- la publication du comité scientifique de la Fondation OLO intitulée *Interventions*

comprenant des suppléments alimentaires OLO – Œufs, Lait, Oranges et qui recense la littérature pertinente ainsi que les résultats d'évaluation antérieurs à 2003;

- une revue des écrits publiés entre 2010 et 2015 sur les pratiques réputées optimales en intervention nutritionnelle et sur l'efficacité des aliments et nutriments à réduire chez les femmes enceintes vivant en contexte de vulnérabilité le risque de donner naissance à un bébé de faible poids. Cette recension a été réalisée par l'équipe de transfert de connaissances du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et a reçu un appui financier du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- l'article des chercheurs Catherine Haeck et Pierre Lefebvre consacré à l'intervention nutritionnelle OLO et intitulé *« A Simple Recipe : Estimating the Effect of a Prenatal Nutrition Program on Child Health at Birth »*;
- des recherches additionnelles ciblées dans la littérature, essentiellement dans la période comprise entre 2003 et 2010, reprenant les critères de recherche de la recension décrite dans le deuxième élément de cette liste;
- un sondage en ligne réalisé en février 2016 par l'équipe de transfert de connaissances du CIUSSS de l'Estrie-CHUS auprès de 105 responsables et intervenantes OLO concernant le déroulement de l'intervention nutritionnelle OLO dans les CISSS et les CIUSSS; et
- des discussions avec 29 intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que du milieu communautaire, réalisées dans le cadre d'entrevues téléphoniques de même qu'un groupe de discussion organisé au Dispensaire diététique de Montréal en avril et mai 2016.

Un comité consultatif formé d'experts, de gestionnaires et d'intervenantes a contribué à l'avancement et à la pertinence de la démarche de création du présent Cadre, depuis la planification de la revue de littérature jusqu'à la rédaction des recommandations. Le comité scientifique de la Fondation OLO a également été impliqué à des moments clés de la démarche.

C'est donc d'une démarche rigoureuse, combinant connaissances scientifiques et savoirs acquis sur le terrain, que sont issues les recommandations contenues dans le présent Cadre de référence.

2.4 Arrimage avec d'autres programmes destinés aux femmes enceintes défavorisées

Les femmes enceintes issues de milieux défavorisés qui demandent un soutien au réseau de la santé et des services sociaux lors de leur grossesse ont accès à des intervenantes qui pourront les soutenir dans plusieurs sphères de la périnatalité : préparation au travail et à l'accouchement, habitudes de vie (alimentation, sommeil, tabac, activité physique), allaitement, soins du bébé, sentiment d'attachement et bien d'autres.

L'approche OLO cible principalement l'alimentation de la femme enceinte et des autres membres de la famille, dont le bébé, pendant la grossesse et les deux premières années de vie de l'enfant. Ainsi, les programmes gouvernementaux agissant en périnatalité présentés ci-dessous permettent de couvrir les autres aspects à aborder durant la période périnatale.

OLO et SIPPE

Il y a longtemps que l'intervention nutritionnelle OLO cohabite avec des programmes gouvernementaux en périnatalité au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Parmi ces programmes, on trouve bien sûr les services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE), mais aussi les initiatives qui ont précédé ces derniers, soit Naître égaux – Grandir en santé (NÉ-GS) et le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP).

OLO et les SIPPE ont plusieurs points en commun, dont celui de privilégier l'approche d'accompagnement. Leur cohabitation favorise l'atteinte de plusieurs compétences des SIPPE [1], soit établir un lien de confiance avec les familles, convenir des besoins, co-orienter le changement, soutenir le changement, assurer le suivi et adapter l'accompagnement. L'attractivité des coupons OLO (œuf-lait-jus d'orange) et la perception positive qu'ont les familles pour OLO génèrent un effet de « porte d'entrée » vers les services de soutien. La relation qui se développe

entre les intervenantes OLO et les familles facilite quant à elle l'établissement d'un lien de confiance.

Le lien entre les suivis OLO et les suivis SIPPE s'est d'autant plus précisé lors de la publication, en 2016, du Guide de pratiques pour accompagner les familles : à l'intention des intervenants des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) [1]. Dans ce Guide, dont le but est de soutenir le développement d'une approche d'accompagnement chez les intervenantes, la section portant sur l'accompagnement visant l'adoption de saines habitudes de vie intègre plusieurs principes et messages de l'approche *1000 jours pour savourer la vie* et fait référence aux Fiches d'aide à l'intervention de cette approche [2]. Cette intégration démontre bien que, lorsqu'il s'agit de parler d'alimentation et de comportements alimentaires, les intervenantes SIPPE peuvent se tourner avec confiance vers les contenus de la Fondation OLO et les intégrer dans leurs suivis. L'inverse est aussi possible, car les intervenantes OLO peuvent se référer aux pratiques d'accompagnement du Guide des SIPPE pour intervenir auprès des familles. Ainsi, bien que l'approche OLO soit axée sur l'alimentation, les intervenantes s'adaptent aux besoins des parents, qu'ils soient alimentaires ou non. Les interventions ne se déroulent donc pas en silo et les divers professionnels concernés par les problématiques répertoriées sont aussi impliqués dans l'accompagnement des parents.

Toutefois, il est important de garder en tête que les clientèles de SIPPE et de l'approche OLO ne sont pas exactement les mêmes. En effet, les femmes enceintes qui se qualifient pour les suivis SIPPE présentent des facteurs de risque qui ne se limitent pas à leurs ressources financières insuffisantes, ce qui est le cas pour OLO. Ainsi, si toutes les femmes enceintes admissibles aux SIPPE sont, par défaut, admissibles à l'approche OLO, le contraire n'est pas vrai. Le tableau 1 du présent Cadre de référence précise les populations ciblées par les SIPPE et l'approche OLO.

OLO et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)

Le Programme canadien de nutrition prénatale de l'Agence de la santé publique du Canada a pour objectifs de renforcer les capacités, les compétences et le soutien social des mères et de la famille ainsi que les capacités du domaine de la santé publique de répondre aux besoins de la communauté, plus spécifiquement aux besoins des femmes enceintes, des nouvelles mères et de leurs enfants, ainsi que d'améliorer la santé des femmes enceintes et de leurs tout-petits de moins d'un an qui font face à des conditions à risque. Ce dernier objectif rejoint celui de l'approche OLO en misant sur l'accompagnement des femmes enceintes vulnérables afin d'augmenter le taux de nouveau-nés ayant un poids suffisant à la naissance. Depuis le milieu des années 1990, le PCNP fournit d'importantes ressources financières qui contribuent à la fois à l'achat des aliments et à la capacité des équipes du réseau de la santé et du milieu communautaire de rejoindre et d'intervenir auprès des familles exposées à diverses conditions de risques, incluant le faible statut socioéconomique. L'approche OLO s'inscrit en complémentarité avec ce programme dans l'offre de services ciblant les familles qui vivent sous le seuil de faible revenu.

Figure 1. Schéma temporel de l'offre de services en périnatalité dans les CISSS ou les CIUSSS pour situer l'approche OLO, le PCNP et les SIPPE

Tableau 1. Populations ciblées par les interventions et buts visés

PCNP	
Population cible : • Femmes enceintes qui sont exposées à des conditions à risque telles qu'un faible statut socioéconomique, une grossesse à l'adolescence ou à l'âge de 35 ans et plus, l'isolement social et géographique, la consommation d'alcool ou de drogue et la violence familiale. • Le programme met également l'accent sur l'inclusion des femmes inuites et des Premières Nations vivant dans des collectivités urbaines et rurales.	Buts visés : • Améliorer la santé des femmes enceintes et de leurs enfants de moins d'un an qui font face à des conditions à risque. • Renforcer les capacités, les compétences et le soutien social des mères et de la famille.
SIPPE	
Population cible : • Femmes enceintes vivant en contexte de vulnérabilité : sous-scolarisation des mères (sans diplôme d'études secondaires) + vivre sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada.	Buts visés : • Maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans qui sont dans une situation les rendant vulnérables. • Inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, tout en renforçant le pouvoir d'agir des familles et des communautés dans toutes les sphères de la vie : personnelle, familiale, sociale, culturelle, économique et politique.
Approche OLO	
Population cible : • Femmes enceintes et parents d'enfants de moins de deux ans vivant sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada.	Buts visés : • Aider les femmes enceintes à bien s'alimenter pour assurer la naissance de bébés en santé. • Accompagner les parents pour favoriser les saines habitudes alimentaires tôt dans la vie de l'enfant.

3 Objectif de l'intervention nutritionnelle OLO

En lien avec la mission d'aider les bébés à naître en santé, **l'objectif de l'intervention nutritionnelle OLO est de minimiser les impacts de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire durant la grossesse puisque celles-ci ont des conséquences néfastes sur la santé et le développement de l'enfant à naître.**

Cet objectif est circonscrit dans le temps, soit essentiellement dans la période prénatale. L'intervention nutritionnelle OLO répond donc à des besoins qui doivent être comblés sans délai durant la grossesse pour que l'enfant à naître puisse obtenir les principaux nutriments dont il a besoin pour se développer et venir au monde en santé.

Une conséquence directe et facilement mesurable de cette difficulté des femmes enceintes à bien s'alimenter est le faible poids de naissance, c'est-à-dire moins de 2 500 g. S'il est tout naturel que cette mesure soit omniprésente dans le contexte d'OLO, dans son déploiement comme dans son évaluation, la réduction du nombre de bébés de faible poids ne saurait être le seul et unique objectif de l'intervention.

Cet objectif d'une naissance en santé est étroitement lié au second objectif de l'approche OLO, qui est d'aider à l'adoption de saines habitudes alimentaires. Ce dernier s'inscrit dans la période périnatale. Il a toute sa pertinence durant la grossesse, alors que l'arrivée de l'enfant rend les parents plus disposés à adopter de nouveaux comportements. Il est tout aussi pertinent dans les premiers mois de vie de l'enfant, alors que se forgent les habitudes alimentaires du nouveau-né et que les comportements de ses parents ont une influence déterminante sur celui-ci.

4 Clientèle ciblée

Pour favoriser le développement optimal de l'enfant à naître et minimiser les impacts de la pauvreté sur celui-ci, la Fondation OLO aspire à ce que toutes les femmes enceintes vivant dans une précarité économique puissent avoir accès à l'intervention nutritionnelle OLO.

Les critères retenus par la Fondation pour bénéficier de l'intervention nutritionnelle OLO sont les suivants :

- être **enceinte** ; et
- vivre **sous le seuil de faible revenu (SFR)** familial établi par Statistique Canada et mis à jour annuellement.

La part du revenu dédiée à l'alimentation a un impact direct sur le contenu et la qualité du panier d'épicerie des familles et ceci est amplifié par le fait que le budget alimentaire, contrairement au coût du logement par exemple, est une dépense compressible que trop de familles sont appelées à réduire, parfois douloureusement. Ainsi, même si la maman est scolarisée, un faible revenu limite son accès à des aliments sains et a un impact direct sur le développement de son fœtus.

5 Le bien-fondé de l'intervention nutritionnelle OLO

5.1 Pourquoi faire une intervention nutritionnelle durant la grossesse ?

Dans un rapport publié en 2017, le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) incluait le « taux de faible poids pour l'âge gestationnel », aussi appelé « retard de croissance intra-utérin » (RCIU), comme étant un des 14 indicateurs prioritaires pour améliorer la santé périnatale [3]. Il est à noter que le nombre de bébés nés avec un faible poids inclut tous les bébés nés avant 38 semaines de gestation avec un faible poids pour l'âge gestationnel ainsi qu'une proportion de bébés nés après ce terme [4-6]. Au Québec, l'indice de défavorisation économique d'un territoire est associé à une plus grande prévalence de bébés de faible poids [7, 8]. On remarque aussi que la pauvreté est étroitement liée à l'insécurité alimentaire [9]. Ainsi, les femmes enceintes qui vivent en contexte d'insécurité alimentaire sont plus à risque d'avoir un déficit en énergie et en nutriments, dont les protéines, le fer, le calcium, la folacine et la vitamine C [10-12]. Ce déficit peut d'ailleurs être augmenté en raison des besoins nutritionnels accrus durant la grossesse et du fait que les femmes enceintes ne sont pas toujours en mesure de s'alimenter sainement et suffisamment [13].

La croissance fœtale est étroitement liée à l'adéquation entre les besoins du fœtus et la disponibilité des nutriments maternels [8]. Une alimentation déficiente pendant la grossesse se situe au haut de la liste des facteurs modifiables influençant le poids de naissance [14]. D'ailleurs, la qualité globale de l'alimentation maternelle, évaluée grâce à un indicateur basé sur 12 nutriments, a été reliée positivement au poids et à la longueur des bébés à la naissance [15].

Ne pas être en mesure de combler les besoins nutritionnels de la femme enceinte, en quantité et en qualité adéquates, résulte en un plus grand risque pour elle d'accoucher d'un enfant de faible poids (< 2 500 g) [13, 15, 16].

Un bébé de petit poids risque davantage :

- d'avoir des problèmes de santé néonataux (ex. : détresse respiratoire) [17] ;
- de développer des maladies chroniques (ex. : obésité, maladies du cœur, diabète) [18, 19] ;
- de souffrir d'une déficience physique au cours de sa vie (ex. : trouble de la vision, surdité) [20, 21] et de difficultés concernant son développement neuromusculaire et moteur (risque accru de présenter des problèmes sur le plan des habiletés motrices et de la coordination) [6] ; et
- de présenter des retards ou des difficultés dans le développement de ses fonctions cognitives (attention, fonctions exécutives, etc.) [22].

Le fait de naître avec un petit poids est aussi associé à un faible niveau de scolarité, à des difficultés à demeurer sur le marché du travail et à une utilisation élevée des soins de santé tout au long de la vie [22, 23].

5.2 L'intervention nutritionnelle OLO : efficace et rentable

Il faut savoir que l'impact positif de l'intervention nutritionnelle OLO est lié à une combinaison des aliments OLO, des suppléments prénataux de vitamines et minéraux ainsi que d'un suivi nutritionnel adapté aux besoins de la future maman [15]. Ce suivi personnalisé permet de rappeler à la femme enceinte l'importance de ces aliments pour le développement de son fœtus et de lui fournir des astuces pour intégrer ces aliments au quotidien. D'ailleurs, les résultats de la méthode d'intervention nutritionnelle Higgins©, développée au Dispensaire diététique de Montréal et à l'origine de l'intervention nutritionnelle OLO, avaient prouvé que cette méthode réduisait de 50 % les cas de bébé né avec un petit poids [24]. De plus, une évaluation du programme NÉ-GS (à l'origine des SIPPE) a montré que les mères participant à celui-ci ont reçu plus d'aide matérielle, d'information, d'écoute et de soutien. Leur alimentation a aussi été positivement influencée : elles consommaient davantage de nouveaux aliments pendant leur grossesse (particulièrement des produits laitiers), elles étaient plus nombreuses à manger au moins deux légumes par jour et elles prenaient plus

régulièrement leurs multivitamines prénatales. Autre résultat positif de cette intervention nutritionnelle, moins de mères souffraient d'anémie postnatale [15]. En plus des bénéfices notables sur l'état nutritionnel de la mère et du bébé, une évaluation réalisée auprès des responsables OLO a démontré que l'intervention nutritionnelle OLO permet de créer ou de maintenir un lien de confiance entre la femme enceinte et son intervenante. On remarque également une amélioration des connaissances et des pratiques liées à la grossesse et à la maternité ainsi que la création ou le renforcement du réseau social de la femme enceinte [25].

En 2016, une étude des chercheurs Catherine Haeck et Pierre Lefebvre est venue renforcer la pertinence de l'intervention nutritionnelle OLO auprès des femmes enceintes vivant sous le seuil de faible revenu. Leurs résultats démontrent que cette intervention réduit efficacement les naissances de bébés de faible poids, favorise le développement optimal des bébés et même leur réussite éducative plus tard dans l'enfance, tout en étant rentable pour la société. Cette étude a démontré, entre autres, que les bébés dont la mère a bénéficié de l'intervention nutritionnelle OLO ont un poids en moyenne de 70 g plus élevé que les bébés nés dans le même territoire et le même contexte socioéconomique avant l'implantation de l'intervention [26]. L'intervention OLO contribuerait à réduire de 1,6 fois le risque d'avoir un bébé de faible poids à la naissance, aidant ainsi à ce que tous les enfants aient une chance égale de connaître un bon départ dans la vie et réduisant l'effet de la pauvreté sur la santé des tout-petits à la naissance.

L'étude de Catherine Haeck et de Pierre Lefebvre a aussi établi que l'intervention nutritionnelle OLO est rentable dès la naissance. En 2008, le coût moyen de l'intervention était de 543 $ par bébé. Mais cette intervention permet à elle seule d'économiser entre 500 $ et 700 $ par bébé OLO en coûts d'hospitalisation néonataux dus à des problèmes de santé liés au faible poids de naissance. À cela s'ajoutent les bienfaits sur la santé globale de l'enfant et son développement à moyen et à long terme, qui ne sont pas comptabilisés dans l'étude. Toujours selon cette étude, l'intervention québécoise serait deux fois plus efficace que son homologue américain, le programme WIC *(Women Infants and Children)*[2]. Les chercheurs avancent l'hypothèse que ces résultats seraient attribuables, entre autres, au fait que l'intervention nutritionnelle OLO est plus ciblée vers la population visée que le programme WIC et que l'offre d'aliments est beaucoup plus homogène dans le cas de l'intervention nutritionnelle OLO.

5.3 Conditions particulières de femmes enceintes à considérer

Consciente qu'un grand nombre d'aliments facilement accessibles ont une faible valeur nutritive (caloriques, gras, sucrés et salés) et qu'un contexte de pauvreté influence généralement négativement les choix alimentaires des familles, la Fondation OLO a voulu évaluer la pertinence d'ajuster l'intervention nutritionnelle pour considérer la problématique d'un surplus de poids pendant la grossesse. La littérature scientifique démontre que près d'une femme sur deux, en contexte de pauvreté, débute sa grossesse avec un surpoids [27, 28] et que cette condition peut avoir des conséquences négatives sur la santé de la mère et de son bébé [29-31]. Parmi les complications possibles, on trouve la prématurité, les bébés macrosomiques (le plus couramment défini comme les bébés avec un poids de plus de 4 000 g) et le retard de croissance intra-utérin [32]. Il manque toutefois actuellement de preuves scientifiques pour recommander des changements spécifiques à l'intervention nutritionnelle OLO (ex. : changement des aliments et des quantités offerts) en lien avec la problématique de surpoids ou d'obésité de la femme enceinte, outre le suivi de l'état nutritionnel par une nutritionniste. De plus, des statistiques québécoises de 2012 démontrent que le taux de bébés naissant avec un petit poids (< 2 500 g) est plus élevé que le taux de bébés naissant avec un poids de plus de 4 500 g (5,6 % contre 1,3 %) [33]. La Fondation OLO poursuivra donc ses actions misant sur la réduction du

[2] *« The Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) provides Federal grants to States for supplemental foods, health care referrals, and nutrition education for low-income pregnant, breastfeeding, and non-breastfeeding postpartum women, and to infants and children up to age five who are found to be at nutritional risk. »* https://www.fns.usda.gov/wic/women-infants-and-children-wic

nombre de bébés de petit poids et favorisant un bon départ dans la vie. Cependant, il est bien entendu que, chez la mère, un surplus de poids avant l'accouchement ou une prise de poids excessive durant la grossesse seront pris en considération lors du suivi OLO.

D'autres thèmes ne sont pas abordés dans le présent Cadre de référence : facteurs de risque associés au stress et à l'environnement (ex. : tabac), grossesse gémellaire, bébés prématurés, etc. Ces contextes de grossesse sont à considérer en suivi nutritionnel et en suivi de grossesse par une nutritionniste, mais de plus amples recherches seront nécessaires si on veut émettre des recommandations spécifiques pour ces situations dans un contexte d'intervention nutritionnelle.

6 Recommandations et stratégies d'intervention

La Fondation OLO a établi sept recommandations pour assurer la poursuite de l'impact de l'intervention nutritionnelle OLO dans tous les établissements membres. Chaque recommandation est précisée par des conditions et stratégies de mise en œuvre. Le texte qui suit vient justifier les recommandations et les conditions citées en plus de suggérer quelques stratégies d'intervention selon le cas.

6.1 Éligibilité de la clientèle

Comment déterminer l'éligibilité de la clientèle à l'approche OLO ?

RECOMMANDATION 1

L'intervention nutritionnelle OLO devrait être offerte à toutes les femmes enceintes vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) familial établi par Statistique Canada.

Conditions et stratégies de mise en œuvre

- Déployer les moyens nécessaires pour que l'approche OLO rejoigne toutes les femmes enceintes vivant sous le SFR familial du territoire de l'établissement.
- Utiliser le tableau de SFR familial selon les données les plus récentes de Statistique Canada.

Établir le seuil de faible revenu

Le seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada « correspond à un seuil de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités comme la nourriture, le logement et l'habillement qu'une famille moyenne » [34]. Ce seuil est influencé par trois éléments :

- la taille de la communauté : l'endroit où vit la future maman (milieu rural ou urbain et la taille du milieu urbain) ;
- la taille du ménage : le nombre de personnes qui composent le ménage, incluant les enfants ; et
- le revenu de la famille économique avant impôts.

Selon Statistique Canada, « une **famille économique** est un groupe de deux personnes ou plus habitant dans le même logement et apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption. Le couple peut être de sexe opposé ou de même sexe. Les enfants en famille d'accueil font partie de cette catégorie [34] ». Certaines situations familiales peuvent complexifier la mise en application du concept de famille économique. L'intervenante est alors la personne la mieux placée pour évaluer le cas.

Le revenu familial avant impôts inclut toutes les sources de revenus de la famille, dont entre autres les salaires, les pensions et les transferts gouvernementaux (ex. : les prestations fiscales pour enfants) [34]. L'utilisation du revenu « avant impôts » est une recommandation émise dans le cadre des SIPPE.

Aucune preuve à fournir

La personne qui évalue l'admissibilité d'une femme enceinte à l'approche OLO ne devrait pas exiger de déclaration de revenus, de relevés de paie ou d'autres documents attestant les revenus autodéclarés. Une discussion et quelques questions devraient permettre d'évaluer si la personne aura accès ou non à l'approche

OLO. Exiger des documents est une pratique qui amène un trop grand risque de nuire à la création d'une relation de confiance et de limiter le nombre de personnes qui seraient admissibles à l'approche dû à la complexité de la démarche entourant la recherche de preuves.

Obtenir une mise à jour des seuils

Chaque année, Statistique Canada rend disponibles sur demande[3] les montants relatifs au seuil de faible revenu (SFR). À titre indicatif, le tableau des SFR de 2016 qui établit les SFR à utiliser pour 2017 est présenté à l'Annexe 1.

[3] Les tableaux des SFR de la dernière année d'imposition peuvent être consultés à l'adresse suivante : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110024101

6.2 Début et durée de l'intervention nutritionnelle OLO

À partir de quand et pendant combien de temps la maman est-elle suivie ?

RECOMMANDATION 2

L'intervention nutritionnelle OLO devrait débuter le plus tôt possible, soit à partir du moment où la femme enceinte contacte l'établissement pour avoir accès à l'intervention.

Conditions et stratégies de mise en œuvre

L'approche OLO intègre des rencontres avec une intervenante OLO où elle doit remettre à la femme enceinte :

- les suppléments prénataux de vitamines et minéraux **avant la 12e semaine** de grossesse, s'il est possible de rencontrer la femme enceinte, afin de maximiser l'effet bénéfique de l'acide folique sur le développement du fœtus ;
- les coupons échangeables contre les aliments OLO (« coupons OLO ») idéalement **dès la 12e semaine** de grossesse pour maximiser les effets bénéfiques sur le développement du fœtus ; et
- les outils développés dans le cadre de *1000 jours pour savourer la vie* **dès la 12e semaine** de grossesse. En ce qui a trait à ces outils, on trouve dans les Fiches d'aide à l'intervention de *1000 jours pour savourer la vie* la séquence de remise suggérée ainsi que des précisions sur le contexte d'intervention.

Début de l'intervention nutritionnelle OLO

Combler les besoins nutritionnels de la femme enceinte durant le premier trimestre de sa grossesse serait déterminant pour le développement optimal du fœtus [35-37]. De plus, la littérature démontre qu'une offre de soutien (intervention nutritionnelle ou autre type de soutien [ex. : psychosocial, accès aux ressources]) avant la mi-grossesse, soit la 20e semaine de gestation, serait associée de manière positive au poids du bébé [35, 38-40]. Une étude évaluant la composante prénatale du programme québécois NÉ-GS a également recommandé de débuter la distribution d'aliments le plus tôt possible dans la grossesse [15].

En ce qui concerne les suppléments prénataux de vitamines et minéraux, Santé Canada recommande d'utiliser ceux contenant de l'acide folique et du fer, et ce, avant et pendant la grossesse [41, 42]. L'importance de prendre un supplément d'acide folique pendant les deux à trois mois précédant la conception, et au moins dès le tout début de la grossesse, est bien démontrée, car cette vitamine réduit le risque d'anomalies congénitales affectant le tube neural [43]. Compte tenu de la probabilité élevée que les femmes éligibles à l'intervention nutritionnelle OLO présentent des carences nutritionnelles, il est particulièrement important que les suppléments prénataux de vitamines et minéraux (contenant du fer et de l'acide folique) leur soient remis le plus tôt possible. Toute femme enceinte devrait donc rapidement recevoir ces suppléments à la suite de son inscription, et cela, en mains propres de la part de l'intervenante OLO, pour éviter tout délai qui résulterait d'un passage obligé en pharmacie.

Selon le sondage réalisé auprès des intervenantes OLO, on remarque que, sur le terrain, l'intervention nutritionnelle OLO débute généralement entre la 12e et la 15e semaines de grossesse [44]. Cette constatation suggère que les efforts déployés au fil des années par les équipes pour appliquer tôt l'approche OLO portent fruit et demeurent tout à fait opportuns.

RECOMMANDATION 3

L'intervention nutritionnelle OLO devrait être offerte aux femmes suivies jusqu'à leur accouchement. Par la suite, seuls les outils de *1000 jours pour savourer la vie* devraient être distribués aux familles pour soutenir l'acquisition de saines habitudes alimentaires chez les tout-petits et leur famille.

CONDITIONS ET STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE

- Cesser la remise de coupons OLO et de suppléments de vitamines et minéraux à l'accouchement.
- Poursuivre la remise des outils de *1000 jours pour savourer la vie* à la suite de l'accouchement.
- Référer les familles à des organismes communautaires de la région si elles ne peuvent être suivies par l'établissement pour un soutien en lien avec l'allaitement et l'acquisition de saines habitudes alimentaires.

Évolution de l'intervention après la naissance

Après la naissance de l'enfant, l'objectif d'aider les bébés à naître en santé laisse place à l'objectif de favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires. En ce sens, **l'accompagnement des familles pendant la période postnatale devrait se poursuivre à l'aide des outils de l'approche *1000 jours pour savourer la vie* et non par la poursuite de la remise des coupons OLO et des suppléments prénataux.**

Contribuer au succès de l'allaitement est l'un des objectifs de l'approche OLO. Dans les recensions de pratiques, la volonté de favoriser l'allaitement est souvent invoqué pour justifier la continuité de la remise des coupons OLO en période postnatale. Or, l'offre de coupons OLO comme mesure incitative visant à favoriser l'allaitement au cours la période postnatale n'aurait pas ou peu d'effet sur le taux d'allaitement des nouveau-nés [45-53]. De plus, il faut préciser que l'alimentation de la mère influence peu la quantité d'éléments nutritifs se retrouvant dans son lait maternel. En effet, peu importe les apports alimentaires de la mère, le lait maternel sera adapté aux besoins de l'enfant en ce qui a trait à l'énergie, aux protéines, aux vitamines et aux minéraux [54-56]. La vitamine D est toutefois une exception et c'est pourquoi il est recommandé d'offrir un supplément de cette vitamine aux bébés allaités exclusivement ou non [55]. Également, dans les cas de malnutrition sévère, la présence de certaines vitamines hydrosolubles, dont celles du complexe B et la vitamine C, dans le lait maternel peut être influencée par l'apport alimentaire de la mère [54, 57-59]. Ces carences sont plus rares au Canada, sauf pour ce qui est de la vitamine B_{12} chez certaines femmes végétariennes strictes [54, 56, 57].

Par contre, même si la Fondation OLO reconnaît que les aliments OLO peuvent contribuer à répondre aux besoins nutritionnels plus élevés des femmes qui allaitent, il faut considérer que ce n'est l'objectif principal ni de la Fondation, ni de son intervention. Il n'est donc pas souhaité que des aliments soient remis aux mères en période postnatale tant et aussi longtemps que toute la clientèle admissible en prénatal n'aura pas accès à l'approche OLO. Actuellement, les femmes enceintes qui respectent les critères d'admissibilité à l'intervention nutritionnelle OLO ne sont pas nécessairement toutes acceptées pour un suivi faute de ressources humaines et financières dans certaines régions du Québec. La Fondation OLO priorise donc l'atteinte de cet objectif plutôt que la remise de coupons alimentaires après l'accouchement, et elle souhaite travailler en ce sens avec l'ensemble de ses collaborateurs.

Par ailleurs, l'attractivité des coupons OLO auprès des familles ne justifie pas le recours à ceux-ci en période postnatale. Par contre, il est à noter que la remise d'outils de *1000 jours pour savourer la vie* est prévue en période postnatale. Les Fiches

d'aide à l'intervention de l'approche précisent ces moments. D'autres avenues sont également suggérées dans la littérature pour favoriser la rétention des familles dans les services [60], telles que des collaborations avec les organismes communautaires (cuisines collectives, soutien à la gestion du budget familial, maisons de la famille, activités parents-enfants, etc.). D'ailleurs, 98 % des intervenantes consultées accompagnent ou dirigent déjà des familles vers des organismes communautaires à la suite de l'accouchement de la mère [44].

6.3 Composantes de l'intervention nutritionnelle OLO

Quelles sont les composantes de l'intervention nutritionnelle OLO ?

RECOMMANDATION 4

L'intervention nutritionnelle OLO devrait comprendre au moins une rencontre mensuelle avec la femme enceinte pendant sa grossesse. Ceci correspond à au moins six rencontres si l'intervention nutritionnelle OLO débute à la 12e semaine de grossesse.

Conditions et stratégies de mise en œuvre

- Assurer une rencontre entre une intervenante OLO et la femme enceinte au moins une fois par mois pendant la grossesse de cette dernière. Selon les besoins de la femme enceinte, celle-ci peut être rencontrée plus fréquemment, soit toutes les deux semaines.

Il est à noter que les établissements sont encouragés à réaliser plus de rencontres si leur contexte organisationnel le permet.

Nombre de rencontres à prévoir

Donner accès à un suivi nutritionnel régulier tout au long de la grossesse aiderait à diminuer les risques de mettre au monde un bébé de petit poids [39, 61]. De plus, l'intensité des suivis aurait un impact positif sur le poids de naissance. Une étude québécoise a en effet démontré que les femmes habitant sur un territoire où on leur offrait de quatre à six visites pendant leur grossesse risquaient moins d'avoir un enfant de faible poids pour son âge gestationnel que les femmes habitant sur un territoire où on leur offrait moins de quatre visites prénatales [8]. D'autres études ont également démontré qu'offrir plus de six visites [23, 39, 62] aux futures mamans avait un impact positif sur le poids de naissance de leurs bébés.

Selon les intervenantes consultées, on constate que ces dernières rencontrent généralement[4] les femmes enceintes admissibles à l'approche OLO une fois par mois. Parfois, la fréquence des rencontres est augmentée si ces femmes présentent un risque nutritionnel[5] plus élevé [44]. Le fait que le Cadre de référence des SIPPE (publié en 2004) recommande un suivi aux deux semaines a pu contribuer à ce que l'on observe parfois une fréquence plus élevée de rencontres de suivi [63].

Ainsi, à la lumière des résultats décrits ci-haut, il ressort qu'une rencontre par mois, soit 6 rencontres si l'intervention débute à la 12e semaine de grossesse, est à privilégier pour maximiser l'impact positif attendu de l'intervention nutritionnelle OLO.

[4] Il est à noter que ce constat varie d'une région à l'autre du Québec.

[5] La section Évaluation nutritionnelle (page 34) présente des exemples de risques nutritionnels pouvant être présents chez les femmes enceintes rencontrées.

RECOMMANDATION 5

L'intervention nutritionnelle OLO devrait se réaliser sous forme de rencontres individuelles pouvant être complétées par des rencontres de groupe avec les femmes enceintes à l'occasion desquelles l'alimentation sera le principal sujet de discussion.

Conditions et stratégies de mise en œuvre

Rencontres individuelles

- Rencontrer la femme enceinte individuellement par une intervenante OLO (à domicile ou au bureau de l'intervenante) au moins quatre fois au cours de sa grossesse.

L'accompagnement individuel inclut deux types d'interventions :

- Réaliser une évaluation nutritionnelle de la femme enceinte par une nutritionniste au début de la série de rencontres.
- Réaliser au moins trois suivis par une nutritionniste si le plan de traitement établi, à la suite de l'évaluation nutritionnelle, nécessite un suivi nutritionnel. Si la femme enceinte présente un faible risque nutritionnel* et que la nutritionniste juge qu'un suivi nutritionnel n'est pas nécessaire, elle peut mettre fin à son intervention et référer celle-ci à une autre intervenante OLO de l'équipe de périnatalité** (infirmière, technicienne en diététique).

Rencontres de groupe

- Compléter l'accompagnement personnalisé avec des rencontres de groupe abordant la saine alimentation. Utiliser cette approche mixte permet que la femme enceinte ait un contact avec une intervenante OLO au moins une fois par mois, soit en combinant les rencontres de groupe aux quatre rencontres individuelles minimales requises.
- Réaliser des rencontres de groupe par une intervenante OLO de l'équipe de périnatalité* ou une intervenante en milieu communautaire au cours de la grossesse.

* Une liste non exhaustive de risques nutritionnels est présentée à la page 34.

** Important : Si un risque nutritionnel apparaît au cours de sa grossesse, la femme enceinte doit être référée à une nutritionniste.

Types de rencontres et intervenantes impliquées

Rencontres individuelles

Certains éléments de l'intervention nutritionnelle doivent être réalisés de manière individuelle. C'est le cas, par exemple, de l'évaluation nutritionnelle, qui se doit d'être personnalisée, ainsi que de la pesée de la femme enceinte. Grâce à ces rencontres, l'intervenante peut guider la famille en fonction de ses besoins et de sa réalité spécifiques tout en assurant un suivi du volet alimentaire de la démarche. **Un minimum de quatre rencontres individuelles** est requis dans le cadre de l'intervention nutritionnelle OLO. En ce sens, une étude a démontré que l'application de la méthode Higgins© entraînait une réduction de 50 % du taux de bébés de petit poids lorsque l'intervention comportait au moins 4 rencontres individuelles avec une nutritionniste [64]. Les rencontres peuvent se dérouler au bureau de l'intervenante ou à domicile. Il est à noter que le Cadre de référence des SIPPE [63] recommande une intervention à domicile par un professionnel de la santé et qu'une recension des services à domicile offerts aux familles américaines démontre aussi que ce type de visites a un impact positif sur le développement de l'enfant ainsi que sur les compétences parentales (ex. : augmentation du pouvoir d'agir des parents) [65].

Les rencontres individuelles ont pour but d'amener la femme enceinte ou les parents à :

1. évaluer l'état nutritionnel de la femme enceinte et la guider dans ses choix selon ses besoins ;
2. poser un regard sur leur alimentation et la santé du bébé à naître ainsi que sur certains de leurs comportements alimentaires (ex. : avoir une assiette équilibrée, manger régulièrement, planifier, cuisiner, adopter une routine autour des repas) ;
3. développer des stratégies pour changer certaines habitudes alimentaires chez les parents qui le souhaitent, et ce, en fonction de leur réalité (enjeux, préoccupations, motivation, etc.) ;
4. utiliser l'information juste et adaptée, les exemples concrets et la rétroaction fournis lors des rencontres ; et
5. poser un regard sur la manière dont ils conçoivent l'allaitement et l'alimentation du bébé.

   * Il est à noter que les points 1, 3 et 4 de la liste peuvent aussi être abordés de façon générale dans le cadre de rencontres de groupe (détaillées à la fin de cette section).

En plus de la relation d'aide, les rencontres individuelles permettent aux intervenantes de remettre :

- les coupons donnant accès aux aliments OLO (œufs, lait et jus d'orange) ;
- les suppléments prénataux de vitamines et minéraux ; et
- les outils liés à l'approche *1000 jours pour savourer la vie* qui appuient les messages de l'intervention.

Évaluation nutritionnelle

Une nutritionniste devrait réaliser l'évaluation nutritionnelle lors de sa première rencontre ou au début de la série de rencontres avec la femme enceinte. La nutritionniste est la mieux placée pour réaliser cette évaluation, car cette intervention fait partie de son champ d'exercice professionnel. Elle possède donc les compétences professionnelles requises pour évaluer l'état et les besoins nutritionnels des femmes enceintes. Les femmes présentant un risque nutritionnel* pourront ainsi bénéficier d'un suivi spécifique en nutrition. Il est donc essentiel qu'une nutritionniste soit présente dans les équipes de périnatalité ou, minimalement, que ces équipes aient accès à une nutritionniste. Une étude du Dispensaire diététique de Montréal soutient d'ailleurs que l'évaluation nutritionnelle réalisée par une nutritionniste permet d'identifier la présence d'un risque nutritionnel de façon plus précise que si cette évaluation est faite par une infirmière [66]. De plus, selon le Code des professions, lorsque l'évaluation nutritionnelle est demandée par une ordonnance médicale, elle doit obligatoirement se réaliser par une nutritionniste, car c'est une activité professionnelle réservée. [67]

* Voici une liste non exhaustive de risques nutritionnels : diabète de grossesse, maigreur ou surpoids/obésité prégravide, gain de poids excessif ou insuffisant pendant la grossesse, grossesse gémellaire, carences en nutriments, anémie, trouble alimentaire, grossesse pendant l'adolescence, végétarisme, végétalisme, antécédents obstétricaux défavorables tels que le retard de croissance intra-utérin ou l'insuffisance pondérale à la naissance, grossesses rapprochées (moins d'un an entre l'accouchement et la nouvelle conception), hypertension pendant la grossesse, antécédents de chirurgie bariatrique.

L'évaluation nutritionnelle n'est pas standardisée et les formulaires peuvent varier d'un établissement à l'autre. En général, la nutritionniste discute avec la femme enceinte pour évaluer son alimentation et les risques nutritionnels éventuellement présents. L'évaluation devrait inclure un relevé alimentaire, la médication, les antécédents de santé, les données anthropométriques et biochimiques, l'histoire alimentaire, etc. [68]

Suivis

L'intervention nutritionnelle OLO comprend des suivis pour guider la femme enceinte dans ses choix alimentaires afin de favoriser le déroulement de la grossesse et le sain développement du bébé. Idéalement, ces suivis devraient être réalisés par une nutritionniste, mais il est possible d'impliquer d'autres intervenantes OLO, telles qu'une infirmière ou une technicienne en diététique.

- Si la femme enceinte **présente un risque nutritionnel** à la suite de l'évaluation nutritionnelle, des *suivis nutritionnels* doivent être réalisés par une ***nutritionniste*** afin de suivre l'évolution de la femme et d'ajuster le plan d'intervention en conséquence.

En effet, selon le Code des professions, une nutritionniste doit obligatoirement réaliser le suivi nutritionnel selon le plan de traitement établi lors de l'évaluation nutritionnelle [67].

- Si toutefois la femme enceinte **présente un faible risque nutritionnel** et que la nutritionniste juge qu'un suivi nutritionnel n'est pas nécessaire, elle peut mettre fin à son intervention au dossier de la femme enceinte et transférer celui-ci vers une autre intervenante OLO, peu importe sa profession. Cette intervenante pourra aborder l'alimentation de façon générale et remettre les coupons OLO.

Les composantes suivantes peuvent être incluses lors des rencontres de suivi, selon les besoins de la famille :

- l'alimentation dans son ensemble, en faisant référence, par exemple, aux différents aspects des comportements « Bien manger, Cuisiner et Manger en famille » de l'approche *1000 jours pour savourer la vie*;
- l'alimentation et la santé de la mère, ainsi que celles du bébé; et
- l'allaitement du bébé.

Il est essentiel que les messages véhiculés par les différentes intervenantes OLO au sujet de l'alimentation lors des suivis soient cohérents si l'on veut que les familles soient bien accompagnées dans leur cheminement. Il est important de noter que la grossesse ne se déroule pas nécessairement de façon linéaire. Par exemple, des variations peuvent survenir dans les résultats de laboratoire, dans la condition médicale (ex. : apparition ou disparition de symptômes digestifs), dans le revenu familial et dans les habitudes de vie. Il est donc possible que des changements doivent être apportés au plan nutritionnel initial à un moment ou un autre pendant la grossesse. **La femme enceinte doit être référée à la nutritionniste lorsqu'un risque nutritionnel survient au cours de sa grossesse.**

Rencontres de groupe

Au-delà de leur effet sur les résultats néonataux, les rencontres de groupe ajoutent des bénéfices complémentaires à ceux des rencontres individuelles et pourraient être plus adaptées à la clientèle ciblée en ce qui concerne certains aspects [69], notamment l'amélioration de la sécurité alimentaire [70]. Les rencontres de groupe permettraient également de renforcer la confiance et le sentiment de responsabilité des participantes, ainsi que de diminuer le stress et le sentiment de honte parfois ressenti [69-72]. Ce type de rencontres devrait donc être intégré à l'intervention nutritionnelle OLO en complémentarité aux rencontres individuelles afin d'élargir l'impact de celles-ci sur les familles.

Les conditions de succès des rencontres de groupe [69-72] avec cette clientèle seraient que l'intervention :

- soit structurée sous forme d'échanges (l'intervenante facilite des discussions entre les femmes en laissant la parole aux participantes);
- vise le partage de stratégies et le soutien social entre les femmes (pour briser leur isolement); et
- soit centrée sur des objectifs de changements mesurables pour les participantes (participer à des activités concrètes et utiles versus uniquement recevoir de l'information de la part d'une intervenante).

Les rencontres de groupe permettent d'aborder principalement les mêmes sujets qu'au cours des suivis individuels expliqués précédemment, mais sous un angle plus général et dans des situations de mise en pratique. Les exemples concrets de situations vécues au quotidien peuvent être amenés par l'intervenante mais aussi par les participantes. De plus, l'utilisation des outils liés à l'approche *1000 jours pour savourer la vie* qui appuient les messages clés discutés en groupe est à inclure dans ces rencontres. Il est à noter que les coupons des aliments OLO et les suppléments prénataux de vitamines et minéraux pourraient être remis lors des rencontres de groupe si celles-ci ne s'adressent qu'à la clientèle OLO ou SIPPE en période prénatale.

Voici des exemples de thèmes à aborder lors des rencontres de groupe :

- alimentation équilibrée de la femme enceinte sous un angle général, en parlant de type d'aliments plutôt que de quantités précises d'un nutriment (parler du groupe Viandes et substituts pour s'assurer de consommer du fer au lieu de fournir une liste d'aliments précis selon le nombre de milligrammes de fer qu'ils contiennent);

- importance des aliments OLO dans l'alimentation de la femme enceinte ;
- renseignements sur la périnatalité et sur le développement du bébé dans le ventre de sa mère ;
- discussion sur le fait qu'il est normal de prendre du poids pendant la grossesse et renseignements sur la répartition de ce poids dans le corps. Il est à noter que la pesée et les calculs de gain de poids devraient être faits lors des rencontres individuelles et non pas lors des rencontres de groupe pour ne pas stigmatiser les femmes selon leur poids. En effet, le gain de poids gestationnel peut être une source d'anxiété pour plusieurs femmes [17] et l'insatisfaction corporelle de certaines peut les amener à adopter divers comportements nocifs au développement du bébé (ex. : tabagisme, diète restrictive) [73] ;
- activités pratiques : expérimentation de recettes, lecture d'étiquettes d'aliments, planification de repas ;
- recommandations et informations pratiques concernant l'allaitement ainsi que les diverses ressources présentes dans le milieu ; et
- introduction des aliments chez le bébé.

Les Fiches d'aide à l'intervention de *1000 jours pour savourer la vie* sont pertinentes pour la préparation des rencontres de groupe abordant l'alimentation.

Sur le plan organisationnel, les rencontres de groupe permettent d'offrir un accompagnement à plusieurs familles au même moment. Selon les ressources et les collaborations en place dans les milieux, les activités de groupe peuvent être réalisées dans les CLSC ou dans les locaux d'organismes communautaires (ateliers de cuisine, rencontres thématiques, etc.).

Ainsi, dans un contexte où il ne serait pas possible d'offrir une rencontre individuelle par mois à toute la clientèle, l'ajout de deux ou trois rencontres de groupe aux quatre rencontres individuelles minimales requises permettrait d'atteindre la cible d'une rencontre par mois. Il résulte de cette approche dite « mixte » que, durant sa grossesse, la femme enceinte peut participer à des rencontres de groupe et en parallèle être suivie de manière individuelle. Il est intéressant de noter que l'intervention nutritionnelle OLO actuellement déployée est le plus souvent offerte dans le cadre de rencontres individuelles, bien que l'approche mixte est aussi répandue. Dans une recension menée en 2016, deux répondantes sur trois ont mentionné n'offrir que des suivis individuels et une sur trois a mentionné travailler en utilisant l'approche mixte [44].

Enfin, il est important de mentionner que ces recommandations s'appliquent indépendamment du fait que la femme enceinte soit admissible ou non aux SIPPE. Conséquemment, adopter l'approche mixte ne signifie pas de suivre en individuel les femmes admissibles aux SIPPE et suivre en groupe les femmes enceintes sous le seuil de faible revenu qui ne remplissent pas l'ensemble des critères des SIPPE.

6.4 Approche d'accompagnement

Comment utiliser l'approche d'accompagnement dans le cadre de l'approche OLO ?

RECOMMANDATION 6

L'intervention nutritionnelle OLO devrait privilégier une approche d'accompagnement lors des rencontres avec les femmes enceintes et leurs familles afin de renforcer leur pouvoir d'agir et faciliter le changement de comportement.

Conditions et stratégies de mise en œuvre

- S'assurer que les intervenantes OLO aient les connaissances et les compétences pour utiliser l'approche d'accompagnement auprès des familles.
- Promouvoir la formation *1000 jours pour savourer la vie* auprès des intervenantes OLO afin d'intégrer l'approche d'accompagnement dans leurs rencontres. Pour plus de détails : http://fondationolo.ca/intervenants-et-accompagnateurs/formation/
- Réaliser une rencontre d'équipe pour discuter de l'approche d'accompagnement présentée dans la formation *1000 jours pour savourer la vie* en utilisant l'*Outil d'animation à l'intention des personnes qui offrent du soutien technique* disponible sur le site web de la Fondation OLO.

Utiliser l'approche d'accompagnement met en place des conditions favorables au partage des pouvoirs avec la famille plutôt que de positionner l'intervenante en tant qu'experte.

L'approche d'accompagnement, également recommandée dans le cadre des SIPPE, favorise l'augmentation du pouvoir d'agir des membres de la famille et peut faciliter le changement de comportement lorsque la personne fait le choix de s'engager dans ce changement [74]. De plus, cette approche non directive facilite la création d'un lien de confiance entre l'intervenante et la famille.

Renforcer le pouvoir d'agir

Favoriser l'augmentation du pouvoir d'agir signifie soutenir les membres de la famille afin qu'ils exercent un plus grand contrôle sur leur vie et sur l'atteinte des objectifs qui sont importants pour eux [74]. Recourir à cette approche implique pour l'intervenante de respecter les valeurs et les façons de faire des membres de la famille, de reconnaître leur potentiel et de miser sur leurs forces [75, 76].

Le Tableau 2 présente quelques différences entre l'approche d'accompagnement et l'approche directive issues du *Guide de pratiques pour accompagner les familles* des SIPPE [1].

Intervention nutritionnelle et approche d'accompagnement

La consommation d'aliments sains durant la grossesse est un comportement complexe. Les stratégies d'accompagnement sont plus efficaces lorsque les différentes dimensions de la prise de décision de la femme enceinte et de sa famille sont considérées [77]. **Les stratégies d'accompagnement réputées efficaces en nutrition auprès de cette clientèle ont notamment une intention** [78, 79] :

- **d'informer** ;
- **de motiver** ; et
- **d'éduquer**.

L'accompagnement des familles qui est fait en cohérence avec leurs besoins et leur rythme a

Tableau 2. Différences entre l'approche d'accompagnement et l'approche directive

APPROCHE D'ACCOMPAGNEMENT	APPROCHE DIRECTIVE
L'intervenante se centre sur la famille accompagnée et sur ses forces, invitant celle-ci à exprimer sa façon de voir (interprétations, intentions) ou ce qu'elle ressent à l'égard de la situation.	L'intervenante s'appuie sur ses connaissances, ses expériences et son jugement clinique pour analyser la situation et elle transmet son analyse et ses propositions de solutions à la famille accompagnée.
Stratégies utilisées dans cette approche	Stratégies utilisées dans cette approche
• Poser des questions ouvertes pour activer les ressources de la famille accompagnée (ex. : « Comment… ? », « Qu'est-ce qui… ? », « Quel serait… ? »). • Structurer la discussion (faire préciser l'objectif, indiquer les choix à faire, faire prioriser). • Écouter et s'adapter aux besoins, valeurs et caractéristiques de la famille accompagnée. • Inviter la famille à décrire les situations, à raconter ce qui s'est passé.	• Poser des questions fermées auxquelles on peut la plupart du temps répondre simplement par « oui » ou « non ». • Formuler des phrases affirmatives : donner des conseils et des réponses (ex. : « Pourquoi ne pas essayer de… ? », « Tu devrais faire ceci, dire cela… »). • Exiger, décider, suggérer, aligner.
Quand adopter cette approche ?	Quand adopter cette approche ?
La plupart du temps : • Lorsque l'on désire renforcer le pouvoir d'agir de la famille, créer une relation égalitaire et d'authentique confiance. • Lorsque l'on désire faciliter les apprentissages expérientiels et favoriser l'autonomie.	À l'occasion, lorsque la situation l'exige : • En situation d'urgence ou lorsque la sécurité de quelqu'un est menacée. • Lorsque des directives claires doivent être données.

aussi pour intention d'être favorable au maintien à long terme des changements positifs réalisés.

Soutien dans le développement des compétences en accompagnement

Partager le pouvoir avec la famille demande d'utiliser judicieusement l'approche d'accompagnement et l'approche directive selon la situation rencontrée [80, 81]. Cette pratique n'est pas nécessairement facile à instaurer et peut susciter des questionnements. Il est normal que les intervenantes ressentent le besoin d'être soutenues.

À cet effet, les gestionnaires responsables de l'approche OLO au sein des établissements sont invités à mettre sur pied différentes stratégies afin de soutenir les intervenantes dans leur pratique.

Par exemple, en utilisant :

- l'accompagnement clinique individuel ou de groupe ;
- les rencontres de codéveloppement ; et
- la formation *1000 jours pour savourer la vie* et les activités de suivi proposées dans le cadre de cette formation [82].

Ces stratégies de soutien sont en cohérence avec celles proposées dans le cadre de la démarche de développement de compétences des intervenantes du programme SIPPE.

6.5 Aliments OLO et suppléments prénataux de vitamines et minéraux

Pourquoi et en quelle quantité remettre aux femmes enceintes le trio d'aliments œuf-lait-jus d'orange et les suppléments prénataux de vitamines et minéraux ?

RECOMMANDATION 7

L'intervention nutritionnelle OLO devrait offrir à la femme enceinte les aliments OLO et les suppléments prénataux de vitamines et minéraux selon les quantités quotidiennes suivantes :

- **1 œuf de calibre « gros » ;**
- **1 litre (4 tasses) de lait (le lait entier [3,25 % de M.G.] est à privilégier à moins qu'une nutritionniste, après évaluation de l'état nutritionnel de la femme enceinte, recommande plutôt le lait à 2 % de M.G. ou le lait sans lactose) ;**
- **125 ml de jus d'orange pur à 100 % ; et**
- **1 dose de suppléments prénataux de vitamines et minéraux (contenant entre autres du fer et de l'acide folique).**

Conditions et stratégies de mise en œuvre

- Remettre le nombre de coupons OLO à la femme enceinte selon le moment de sa prochaine rencontre avec une intervenante OLO afin qu'elle puisse consommer quotidiennement les aliments offerts.
- Remettre les suppléments prénataux de vitamines et minéraux à la femme enceinte afin qu'elle puisse en prendre une dose par jour tout au long de sa grossesse.

Les aliments OLO et les suppléments prénataux de vitamines et minéraux constituent une composante importante de l'intervention nutritionnelle OLO. Des études ont démontré que fournir des coupons OLO à la femme enceinte pour qu'elle consomme des œufs, du lait et du jus d'orange tout en lui fournissant de l'information et des conseils en alimentation augmente les chances que cette femme et son bébé soient en santé [77, 83]. Il a aussi été démontré que la femme enceinte qui reçoit des informations et des conseils adaptés à sa situation serait plus encline à apporter des changements positifs dans son alimentation que celle qui n'en reçoit pas [77, 79, 84, 85].

*Un outil d'intervention appuyant l'importance des aliments OLO et des suppléments prénataux de vitamines et minéraux est disponible à l'Annexe 2.

Aliments OLO

De façon générale, les aliments OLO sont privilégiés pour :

- leur accessibilité : ils sont vendus durant toute l'année et à coût raisonnable partout à travers la province ;
- leur polyvalence : il est possible de les consommer de plusieurs façons, en plus du fait que le lait et le jus d'orange peuvent être bus sans qu'aucune préparation préalable soit nécessaire ;
- leur qualité nutritive : ils ont une grande densité nutritive (maximum de valeur nutritive dans un petit volume).

De plus, s'ils sont consommés par la femme enceinte, ces trois aliments permettent de combler une part importante de ses besoins quotidiens en énergie, protéines, calcium ainsi

qu'en vitamines C et D – des éléments essentiels pour sa santé et celle de son bébé à naître.

La littérature confirme la pertinence d'offrir des œufs et du lait, vu leur teneur en protéines, à la femme enceinte qui vit en contexte de vulnérabilité afin de réduire le risque qu'elle accouche d'un bébé de petit poids [26, 78, 86-93]. La consommation d'aliments équilibrés en énergie/protéines (c'est-à-dire d'un bon ratio de protéines selon le nombre de calories de l'aliment) aurait un effet positif sur le poids du bébé [79, 94, 95]. Aucun lien n'a été démontré entre la consommation de jus d'orange et le risque de donner naissance à un bébé de petit poids, mais cet aliment a toutefois l'avantage de faciliter l'absorption du fer en raison de son apport en vitamine C et puisqu'un déficit en fer peut augmenter le risque d'accoucher d'un bébé de petit poids [13, 96, 97], il est important d'optimiser son absorption.

La Fondation OLO est d'accord avec le fait qu'une orange est préférable au verre de jus d'orange sur le plan nutritionnel par la présence de fibres alimentaires. Or, en tenant compte de l'accessibilité saisonnière et géographique, l'offre quotidienne de 125 ml (½ tasse) de jus d'orange pur à 100 % permet d'assurer les besoins en vitamine C d'un plus grand nombre de femmes enceintes. De plus, dans le contexte de la grossesse, où les besoins énergétiques sont plus importants, une consommation de 125 ml (½ tasse) de jus de fruits pur à 100 % n'est pas problématique pour la très grande majorité des femmes enceintes. Ceci est spécialement vrai pour celles qui sont à risque de dénutrition, nombreuses dans le contexte d'OLO. Pour les cas particuliers, par exemple les femmes en surcharge pondérale prégestationnelle, le professionnel de la santé pourra exercer son jugement clinique quant à la remise ou non des coupons de jus d'orange.

Voici quelques précisions sur les aliments OLO :

Les œufs

- excellente source de protéines ;

Le lait

- très bonne source d'énergie et de protéines ;
- excellente source de calcium ;
- seul produit laitier qui est obligatoirement enrichi en vitamine D ;

Pour les établissements qui veulent offrir une solution de rechange au lait, la boisson de soya enrichie de calcium et de vitamine D est à privilégier par rapport à toute autre boisson végétale. Il est à noter que les protéines de cette boisson ne sont pas complètes, c'est-à-dire qu'elles ne contiennent pas tous les acides aminés nécessaires au fonctionnement du corps humain. Il faut donc que la femme enceinte consomme d'autres types de protéines végétales ou animales au cours de sa journée pour pouvoir bénéficier de tous les types d'acides aminés qui lui sont nécessaires.

Le jus d'orange

- excellente source de vitamine C (qui favorise l'absorption du fer non hémique contenu dans les aliments d'origine végétale, celui-ci étant un nutriment essentiel pendant la grossesse puisque les besoins en fer de la femme enceinte doublent presque) ; et
- source de folate.

Le coût total des aliments pour le suivi d'une femme enceinte qui bénéficie de l'intervention nutritionnelle OLO dès sa 12e semaine de grossesse en 2017 est de 410 $, soit :

- 308 $ pour le lait ;
- 54 $ pour les œufs ; et
- 48 $ pour le jus d'orange.

Suppléments prénataux de vitamines et minéraux

Bien qu'une saine alimentation demeure le meilleur moyen de combler les besoins nutritionnels des femmes enceintes et de leur bébé à naître, il est essentiel que ce dernier puisse recevoir tous les nutriments dont il a besoin pour se développer. Un comprimé de suppléments prénataux de vitamines et minéraux permet donc de combler les besoins en acide folique, en fer et en vitamine C de la femme enceinte, en plus de lui fournir un apport de calcium et de vitamine D. La prise de ce type de suppléments est d'ailleurs recommandée par Santé Canada et par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [41, 43]. Des études démontrent également que la consommation de suppléments prénataux de vitamines et minéraux réduirait le risque que le bébé naisse avec un faible poids [98, 99].

7 Conditions de succès de l'approche OLO

7.1 Synthèse des recommandations de la Fondation OLO

Les recommandations de la Fondation OLO sont regroupées aux pages 6 et 7. De plus, l'Annexe 3 propose une grille d'analyse des éléments à considérer pour déployer l'intervention nutritionnelle OLO et permet aux gestionnaires de réaliser une autoévaluation de leur établissement.

7.2 Rôles et responsabilités

D'un établissement à un autre, les professionnels impliqués auprès de la clientèle OLO sont différents, tant en nombre qu'en ce qui a trait à leur profil professionnel. Nonobstant les disparités, les intervenantes se trouvent partout au cœur des interventions. Elles sont appuyées par des gestionnaires et d'autres professionnels, du côté à la fois des programmes que du milieu de la santé publique.

En 2014, lors de la publication du Cadre de référence *1000 jours pour savourer la vie* [100], la Fondation OLO a défini quatre fonctions – champion, décideur, alliés et connecteur – afin de permettre aux gestionnaires des CISSS et des CIUSSS de mieux cerner les diverses

Tableau 3. Les responsabilités du champion, du décideur, des alliés et du connecteur dans la mise en œuvre de l'approche OLO

CHAMPION	Porteur du dossier et expert du contenu, le champion coordonne la mise en œuvre de l'approche OLO et s'investit à maximiser les bénéfices des interventions pour les familles. • Il développe une profonde compréhension de ce Cadre de référence et de celui de *1000 jours pour savourer la vie.* • Il s'assure que les informations concernant l'approche OLO sont véhiculées aux équipes de son établissement. • Il dresse un bilan des pratiques actuelles sur l'ensemble du territoire et des différences par rapport aux recommandations. • S'il y a lieu, il propose une révision de l'offre de services actuelle, en détermine les priorités et coordonne le plan d'action qui comprendra les changements à mettre en place. • Il exerce un leadership transversal en facilitant les liens entre les équipes ainsi que les rapports avec la direction. • Il supervise les aspects logistiques (commandes, entreposage, distribution des coupons OLO ainsi que des outils en lien avec *1000 jours pour savourer la vie*) et il améliore l'efficience des pratiques (ex. : réduction du nombre de retours de coupons périmés). • Il participe à la transmission des savoirs et au partage des meilleures pratiques. • Il instaure un mécanisme de rétroaction et de suivi des changements souhaités. • Il soutient la création d'outils d'intervention lorsque nécessaire. Il ne devrait y avoir qu'un champion par établissement, par exemple : le chef de programme périnatalité et petite enfance, le directeur adjoint du directeur de santé publique, le coordonnateur de la thématique tout-petits ou l'agent de planification, de programmation et de recherche porteur du dossier et répondant régional.

DÉCIDEUR	Le décideur facilite la mise en œuvre de l'approche OLO en allouant les ressources humaines et financières nécessaires. • Il assigne les rôles et les responsabilités selon le modèle retenu. • Il participe à la création, approuve et révise le plan d'action proposé. • Il facilite la réalisation des interventions en réaménageant conséquemment les tâches des ressources disponibles. • Il facilite les liens interprofessionnels et interprogrammes ainsi que les rapports avec la direction de l'établissement. Il ne devrait y avoir qu'un décideur par établissement, par exemple : le directeur programme jeunesse ou le directeur de santé publique.
ALLIÉS	Les alliés mettent en œuvre l'approche OLO en l'intégrant dans leur intervention. • Ils participent à la création du plan d'action. • Ils intègrent l'approche dans leur intervention. • Ils offrent de la rétroaction sur l'application de l'approche. Par exemple, les intervenantes OLO (nutritionnistes, infirmières ou autres) qui font les interventions auprès des familles.
CONNECTEUR	Le connecteur maintient un lien actif entre le CISSS/CIUSSS et les autres organismes impliqués dans le développement de saines habitudes alimentaires chez les parents de tout-petits. • Il participe à la création du plan d'action. • Il évalue et maintient les liens avec les partenaires de la communauté. • Il offre de la rétroaction sur le lien entre le CISSS/CIUSSS et les partenaires de la communauté. Par exemple, l'organisateur communautaire, l'intervenante OLO ou l'assistante au supérieur immédiat.

responsabilités qui sont conférées aux établissements. Ces fonctions ne correspondent pas à des titres professionnels officiels et il revient à chaque établissement d'évaluer quelles personnes sont les mieux placées pour assumer les responsabilités qui y sont associées.

Pour faciliter l'exercice de ces responsabilités au sein des établissements, c'est aux champions et aux décideurs que la Fondation OLO fournit régulièrement l'information sur les ressources qui leur sont rendues disponibles pour réaliser les interventions auprès des familles. Ceci inclut le solde de leur crédit PCNP, le crédit résultant des activités de collecte de fonds de la Fondation OLO ainsi que les quantités d'outils d'intervention qu'ils peuvent se procurer. Cette information pratique s'ajoute à l'ensemble des ressources offertes pour faciliter l'appropriation des connaissances et l'amélioration continue des pratiques fournies à l'ensemble des professionnels impliqués (cadres de référence, fiches d'aide à l'intervention, communauté de pratique, formation accréditée en ligne, etc.).

8 Références

1. Gaudreau, S., et al., *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Guide de pratiques pour accompagner les familles*. 2016, Gouvernement du Québec. p. 87.
2. Duplessis Brochu, M., et al., *Fiches d'aide à l'intervention - 1000 jours pour savourer la vie*. 3e édition, 2017, Fondation OLO. p. 72.
3. Agence de santé publique du Canada, *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017*. 2017, Système canadien de surveillance périnatale. p. 94.
4. Ménard, V., *Evaluation of dietary intervention and pregnancy outcomes among food insecure women attending the Montreal Diet Dispensary program*. 2016, School of Dietetics and Human Nutrition, McGill University. p. 70.
5. Observatoire des tout-petits, *Proportion de naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (RCIU)*. 2016, [consultée le 04-08-2017] ; Disponible au : http://tout-petits.org/donnees/sante-et-bien-etre/conditions-de-naissance/retard-de-croissance-intra-uterine/naissances_retard/.
6. Observatoire des tout-petits, *Proportion de naissances de faible poids*. 2016, [consultée le 04-08-2017] ; Disponible au : http://tout-petits.org/donnees/sante-et-bien-etre/conditions-de-naissance/naissances-de-faible-poids/naissances-de-faible-poids/.
7. Auger, N., et al., *Weighing the contributions of material and social area deprivation to preterm birth*. Social Science & Medicine, 2012. 75(6) : p. 1032-1037.
8. Savard, N., *Étude de l'influence des caractéristiques du contexte social des mères sur la survenue de faible poids pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés du Québec (2000-2008)*. 2014, Université Laval. p. 231.
9. Tarasuk, V., et al., *L'insécurité alimentaire des ménages au Canada*. 2014, PROOF Food Insecurity Policy Research. p. 29.
10. Brunst, K.J., et al., *Racial/ethnic and sociodemographic factors associated with micronutrient intakes and inadequacies among pregnant women in an urban US population*. Public health nutrition, 2014. 17(9) : p. 1960-1970.
11. Ordre professionnel des diététistes du Québec, *Pour remettre le citoyen au cœur de l'assiette !*, Mémoire déposé dans le cadre des travaux de la Commission sur l'avenir de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire du Québec, 2007, p. 43.
12. Leduc Gauvin, J., et al., *Agir ensemble pour contret l'insécurité alimentaire*. 1996, Ordre professionnel des diététistes du Québec. p. 36.
13. Park, C.Y. et H.A. Eicher-Miller, *Iron deficiency is associated with food insecurity in pregnant females in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2010*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics , 2014. 114(12) : p. 1967-1973.
14. Jen, Y., *Les naissances de faible poids in Fiches thématiques, Initiative sur le partage de connaissances et le développement des compétences*. 2012, Institut national de santé publique. p. 21.
15. Hamza, O.B., et al., *Interventions comprenant des suppléments alimentaires OLO - Œufs Lait Oranges* 2003, Fondation OLO. p. 16.
16. Bryant, L. et E. Luckett, *Maternal and Child Nutrition Guidelines, Pre-Conception and Pregnancy Early Years (Babies and Children 0-4 Year Olds)*. 2nd edition. 2014, Health and Wellbeing Division, Department for Children Adults and Health, South Gloucestershire Council. p. 111.
17. Laverdière, F., H. Anctil, et M. Renaud, *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*, 2008, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Gouvernement du Québec. p. 174.
18. Barker, D.J.P., *Mothers, babies, and health in later life*. 1998, Edinburgh ; New York : Churchill Livingstone. p. 232.
19. Scottish Government, *Improving Maternal and Infant Nutrition: A Framework for Action*. 2011, Edinburgh p. 104.
20. Santé Canada, *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé. Gain de poids pendant la grossesse*. 2010, p. 21.
21. Goldenberg, R.L. et J.F. Culhane, *Low birth weight in the United States*. The American Journal of Clinical Nutrition, 2007. 85(2) : p. 584S-590S.

22. Desrosiers, H., *Conditions de la petite enfance et préparation pour l'école : l'importance du soutien social aux familles*. 2013, Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec. p. 16.
23. Muhajarine, N., et al., *Understanding the Impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: A Quantitative Evaluation*. The Canadian Journal of Public Health, 2012. 103(7) : p. 6.
24. Higgins, A.C., et al., *Impact of the Higgins Nutrition Intervention Program on birth weight: a within-mother analysis*. Journal of the American Dietetic Association, 1989. 89(8) : p. 1097-103.
25. Richard, C., et al., *Évaluation du programme OLO dans les centres de santé et de services sociaux du Québec*. 2011, Fondation OLO et Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation et Service prévention-promotion : Joliette. p. 83.
26. Haeck, C. et P. Lefebvre, *A simple recipe : The effect of a prenatal nutrition program on child health at birth*. Labour Economics, 2016. 41 : p. 77-89.
27. Sellström, E., et al., *Obesity prevalence in a cohort of women in early pregnancy from a neighbourhood perspective*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2009. 9(1) : p. 37.
28. Sutherland, G., S. Brown, and J. Yelland, *Applying a social disparities lens to obesity in pregnancy to inform efforts to intervene*. Midwifery, 2013. 29(4) : p. 338-343.
29. Begum, F., et al., *Gestational Weight Gain and Early Postpartum Weight Retention in a Prospective Cohort of Alberta Women*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 2012. 34(7) : p. 637-647.
30. Fraser, A., et al., *Associations of Gestational Weight Gain With Maternal Body Mass Index, Waist Circumference, and Blood Pressure Measured 16 Years After Pregnancy: The Avon Longitudinal Study of Parents and Children*. 2011. Vol. 93. p. 1285-1292.
31. Nehring, I., et al., *Gestational weight gain and long-term postpartum weight retention: A meta-analysis*. 2011. Vol. 94. p. 1225-1231.
32. Yogev, Y. et G.H.A. Visser, *Obesity, gestational diabetes and pregnancy outcome*. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 2009. 14(2) : p. 77-84.
33. Institut de la statistique du Québec, *Naissances selon la durée de la grossesse et le poids à la naissance, Québec, 1980-2013*. 2015, [consultée le 08-08-2017] ; Disponible au : http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/418.htm.
34. Santé Canada, *Les seuils de faible revenu*. 2015, [consultée le 08-08-2017] ; Disponible au : http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2009002/s2-fra.htm.
35. Blumfield, M.L., et al., *Systematic review and meta-analysis of energy and macronutrient intakes during pregnancy in developed countries*. Nutrition Reviews, 2012. 70(6) : p. 322-336.
36. Fowles, E. et M. Gabrielson, *First Trimester Predictors of Diet and Birth Outcomes in Low-Income Pregnant Women*. 2005. Vol. 22. p. 117-130.
37. Stephens, T.V., et al., *Healthy pregnant women in Canada are consuming more dietary protein at 16- and 36-week gestation than currently recommended by the Dietary Reference Intakes, primarily from dairy food sources*. Nutrition Research, 2014. 34(7) : p. 569-576.
38. Canning, P.M., et al., *Birth outcomes associated with prenatal participation in a government support programme for mothers with low incomes*. Child: Care, Health and Development, 2010. 36(2) : p. 225-231.
39. Goyal, N.K., et al., *Dosage Effect of Prenatal Home Visiting on Pregnancy Outcomes in At-Risk, First-Time Mothers*. Pediatrics, 2013. 132(Supplement 2) : p. S118-S125.
40. Issel, L.M., et al., *A Review of Prenatal Home-Visiting Effectiveness for Improving Birth Outcomes*. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 2011. 40(2) : p. 157-165.
41. Santé Canada, *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé. Le folate contribue à une grossesse en santé*. 2009. p. 12.
42. Santé Canada, *Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé - Le fer contribue à une grossesse en santé*. 2009. p. 10.

43. Wilson, R.D., et al., *Supplémentation préconceptionnelle en acide folique/ multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 2015. 37(6) : p. 550-552.
44. Lortie, P.B. et M. Massuard, *Sondage en ligne réalisé auprès des responsables et des intervenants OLO concernant le déroulement du programme OLO dans les CISSS et les CIUSSS (n=105 répondantes)*. 2016, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
45. Darfour-Oduro, S.A. et J. Kim, *WIC Mothers' Social Environment and Postpartum Health on Breastfeeding Initiation and Duration*. Breastfeeding Medicine, 2014. 9(10) : p. 524-529.
46. Jensen, E., *Participation in the Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC) and Breastfeeding: National, Regional, and State Level Analyses*. Maternal and Child Health Journal, 2012. 16(3) : p. 624-631.
47. Ma, X., et al., *WIC Participation and Breastfeeding in South Carolina: Updates from PRAMS 2009–2010*. Maternal and Child Health Journal, 2014. 18(5) : p. 1271-1279.
48. Moran, V.H., et al., *Incentives to Promote Breastfeeding : A Systematic Review*. Pediatrics, 2015. 135(3) : p. 687-702.
49. Murimi, M., et al., *Factors that Influence Breastfeeding Decisions among Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children Participants from Central Louisiana*. Journal of the American Dietetic Association, 2010. 110(4) : p. 624-627.
50. Reat, A.M., et al., *Comparison of Food Intake Among Infants and Toddlers Participating in a South Central Texas WIC Program Reveals Some Improvements After WIC Package Changes*. Maternal and Child Health Journal, 2015. 19(8) : p. 1834-1841.
51. Robb, Y., *Would financial rewards encourage mothers to breastfeed their babies?* Journal of Health Visiting, 2015. 3(2) : p. 84-89.
52. Wilde, P., et al., *Food-Pakage assignments and breastfeeding initiation before and after a change in the Special Supplémental Nutrition Program for WIC*. The American Journal of Clinical Nutrition, 2012. 96(3) : p. 560-566.
53. Ziol-Guest, K.M. et D.C. Hernandez, *First- and Second-Trimester WIC Participation Is Associated with Lower Rates of Breastfeeding and Early Introduction of Cow's Milk during Infancy*. Journal of the American Dietetic Association. 110(5) : p. 702-709.
54. Beaudry, M., et al., *Biologie de l'allaitement – Le sein, le lait, le geste*. 2007, Québec : Presses de l'Université du Québec. p. 624.
55. Santé Canada et al. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois*. 2015, [consultée le 31-07-2017] ; Disponible au : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/nutrition-nourrisson/nutrition-nourrisson-terme-sante-recommandations-naissance-six-mois.html.
56. Riordan, J., *Breastfeeding and human lactation*. 3rd ed. 2004, Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett publishers. p. 912.
57. International Lactation Consultant Association, *Core Curriculum for Lactation Consultant Practice*. 2002, Jones and Bartlett Publishers. p. 660.
58. Ross, C., et al., *Modern nutrition in health and diseases*. 11th ed. 2014, Philadelphia, United States of America: Lippincott Williams & Wilkins. p. 703.
59. Smith, L.J., *Biochemistry of human milk, in Core curriculum for lactation consultant practice*. 2013, Burlington, MA : Jones & Bartlett Learning. p. 355-369.
60. Baxter et al., *Réflexion sur le programme OLO. Volet postnatal*. 2011, Comité régional de suivi des indicateurs SIPPE et OLO de la Capitale Nationale. p. 34.
61. Santé Canada, *Célébrer et consolider les réussites : Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Rapport de synthèse présentant les faits saillants de l'évaluation sommative du PCNP 2004-2009*. 2011, Agence de la santé publique du Canada. p. 15.
62. Lee, E., et al., *Reducing Low Birth Weight Through Home Visitation: A Randomized Controlled Trial*. American Journal of Preventive Medicine, 2009. 36(2) : p. 154-160.
63. Ministère de la Santé et des Services sociaux., *Les services intégrés en périnatalité et pour*

la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Cadre de référence. 2004, p. 79.

64. Duquette, M.P., et al., *Programme d'aide aux femmes enceintes de milieux défavorisés : Projet-pilote en CLSC*. 1991, Dispensaire diététique de Montréal : Montréal. p. 95 et annexes.
65. HomVEE, *Home Visiting Programs - Reviewing Evidence of Effectiveness*. 2017, [consultée le 08-08-2017] ; Disponible au : https://homvee.acf.hhs.gov/HomVEE_Executive_Summary_Brief_031617.pdf#Brief1
66. Duquette, M.-P., et al., *Validation of a Screening Tool to Identify the Nutritionally at-Risk Pregnancy*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 2008. 30(1) : p. 29-37.
67. Gouvernement du Québec., Code des professions - Article 37.1. 2017, [consultée le 15-10-2017] ; Disponible au http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-26
68. Apfel, F., et al., *DG Sante – Together. Healthy diets pilot projet for pregnant and lacting women*. Littérature review and best practices. 2015, p. 178.
69. Heberlein, E.C., et al., *Effects of Group Prenatal Care on Food Insecurity during Late Pregnancy and Early Postpartum*. Maternal and Child Health Journal, 2016. 20(5) : p. 1014-1024.
70. Benediktsson, I., et al., *Comparing CenteringPregnancy® to standard prenatal care plus prenatal education*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2013. 13(1) : p. S5.
71. Birkett, D., et al., *Reaching low-income families: Focus group results provide direction for a behavioral approach to WIC services*. Journal of the American Dietetic Association, 2004. 104(8) : p. 1277-1280.
72. Fuller-Tyszkiewicz, M., et al., *Body dissatisfaction during pregnancy : A systematic review of cross-sectional and prospective correlates*. Journal of Health Psychology, 2012. 18(11) : p. 1411-1421.
73. Desjardins, N., et al., *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. 2005, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. p. 177.
74. de Montigny, F. et C. Lacharité, *Perceptions des professionnels de leurs pratiques*. 2012, EFG Revue internationale Enfances Familles Générations. p. 53-73.
75. Saint-Jacques, M.-C., et al., *L'éducation à l'heure des compétences parentales*. 2012, EFC Revue Internationale Enfances Famille Générations. p. 1-16.
76. Girard, A.W. et O. Olude, *Nutrition Education and Counselling Provided during Pregnancy: Effects on Maternal, Neonatal and Child Health Outcomes*. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2012. 26 : p. 191-204.
77. Koletzko, B., et al., *German National Consensus Recommendations on Nutrition and Lifestyle in Pregnancy by the 'Healthy Start - Young Family Network'*. 2014. Vol. 63. p. 311-322.
78. Ota, E., et al., *Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(6). p.107.
79. Beckers, J., *Compétences et identité professionnelles : l'enseignement des autres métiers de l'interaction humaine*. 2007, Bruxelles. p. 356.
80. Scott, I. et J. Spouse, *Mentoring and supervision and other facilitative relationships. Practice Based Learning in Nursing, Health and Social Care : Mentorship, Facilitation and Supervision*. 2013, U.K. p. 228.
81. Leblanc, J., et al., *Outil d'animation à l'intention des personnes qui offrent du soutien clinique. Activités de planification et de suivi à la Formation en ligne 1000 jours pour savourer la vie*. 2016, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. p. 7.
82. Kowaleski-Jones, L. et G. Duncan, *Effects of participation in the WIC program on birthweight: evidence from the National Longitudinal Survey of Youth. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children*. 2002. Vol. 92. p. 799-804.
83. Fowles, E.R., et al., *Stress, Depression, Social Support, and Eating Habits Reduce Diet Quality in the First Trimester in Low-*

Income Women: A Pilot Study. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2012. 112(10) : p. 1619-1625.

84. Rasmussen, K.M., et al., *Findings and Conclusions, chapitre 11, Review of WIC Food Packages: Proposed Framework for Revisions. Interim Report*. 2015, Committee to Review WIC Food Packages, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine : Washington, DC. p. 533.
85. Brantsæter, A.L., et al., *Does milk and dairy consumption during pregnancy influence fetal growth and infant birthweight? A systematic literature review*. Food & nutrition research, 2012. Vol. 56. p. 14.
86. Dunlevy, F., *Nutritional Assessment During Pregnancy*. 2015. Vol. 30. p. 71-79.
87. Heppe, D., et al., *Maternal milk consumption, fetal growth, and the risks of neonatal complications: The Generation R Study*. The American Journal of Clinical Nutrition, 2011. Vol. 94. p. 501-509.
88. Hillesund, E., et al., *Development of a New Nordic Diet score and its association with gestational weight gain and fetal growth - A study performed in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)*. 2014. Vol. 17. p. 1-11.
89. Lewis, E.D., et al., *Estimation of choline intake from 24 h dietary intake recalls and contribution of egg and milk consumption to intake among pregnant and lactating women in Alberta*. The British Journal Of Nutrition, 2014. 112(1) : p. 112-121.
90. Ruxton, C., *Value of eggs during pregnancy and early childhood*. 2013. Vol. 27. p. 41-50 ; quiz 51.
91. Shapira, N., *Modified Egg as a Nutritional Supplement During Peak Brain Development: A New Target for Fortification*. 2009. Vol. 20. p. 107-18.
92. Zeisel, S., *Nutrition in pregnancy : The argument for including a source of choline*. 2013. Vol. 5. p. 193-199.
93. Ramakrishnan, U., et al., *Effect of Women's Nutrition before and during Early Pregnancy on Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review*. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2012. 26 : p. 285-301.
94. Tudehope, D., et al., *Nutritional Requirements and Feeding Recommendations for Small for Gestational Age Infants*. The Journal of Pediatrics, 2013. 162(3, Supplement) : p. S81-S89.
95. Milman, N., *Iron in Pregnancy – How Do We Secure an Appropriate Iron Status in the Mother and Child?* Annals of Nutrition and Metabolism, 2011. 59(1) : p. 50-54.
96. Procter, S.B. et C.G. Campbell, *Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2014. 114(7) : p. 1099-1103.
97. Ramakrishnan, U., et al., *Effect of Multiple Micronutrient Supplementation on Pregnancy and Infant Outcomes: A Systematic Review*. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2012. 26 : p. 153-167.
98. Zerfu, T.A. et H.T. Ayele, *Micronutrients and pregnancy; effect of supplementation on pregnancy and pregnancy outcomes: a systematic review*. Nutrition Journal, 2013. 12(1) : p. 20.
99. Brochu, M.D., et al., *Cadre de référence - 1000 jours pour savourer la vie*. 2017, Fondation OLO. p. 48.

9 Annexes

Annexe 1 Seuils de faible revenu 2016, avant impôt, de Statistique Canada utilisés pour établir l'admissibilité à l'approche OLO selon les tailles de la communauté et de l'unité familiale pour l'année 2017

Tableau 4. Seuils de faible revenu 2016 (en dollars canadiens), avant impôt, de Statistique Canada utilisés pour établir l'admissibilité à l'approche OLO selon les tailles de la communauté et de l'unité familiale pour l'année 2017

Taille de l'unité familiale	Taille de la communauté				
	Régions rurales à l'extérieur des AR et RMR* ($ CA)	Agglomérations de recensement (AR)		Régions métropolitaines de recensement (RMR)	
		Moins de 30 000 habitants** ($ CA)	30 000 à 99 999 habitants ($ CA)	100 000 à 499 999 habitants ($ CA)	500 000 habitants et plus ($ CA)
1 personne	17 175	19 540	21 354	21 487	24 949
2 personnes	21 382	24 324	26 583	26 748	31 061
3 personnes	26 285	29 903	32 681	32 884	38 185
4 personnes	31 915	36 308	39 680	39 926	46 362
5 personnes	36 197	41 180	45 004	45 282	52 583
6 personnes	40 825	46 444	50 758	51 073	59 304
7 personnes ou plus	45 452	51 709	56 511	56 861	66 027

* Peuvent inclure quelques petits centres de population

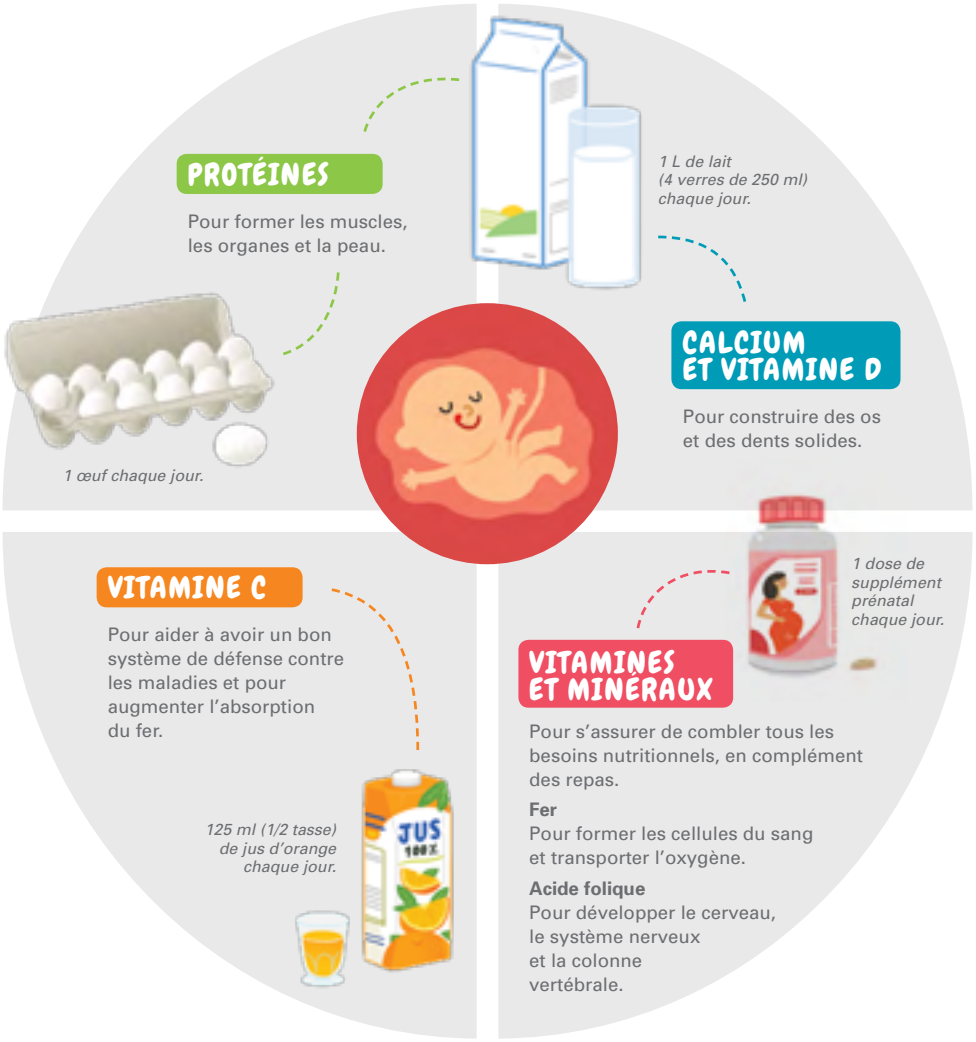
** Incluent les centres de population de moins de 10 000 habitants

Les tableaux des SFR de la dernière année d'imposition peuvent être consultés à l'adresse suivante : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110024101

Annexe 2 L'importance des aliments OLO

LES ALIMENTS OLO

Chaque aliment joue un rôle précis dans le développement de votre bébé



Cette fiche est téléchargeable à partir de notre site Internet : fondationolo.ca/aliments-olo

Annexe 3 Grille d'analyse des éléments à considérer pour déployer l'intervention nutritionnelle OLO

RECOMMANDATION 1. L'intervention nutritionnelle OLO devrait être offerte à toutes les femmes enceintes vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) familial établi par Statistique Canada. (p. 27)			
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER	OUI	NON	SI NON, QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ET COMMENT METTRE EN PLACE LA RECOMMANDATION ?
Toutes les femmes enceintes vivant sous le SFR familial sont rejointes par l'approche OLO dans mon établissement.			
Le tableau de SFR familial utilisé est à jour selon les dernières données de Statistique Canada.			

RECOMMANDATION 2. L'intervention nutritionnelle OLO devrait débuter le plus tôt possible, soit à partir du moment où la femme enceinte contacte l'établissement pour avoir accès à l'intervention. (p. 29)			
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER	OUI	NON	SI NON, QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ET COMMENT METTRE EN PLACE LA RECOMMANDATION ?
Les suppléments prénataux de vitamines et minéraux sont remis à la femme enceinte avant la 12e semaine de sa grossesse.			
Les coupons OLO sont remis dès la 12e semaine de grossesse.			
Les outils de *1000 jours pour savourer la vie* sont remis dès la 12e semaine de grossesse.			

Cette grille est téléchargeable à partir de notre site Internet : fondationolo.ca/grille-intervention-olo

RECOMMANDATION 3. L'intervention nutritionnelle OLO devrait être offerte aux femmes suivies jusqu'à leur accouchement. Par la suite, seuls les outils de 1000 jours pour savourer la vie devraient être distribués aux familles pour soutenir l'acquisition de saines habitudes alimentaires chez les tout-petits et leur famille. (p. 30)			
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER	OUI	NON	SI NON, QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ET COMMENT METTRE EN PLACE LA RECOMMANDATION ?
La remise de coupons OLO et de suppléments de vitamines et minéraux cesse à l'accouchement.			
La remise des outils de *1000 jours pour savourer la vie* se poursuit à la suite de l'accouchement.			
Les familles sont référées à des organismes communautaires de la région si elles ne peuvent être suivies par mon établissement pour un soutien en lien avec l'allaitement et l'acquisition de saines habitudes alimentaires.			
RECOMMANDATION 4. L'intervention nutritionnelle OLO devrait comprendre au moins une rencontre mensuelle avec la femme enceinte pendant sa grossesse. Ceci correspond à au moins six rencontres si l'intervention nutritionnelle OLO débute à la 12e semaine de grossesse. (p. 32)			
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER	OUI	NON	SI NON, QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ET COMMENT METTRE EN PLACE LA RECOMMANDATION ?
La femme enceinte rencontre une intervenante OLO au moins une fois par mois pendant sa grossesse.			
RECOMMANDATION 5. L'intervention nutritionnelle OLO devrait se réaliser sous forme de rencontres individuelles pouvant être complétées par des rencontres de groupe avec les femmes enceintes à l'occasion desquelles l'alimentation sera le principal sujet de discussion. (p. 33)			
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER	OUI	NON	SI NON, QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ET COMMENT METTRE EN PLACE LA RECOMMANDATION ?
La femme enceinte est rencontrée individuellement par une intervenante OLO (à domicile ou au bureau de l'intervenante) au moins quatre fois au cours de sa grossesse.			

RECOMMANDATION 5. L'intervention nutritionnelle OLO devrait se réaliser sous forme de rencontres individuelles pouvant être complétées par des rencontres de groupe avec les femmes enceintes à l'occasion desquelles l'alimentation sera le principal sujet de discussion. (p. 33)			
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER	OUI	NON	SI NON, QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ET COMMENT METTRE EN PLACE LA RECOMMANDATION ?
Une évaluation nutritionnelle de la femme enceinte est réalisée par une nutritionniste au début de la série de rencontres.			
Au moins trois suivis sont réalisés par une nutritionniste si le plan de traitement établi, à la suite de l'évaluation nutritionnelle, nécessite un suivi nutritionnel.			
Des rencontres de groupe abordant la saine alimentation sont prévues pour rencontrer les femmes enceintes OLO dans mon établissement (facultatif).			
Les rencontres de groupe sont réalisées par une intervenante OLO de l'équipe de périnatalité ou une intervenante en milieu communautaire au cours de la grossesse.			
L'approche mixte est utilisée dans mon établissement afin que la femme enceinte ait un contact avec une intervenante OLO au moins une fois par mois, soit en combinant les rencontres de groupe aux quatre rencontres individuelles minimales requises.			
Tout au long de la grossesse, une femme enceinte qui présente un risque nutritionnel* est référée et suivie par une nutritionniste. **voir p.34 pour une liste non exhaustive de risques nutritionnels*			
Toutes les intervenantes OLO impliquées dans un dossier connaissent le nombre de coupons OLO, le nombre de suppléments prénataux de vitamines et minéraux ainsi que le type d'outil de *1000 jours pour savourer la vie* remis à la femme enceinte au cours des suivis.			

RECOMMANDATION 6.	**L'intervention nutritionnelle OLO devrait privilégier une approche d'accompagnement lors des rencontres avec les femmes enceintes et leurs familles afin de renforcer leur pouvoir d'agir et faciliter le changement de comportement. (p. 37)**		
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER	OUI	NON	SI NON, QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ET COMMENT METTRE EN PLACE LA RECOMMANDATION ?
Toutes les intervenantes OLO de mon établissement ont suivi la formation *1000 jours pour savourer la vie* afin d'intégrer l'approche d'accompagnement dans leurs rencontres.			
Une rencontre d'équipe a été réalisée pour discuter de l'approche d'accompagnement présentée dans la formation *1000 jours pour savourer la vie* en utilisant *l'Outil d'animation à l'intention des personnes qui offrent du soutien technique* disponible sur le site web de la Fondation OLO, sous l'onglet « Formation ».			

RECOMMANDATION 7.	**L'intervention nutritionnelle OLO devrait offrir à la femme enceinte les aliments OLO et les suppléments prénataux de vitamines et minéraux selon les quantités quotidiennes suivantes : 1 œuf, 1 litre (4 tasses) de lait, 125 ml de jus d'orange pur à 100 % et 1 dose de suppléments prénataux de vitamines et minéraux. (p. 39)**		
ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER	OUI	NON	SI NON, QUELLE EST LA SITUATION ACTUELLE ET COMMENT METTRE EN PLACE LA RECOMMANDATION ?
Le nombre de coupons d'œufs sont remis à la femme enceinte selon le moment de sa prochaine rencontre avec une intervenante OLO afin qu'elle puisse consommer un œuf par jour.			
Le nombre de coupons de lait sont remis à la femme enceinte selon le moment de sa prochaine rencontre avec une intervenante OLO afin qu'elle puisse consommer un litre de lait par jour.			
Le nombre de coupons de jus d'orange sont remis à la femme enceinte selon le moment de sa prochaine rencontre avec une intervenante OLO afin qu'elle puisse consommer 125 ml de jus d'orange pur à 100 % par jour.			
Les suppléments de vitamines et minéraux sont remis à la femme enceinte afin qu'elle puisse en prendre une dose par jour tout au long de sa grossesse.			

Fondation OLO
des bébés en santé