

Les services intégrés en **périnatalité**
et pour la **petite enfance**
à l'intention des **familles**
vivant en contexte de **vulnérabilité**

Naître **ici** et venir d'**ailleurs**

Guide d'intervention auprès
des familles d'immigration récente



Les services intégrés en périnatalité
et pour la petite enfance
à l'intention des familles
vivant en contexte de vulnérabilité

Naître ici et venir d'ailleurs

Guide d'intervention auprès
des familles d'immigration récente



Comité de rédaction

Danielle Durand,

Direction de santé publique de Montréal, coordination du projet de rédaction.

Sylvie Gravel,

Direction de santé publique de Montréal, rédaction des chapitres 1 et 4 et révision de l'ensemble des contenus.

Nicole Desjardins

Institut national de santé publique du Québec, rédaction des thèmes sur l'attachement, la stimulation et la socialisation du jeune enfant et révision continue du guide.

Martine Fortier

Direction de santé publique de Montréal, révision continue du guide.

Renée Bourque

Consultante en relations interethniques, recherche documentaire et rédaction de la première version du guide.

Sylvianne Manseau

Institut national de santé publique du Québec, rédaction du thème sur la prévention des traumatismes non intentionnels chez les enfants et révision du guide.

D^{re} Monique Letellier et D^{re} Louise Valiquette

Direction de santé publique de Montréal, rédaction du thème sur la vaccination active.

Anne N'Zaou

Étudiante à l'Université de Montréal, rédaction du thème sur le soutien aux femmes excisées.

Michelle Proulx

Stagiaire post-doctorale Équipe MÉOS, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, co-rédaction du chapitre 4.

D^r Alix Adrien

Direction de santé publique de Montréal, expertise sur la transmission du VIH.

Révision linguistique

Solange Lapierre

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-550-49402-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-49403-4 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2007

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont généreusement donné de leur temps pour commenter et bonifier l'ouvrage.

Pour la 1^{re} version du guide:

Daniel Beauregard	Institut national de santé publique du Québec
Denise Biron	Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île
Colette Casavant	Regroupement Entre-Mamans
Louise Deschatelets	Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île
Monique Dostie-Cliché	Carrefour des Pitchou
Nadine Fournier	Cloverdale Multi-Ressources
Anita Gagnon	Université McGill
Suzanne Girard	Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale
Carole Hamel	Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun
Isabelle Hemlin	Agence de santé et de services sociaux de Montréal
Diane Lemieux	Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île
Véronica Lopez	Cloverdale Multi-Ressources
Vania Jimenez	Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, CFRI
Josée Paquin	Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île
Lyne Pépin	Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île
Nancy Ravary	Centre de la petite enfance Ki-Ri
Cécile Rousseau	Hôpital de Montréal pour enfants
Ghyslaine Roy	Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, SARIMM
Sophie Sansfaçon	Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale
Ginette Touloute	Centre Haïtien d'Organisation de Ressources et de Référence d'Anjou
Bilkis Vissandjée	Université de Montréal

Et pour la 2^e version:

De la région de Montréal

Alex Battaglini	Direction de santé publique de Montréal
Annie Beaudoin	Centre de santé et de services sociaux de la Montagne
Lise Boulais	Centre de santé et de services sociaux de la Montagne
Marie-Claude Fournier	Direction de santé publique de Montréal
Linda Langlais	Direction de santé publique de Montréal
Marie-José Legault	Direction de santé publique de Montréal
Guy Lonergan	Direction de santé publique de Montréal
Jérôme Latreille	Direction de santé publique de Montréal

De la région de Sherbrooke

Chantal Cloutier	CSSS/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Nathalie Dubreuil	CSSS/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Andréanne Forget	CSSS/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Antonio Garcia	CSSS/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Lise Lemieux	CSSS/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Lyne Juneau	CSSS/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Jacinthe Martell	CSSS/Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

De la région de l'Outaouais

Claude Yvette Akoun	Association des femmes immigrantes de l'Outaouais
Josée Brassard	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
François Cossette	Direction de Santé Publique de l'Outaouais
Tina De Luca	Association des femmes immigrantes de l'Outaouais
Gail Hawley-McDonald	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Gladice Salem	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
Rania Tannous	Maison de naissance de l'Outaouais
Alicia Valenzuela	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

De la région de Québec

Clara Benazera	Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
Johanne Horthe	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Céline Juneau	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
Helena Kristic	Service d'aide à l'adaptation des Immigrants et Immigrantes
Johanne Martin	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Monique Rainville	Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

De la région de Laval

Joy Schinazi	Direction de santé publique de Laval
--------------	--------------------------------------

De l'Institut national de santé publique du Québec

Johanne Laverdure	Développement des individus et des communautés
-------------------	--

Du ministère de la Santé et des Services sociaux

Danielle Auger	Direction générale de la santé publique
Lise Guérard	Direction générale de la santé publique
Sylvie Kirouac	Direction générale de la santé publique
Martine Pageau	Direction générale de la santé publique
Pierre Patry	Direction générale de la santé publique
Anik Simard	Direction générale des services sociaux
Louise Therrien	Direction générale de la santé publique

Ce guide a été réalisé grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Table des matières

Préface	7
Introduction	9
Contenu du guide	11
Chapitre 1 – Approche aux familles d’immigration récente	13
1.1 - Tendances, modèles et courants de pensée	13
1.2 - Approche préconisée dans ce guide	14
1.3 - But et objectifs	15
1.4 - Habiletés et moyens pour intégrer l’approche aux familles d’immigration récente	16
1.4.1 - Cerner les aspects marquants du parcours des familles en période périnatale	16
1.4.2 - Tenir compte de l’identité culturelle du migrant en relation avec les aspects marquants de son parcours	19
1.4.3 - Être attentif aux exigences des processus d’intégration	20
1.4.4 - Reconnaître l’existence de rapports minoritaires/majoritaires	21
1.4.5 - Considérer sa propre identité professionnelle et culturelle à titre d’intervenant	22
1.5 - Démarche à privilégier ou cinq stratégies	22
1.5.1 - Offrir un espace d’expression aux parents	22
1.5.2 - Valoriser les pratiques authentiques	23
1.5.3 - Informer les parents sur les pratiques d’ici	23
1.5.4 - Favoriser le renforcement du réseau social	24
1.5.5 - Prendre conscience de sa propre culture, pour mieux s’en distancer	24
Chapitre 2 – Période prénatale en contexte d’immigration récente	27
2.1 - Annonce de la grossesse	27
2.2 - Conceptions des soins prénatals et des rencontres prénatales	29
2.3 - Soutien aux femmes excisées	33
2.4 - Pratiques alimentaires au cours de la grossesse	35
2.5 - Attentes relatives à l’accouchement	40
2.6 - Réactions face à la douleur et à son soulagement	42
2.7 - Rôles homme/femme et paternité	44
Chapitre 3 – Période postnatale en contexte d’immigration récente	49
3.1 - Accueil du nouveau-né	49
3.2 - Attachement parent-enfant	51
3.3 - Allaitement maternel et introduction des solides	55
3.4 - Soins reliés à la toilette du bébé	59
3.5 - Prévention des traumatismes non intentionnels chez l’enfant	61
3.6 - Vaccination active	64
3.7 - Massage	68
3.8 - Pratiques de repos et de sommeil	70
3.9 - Acquisition de la position assise et de la marche	71
3.10 - Acquisition du langage bilingue chez l’enfant	73
3.11 - Stimulation, socialisation du jeune enfant et pratiques parentales	76

Chapitre 4 – Perception des risques en contexte migratoire.....	81
4.1 - Culture et perception du risque	81
4.2 - Perception des risques de retard de développement	82
4.2.1 - Perception des gains et pertes de la migration	82
4.2.2 - Impact de la migration sur la perception des risques	83
4.3 - Perception du risque et périnatalité	84
4.3.1 - Risques reconnus par les experts	84
4.3.2 - Écarts de perception.....	85
4.4 – Habiletés et moyens pour comprendre la perception du risque	86
Conclusion	89
Références.....	91
Sites Internet	95

Préface

L'idée de concevoir un guide à l'intention des intervenants qui travaillent auprès des familles d'immigration récente n'est pas fortuite. En fait, elle est le fruit de longues réflexions et de nombreux travaux entourant notamment le programme Naître égaux – Grandir en santé (NÉ-GS). S'inspirant de la perspective écologique, ce programme met en évidence les effets néfastes des inégalités sociales et économiques sur la santé et le bien-être des familles. Dans sa volonté de répondre adéquatement aux besoins de l'ensemble des familles vulnérables, la Direction de santé publique (DSP) de Montréal a entrepris d'adapter ce programme aux familles immigrantes, démarche qu'a surtout alimenté l'équipe Culture et migration de la DSP. Par la suite, l'étude *Les mères immigrantes, pareilles, pas pareilles*, publiée en 2000, a démontré que les circonstances migratoires ont un impact certain sur la santé et le bien-être des familles en période périnatale.

La réflexion sur l'adaptation culturelle des interventions s'est poursuivie plus récemment, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et les intervenants et professionnels d'organismes de plusieurs régions du Québec avec la mise en oeuvre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE). Ces services s'adressent aux jeunes familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant et aux familles dans l'extrême pauvreté (mères de 20 ans et plus, études secondaires inachevées et revenu sous le seuil de faible revenu). Ces clientèles sont constituées des femmes enceintes ainsi que des mères, des pères et de leurs enfants de 0 à 5 ans. Les SIPPE pourraient aussi être offerts aux familles d'immigration récente présentant plusieurs facteurs de vulnérabilité liés à leur parcours migratoire, mais pour une période plus restreinte.

Bon nombre des nouveaux arrivants dans la région de Montréal¹ répondent aux critères d'admissibilité des clientèles visées par les SIPPE. Selon les données des naissances pour 2001-2003, le tiers des mères de moins de 20 ans et plus de 60 % de celles de 20 ans ou plus ayant moins de 11 ans de scolarité sont nées à l'extérieur du Canada. Il demeure donc préoccupant d'assurer l'accès à ces services à ces familles présentant plusieurs facteurs de vulnérabilité et de les adapter à leurs besoins en fonction des ressources disponibles, à la lumière de la discussion des cas par l'équipe interdisciplinaire. Ces facteurs de vulnérabilité sont les suivants: les raisons de l'immigration (réfugiés, témoins ou victimes de violence organisée), l'isolement (absence du réseau féminin), les conditions sociodémographiques (faible scolarité, déqualification professionnelle, endettement, méconnaissance des langues officielles). Les types de familles ci-après présentent donc un risque plus élevé de vulnérabilité, soit: les réfugiés (statut reconnu), les demandeurs d'asile en attente d'une audition, les sans statut (situation d'ordre humanitaire).

Le présent guide est conçu dans l'objectif d'orienter et de soutenir les gestionnaires et les intervenants dans leurs actions auprès des familles immigrantes à la lumière du contexte expliqué plus haut.

1. Quelques statistiques relatives à la clientèle immigrante sont illustrées à titre indicatif dans le présent guide et ce, particulièrement pour la région de Montréal, en raison de la forte concentration d'ethnies qu'on y retrouve.

Introduction

De 1995 à 2004, le Québec a accueilli plus de 332 000 immigrants. La moitié d'entre eux ont été admis comme travailleurs qualifiés, gens d'affaires ou aides familiaux (catégorie immigration économique), le quart, en tant qu'époux, conjoints, enfants (catégorie regroupement familial incluant l'adoption internationale). Enfin, près d'un immigrant sur quatre a été admis dans la catégorie réfugiés et personnes en situation semblable. La majorité de ces immigrants toujours présents au Québec (78,8 %) se sont installés dans la région métropolitaine de Montréal (Montréal, Laval et l'agglomération de Longueuil), les autres dans d'autres régions : 4 % dans la Capitale Nationale, 3,2 % en Montérégie, 2,5 % en Outaouais, 2,1 % en Estrie, 2,0 % dans les Laurentides et 1 % dans Lanaudière (MCCI, 2006).

À Montréal, surtout dans certains quartiers, les concentrations d'immigrants sont marquées. Ainsi, pour la période 2001-2003, la proportion moyenne annuelle des nouveaux-nés dont au moins un des deux parents est né à l'étranger était de 56 % pour Montréal, mais de 93 % dans le quartier Parc Extension, 82 % dans Côte-des-Neiges, et autour de 79 % dans Saint-Laurent, Bordeaux Cartierville et Saint-Michel. (Direction de santé publique de Montréal, site Internet). Si l'immigration a des impacts démographiques positifs pour le Québec, la pauvreté économique et sociale d'une trop grande partie de ces familles pose tout un défi pour l'intervention. Dans la documentation, on reconnaît de plus en plus l'immigration comme un déterminant de la santé (Evans et *al.*, 1996). Être admis au Canada comme indépendant suppose que l'individu possède des compétences professionnelles et des caractéristiques personnelles lui permettant de réussir son intégration. Par contre, être admis comme réfugié pour des motifs humanitaires ou comme requérant de statut suggère souvent un départ brusque du pays d'origine, des séparations familiales, des deuils, qui peuvent rendre difficile l'intégration. La santé mentale et physique des mères, des pères, des tout-petits et des enfants à naître est tributaire de leur environnement et des conditions de vie et peut changer en réaction à la pauvreté, la marginalisation et l'isolement (Hyman, 2001; Battaglini et *al.*, 2000).

La naissance d'un enfant, qu'elle soit désirée ou non, provoque changements et interrogations au sein du couple et d'une famille: changement social, changement de rôles et questionnement au sujet de son identité. Pour les familles d'immigration récente², ces changements surviennent peu de temps après leur installation. Un parcours migratoire marqué de plus de pertes que de gains accroît aussi leur vulnérabilité. Tout en se préparant à une naissance, les parents doivent aussi composer avec un nouvel environnement social et culturel qui leur est la plupart du temps tout à fait étranger.

Le présent guide a été élaboré afin de permettre aux intervenants des SIPPE d'adapter les objectifs et les activités aux familles d'immigration récente vivant en contexte de vulnérabilité. Rappelons que ces Services ont été instaurés pour contribuer à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux, notamment l'abus et la négligence envers les enfants. Ils visent deux objectifs, soit:

- 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 se trouvant dans une situation qui les rend 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 (MSSS, 2004a).

2. Les « familles d'immigration récente » sont celles qui sont arrivées au Québec depuis 5 ans ou moins et proviennent surtout d'Asie (Bengladesh, Afghanistan, Irak...), d'Afrique (Somalie et pays du Maghreb...), d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, de pays en guerre et/ou en développement. Cependant, certaines familles réfugiées ou en attente de statut présentent souvent davantage de facteurs de vulnérabilité et pourraient avoir besoin d'un soutien particulier bien qu'elles soient au pays depuis plus de 5 ans.

Naître ici et venir d'ailleurs a été conçu afin de répondre à l'interrogation suivante: Comment soutenir les familles d'immigration récente vivant l'expérience de la naissance d'un enfant alors qu'elles entament leur intégration dans un nouveau pays et s'approprient à construire de nouveaux réseaux? L'approche aux familles d'immigration récente – où la compréhension des circonstances migratoires entre en ligne de compte – propose aux intervenants de se sensibiliser aux transformations amorcées lors de la migration, aux facteurs de vulnérabilité et de protection en période périnatale, et aux gains et aux pertes perçus par les familles. Dans l'idée de développer une compétence en périnatalité en contexte pluriethnique pour les intervenants impliqués dans les SIPPE, *Naître ici et venir d'ailleurs* examine la multiplicité des référents d'une personne et des systèmes de sens d'un groupe à travers les pratiques périnatales observées ailleurs dans le monde. Il cherche aussi à comprendre le sens de ces pratiques qui se sont transformées par le parcours migratoire.

Contenu du guide

Le chapitre 1 pose les bases d'une approche aux familles d'immigration récente. Un rapide survol de différents courants de pensée du fait migratoire au cours des 30 dernières années permet au lecteur de faire un retour historique sur les pratiques. Une série d'enseignements extraits de ces expériences permet de définir une approche de ces familles et de dégager des habiletés et des stratégies d'intervention à développer.

Le chapitre 2 aborde la période prénatale dans le contexte du parcours migratoire. Les thèmes retenus touchent: les réactions face à l'annonce de la grossesse, les conceptions entourant les soins prénatals et les rencontres prénatals, le soutien aux femmes excisées, les pratiques alimentaires durant la grossesse, les attentes relatives à l'accouchement, les réactions face à la douleur et son soulagement, et la paternité.

Le chapitre 3 a trait à la période postnatale et au début de la petite enfance, c'est-à-dire aux deux premières années de vie de l'enfant. Plusieurs thèmes sont abordés: l'accueil du nouveau-né, l'attachement parent-enfant, l'allaitement maternel et l'introduction des solides, les soins liés à la toilette du bébé, la prévention des traumatismes non intentionnels chez l'enfant, la vaccination active, le massage, les pratiques de repos et du sommeil, l'acquisition de la position assise et de la marche, le développement du langage, la stimulation et la socialisation du jeune enfant.

Chacun des thèmes des chapitres 2 et 3 est traité selon trois angles. Le premier met en lumière diverses pratiques, rituels et/ou croyances dans de nombreuses régions du monde ainsi que quelques données chiffrées. Le deuxième examine la façon dont ces pratiques et rituels se transforment dans un contexte migratoire. Le troisième pose les questions qui permettent d'identifier des stratégies d'action.

Le chapitre 4 entame une réflexion sur les écarts possibles dans la perception du risque de retard de développement chez l'enfant entre les intervenants et les familles.

Ce guide s'adresse aux intervenants en périnatalité et en petite enfance qui accompagnent les familles immigrantes et qui ont le sentiment que tout est à recommencer quand le profil de la population se transforme selon les vagues successives d'immigration. Il s'adresse aussi aux professionnels et aux travailleurs de la santé, des services sociaux et de l'action communautaire œuvrant dans les environnements des familles d'immigration récente. Il propose une réflexion à la fois centrée sur la rencontre interculturelle et, surtout, sur la compréhension de l'impact de la migration sur la santé comme un déterminant du mieux-être et du mieux-vivre. Ajoutons que l'approche aux familles d'immigration récente se veut un complément aux autres approches afin que les intervenants puissent porter un jugement adéquat sur les besoins de ces familles et trouver les manières d'y répondre et ainsi exercer en toute compétence leurs interventions en contexte multiethnique.

Chapitre 1 – Approche aux familles d’immigration récente

C’est à partir de la pratique et du savoir acquis au fil des ans par les intervenants, complétés par les connaissances obtenues de manière scientifique, que se construit une approche. Celle-ci adhère généralement à un courant de pensée, à une discipline en particulier. L’approche exposée dans ce guide repose à la fois sur l’expérience pratique et sur la recherche en santé publique, la santé et le bien-être des populations immigrantes étant considérés sous l’angle des facteurs de protection et des facteurs de vulnérabilité liés au parcours migratoire.

Les réalités issues de l’immigration au cours des dernières années ont donné lieu à diverses approches qui, bien qu’elles aient contribué à améliorer les connaissances scientifiques et à adapter les interventions, ont souvent soulevé une multitude de questions (Sévigny et *al.*, 1999). D’abord, nous présenterons un rapide survol des approches, méthodes et courants de pensée qui ont marqué la pratique auprès des familles immigrantes. Ensuite, nous tracerons les grandes lignes de l’approche aux familles d’immigration récente centrée sur des facteurs de vulnérabilité et de protection en période périnatale. Les habiletés et moyens qu’exige son application ainsi que cinq stratégies clé sont dégagés à la fin du chapitre. Notons que cette approche s’inscrit dans le continuum de l’évolution des connaissances, c’est-à-dire qu’elle sera sûrement révisée à son tour d’ici quelques années.

1.1 - TENDANCES, MODÈLES ET COURANTS DE PENSÉE

Au cours des 30 dernières années, la pratique périnatale a été imprégnée de diverses tendances et courants de pensée issus de la rencontre des services publics et des populations immigrantes³. Parmi ces tendances, deux se sont imposées comme des modèles de pratiques auprès des communautés culturelles: l’approche interculturelle et le multiculturalisme. La première a pris surtout de l’ampleur au Québec alors que la deuxième s’est imposée dans tout le Canada.

Il existe un troisième modèle, celui de l’acculturation, apparu au début des années 80, qui se définit comme un processus de transformation des valeurs et des comportements quand deux groupes culturels sont en contact sur une base continue (Berry et *al.*, 1987). Dans ce processus, quatre issues sont possibles; autrement dit, quatre stratégies d’adaptation peuvent s’opérer chez l’immigrant: l’intégration, où le groupe maintient ses valeurs et son identité culturelle et entretient des relations avec la société d’accueil; la séparation, quand il y a maintien des valeurs, mais sans véritable contact avec la société d’accueil; l’assimilation, quand il y a prépondérance des relations avec les autres et abandon de ses valeurs et de son identité culturelle; enfin, la marginalisation, quand le groupe est exclu de toute forme de liens sociaux dans la société d’accueil. On reproche au multiculturalisme canadien, qui accorde le droit aux minorités culturelles de posséder leurs réseaux institutionnels scolaire et religieux parallèles, de favoriser les divisions et de retarder l’intégration des immigrants à la société d’accueil (Bérubé, 2004).

Pour les tenants de l’approche interculturelle, il est déterminant de se centrer sur l’interaction, ce à quoi les tenants de l’acculturation s’opposent. Pour les premiers, il faut favoriser un processus continu de contacts et d’échanges entre les minorités culturelles et la population majoritaire du pays d’accueil, processus basé sur le respect, la tolérance et l’ouverture de part et d’autre (Bérubé, 2004). L’approche interculturelle se définit comme une « interaction entre deux porteurs de culture plutôt qu’entre un intervenant et un migrant » (Cohen-Émerique, 2000, p. 171), où chacune des parties attribue à l’autre un sens à ses comportements. Ce processus peut malheureusement dégénérer en une confrontation où, très souvent, se mêlent les identités culturelles et professionnelles (Abdallah-Pretceille 1985, cité par Cohen-Émerique, 2000), ce qui place très souvent l’intervenant en position d’autorité et amenuise la compétence de l’immigrant à résoudre ses problèmes.

3. Pour une description plus exhaustive, voir l’article de Sylvie Gravel et *al.*: *Migration, éthique et santé publique au Québec*, 2005.

Trois méthodes de résolution de problèmes ont émergé de ces deux modèles, l'approche interculturelle et l'acculturation: 1) la gestion des chocs culturels ou la médiation interculturelle, applicable aux individus; 2) l'accommodement raisonnable, conçu pour rapprocher les individus et les institutions publiques; et 3) l'adaptation culturelle des services publics. Ces méthodes ont été largement enseignées et sont encore des sources de référence pour la pratique. Des éléments d'application sont présentés dans le présent chapitre, et aussi dans les sections « stratégies d'action » des chapitres 2 et 3.

Au milieu des années 90, l'approche transculturelle a apporté un autre éclairage qui a fortement marqué la psychiatrie et le nursing puis, à leur tour, la psychologie et le travail social. Selon la thèse centrale de l'approche transculturelle, empruntée à celle de l'ethnopsychiatrie, chaque individu est constitué d'un noyau culturellement défini, moulé à la conception des origines de l'être transmise par sa société d'appartenance. La détresse psychologique ou les difficultés d'adaptation se manifestent quand l'individu n'arrive plus à réconcilier le sens de ses origines à son identité d'adoption. L'approche transculturelle permet de cerner les similitudes dans les ruptures de sens et met en évidence les mécanismes d'influence des valeurs, des comportements et des styles de vie dans les manifestations de la santé et du bien-être (Ferreira-Pinto, 1998). Cette approche, d'abord développée par les services cliniques, vient répondre à deux préoccupations: prodiguer des soins adéquats porteurs d'une réponse culturellement significative dans le processus de rétablissement et développer une compétence dans la gestion de la diversité culturelle au sein des organisations et des professions. Tant les approches transculturelle qu'interculturelle ont permis de faire naître un ensemble de services spécialisés, à la fois dans les CSSS et dans les structures hospitalières. Elles font toutefois l'objet de certaines critiques (Jacob et *al.*, 1996), qui dénoncent l'ethnisation des problèmes des personnes immigrantes créée par les institutions à vocation ethnique.

À l'aube du XXI^e siècle, les travaux de recherche se centrent de plus en plus sur les similitudes des immigrants au-delà des cultures d'appartenance, et non plus uniquement sur les pertes engendrées par l'immigration, mais aussi sur les gains. C'est dans cette foulée que s'élabore l'approche aux familles d'immigration récente, qui met en relief les trajectoires qui fragilisent ou renforcent la santé physique et psychologique et la dynamique des gains et des pertes.

1.2 - APPROCHE PRÉCONISÉE DANS CE GUIDE

L'approche aux familles d'immigration récente, centrée sur les parcours migratoires, tire son inspiration des tendances et courants de pensée ci-dessus résumés. Complémentaire à l'approche interculturelle, elle met au premier plan non pas seulement l'individu, mais les familles, les groupes et les communautés.

On connaît de plus en plus la relation entre les effets néfastes des inégalités sociales et économiques et la santé des populations. La pauvreté et le jeune âge des parents « sont parmi les déterminants majeurs du développement et de l'adaptation sociale des enfants » (MSSS, 2004a). Pour les familles d'immigration récente, la discrimination, la stigmatisation et l'exclusion raciale, ethnique ou religieuse contribuent à accentuer ces inégalités. La distance culturelle du migrant avec celle du pays d'accueil ainsi que le type de société d'où il est issu figurent parmi les facteurs qui influencent son intégration et ses rapports avec ses enfants. Par exemple, Camilleri identifie deux matrices de culture qui représentent deux visions du monde totalement opposées: les sociétés rurales et traditionnelles, et les sociétés industrialisées, surtout occidentales (Bérubé, 2004). Selon sa société de provenance, l'immigrant s'intégrera avec plus ou moins de difficulté, ou de facilité, dans la société d'accueil.

Dans une perspective de santé publique, on tente de comprendre quels sont les moyens dont disposent les immigrants, quels moyens offre le réseau de la santé et des services sociaux et comment la collectivité contribue à faire en sorte que les personnes, les familles et les groupes s'intègrent adéquatement, sans trop d'échecs. Cette préoccupation envers la responsabilisation des personnes, des familles et des communautés immigrantes s'inscrit dans une logique de prévention. Sans nier l'importance des chocs culturels, des détresses psychologiques, ou des conflits interculturels vécus en relation d'aide, la vision de santé publique cherche davantage des réponses collectives et solidaires pouvant pallier les expériences de détresse de même que les difficultés liées à la reconstruction d'une nouvelle vie. Par ailleurs, on cherche aussi à comprendre les dynamiques complexes des gains et des pertes, matérielles, sociales ou affectives, vécus au cours de l'expérience migratoire: que perdent et que gagnent ces personnes? Les gains suffisent-ils à compenser les pertes? L'implication du conjoint dans les soins au nourrisson remédie-t-il à l'absence du réseau féminin dans une situation d'immigration récente? Quels sont les attentes et les besoins de ceux qui immigreront sous la contrainte et non par choix? La naissance d'un enfant fait-elle partie du projet migratoire des parents?

De ce point de vue, l'immigration est perçue comme une condition qui modifie l'état de santé et de bien-être des familles. Dans quelle direction cela évoluera-t-il? Tout repose sur les circonstances migratoires ou, autrement dit, sur les conditions pré et post-migratoires et sur la perception des familles des gains acquis et des pertes subies.

On a vu que l'approche aux familles d'immigration récente s'inscrit dans une perspective de santé publique où les circonstances migratoires sont vues comme des déterminants de santé. De plus, cette approche appréhende la réalité migratoire sur une base populationnelle et non individuelle. Elle associe les dynamiques de perception des gains et des pertes, les facteurs de protection et les facteurs de vulnérabilité, la responsabilisation et la résilience à la compréhension du processus migratoire. Elle donne un regard plus dynamique, axé sur les transformations provoquées par tout le processus de la migration (Battaglini et al., 2000).

Cette approche veut offrir aux intervenants des éléments de réponse pour comprendre les facteurs de vulnérabilité propres à ces nouveaux immigrants. Elle vise aussi à sensibiliser les ressources du quartier et divers milieux de vie de ces familles aux processus souvent laborieux d'installation et de reconstruction des réseaux.

Dans le présent document, nous allons tour à tour examiner le but et les objectifs de cette approche, les habiletés et les moyens pour l'appliquer ainsi que proposer une démarche d'application.

1.3 - BUT ET OBJECTIFS

Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance comprennent d'une part, l'accompagnement des familles – surtout des visites à domicile réalisées par une intervenante privilégiée – qui mise sur le développement d'un lien de confiance avec les parents et, d'autre part, des activités de soutien à la création d'environnements favorables. Cette dernière composante vise à créer et à consolider des environnements sains pour le développement optimal des enfants et pour l'exercice du rôle de parents. Les deux composantes des SIPPE s'appuient sur le renforcement du pouvoir d'action, tant individuel que communautaire. Ces services s'étendent sur une période de cinq ans et demi, soit dès la 12^e semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de cinq ans. S'y ajoutent, en outre, des activités visant à favoriser le soutien éducatif précoce auprès des enfants dans le cadre des visites à domicile et en service de garde (MSSS, 2004a).

Le but général du guide est donc d'assurer la compréhension des circonstances migratoires dans l'accompagnement des familles et de renforcer le soutien à la création d'environnements favorables pour les familles d'immigration récente en contexte de vulnérabilité.

Objectifs:

- Valoriser et renforcer les habiletés des intervenants à analyser et interpréter les expériences de même que les perceptions des familles d'immigration récente dans leur processus d'adaptation et d'intégration en rapport avec leur parcours migratoire.
- Amener les intervenants à considérer la perception des familles à l'égard des gains et des pertes associés au processus migratoire et à définir en quoi ils peuvent fragiliser ou renforcer ces familles en période périnatale.
- Amener les intervenants à distinguer leurs propres références de celles des autres à l'égard des comportements sociaux et familiaux.
- Sensibiliser les intervenants à la perception différente du risque selon eux et selon ces familles.

1.4 - HABILITÉS ET MOYENS POUR INTÉGRER L'APPROCHE AUX FAMILLES D'IMMIGRATION RÉCENTE

Cinq grandes habiletés facilitent l'adoption de l'approche, c'est-à-dire:

- Cerner les aspects marquants du vécu migratoire.
- Tenir compte de l'identité culturelle du migrant en relation avec les aspects marquants de son parcours.
- Être attentif aux exigences des processus d'intégration.
- Reconnaître l'existence de rapports minoritaires/majoritaires.
- Considérer sa propre identité professionnelle et culturelle à titre d'intervenant.

1.4.1 - Cerner les aspects marquants du parcours des familles en période périnatale

Il s'agit ici de comprendre tant les facteurs de vulnérabilité que de protection liés au processus de migration. L'étude de Battaglini et *al.* (2000) a permis de cerner les circonstances associées à l'expérience migratoire et aux conditions de vie qui deviennent des facteurs de vulnérabilité durant la période périnatale ou des facteurs de protection. Elles constituent des repères précieux pour l'intervenant en vue d'établir des stratégies d'intervention. En voici quelques-unes.

- La catégorie administrative d'admission détermine bien souvent le potentiel d'intégration des nouveaux arrivants. Être admis comme indépendant suppose que l'individu possède des compétences professionnelles et des caractéristiques personnelles lui permettant de réussir son intégration. Être admis comme réfugié pour des motifs humanitaires ou comme requérant de statut suggère souvent un départ brusque de son pays d'origine, des séparations familiales, des deuils, qui peuvent rendre difficile l'intégration dans un nouveau pays. Bien que le statut migratoire soit d'ordre administratif, il permet d'imaginer le type de parcours suivi par la famille.
- La durée du séjour dans un camp de réfugiés affecte l'état de santé physique et psychologique. Dans certains cas, les conditions sanitaires et de subsistance sont inférieures à celles recommandées par les agences d'aide internationale, ce qui conduit à une détérioration rapide de l'état de santé des personnes.
- La crainte de ne pas obtenir la citoyenneté canadienne s'ajoute aux inquiétudes lors de l'installation de la famille dans son nouveau pays. La peur d'être expulsée est souvent vécue de façon dramatique par nombre de familles. Bien que peu fréquente, cette issue est possible si les familles ont été associées à des actes terroristes.

- Les raisons d'émigrer jouent un rôle significatif dans l'attitude des membres de la famille face à leur processus d'adaptation. De plus, elles renseignent sur le projet d'immigration: est-ce le désir d'une meilleure vie, la fuite en raison de menaces ou de privations, une obligation conjugale ou familiale? Est-ce une décision prise sous la pression extérieure à cause d'événements politiques ou économiques, ou est-ce une pression interne exercée par le conjoint? Or, quitter son pays pour assurer sa sécurité et celle de sa famille ou le quitter pour améliorer sa situation économique et fonder une famille correspondent à des projets fort différents.
- Avoir été témoin de violence organisée ou avoir subi des menaces ou des sévices dans son pays d'origine sont des expériences déterminantes du sentiment de bien-être physique et psychologique des nouveaux arrivants. Ces expériences, souvent traumatisantes, conduisent à une fragilité émotionnelle qui peut moduler la perception des gains et des pertes dans le pays d'adoption. Certaines formes de répression (viol, torture...) peuvent perturber les circonstances entourant, d'abord, la conception de l'enfant et, plus tard, son arrivée dans la famille.
- Les membres d'une même famille n'immigrent pas nécessairement en même temps, pour des raisons politiques ou économiques. La famille se sépare alors et l'immigration s'échelonne dans le temps, ce qui fragmente les liens de solidarité: plus le processus de réunification est long, plus les retrouvailles sont difficiles, la réalité étant souvent différente de l'existence idéalisée. Le conjoint qui arrive le premier, afin de trouver du travail et un logement, peut créer une image de sa condition qui n'est pas toujours à la hauteur des rêves et des attentes de ceux qui le suivront. Réciproquement, les membres de la famille qui viennent le rejoindre peuvent être jugés peu reconnaissants des efforts déployés pour préparer leur venue. Les familles vivent à la fois la joie et la déception des retrouvailles. Si la séparation fait en sorte que des enfants aînés restent au pays et que d'autres naissent entre temps dans le pays d'accueil au cours de la période d'installation, une rupture peut se créer dans la hiérarchie de la fratrie. Si la séparation se prolonge, les cadets peuvent être plus intégrés dans la société d'accueil que leurs aînés qui les rejoignent plus tard.
- Tout au long de cette période de préparation à la réunification, les parents sont inquiets des conditions de vie de leurs aînés tant qu'ils ne les ont pas rejoints. Bien que les parents soient heureux de réunifier la famille, de recréer la solidarité familiale, ils sont souvent déçus de constater que des écarts de l'encadrement parental se sont produits entre temps.
- Les familles dont tous les membres immigrent en même temps peuvent être en outre confrontées à une différenciation des rythmes et des capacités d'intégration de chacun. L'âge au moment de l'immigration, les habiletés linguistiques et les habiletés de socialisation peuvent créer un fossé dans l'intégration entre les générations.
- La présence d'une communauté de son origine ethnique, à la fois organisée et aidante, est déterminante dans le succès ou l'échec de l'intégration. Au cours des premières années d'installation, la communauté guidera la famille dans l'adoption de stratégies de bon fonctionnement. Par contre, la communauté peut devenir nuisible si elle enferme ses membres dans un univers dissocié de la société d'accueil.
- La multiparité au moment de l'immigration peut être l'indice d'un parcours migratoire spécifique. Dans ce cas, l'expérience migratoire peut inscrire une rupture dans l'expérience familiale, des enfants ayant été contraints de rester dans le pays d'origine, fragilisant encore plus la future mère dans son adaptation. De plus, quitter son pays d'origine si l'on a déjà une famille représentée parfois la seule issue à une situation risquée plutôt qu'un choix longuement planifié.
- La perte des réseaux familiaux et sociaux provoque inévitablement l'isolement. En particulier, l'absence du réseau de soutien féminin constitue une vulnérabilité de plus en période périnatale, si personne ne compense cette absence.
- La fragilité émotive des femmes attribuée a priori à la faiblesse du réseau de soutien en période périnatale, mais aussi au statut, aux difficultés d'adaptation et au sentiment d'inquiétude quant au bébé, son développement et sa santé, constitue un autre facteur de vulnérabilité.

D'autres circonstances pré et post-migratoires viennent aussi accentuer la vulnérabilité des familles, notamment la déqualification professionnelle, la pauvreté et l'endettement, la méconnaissance du français et de l'anglais, une grossesse non désirée.

Par contre, d'autres circonstances ont un effet protecteur dans l'installation et l'adaptation des familles, qui sont alors perçues comme des gains. En voici quelques-unes.

- L'ajustement des rôles des hommes et femmes, et en particulier un plus grand soutien du conjoint dans les tâches ménagères et dans les soins aux enfants pour pallier l'absence du réseau féminin et pour s'adapter au nouveau contexte culturel.
- Lorsque le projet d'émigrer comporte une dimension familiale, la force d'adaptation en est décuplée. Viser le mieux vivre de ses enfants, assurer leur accès aux soins de santé, à de meilleures conditions sanitaires, à l'éducation et à la sécurité sont les sources premières de motivation de nombre de parents. Si ceux-ci perçoivent des pertes à l'égard de leur propre personne, ils reconnaissent plus facilement les avantages pour leurs enfants.
- Pour les familles provenant de pays en crise, le sentiment de sécurité obtenu au Québec, c'est-à-dire l'absence de la présence militaire et la faible présence policière procurent un sentiment de liberté et d'autonomie. Contrairement à bien des pays en développement où la corruption menace le quotidien des simples citoyens, le sentiment de quiétude ressenti dans la société d'accueil est perçu favorablement et devient une motivation à l'installation permanente.
- Si l'immigration forcée fragilise les personnes au cours des premières années, la volonté de s'en sortir et de quitter un pays témoigne d'une très grande force psychologique. Cette force sera multipliée par les témoignages de solidarité que des proches manifesteront à l'égard du projet migratoire.
- La solidarité nécessaire à la réussite de ce processus d'adaptation peut être alimentée de diverses façons. La famille est souvent la première source de solidarité. Immigrer avec tous les membres de la famille, vivre en même temps les étapes d'installation et d'adaptation procure un sentiment de sécurité, ou d'insécurité commune, qui renforce le sentiment de solidarité. Même ceux restés au pays d'origine peuvent contribuer à ce processus en encourageant la famille à persister dans ses démarches, en s'occupant des personnes ou des biens restés au pays en attendant de les rejoindre.
- La communauté ethnique procure souvent ce sentiment de solidarité, crucial au cours des premières années, entre autres pour trouver un emploi, un logement et faire les démarches administratives d'inscription à l'école, à l'assurance-maladie, etc. Si la communauté ethnique peut être un facteur de protection de la santé mentale, elle peut après un certain temps produire l'effet inverse en ghettoïsant les personnes.
- La solidarité entre personnes d'immigration récente est très fréquente, et souvent plus rapprochée que celle observée entre membres d'une même communauté, mais issus de vagues migratoires différentes.
- La première stratégie d'intégration est sans nul doute l'intégration économique. Une intégration réussie se mesure par l'écart entre le revenu reçu et le revenu correspondant au même type d'emploi au sein d'une entreprise ou de la profession en question. Ces écarts seront d'autant plus faibles si les institutions gouvernementales, les milieux d'emploi et les associations professionnelles reconnaissent les formations et expériences professionnelles acquises hors du Canada. Toutefois, on doit admettre la présence d'un hiatus entre la politique d'immigration largement basée sur la sélection des candidats à l'immigration selon leur compétence professionnelle et les mesures réelles de reconnaissance de ces qualifications et d'intégration économique (Godin et al., 2004). En tant que parents ou futurs parents, la reconnaissance des qualifications professionnelles détermine en grande partie les conditions de travail et, en conséquence, les conditions économiques dans lesquelles ils assumeront leur rôle.

Quelques clés pour cerner le vécu migratoire des familles d'immigration récente et vulnérables:

- Examiner avec les familles les circonstances migratoires et leurs motivations à immigrer.
- Examiner les conditions dans lesquelles s'est effectué leur processus d'installation ainsi que leur perception des pertes et des gains.
- Cerner leurs réseaux primaires et secondaires, d'affiliation et d'appartenance, présents et absents, à proximité et éloignés.

1.4.2 - Tenir compte de l'identité culturelle du migrant en relation avec les aspects marquants de son parcours

Chacun de nous arrive dans l'existence muni d'un ensemble de règles implicites, de valeurs, de comportements, qu'il applique ou auxquels il se conforme, en vue de répondre à divers besoins. Ces règles sont souvent inconscientes et c'est lors de la rencontre avec une personne ou une communauté ne partageant pas ces règles et en adoptant des comportements différents que nous en prenons tout à coup conscience. En effet, la notion de culture inclut non seulement les comportements observables, mais aussi les schémas de pensée.

Dans certains groupes culturels, on aura tendance à considérer une personne sur la base de ses propres attitudes et de ses propres valeurs comme une personne distincte de sa communauté. Pour d'autres groupes, une personne est appréciée à partir de ses appartenances, de sa place dans la communauté, de son rôle et de son statut. Les conduites de ces deux personnes seront donc codifiées différemment. Dans le premier cas, il est souhaitable qu'une mère prenne elle-même certaines décisions concernant sa santé (méthodes contraceptives, etc.). Dans le second cas, elle s'en remettra plutôt à sa famille.

Ignorer ou mettre de côté cette dimension, c'est-à-dire le sens qu'une personne attribue à ses attitudes et comportements, risque de heurter son identité. Ainsi, une pratique peut être perçue comme dénuée de sens par une personne immigrante et provoquer un désarroi, de la détresse, de l'opposition ou de l'isolement. L'immigration peut aussi être vécue comme une occasion de modifier des pratiques ou comportements qui avaient un sens dans le pays d'origine, mais qui n'en ont plus dans le pays d'accueil, comme l'acquisition d'une plus grande autonomie pour les femmes provenant de sociétés dites traditionnelles.

Les pratiques de l'autre, tout autant que les nôtres, ont chacune un sens. La recherche de ce sens constitue une étape clé de l'approche que nous examinons ici. Ainsi, le sens donné à l'enfant en devenir, à l'éducation, de même qu'à la discipline et l'encadrement parental, n'est pas universel. La diversité culturelle ainsi que les transformations inhérentes aux processus migratoires influent sur l'évolution des pratiques parentales et les rapports entre les adultes et les enfants.

Quelques clés pour tenir compte de l'identité culturelle des familles d'immigration récente en relation avec les aspects marquants de leur parcours:

- Reconnaître qu'il y a autant d'écarts entre les membres d'une même communauté culturelle qu'entre les divers groupes culturels eux-mêmes. Ces variations peuvent se situer à divers niveaux et être influencées par l'éducation, les parcours migratoires et le degré d'intégration. À certains égards, les immigrants récents de divers pays ont souvent plus en commun que des personnes d'un même groupe culturel, mais issues de vagues d'immigration différentes.
- Reconnaître qu'il existe des différences marquées entre les personnes issues de milieux ruraux et urbains, et ce, dans un même pays.
- Éviter les généralisations formulées à propos des traits culturels d'un groupe. S'abstenir de voir une représentation de caractéristiques applicables à tous les membres d'une même communauté.
- S'assurer d'aller au-delà du comportement et de comprendre le sens accordé à une pratique en regard du parcours de l'immigrant.
- Valoriser le maintien des pratiques traditionnelles sans risques dans le nouveau pays.

1.4.3 - Être attentif aux exigences des processus d'intégration

La culture, c'est l'ensemble des réponses qu'un groupe d'individus se donne pour fonctionner dans un milieu. Par conséquent, si le milieu change, certaines de ces réponses risquent de se modifier. Lorsqu'une famille habituée à compter sur une nombreuse parenté immigrée sans cette dernière, elle devra apprendre à compter sur d'autres personnes pour obtenir du soutien. L'absence des ancêtres ou aînés en autorité, restés au pays et qui agissent normalement comme médiateurs conjugaux, se fera cruellement sentir lors de situations de crise. Leur contribution sera parfois sollicitée même à distance, puisque leur statut de personne de confiance sera déterminante pour l'équilibre. Mais, par défaut, en contexte migratoire, ces personnes pourraient être remplacées par d'autres figures d'autorité, le maître spirituel ou quelqu'un d'autre ayant un statut similaire. Il est important de reconnaître le bien-fondé des pratiques culturelles.

Quand les intervenants entrent en contact avec les familles, il leur faut saisir quelle démarche d'acculturation suivent chacun des membres de la famille, chacun pouvant, pour des raisons particulières, évoluer différemment. Les écarts trop grands au sein de la famille créent des tensions et brisent les solidarités intrafamiliales. Parfois, certains membres de la famille préfèrent rejeter, pour une certaine période, tout ce qui a trait à leur culture d'origine. D'autres s'assimileront à certains aspects de la vie nord-américaine, comme l'intégration professionnelle, mais conserveront d'autres aspects de leur manière de vivre au sein de leur communauté, les liens matrimoniaux par exemple. L'immigration contraint les individus à faire de nouveaux choix, à reconstruire leur identité et à se redéfinir. Ces transformations sont en outre influencées par les pratiques culturelles de même que par l'attitude des membres et intervenants du pays d'accueil.

Ainsi, les pratiques culturelles du pays d'origine transposées dans un nouvel environnement peuvent s'avérer très utiles au bien-être des nouveaux arrivants ou, à l'opposé, créer une vulnérabilité et nuire à leur santé. Par exemple, les sociétés qui baignent les nourrissons dans l'eau salée pour corriger les problèmes d'éruption cutanée peuvent faire l'erreur d'utiliser de l'eau salée, à partir de notre sel iodé, ce qui aura un effet nocif, comme des brûlures. L'adaptation spontanée de pratiques traditionnelles, tout à fait naturelles et légitimes, n'apporte pas toujours les résultats escomptés, les produits ou les services d'ici différant de ceux du pays d'origine. Par ailleurs, l'adaptation de certaines pratiques nord-américaines n'est pas non plus toujours heureuse. Par exemple, l'usage précoce du biberon peut entraîner des infections intestinales fatales pour l'enfant si les mères ne stérilisent pas correctement le biberon.

Enfin, l'attitude des membres et intervenants du pays d'accueil peut, grâce à son ouverture et son pragmatisme, favoriser une adaptation saine et progressive des familles.

Quelques clés pour favoriser les processus d'intégration des familles d'immigration récente:

- Reconnaître les pratiques bénéfiques dans chaque culture.
- Demeurer critique et éviter de croire que l'adoption de pratiques modernes aura nécessairement une influence positive sur la santé de la famille ou de l'enfant.
- Comprendre l'importance d'envisager de façon globale les pratiques liées à la santé afin d'aider les parents à identifier ce qui, dans un nouvel environnement, risque de nuire ou de s'avérer utile à conserver.
- Favoriser, au besoin, l'adoption de nouvelles pratiques porteuses de sens pour les nouveaux arrivants.
- Laisser le temps aux familles de s'approprier de nouvelles pratiques, les adapter à leurs valeurs et leur donner un sens.
- Aider les familles à faire un cheminement tenant compte à la fois de leur culture et de leurs acquis actuels, de leur projet de vie et aussi des atouts du milieu d'accueil.

1.4.4 - Reconnaître l'existence de rapports minoritaires/majoritaires

L'intervenant est un acteur d'une institution ou d'une organisation issue du groupe majoritaire, ce qui rend légitime son action. Pour accompagner les familles, il faut une bonne dose de confiance de la part de celles-ci à l'égard de l'intervenant. Or, nombre de ces familles sont tributaires d'un passé d'ex-colonisé, ou elles proviennent de pays en développement ou encore elles se perçoivent comme minoritaires face à un groupe majoritaire. De plus, à chaque nouvelle guerre, l'actualité et les médias laissent de fortes traces dans les mémoires des intervenants, et aussi des familles, et influencent leurs rapports. Enfin, le processus bureaucratique complexe et lourd de l'immigration peut rendre les familles craintives ou rébarbatives à toute forme d'intervention, quelle qu'elle soit.

Parfois, les membres de la famille adoptent en réaction une attitude et un discours qu'ils présumant correspondre aux attentes de l'intervenant, afin d'obtenir certains avantages matériels ou tout simplement l'éloigner de leur foyer.

Ce malentendu rend difficile l'établissement d'une relation de confiance réciproque, d'indépendance et de respect mutuel. Comme le souligne Cohen-Émerique, « Peut-on dire alors: les clients mentent aux travailleurs sociaux? Ou cherchent-ils moins à nous convaincre qu'à se protéger? » (Cohen-Emerique et Camilleri, 1989, p. 109). En outre, établir une relation de confiance réciproque peut être doublement laborieux si la langue et la culture diffèrent. Avec certains immigrants, cette relation sera beaucoup plus longue à construire et, parfois, impossible à instaurer en raison de préjugés tenaces et de sentiments d'insécurité de la part des familles.

Quelques clés pour repérer les rapports minoritaires/majoritaires:

- Être sensible à la menace que peut représenter l'intervenant aux yeux des nouveaux arrivants.
- Reconnaître la légitimité, parfois d'origine historique, des réactions provoquées par une situation de rapport majoritaire/minoritaire.
- Se livrer à une certaine introspection à l'égard de nos propres réactions comme groupe majoritaire.

1.4.5 - Considérer sa propre identité professionnelle et culturelle à titre d'intervenant

La rencontre entre des personnes issues de deux cultures différentes provoque souvent ce qu'on nomme le choc culturel ou le stress acculturatif. Il s'agit d'un inconfort, d'un malaise, d'un heurt avec la culture de l'autre, auquel nous sommes tous exposés. Ces sentiments peuvent entraîner deux réactions, situées à l'opposé sur un continuum: l'ethnocentrisme ou, à l'inverse, la découverte de sa propre culture. Selon un dictionnaire, l'ethnocentrisme est la « tendance à privilégier le groupe social auquel on appartient et à en faire le seul modèle de référence » et il conduit à ne valoriser que la culture de son propre groupe. Il constitue le piège le plus fréquent en contexte pluriethnique, c'est-à-dire la tendance à interpréter les comportements d'autrui à partir de projections de sa propre culture, de son propre modèle culturel (Preiswerk et Perrot, 1975). L'ethnocentrisme implique de façon plus ou moins subtile une évaluation de l'autre et la certitude d'avoir raison. Cette attitude influencera la façon de considérer un comportement et d'identifier ce qui est approprié, et ce qui ne l'est pas, pour la famille, la mère et l'enfant. Face à l'inconnu, la tendance à se rattacher à ses repères sert, entre autres, à se sécuriser soi-même.

Quelques clés pour être en mesure de considérer sa propre identité professionnelle et culturelle comme intervenant:

- Reconnaître que nos interprétations sont souvent influencées par notre culture et notre milieu de travail; s'interroger sur ces interprétations et réduire ou neutraliser cette influence en cherchant le sens accordé aux comportements observés.
- Prendre le temps de connaître sa propre culture et d'identifier les valeurs, les concepts, les faits qui y sont valorisés. S'interroger notamment sur le sens et l'importance de l'autonomie, de la communication libre et non hiérarchisée, du libre consentement et de la capacité d'agir des personnes.
- Observer et interpréter à partir du point de vue de l'autre groupe en recherchant d'autres hypothèses qui peuvent s'avérer tout aussi valables.
- Ne pas oublier que les valeurs et les pratiques d'ici ont elles aussi leur place et qu'en les connaissant mieux, on pourra mieux les expliquer.

1.5 - DÉMARCHE À PRIVILÉGIER OU CINQ STRATÉGIES

Cinq stratégies peuvent faciliter l'application de l'approche aux familles d'immigration récente et ainsi favoriser une meilleure adaptation des interventions auprès des familles les plus vulnérables.

1.5.1 - Offrir un espace d'expression aux parents

La première stratégie consiste à considérer l'immigration comme un des déterminants de la santé et du bien-être. Avant tout, il s'agit de travailler auprès des parents en privilégiant la recherche d'informations, en ayant en perspective qu'au cours du parcours migratoire et à leur arrivée au pays d'accueil, les familles ont connu des pertes et aussi des gains. Pour cela, il s'avère important d'offrir aux parents un espace d'expression où ils peuvent aborder divers sujets: leur parcours migratoire, les circonstances qui les ont amenés à immigrer, leur perception des gains et des pertes de divers ordres (réseau de soutien, déqualification professionnelle, perte de statut social, etc.), leur projet de vie, leur conception de l'éducation des enfants et des pratiques de soins dans leur pays ainsi que la manière dont ils envisagent

l'éducation et les soins de leurs enfants dans leur nouveau milieu. En abordant d'abord les motifs d'immigration, on pourra réduire le sentiment d'intrusion, ce qui facilite les échanges. Même les familles ayant fait le choix d'immigrer peuvent vivre des pertes s'apparentant à un processus de deuil (ex.: membres de la famille demeurés au pays d'origine, perte du soutien du réseau féminin, etc.). Il s'agit de permettre aux parents d'exprimer leurs émotions et les difficultés liées à ces pertes, tout en leur donnant l'occasion de mettre de l'avant leur savoir-faire, leurs connaissances, leurs perceptions ainsi que le sens et l'attachement qu'ils accordent à certaines pratiques périnatales. Ceci leur offre aussi l'occasion de discuter des modes de résolution possibles des conflits qu'ils perçoivent entre leur milieu d'origine et leur milieu d'accueil, et la possibilité d'interroger les intervenants sur leurs pratiques professionnelles.

Par la même occasion, cet espace de parole permet aux intervenants de se placer en situation d'apprentissage: interroger, demander des informations complémentaires pour mieux comprendre. Les intervenants peuvent ainsi mieux évaluer les facteurs de vulnérabilité et de protection existants et mieux circonscrire et planifier la démarche d'aide et d'accompagnement. Si la libre expression est une valeur reconnue au Québec, dans certaines sociétés et cultures, la communication est codée selon des modes hiérarchiques bien spécifiques. C'est pourquoi certaines familles peuvent s'avérer plus réticentes à exprimer leur véritable opinion face à l'intervenant.

1.5.2 - Valoriser les pratiques authentiques

Pour valoriser les pratiques authentiques, les intervenants encouragent les parents à transmettre à leurs enfants non seulement ce qui leur sera nécessaire, à eux et à leurs enfants, pour vivre dans ce nouveau milieu, mais aussi ce qu'ils maîtrisent le mieux. Il ne s'agit pas d'amener les parents à rejeter leurs propres pratiques. La perte de repères ne peut que contribuer à créer un effet perturbateur et provoquer l'insécurité. Dans bien des cas, encourager les parents à transmettre à leurs enfants ce qu'ils maîtrisent le mieux et ce qui facilite une certaine harmonisation avec leurs valeurs est plus bénéfique que l'appropriation de nouvelles pratiques non porteuses de sens. De plus, l'adoption de nouvelles pratiques sans en maîtriser le bien-fondé peut entraîner une déformation de la pratique comme telle. Cependant, le fait de favoriser des stratégies qui tiennent compte des représentations culturelles et des manières de faire propres à la culture du groupe n'est profitable que si elles constituent réellement un aspect de leur identité. Ce principe d'authenticité n'interdit pas d'offrir des informations sur les alternatives qui existent. Si certaines mères s'avèrent plus à l'aise d'offrir à leurs enfants des préparations lactées à base de platane, comme le font les familles haïtiennes, cela ne signifie pas qu'on ne doit pas leur offrir des informations sur l'allaitement ou les préparations commerciales pour nourrissons.

1.5.3 - Informer les parents sur les pratiques d'ici

Il s'avère essentiel que les intervenants informent les parents sur les pratiques périnatales en usage dans le pays d'accueil et s'assurent de leur compréhension. Bien sûr, les intervenants encouragent les pratiques auxquelles les familles tiennent et qui ont des effets bénéfiques sur les relations parents-enfant ou sur le développement de l'enfant. Mais il est tout aussi important d'identifier les pratiques – peut-être efficaces dans le passé ou dans un autre milieu – qui s'avèrent inappropriées ou risquées dans le nouveau milieu. Par exemple, la stimulation, favorisée par un riche environnement social plutôt que par des jouets ou des exercices, est fort pertinente quand la famille élargie est sur place, mais elle devient difficile à maintenir si les parents sont isolés. Dans un tel contexte, si la stimulation sociale n'est pas remplacée, par exemple en augmentant les occasions pour la mère et le père de partager des moments avec l'enfant ou en incitant l'enfant à utiliser des jouets ou à pratiquer certains exercices, l'enfant risque de ne pas pouvoir profiter d'un environnement aussi stimulant que celui des autres enfants.

Il s'agit d'inviter les familles à tenir compte des aspects positifs qu'offre la société d'accueil et qui constituent des gains, qui viennent compenser les pertes et les deuils. Ainsi, dans le cadre de l'étude de Battaglini et *al.* (2000), les femmes interrogées reconnaissent les bienfaits de la société québécoise qui assurent des services de santé et des services sociaux spécifiques aux enfants, un apprentissage préscolaire et scolaire à tous les enfants, sans égard au sexe et à la provenance sociale, un respect du développement et de la libre expression des enfants, même si elles déplorent un manque de discipline, de respect à l'endroit des aînés et d'attachement à la famille. On propose donc d'accompagner les parents afin qu'ils puissent équilibrer leurs choix de pratiques éducatives, qui à la fois respectent leurs traditions et les aident à adopter des pratiques favorisant l'intégration de leurs enfants.

1.5.4 - Favoriser le renforcement du réseau social

L'isolement, associé à l'absence du réseau familial et social et à une méconnaissance des ressources du nouveau milieu, constitue un facteur de vulnérabilité commun à de nombreux nouveaux arrivants. Au cours de la période périnatale, l'absence du réseau féminin peut être perçue comme une grave perte pour nombre de femmes.

Pour pallier l'isolement et trouver du soutien, des conseils et du réconfort auprès des personnes en qui elles font confiance, les familles n'hésiteront pas à téléphoner outre frontière aux membres du réseau familial et social. Toutefois, les frais d'interurbain s'ajouteront aux dettes dues au voyage et aux frais administratifs liés à l'immigration, l'installation ou simplement au soutien financier des membres de la famille restés au pays. Le manque d'argent pour les activités extérieures et les sorties familiales contribueront encore plus à l'isolement.

Quoique l'isolement et la solitude sont deux états différents, il est parfois ardu de les distinguer. Une personne entourée de ses proches peut vivre intensément un sentiment de solitude parce qu'elle ne se sent pas comprise ou écoutée. Par contre, une personne isolée de sa communauté d'origine peut très bien y trouver des aspects positifs: l'occasion de se recréer un nouveau cercle d'amis et d'intérêts et même être soulagée de ne plus avoir de compte à rendre à sa belle-famille, par exemple. Il est donc primordial de connaître tous les aspects de l'état d'isolement perçu par les familles avant de suggérer des pistes d'action pour renforcer leur réseau relationnel et social.

Dans le but de créer des environnements favorables, accompagner les familles isolées à des activités organisées dans le quartier (fêtes de la famille ou ateliers parent-enfant) et à des ressources communautaires, les référer à des associations culturelles et aux lieux de culte peut leur donner l'occasion de reconstruire des réseaux sociaux et d'entraide. La communauté ethnique d'appartenance est très souvent un facteur de protection de la santé mentale pour les migrants. Au contraire d'un ghetto, la communauté d'appartenance peut être une source de référence et de soutien (Bibeau, et *al.*, 1992). Pour ceux qui n'en possèdent pas, le réseau social se reconstruira généralement avec d'autres immigrants.

1.5.5 - Prendre conscience de sa propre culture, pour mieux s'en distancer

Au fur et à mesure que l'on est exposé à d'autres conceptions et à d'autres pratiques, on prend conscience de sa propre culture, citoyenne et professionnelle. Confronté à d'autres modes de vie, on se rend compte que nos pratiques ne sont pas universelles, comme la perception du rôle du conjoint, les conceptions parentales, la primauté des liens familiaux, les questions d'hygiène... Tout ceci représente des zones potentielles de conflits interculturels.

L'apprentissage de sa propre culture permet de discerner ce qui provoque des réactions et comment sa propre culture influence ses interprétations. Les moments d'inconfort, de chocs, de sentiments d'étonnement devant une pratique ou un rituel inhabituel révèlent ce qui heurte de part et d'autre et ce qui importe chez soi-même. Les intervenants peuvent ainsi se familiariser avec d'autres systèmes de valeurs, découvrir d'autres visions et ainsi adapter leur soutien aux familles.

En conclusion, il va de soi que la démarche que prônent ces cinq stratégies ne se déroule pas de façon linéaire, mais plutôt de façon circulaire, ce qui favorise une adaptation réciproque chez la famille et l'intervenant, grâce à la réflexion, l'écoute, l'apprentissage, l'acceptation, la reconnaissance et l'adaptation de part et d'autre. Pour faciliter l'intégration de cette démarche et faire en sorte que l'intervenant se l'approprié, une série de questions s'adressant aux familles et à l'intervenant complètent chaque thème présenté dans les chapitres 2 (période prénatale) et 3 (période postnatale et début de la petite enfance). Ces questions – non exhaustives – visent surtout à familiariser les intervenants avec la démarche proposée. Si ces chapitres touchent un certain nombre de thèmes ou de situations liées à la période périnatale, nous souhaitons que la démarche proposée permette aux intervenants de développer une approche centrée sur le parcours migratoire des familles, qui pourra aussi être adaptée à toutes les autres situations.

Chapitre 2 – Période prénatale en contexte d'immigration récente

Chaque personne se distingue par son bagage génétique et son identité personnelle, culturelle et collective. Chaque personne s'oriente dans la vie à partir de schèmes de référence et conformément à des rituels, des croyances, des conventions qui traduisent une mémoire qui lui est propre, à la fois familiale et culturelle. Ces repères, qu'ils soient conscients ou non, relient une personne au monde et confèrent un sens à ses attitudes, à ses comportements et à ses paroles, sens qui se modifie selon ses expériences de vie.

Lorsqu'une personne émigre, elle inscrit son parcours dans une narration signifiante pour elle-même. Ce qui l'oblige à refaire le canevas de son histoire à partir d'un nouveau système de sens et de références. L'immigrant récent voyage entre deux pays et entre deux cultures. Il peut se sentir tantôt confiant, tantôt déchiré et désespéré. Il a besoin d'être en relation avec son passé et, en même temps, de s'en échapper afin de donner un nouveau sens à sa vie. À travers son parcours, il peut ressentir toutes sortes d'inquiétudes et avoir peur de se couper du monde d'où il est issu, même s'il s'agit d'un monde de répressions, par crainte de ne pas être en mesure de le remplacer.

La grossesse est un moment unique et rempli d'émotions pour les parents, surtout quand le projet familial s'inscrit à même le projet migratoire: préparatifs pour la naissance, soins requis pour la grossesse, mais aussi attentes de toutes sortes à l'égard de l'enfant qui va naître. Le présent chapitre fait le tour de quelques thèmes ou situations liés à la période prénatale dans ce contexte. Les thèmes retenus sont de divers ordres: les réactions face à l'annonce de la grossesse, les conceptions entourant les soins prénatals et les cours prénatals, le soutien aux femmes excisées, les pratiques alimentaires au cours de la grossesse, les attentes relatives à l'accouchement, les réactions face à la douleur et son soulagement, les rôles homme/femme et la paternité.

2.1 - ANNONCE DE LA GROSSESSE

Dans divers milieux

La plupart des femmes se réjouissent à l'idée d'être enceintes, mais, dans certaines sociétés, l'annonce d'une grossesse vient remettre en question l'identité des futures mères et des futurs pères ainsi que le statut du couple.

L'annonce de la grossesse à l'entourage fait partie des rituels que certaines femmes se hâtent de faire. Cependant, même comblées par la perspective de l'enfant à venir, il est possible que des futures mères cachent leur état ou en retardent l'annonce. La nouvelle peut être révélée dans un premier temps à quelques personnes de l'entourage, suivant une hiérarchie bien précise et des rites particuliers. Dans certains pays, ce sont des proches du couple, tante ou frère du mari, qui font l'annonce officielle. Parfois, le conjoint n'est pas nécessairement le premier avisé. Il existe des rituels par lesquels la mère proclame l'acceptation de l'enfant, même si ce dernier est handicapé. Dans certains cas, un rituel d'aspersion précède l'annonce publique de la grossesse (Bartoli, 1998).

La future mère prend grand soin de ne pas divulguer la nouvelle de la venue de l'enfant de « peur de provoquer l'envie de ses compagnes et les mauvais sorts qu'on pourrait lui jeter » (Erny, 1988, p. 86). En effet, « déclarer trop tôt une grossesse serait anticiper sur la volonté divine et risquer d'attirer *le mauvais œil* » (Bartoli, 1998, p. 67). Et même après l'annonce publique, on n'en parle guère qu'à mots couverts, par périphrases, sous-entendus et allusions. Lors d'une grossesse, les rituels observés dans certaines communautés peuvent en partie apaiser ces inquiétudes. Ils traduisent la symbolique des actions dans une culture donnée et sont porteurs de sens pour l'individu et sa collectivité. Ils rappellent aux individus leur identité et leurs conduites à tenir vis-à-vis les forces qui les dépassent (Jeffrey, 2003).

En contexte migratoire

En contexte migratoire, les mères sont déjà préoccupées par le déracinement qui remet en cause les fondements même de l'identité. Elles doivent composer avec la perte de leurs repères culturels, géographiques, historiques et s'adapter à la venue de l'enfant. C'est le paradoxe du deuil d'une vie ailleurs – un déracinement – et de la naissance d'une nouvelle vie.

Si la migration s'inscrit dans un projet familial de vie, la motivation d'immigrer étant de fonder une famille et de donner un meilleur avenir aux enfants, l'annonce de la venue d'un enfant en concrétise le succès. Les futures mères, jeunes, primipares et scolarisées par exemple, peuvent s'accrocher à ce projet comme un nouvel espoir. Par contre, si la migration n'est pas volontaire (sous la contrainte ou par dépit) et que le projet familial ne s'inscrit pas dans le parcours migratoire, la grossesse symbolise alors des difficultés supplémentaires. Le sentiment d'échec sera d'autant plus grand si la grossesse est non désirée si, par exemple, elle résulte d'un viol, un acte de répression envers les femmes dans bien des pays totalitaires. D'autres mères multipares, ayant laissé enfants et conjoint au pays d'origine, fragilisées par leur parcours, peuvent garder sous silence la venue d'un enfant.

Enfin, même si la migration est volontaire et fait partie de la recherche d'un mieux-être pour la famille, le couple peut vivre une série de ruptures liées aux étapes de l'émigration. Ainsi, l'annonce d'une grossesse peut emprunter divers moyens de communication afin de maintenir ou de préserver les rituels.

Stratégies d'action : Accompagner les familles en situation d'installation et d'intégration dans les phases d'accueil et d'arrivée du nouveau-né	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Que représente la grossesse aux yeux des parents? • Où s'inscrit-elle dans leur parcours migratoire? • Que symbolise-t-elle en regard de leur intégration? • Y a-t-il des motifs qui interdisent de parler de la grossesse? • De quelle façon fait-on l'annonce d'une grossesse dans le pays d'origine? • Cet enfant est-il le premier enfant du couple? Dans ce nouveau milieu? • Est-ce que l'absence de préparation à la venue de l'enfant est liée à des rituels ou à des difficultés financières des parents?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les pratiques dans le pays d'origine qui diffèrent de celles en usage au Québec?

Stratégies d'action : Accompagner les familles en situation d'installation et d'intégration dans les phases d'accueil et d'arrivée du nouveau-né	
Informer sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les parents connaissent les façons de se préparer à la venue d'un enfant au Québec? • Existe-t-il des pratiques que les parents doivent modifier dans ce nouvel environnement? Peuvent-ils les remplacer par quelque chose de similaire? • Quelles sont les pratiques d'ici qu'il importe de faire connaître?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les parents connaissent des personnes de leur communauté avec qui ils peuvent échanger sur les préparatifs à la naissance? • Connaissent-ils les ressources communautaires qui favorisent l'obtention ou l'achat d'équipement de base pour le bébé? Y ont-ils accès?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Au Québec, quelles sont les réactions les plus fréquentes à l'annonce d'une grossesse? • Quels sont les principaux préparatifs entourant la venue de l'enfant? • Quelles sont les valeurs associées à ces préparatifs? • En quoi les pratiques des parents immigrants peuvent confronter nos valeurs?

2.2 - CONCEPTIONS DES SOINS PRÉNATAUX ET DES RENCONTRES PRÉNATALES

Dans divers milieux

Pour plus de 30 millions de femmes à travers le monde, la grossesse et l'accouchement signifient, chaque année, souffrances, problèmes de santé et décès (OMS, 2003). Sur un peu plus d'un demi million des décès maternels, 99 % d'entre eux surviennent dans les pays en développement. À titre purement illustratif, « le risque de décès maternel, calculé sur toute la durée de la vie, est de 1 sur 16 en Afrique sub-saharienne contre 1 sur 160 en Amérique latine et 1 sur 4000 en Europe occidentale » (OMS, 2003, p. 33). Quant aux décès en cours de grossesse, ils sont de l'ordre de 30 % dans les pays pauvres, en comparaison de moins de 1 % en Amérique du Nord.

L'un des moyens de prévenir et traiter la grossesse à risque et de réduire la mortalité maternelle et néonatale demeure l'accessibilité à des soins prénatals et obstétricaux de qualité. Bien que des progrès aient été faits à l'échelle mondiale, il existe encore de fortes disparités dans l'accessibilité à des soins prénatals et obstétricaux⁴.

4. On entend par *soins prénatals* le « pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été examinées au moins une fois au cours d'une grossesse par des agents de santé qualifiés (médecins, infirmières ou sages-femmes) » (UNICEF, 2003).

Selon l'UNICEF, le taux de couverture (c'est-à-dire le pourcentage de femmes ayant accès à des soins prénatals) fluctue grandement d'une région du monde à l'autre: 84 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes, 66 % pour l'Afrique sub-saharienne, 65 % pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord et 52 % pour l'Asie du Sud. Les disparités sont encore plus grandes à l'échelle des pays, à titre d'exemple: 40 % au Bangladesh, 38 % au Cambodge, 32 % en Somalie, 28 % au Pakistan, 27 % en Éthiopie, en comparaison avec l'Australie, la Finlande et l'Autriche, 100 %, 99 % aux États-Unis, ou encore, 84 % au Pérou et 98 % en République dominicaine. Ces quelques données démontrent qu'il ne faut pas considérer les soins prénatals comme étant universels et accessibles à tous.

Mis à part l'accessibilité à ces soins, les femmes à travers le monde peuvent avoir différentes conceptions de la préparation et des soins selon le risque qu'elles y perçoivent et selon leurs valeurs. Des femmes privilégieront un suivi médical tout au long de la grossesse pour prévenir d'éventuelles complications, alors que d'autres n'y verront qu'un processus normal ne nécessitant que l'accompagnement d'une sage-femme ou d'une femme expérimentée.

La maternité peut être vue comme une sphère exclusivement féminine ou, à l'opposé, un domaine où les hommes doivent s'impliquer. Les aspects spirituels et émotifs dictent parfois les pratiques de soins. Dans plusieurs régions du monde, on accorde une grande importance à éviter le stress et les pensées négatives, considérés néfastes pour l'enfant à naître.

Diverses méthodes de préparation à la naissance existent dans le monde, chacune présentant des avantages de même que des limites. Dans certains pays, les méthodes privilégiées font appel à la psychologie. Ailleurs on utilise le massage qui permet à la fois la relaxation physique, mais aussi l'échange entre les personnes. Pratique ancestrale, le massage de la femme enceinte est un massage complet de tout le corps qui constitue un accompagnement de la grossesse, à la fois pour réduire l'anxiété comme pour stimuler le bon positionnement du fœtus.

Si, au Québec, l'échographie, les prises de sang, l'analyse d'urine ou l'amniocentèse sont des tests de dépistage courants, il n'en est rien dans plusieurs régions du monde. Par ailleurs, certains tests peuvent renseigner les parents sur le sexe de l'enfant à venir, ce qui peut troubler la quiétude des mères qui doivent faire face aux pressions sociales en faveur de l'un ou de l'autre sexe. Dans certaines régions du monde, « les conséquences pour la mère qui n'engendre que des filles sont, en effet, parfois celles appliquées à une femme stérile: répudiation ou cohabitation obligatoire avec une nouvelle épouse... » (Schott et Henley, 2001, p. 171). Voilà pourquoi il importe de tenir compte des cadres de référence culturels et des expériences de ces mères.

Il est possible aussi que des femmes refusent certains dépistages, comme ceux impliquant des prélèvements sanguins, parce qu'elles considèrent que cela peut les affaiblir, ou affaiblir le bébé. D'autres, qui font jeûne pendant le Ramadan, refuseront aussi les prélèvements de sang ou les tests de tolérance au glucose. Les examens qui obligent à se dévêtir constituent une expérience difficile pour celles dont la culture ou la religion prescrit une grande pudeur (Schott et Henley, 2001). Cette obligation peut même décourager les femmes d'avoir recours aux soins prénatals, surtout si elles n'en voient pas le bien-fondé.

En contexte migratoire

Les SIPPE offrent toute une gamme de services préventifs aux parents pour la préparation à la naissance. Or, ces services peuvent être une source de référence inconnue pour les femmes provenant de pays où les soins de santé primaires sont inexistantes ou insuffisants.

Pour bien des familles d'immigration récente, l'expérience pré-migratoire a un impact indéniable sur l'utilisation qu'elles font des soins de santé (Battaglini, dans Gravel, et *al.*, 2000), l'accès aux soins médicaux québécois constituant un gain considérable.

La conception des soins prénatals au Québec peut être complètement étrangère à certaines femmes immigrantes et exige de ces dernières une grande adaptation. Il est impérieux de comprendre d'abord l'expérience des soins périnatals de ces femmes, puis de voir avec elles les avantages et désavantages des examens et des thérapies analgésiques que l'on propose ici. Cela aura pour effet de diminuer leur anxiété parce qu'elles auront des repères leur permettant de faire des choix quant aux pratiques.

Parmi les familles récemment immigrées, beaucoup proviennent de régions du monde où la pandémie du VIH-sida a atteint une telle ampleur qu'il est devenu la première cause de mortalité sur le continent africain et en Asie (ONUSIDA, 2004). Dans des communautés entières, les familles comptent au moins un proche décédé du sida. Il en résulte que la perception du risque de contamination par le VIH chez la femme enceinte immigrante est plus grande que dans la population de la société d'accueil dans son ensemble. Depuis le début du contrôle de l'épidémie du sida, en 1997, et jusqu'en juin 2003, on dénombre au Québec 90 cas de transmission mère-enfant du VIH-sida (Direction générale de la santé publique, 2003). Dans son Programme national de santé publique 2003-2012, le MSSS met de l'avant des activités de vigie sanitaire et de soutien des pratiques cliniques préventives. Les familles qui proviennent de régions où le VIH est endémique peuvent ne pas être renseignées sur le test anti-VIH qui est inclus dans le bilan prénatal complet⁵. Or le médecin a l'obligation morale d'inclure ce test dans une perspective de soins adéquats (Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Chaudière-Appalaches, 2003).

Les difficultés économiques et l'isolement social peuvent aussi compliquer l'accès à des services, comme les rencontres prénatales de groupe. Offertes dans plusieurs CSSS, ces rencontres d'information et d'échanges font partie de l'offre de services généraux. Adaptées à une population particulière, les adolescentes enceintes et les familles des SIPPE, elles font alors partie de l'offre de services spécifiques en matière de périnatalité (MSSS, 2004a).

Dans certains quartiers montréalais, ces rencontres ont fait l'objet d'adaptations pour mieux rejoindre les familles immigrantes et répondre à certaines particularités. Malgré tout, des obstacles demeurent, certaines familles craignant :

- de se sentir davantage visibles dans un environnement étranger;
- d'être l'objet de commentaires désobligeants à l'égard de leur choix concernant le nombre d'enfants souhaités ou de leur décision relative à la planification des naissances;
- d'obtenir un rendez-vous qui ne tient pas compte de leurs obligations religieuses ou familiales;
- d'être confrontées à des conseils sur les habitudes de vie ou les soins prénatals qui ne tiennent pas compte de leur culture.

En contexte migratoire, les rencontres prénatales de groupe peuvent représenter pour les mères immigrantes les premiers contacts avec le système de santé de la société d'accueil. Mais l'accessibilité à ces services demeure difficile pour les familles d'immigration récente en raison de divers facteurs: l'idée de s'adresser à des étrangers pour discuter de la grossesse et de la naissance peut paraître déplacé; la discussion de sujets intimes en grands groupes et parfois, en présence des hommes, peut s'avérer choquante chez les femmes pour qui la pudeur demeure très forte; le fait de favoriser l'accompagnement des femmes par le conjoint, au lieu d'intégrer d'autres membres de la famille qui tiennent un rôle important auprès de la future mère, etc. À cela s'ajoute la diversité des croyances à propos de la procréation et de la grossesse qui diffèrent de celles véhiculées dans ces rencontres, tout comme les discussions traitant de la préparation du trousseau peuvent faire fuir les femmes qui ne veulent pas parler de l'enfant avant sa naissance.

5. Pour en savoir davantage sur le programme d'intervention sur le VIH et la grossesse, nous référons le lecteur à : www.msss.gouv.qc.ca/its.

Parmi les résistances des parents à participer à ces rencontres, la compréhension de la langue et des concepts demeure un obstacle de taille. Il est déjà difficile d'apprendre tout un nouveau vocabulaire relatif à la grossesse et à l'accouchement, même s'il s'agit de sa propre langue maternelle. Ces rencontres risquent donc de désintéresser ceux qui ne possèdent pas suffisamment la langue. Pourtant, les femmes qui ne peuvent bénéficier du soutien de femmes plus âgées dans leur famille éprouvent de grands besoins à cet égard et peuvent se sentir très isolées (Schott et Henley, 1996).

Stratégies d'action : Favoriser l'accès à un suivi prénatal en conformité avec les attentes des familles	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Comment prépare-t-on une naissance dans leur pays d'origine? Quels rituels y sont reliés? • Quelles sont les perceptions entretenues dans leur communauté à propos des soins prénatals au Québec? • Comment réagissent-ils aux examens du suivi de grossesse? • Considèrent-ils que ces examens comportent un risque pour la grossesse? • Quelles sont les contraintes religieuses ou sociales qui interdisent certaines pratiques de soins? • Comment perçoit-on un enfant handicapé dans leur pays? • Comment voit-on la naissance d'une fille et celle d'un garçon? • Dans le pays d'origine, existe-t-il des formules similaires aux rencontres prénatales d'ici? Que pensent-ils des rencontres offertes ici? • Quels obstacles empêchent les parents d'y participer (climat, langue, culture, statut...)? • Quels changements faciliteraient la participation d'un plus grand nombre de parents aux rencontres (groupes homogènes, horaires plus souples, halte garderie pour les autres enfants, par exemple)? • Est-ce que le conjoint (ou toute autre personne significative) se sent à l'aise d'accompagner la femme à ces rencontres?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des pratiques et des rituels que les parents désirent conserver? D'autres qu'ils veulent modifier étant donné leur nouvel environnement? • Quelles pratiques alternatives au Québec, comme les sages-femmes en maisons de naissance, répondent le mieux aux attentes des parents? • Est-ce que les parents conservent leurs façons de faire et leur savoir dans les domaines de la grossesse et de l'accouchement?
Informier sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les parents sont bien renseignés sur les tests et examens prénatals? • Connaissent-ils bien les raisons de ces examens et les choix qu'ils peuvent faire? • Quels sont les conceptions et les modes de préparation à la naissance au Québec? Les valeurs qui y sont associées? Les avantages?

Stratégies d'action : Favoriser l'accès à un suivi prénatal en conformité avec les attentes des familles	
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents ont-ils eu des contacts avec d'autres membres de leurs familles, avec d'autres personnes qui ont vécu l'attente d'un enfant dans leur communauté? • Connaissent-ils les adresses des ressources dans leur quartier, d'autres sources d'information ou de soutien? Les façons de s'y rendre? • Veulent-ils être accompagnés? • Souhaitent-ils prendre des décisions entre conjoints, avec d'autres membres de la famille ou avec un ministre du culte, etc.? • Lors des rencontres prénatales, ont-ils eu l'occasion de briser la glace et d'échanger entre eux? • Y a-t-il des ressources dans la communauté avec lesquelles les parents seraient plus à l'aise? Y a-t-il des ressources qui faciliteraient la participation des parents (ex.: halte garderie, service de transport...)? • Est-ce que des femmes et des pères de la communauté pourraient être présents lors des rencontres pour interpréter certains thèmes et échanger sur leur expérience?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont nos perceptions quant aux modes de préparation des parents immigrants? • Qui peut suppléer à l'absence du réseau des parents au cours du processus pour réduire les anxiétés? • Quelles sont nos perceptions relatives à la participation des conjoints au Québec? Des pères immigrants?

2.3 - SOUTIEN AUX FEMMES EXCISÉES

Dans divers milieux

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les mutilations génitales féminines (MGF)⁶ affectent la santé et la vie de centaines de millions de fillettes et de femmes. Chaque année, deux millions de filles en sont victimes. La mutilation des organes génitaux est une coutume dans des communautés aussi diverses que variées mais elle touche beaucoup le continent africain, dans près de 28 pays (OMS, 1998; Dorkenoo, 1994). La forme la plus commune est l'excision du clitoris et des petites lèvres (dans 80 % des cas); la forme la plus sévère, l'infibulation, représente 15 % des cas; 5 % des autres mutilations consistent en brûlures intravaginales (cautérisation), en l'application de plantes ou d'herbes corrosives ou encore, en l'élongation du clitoris. Ces dernières pratiques sont moins répandues et concernent des communautés particulières.

6. Les mutilations génitales féminines comprennent toutes les procédures visant la lacération ou l'ablation partielle ou totale de toute ou d'une partie des organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles ou toute autre raison non thérapeutique. L'atteinte à l'intégrité physique de la petite fille se traduit de multiples manières selon les pays, les régions et les degrés de pratiques religieuses (OMS, 1998).

Selon l'UNICEF, cette coutume existe aussi en Asie (Indonésie et Malaisie) et au Moyen-Orient, mais dans une moindre mesure (Yémen, Oman, Bahreïn, Émirats arabes unis). Ces pratiques appartiennent à des groupes de confessions diverses, musulmans, groupes juifs d'Éthiopie ou tribus du culte animiste. Certains groupes musulmans la réprouvent, comme l'Arabie Saoudite ou l'Iran, tandis que d'autres soutiennent que c'est une recommandation religieuse. Les origines et les justifications de cette pratique varient d'une communauté à une autre, mais le résultat reste une atteinte à l'intégrité du corps de la femme.

Ceux et celles qui soutiennent cette pratique sont convaincus que c'est dans l'intérêt de la petite fille, dans le but de préserver sa virginité, d'améliorer sa fertilité, d'accroître son hygiène intime, autant de croyances populaires véhiculées au fil du temps. Des études ont mis en évidence que les jeunes filles non excisées ne parvenaient pas à trouver un époux et étaient bien souvent rejetées (Dorkenoo, 1994; Van der Kwaak, 1992; Bishop, 1996; Caldwell, 1997). Quant aux opposants, ils s'y opposent en raison de son caractère nocif pour la santé. Accepté par certains et rejeté par d'autres, cet acte de détérioration physique présente d'indéniables conséquences préjudiciables à la santé de millions de femmes.

En effet, les états morbides secondaires à la pratique mutilatoire se manifestent durant toute la vie reproductive de la jeune fille et de la femme. Les complications les plus couramment rapportées sont, dans l'immédiat et à plus ou moins long terme, d'ordre hémorragique, infectieux, obstétrical, sexuel (Wright, 1996; McCaffrey, 1995). Restent toutes les conséquences non directement observables, soit celles qui concernent la sphère relationnelle entre les époux, l'estime de soi et les troubles psychologiques. Parmi les effets secondaires immédiats, on connaît des cas de décès par choc hémorragique, des lésions des organes voisins, des problèmes de rétention d'urine et des infections fréquentes. À plus long terme, on rapporte des abcès, des infections urinaires et de l'appareil reproducteur, des dysménorrhées, des kystes du derme et des complications post-partum. Ces problèmes consécutifs à l'excision et à l'infibulation ne peuvent être passés sous silence. Il est du devoir des intervenants de la santé d'accompagner les femmes afin qu'elles puissent obtenir les soins appropriés.

À l'échelle internationale, de nombreux textes juridiques proposent un cadre de référence condamnant la mutilation génitale féminine, notamment l'article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence contre les femmes, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ou encore la Convention relative aux droits de l'enfant.

La législation canadienne à cet égard reconnaît que cette mutilation qui constitue une atteinte à l'intégrité physique de la petite fille est illégale et compte parmi les voies de faits graves. Depuis 1992, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a aussi rejeté cette pratique. Enfin, le rapport de la Commission québécoise des droits de la personne, en 1994, précise qu'il s'agit de pratiques qui enfreignent le droit des femmes à l'intégrité de leur personne, à l'égalité et à la non-discrimination, et que, dans ce sens, il convient d'accorder une importance toute particulière aux mesures de prévention, sous forme d'éducation et de sensibilisation du public.

En contexte migratoire

Les pratiques de l'excision étant interdites dans bien des régions du monde, les soins postnataux que cette pratique exige ne font pas partie des services de base en périnatalité prescrits dans les lignes directrices de l'OMS. Néanmoins, les femmes immigrantes qui ont été soumises, de plein gré ou contre leur volonté, à ces pratiques devraient être orientées adéquatement dans le réseau de la santé afin d'obtenir les soins appropriés.

Il est indispensable de créer une relation de confiance afin que ces femmes puissent recevoir toute l'information objective et scientifique quant aux conséquences de cette pratique, aux options d'accouchement et aux possibilités de la chirurgie réparatrice de leur système génital. Il est très important qu'elles soient informées de la législation en cours sur la pratique de l'excision ou de l'infibulation. Autre facteur à considérer, si ces femmes s'y sont soumises, quelle qu'en soit la raison, elles pourraient refuser les solutions permettant un retour de leur intégrité physique.

La grossesse vécue dans ce contexte amène ces femmes à réfléchir et à se repositionner par rapport à leurs valeurs culturelles et aux facteurs sociaux qui ont façonné leur identité. Cela risque de conduire nombre d'entre elles à remettre en question certains aspects de cette tradition pour elles et leurs filles. Il est possible que surgisse alors un sentiment de culpabilité ou des perturbations d'ordre moral et émotif, tant sur le plan individuel qu'à l'échelle du couple ou de la famille. Sur le plan individuel, il faut aussi garder à l'esprit que, pour une femme, la découverte de sa différence, de la non-conformité de son corps aux standards nord-américains, risque de provoquer un état de choc. Des conflits intérieurs, des épisodes de dépression et une distance socioculturelle dans sa relation d'aide peuvent surgir. Il faut savoir reconnaître les facteurs de risques multiples que connaissent ces femmes en période périnatale et les référer à un soutien qui leur permettra de redonner un sens à leur identité féminine et à celle qu'elles voudront transmettre à leurs filles.

Stratégies d'action : Accompagner les femmes excisées en période pré et postnatale	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Sont-elles à l'aise de parler de leur fonction génitale, élément central de l'intimité? Le font-elles de façon directe ou au moyen de métaphores? • Sont-elles prêtes à aborder le sujet de l'excision? Est-ce nécessaire d'en parler maintenant? • Ont-elles souffert d'infections urinaires, vaginales ou autres complications (dysménorrhée, dysurie) depuis l'adolescence? En connaissent-elles la cause? • Ces pratiques demeurent-elles importantes pour elles en contexte d'immigration? • Le conjoint et les familles exercent-ils une pression pour poursuivre cette pratique? • Perçoivent-elles le risque physique et ou psychologique de telles pratiques?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont leurs préoccupations et celles de leurs familles à propos de cette pratique?
Informar sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissent-elles la législation canadienne et la position des organismes internationaux sur ce sujet? • Connaissent-elles les conséquences néfastes de ces pratiques? • Sont-elles au courant des possibilités de réinfibulation partielle ou de chirurgie réparatrice? Savent-elles qu'on peut envisager une césarienne?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles personnes sont les mieux placées pour établir un dialogue de confiance? • Souhaitent-elles rencontrer des personnes de leur communauté, des médecins, des femmes ayant refusé ou ayant fait modifier cette opération?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • La migration est-elle une occasion ou une contrainte pour les femmes qui veulent se positionner autrement face à l'excision?

2.4 - PRATIQUES ALIMENTAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

Dans divers milieux

Plus de 800 millions de personnes sur la planète sont victimes d'insécurité alimentaire. Dans les pays en développement, l'insécurité alimentaire est souvent très grave et fortement associée à la malnutrition protéino-énergétique, à des carences en fer et en vitamine A et vitamine B 12. Les facteurs en sont multiples et varient selon les régions et les pays. Les pénuries alimentaires provoquées par les conflits, les aléas de la météo, la pauvreté ou la fragilité des écosystèmes (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, site Internet) ont fait en sorte qu'en 2003, 18 pays d'Afrique ainsi que le Bangladesh, l'Afghanistan, Haïti, la République populaire démocratique de Corée et la Mongolie ont connu la sous-alimentation. D'autres facteurs exposent les individus à la malnutrition, comme l'inadéquation des pratiques de soins aux enfants et aux femmes enceintes, le manque d'accès à l'eau potable et l'absence d'assainissement des eaux souillées (UNICEF, 1998). En 2000, la proportion de la population disposant de sources d'eau potable améliorées était de 100 % dans les pays industrialisés, mais de 78 % dans les pays en développement, par exemple, 13 % en Afghanistan, 42 % au Burkina Faso, 30 % au Cambodge et 24 % en Éthiopie. L'absence d'eau potable et de services d'assainissement adéquats favorise par ailleurs la « propagation de maladies infectieuses qui à leur tour deviennent des causes majeures de malnutrition » (Unicef, 2003).

Heureusement, on note des progrès tangibles un peu partout à travers le monde: 60 % de tout le sel consommé à travers le monde est iodé et des programmes de supplémentation en vitamine A sont mis en œuvre. Au Bangladesh, des animateurs en nutrition travaillent à promouvoir de meilleures pratiques de soins aux femmes et aux enfants et 2,7 milliards de comprimés de fer/acide folique ont été distribués aux femmes enceintes pour aider à lutter contre l'anémie ferriprive (UNICEF, 1998).

Outre l'accès à des aliments et à des services adéquats, chaque culture enseigne un régime alimentaire, des façons de préparer un mets, une manière de le manger, une chronologie des repas et des rituels entourant la consommation de ce mets. Les pratiques alimentaires sont imprégnées de rituels qui balisent les pratiques pour satisfaire des besoins sous une forme acceptable pour une culture, pour une société (Jeffrey, 2003). Plus la satisfaction d'un besoin est limitée par des interdits dans une culture, plus ce besoin sera ritualisé (Jeffrey, 2003). L'étude des rites alimentaires des sociétés révèle la façon dont une société répartit les rôles sociaux en fonction de l'âge, du sexe et des différentes pratiques de la vie quotidienne.

Chaque société propose aux femmes enceintes des aliments prescrits et d'autres proscrits: les premiers afin de fortifier l'état de santé de la mère et du fœtus, les deuxièmes pour éviter les contaminations, les nausées et respecter diverses croyances concernant l'enfant à venir. Le milieu d'origine, la culture et la religion ont chacun leur importance dans la façon de manger, de boire et de cuisiner et ainsi d'aider la future mère à accoucher. Si cette dernière ne suit pas à la lettre les recommandations «... toute fausse couche ou problème intervenant lors de l'accouchement pourra lui être imputé » (Bartoli, 1998, p. 94).

Dans les Caraïbes et les Antilles, la nourriture est très diversifiée; la viande est souvent marinée avant d'être cuite et est généralement assez épicée. Parfois, les coutumes sont suivies par les femmes enceintes, même une fois installées dans un autre pays, comme consommer des bananes vertes parce qu'elles sont une source de fer ou boire un mélange de lait et de bière pour ses propriétés nourrissantes (Schott et Henley, 1996). Dans certaines sociétés africaines, les femmes évitent la nourriture grasse dans le but de réduire les nausées. En Asie du Sud, les légumineuses, comme les lentilles et les pois chiches, constituent une grande source de protéine pour les végétariens (Schott et Henley, 1996). Dans la tradition chinoise, l'alimentation est considérée essentielle pour assurer une grossesse saine et pour récupérer après l'accouchement. Selon la région d'origine, on observe des différences dans le choix des aliments et dans leur cuisson. Le riz, les raviolis (*dumplings*) et les nouilles constituent habituellement les aliments de base; les modes de préparation sont plutôt la cuisson à la vapeur et les plats sont soit

mijotés, soit sautés, les légumes légèrement cuits. Les soupes constituent une part centrale de l'alimentation; le thé est considéré essentiel. La plupart des produits issus du lait ne font pas partie cependant de leur diète, du fait que nombre de personnes ne les tolèrent pas (Schott et Henley, 1996). Enfin, et sur plusieurs continents, l'œuf est interdit aux femmes enceintes: la transgression de cet interdit peut mener à « l'avortement ou à une délivrance difficile du placenta » (Bartoli, 1998, p. 94).

De nombreux groupes culturels, comme dans la tradition chinoise et dans la culture sud-asiatique traditionnelle, partagent une conception liée à l'équilibre à conserver entre des aliments considérés chauds (« yin ») ou froids (« yang ») (Schott et Henley, 1996).

La consommation de viande peut être interdite par la religion. Les croyances hindouistes avancent que toutes les formes de vie sont interdépendantes et que tout ce qui est vivant est sacré. Il est donc préférable de ne rien manger qui requiert d'enlever la vie. Dans certaines parties de l'Asie, comme au Sri Lanka, on consomme de la viande, mais pas de bœuf en raison de son caractère sacré (Schott et Henley, 1996). Chez les musulmans, les restrictions liées à la nourriture, qui proviennent du Coran, sont basées sur la croyance que la santé physique et la santé spirituelle sont interreliées. Le principal interdit concerne le porc et tous ses dérivés. Outre les interdits de certaines nourritures, il existe aussi les prescriptions concernant les modes de préparation. Ainsi, les musulmans peuvent consommer toute viande autre que le porc si elle est « halal », c'est-à-dire si l'animal est tué et béni selon les prescriptions. De même, chez les Juifs orthodoxes, on ne mange que de la nourriture « cachère », c'est-à-dire préparée selon certaines règles⁷.

Pour d'autres groupes religieux, c'est la transformation de la nourriture qui constitue la base des interdits. Ainsi, les Rastafaristes considèrent le corps comme le temple de Dieu; il doit être protégé contre toute contamination, spécialement celle des produits chimiques. On considère que la nourriture joue un rôle essentiel sur la santé de l'âme et du corps. Il est préférable de manger de la nourriture non transformée, fraîche et pure, sans agent de conservation. Les aliments en conserve ou précuits, qui contiennent des additifs, sont inacceptables (Schott et Henley, 1996).

Le jeûne constitue une autre pratique religieuse fort courante. Pour les Hindous, c'est un moyen d'obtenir des bénéfices physiques et spirituels. Le jeûne peut se pratiquer lors de festivités et à diverses occasions, parfois jusqu'à deux fois par semaine. Les Hindous qui pratiquent le jeûne ne s'abstiennent pas de toute nourriture puisqu'ils peuvent consommer des fruits, du yogourt, des noix et des pommes de terre (Schott et Henley, 1996).

Pour les musulmans, le jeûne peut être considéré comme une forme de prière et une obligation lors du Ramadan. Il s'agit de ne rien consommer du lever au coucher du soleil, ni nourriture, ni eau ni même de dentifrice. Les femmes enceintes en sont exemptées, mais elles doivent le reprendre le plus tôt possible. Cependant, plusieurs d'entre elles veulent suivre un jeûne partiel pour partager le rite avec les autres membres de la famille. En fait, elles ne font qu'inverser le moment de prendre des repas. Le jeûne constitue aussi une pratique courante obligatoire pour certains Juifs. Par exemple, la fête de Yom Kippour est marquée par le jeûne. Un certain nombre de femmes vont préférer observer un jeûne partiel même si elles sont enceintes ou si elles allaitent, mais une dispense peut cependant être obtenue du rabbin (Schott et Henley, 1996).

7. Tout animal doit être abattu et préparé selon la loi juive; porc et poisson à écailles sont interdits; les produits laitiers ne peuvent pas être consommés en même temps que les produits de viande ou leurs dérivés; les Juifs orthodoxes ne mangent aucun aliment préparé à l'extérieur de la maison à moins qu'il n'ait été préparé sous la supervision d'un rabbin utilisant des ustensiles spéciaux (Schott et Henley, 1996).

Dans de nombreuses sociétés, les parents sont aussi soumis, lors de la grossesse, à des interdits alimentaires liés à la crainte que l'enfant n'absorbe certains composants d'un aliment. Chez plusieurs groupes, les pères doivent éviter la consommation d'une série d'aliments pour éviter la transmission de malformations ou d'affections au fœtus. Ces types de contagion possibles relèvent selon eux de quatre sortes d'analogies: soit morphologique ou anatomique (par exemple, une certaine espèce d'algue donnerait des boutons au nourrisson); soit des analogies liées aux comportements (ne pas ingérer du calmar pour éviter que l'enfant marche à reculons); il peut aussi s'agir d'espèces qui seraient appréciées par l'esprit des morts et dont l'ingestion risquerait alors de faire mourir l'enfant; enfin, elle relève aussi d'une ressemblance entre le nom de l'aliment et le nom de certaines malformations.

En contexte migratoire

En changeant de milieu, les femmes enceintes sont souvent confrontées à la nécessité de modifier en partie leurs pratiques alimentaires⁸. Parmi les difficultés observées, soulignons les suivantes:

1. Trouver les aliments habituels à un prix abordable. Il se peut que les familles d'immigration récente aient de la difficulté à trouver des équivalents aux aliments qui leur étaient familiers dans leur pays d'origine, et cela, pour toutes sortes de raisons comme l'accès difficile à certaines épiceries ou marchés publics et aussi leur prix.
2. Adapter la préparation des aliments au contexte nordique, tout en conservant certains aspects culturels du pays d'origine. Nos modes de préparation peuvent leur paraître étranges ou inhabituels.
3. Compenser pour la perte du réseau de soutien. Dans plusieurs régions du monde, la préparation des repas de la femme enceinte et de la femme allaitante est dévolue aux femmes du réseau de soutien. En l'absence de ce réseau, les femmes enceintes pourraient négliger quelque peu leur alimentation si le conjoint ou une autre personne ne compense pas cette absence.
4. Respecter certains rituels religieux. Le degré d'observance des règles alimentaires peut cependant varier d'une personne à l'autre. Contraintes à demeurer à l'hôpital pour un accouchement, certaines femmes juives ou musulmanes suivront quelques règles et choisiront dans le menu de l'hôpital ce qui leur convient. D'autres, cependant, feront venir leur nourriture, comme la viande cachère. En cas d'urgence, l'usage de produits contenant du gras d'animal sera permis, s'il n'y a pas d'autre choix. Enfin, certaines femmes voudront se conformer à des pratiques religieuses, comme le jeûne partiel.

La pauvreté des nouveaux arrivants, même temporaire, accroît le risque d'habitudes alimentaires inadéquates. La sous-alimentation des réfugiés ayant séjourné dans des camps aux conditions de vie précaires peut aussi être une source de difficultés à surmonter (Santé Canada, a). D'autres adopteront un comportement nord-américain avec son inventaire de produits alimentaires transformés et pré-cuisinés. À cet égard, le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* demeure un outil pratique pour aider les familles à faire des choix avisés (Santé Canada, b). Pour l'alimentation de la femme enceinte, des recommandations figurent sur le site Internet du MSSS : www.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/nutrition.nsf.

8. Pour un complément d'information sur l'alimentation de la femme enceinte en contexte de vulnérabilité, voir le guide du MSSS, *La famille grandit : des habitudes pour mieux vivre* (à paraître). Pour les communautés culturelles, l'étude *Profil alimentaire des principaux groupes ethniques de la région de Québec* (Projet « Nutrition et développement », 1998) décrit les modes d'alimentation des différents groupes ethniques rejoints dans le cadre du programme OLO et identifie les valeurs nutritives des aliments types consommés.

Stratégies d'action : Établir des équivalences alimentaires et encourager si possible des modes d'alimentation conformes à leurs préférences

<p align="center">Offrir un espace d'expression aux parents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les modes d'alimentation de la femme enceinte diffèrent-ils entre le pays d'origine et le Québec? Quels principes orientent leurs choix alimentaires (culturels, religieux, économiques ou autres)? • Connaissent-ils des substituts aux aliments consommés dans leur pays d'origine qui sont inaccessibles ici? • Quelle importance les parents accordent-ils à la nourriture lors d'une grossesse? • Quelle est la prise de poids recommandée dans leurs traditions pendant la grossesse? • Est-ce que la famille a pu adapter ses choix alimentaires, ses modes de préparation? • La famille a-t-elle modifié certaines pratiques pour des raisons budgétaires et/ou d'accessibilité?
<p align="center">Valoriser les pratiques authentiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les recommandations alimentaires aux femmes enceintes peuvent-elles être adaptées aux femmes végétariennes ou à celles qui ne consomment que certaines viandes? • Quels suppléments alimentaires peuvent remplacer ceux offerts aux femmes enceintes, comme OLO, pour celles qui observent des rituels ou qui ne peuvent consommer ces produits pour des raisons de santé, comme l'intolérance au lactose?
<p align="center">Informier sur les pratiques d'ici</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les aliments recherchés (consommés) par cette famille sont-ils accessibles (sur le plan géographique et économique) et bénéfiques? • Quels sont les bénéfices à mettre de l'avant pour les inciter à consommer des aliments essentiels pour la femme enceinte? • Connaissent-ils les raisons pour lesquelles on recommande de consommer tel aliment et d'éviter tel autre? • Est-ce que les prix au marché et les modes de préparation des aliments sont bien compris par les familles d'immigration récente?
<p align="center">Favoriser le renforcement du réseau social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment s'organise la famille pour avoir accès à certains aliments et pour les préparer (cachère, halal ou autre)? • Sait-elle qu'elle peut obtenir du soutien des groupes communautaires et religieux pour l'achat d'aliments et la préparation de repas, équilibrés et à prix modique? • Est-ce que des démarches pourraient être entreprises auprès de commerçants du quartier pour favoriser l'accès à des aliments appréciés par ces familles?
<p align="center">Comme intervenant, se distancer de sa culture</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans nos pratiques alimentaires nord-américaines, lesquelles comportent un risque du point de vue de la santé?

2.5 - ATTENTES RELATIVES À L'ACCOUCHEMENT

Dans divers milieux

Selon le *Groupe interorganisations sur la maternité sans risque*, un peu plus de la moitié seulement des femmes des pays en développement accouchent avec l'aide d'une infirmière, médecin ou sage-femme, autrement dit de personnes disposant de « compétences obstétricales » (Family Care International, 2003). Quant aux autres femmes (50 millions), elles accouchent avec le soutien d'un membre de la famille, d'une accoucheuse traditionnelle, ou sans l'aide de personne. Lorsqu'on parle d'une accoucheuse traditionnelle, il s'agit de femmes qui offrent un soutien, une assistance et des soins, mais qui ne possèdent pas les « compétences nécessaires pour prendre en charge les complications et ne peuvent se substituer aux accoucheurs ou accoucheuses qualifié(es) » (Family Care International, 2003). À des fins de comparaison, 99 % des accouchements en pays industrialisés sont assistés par du personnel qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes), mais 56 % en pays en développement (34 % en Somalie, 20 % au Pakistan et 24 % en Haïti).

Le choix des personnes qui accompagneront la parturiente au moment de l'accouchement dépend des structures socioéconomiques d'un pays, mais aussi de la culture et des traditions. Les accoucheuses traditionnelles, expérimentées, mais non formées pour faire face à des complications obstétricales, comptent souvent des femmes, mais aussi des hommes. En Bolivie, par exemple, ces hommes sont désignés et formés par le village. Dans d'autres pays, seules des femmes de la communauté, ou membres de la famille, et qui sont déjà mères, seront accoucheuses ou accompagneront la future mère lors de l'accouchement (Jordan, 1993). Il arrive que le père soit sollicité, mais, les Juifs orthodoxes, par exemple, ne touchent pas leur femme pendant le travail ou la naissance, et même jusqu'à sept jours après la naissance, pour des raisons religieuses. Ailleurs, si la présence du conjoint est permise, son rôle lui sera alors dicté alors que, dans d'autres communautés, les hommes préféreront se retirer pour prier et obtenir du secours spirituel pour l'enfant à naître.

La présence de certaines personnes durant l'accouchement doit se faire dans le respect de la pudeur de la future mère, notion qui varie considérablement. Certaines femmes se doivent d'être vêtues avec pudeur lors de l'accouchement, surtout devant un homme et en public. Des pratiques liées aux vêtements, aux bijoux et aux rituels d'hygiène marquent aussi le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, les vêtements peuvent refléter des valeurs culturelles et religieuses et l'expression de la modestie. La modestie, tout comme la richesse, peuvent être des signes identitaires importants pour la famille. Chez certains groupes culturels, les bijoux ne sont jamais enlevés parce qu'ils ont été bénis ou contiennent un objet religieux, tels que les amulettes qui servent à éloigner le mauvais œil, la maladie, le danger et le malheur. Des bijoux ou certains objets peuvent aussi être placés sur l'enfant ou à côté de ce dernier pour le protéger, parfois immédiatement à la naissance.

Dans la tradition africaine, l'enfant qui va naître passe du monde des morts au monde des vivants. La grossesse, première étape du passage entre les deux mondes, représente donc une période périlleuse, voire dangereuse. Divers rites sont observés par la mère et les vieilles femmes qui l'accompagnent durant l'accouchement afin de « protéger la mère et l'enfant et rendre l'accouchement plus sûr » ou pour assurer l'insertion de l'enfant dans la lignée (Valet et Fiorina, site Internet). Enfin, dans plusieurs communautés, la venue d'un enfant est un événement heureux qui sera souligné par des dessins au henné sur le corps de la femme. Certaines croyances populaires sont liées aux vertus du henné, comme celle « de protéger l'individu, de former un rempart entre le corps qui en est enduit et ces éléments extérieurs nuisibles que sont les démons, le mauvais œil ou la maladie » (Terrier, 2003).

Dans beaucoup de pays, les rituels de lavage avec de l'eau sont fortement valorisés et très fréquents, que ce soit pour se purifier avant la prière ou la consommation d'aliments. Si prendre un bain constitue une pratique d'hygiène pour certains, l'eau stagnante est considérée comme impure pour d'autres. Dans les sociétés centrées sur l'équilibre des forces du yin et du yang, les gens ne peuvent pas prendre de bain, ni même se laver après une naissance. Lors de cette période, le corps est considéré plus vulnérable et il doit être protégé, mis à l'abri des courants d'air et de l'eau.

Quant aux pratiques d'intervention durant l'accouchement, elles diffèrent aussi. Pour les sages-femmes du Yucatan, la rupture des membranes amniotiques est une pratique dangereuse et peu naturelle. Mais, pour stimuler le travail, on fera ingurgiter un ou plusieurs œufs crus à la mère, ce qui va causer un haut-le-cœur et provoquer une forte contraction, stimulant ainsi le travail préalable à l'accouchement (Jordan, 1993). En Hollande, aussi longtemps que le cœur du fœtus bat et que la mère n'a pas de fièvre, on ne fait pas usage de médication pour stimuler le travail. Dans plusieurs pays, les césariennes sont synonymes de risque, et donc utilisées en dernier recours. Ailleurs, elles sont considérées comme des pratiques sécuritaires auxquelles seules les familles fortunées ont accès.

En contexte migratoire

Comme pour tous les aspects de la grossesse, l'immigration perturbe les repères culturels, les rituels, les pratiques traditionnelles. Les informations et les conseils sur les pratiques d'accouchement donnés dans le cadre de l'accompagnement des intervenantes privilégiées peuvent être méconnus par les femmes et les couples provenant de pays où les soins primaires sont compromis pour diverses raisons, comme les conflits ou l'extrême pauvreté.

Accoucher en milieu hospitalier peut aussi être perçu par certaines familles comme un gain dans l'accessibilité à des services, services inexistants dans leur pays d'origine pour des raisons géopolitiques, technologiques ou économiques. À l'inverse, l'accès à la haute technologie médicale peut susciter l'angoisse si les routines médicales leur sont méconnues. Qu'il s'agisse de monitoring fœtal, d'épidurale, etc., l'intervention pour contrôler ou provoquer l'accouchement sera bien ou mal reçue selon l'expérience qu'en ont les familles et la place que ces pratiques occupent dans les traditions. Elles peuvent être synonymes d'une prise en charge en vue d'éviter des complications graves pour la mère et l'enfant ou, à l'opposé, comme un sentiment de perte de contrôle sur le déroulement du processus.

Il en va de même pour les accompagnateurs de la future mère lors de l'accouchement. Si la présence du conjoint est une pratique répandue au Québec, elle peut être perçue comme une intrusion pour les femmes dont l'accouchement fait partie uniquement de la sphère féminine. Par contre, d'autres y verront l'occasion d'impliquer le conjoint dans l'univers de la maternité et de la parentalité. Le fait d'être vue en souffrance, à moitié vêtue, en situation d'impureté (perte de sang) par des accompagnateurs inhabituels, conjoint et personnel médical, peut aussi gêner. L'accouchement en centre hospitalier modifie également les rituels liés à la purification postnatale, rituels à caractère privé et personnalisé.

Stratégies d'action : Recréer un environnement sécurisant lors de la naissance de l'enfant	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le pays d'origine, de quelle façon se déroulent les accouchements? Qui accompagnent les femmes? • Les conjoints sont-ils invités à être présents? • L'accouchement est-il accompagné de pratiques culturelles ou religieuses (massages, prières, encensement) particulières? • Les parents veulent-ils observer des rituels d'hygiène particuliers? • Quels risques perçoivent-ils lors d'un accouchement?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents sont-ils au courant qu'ils peuvent parler de leurs préférences en matière d'hygiène et de rituels au personnel de l'hôpital ou de la maison des naissances? • Sont-ils à l'aise de l'exprimer?
Informar sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • La famille dispose-t-elle de toute l'information nécessaire concernant l'accouchement au Québec? Quels sont les avantages qu'elle ignore? • Est-ce que les parents connaissent des alternatives aux façons de faire au Québec lors d'un accouchement?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes choisies pour accompagner à l'accouchement sont-elles renseignées sur les pratiques généralement admises à l'hôpital ou à la maison des naissances? • Est-ce que des parents appartenant à la même communauté et ayant donné naissance au Québec pourraient parler de leur expérience? • Les parents ont-ils accès aux ressources qui accompagnent les futurs parents durant la période prénatale? • Avoir recours à un interprète pourrait-il être de mise à l'accouchement?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les gains et les pertes perçus par les femmes et leur conjoint lorsqu'elles accouchent dans un centre hospitalier ou à la maison des naissances? • Quels sont les valeurs et les rituels associés à l'accouchement au Québec?

2.6 - RÉACTIONS FACE À LA DOULEUR ET À SON SOULAGEMENT

Dans divers milieux

Contrairement à l'opinion répandue, l'expression de la douleur durant l'accouchement n'est pas affaire de culture récente. Elle existe depuis les origines de l'homme (Du Parc, site Internet). Quant aux moyens pour soulager la douleur, ils existent aussi depuis très longtemps. Par exemple, de très anciens textes chinois mentionnaient l'usage d'opiacés alors qu'en Europe, « les femmes s'en remettaient à des potions à base de mandragore, de chanvre, de pavot et de ciguë » (Du Parc, site Internet).

La religion a aussi influencé la conceptualisation de la douleur. Accoucher dans la douleur était un moyen d'obtenir la grâce divine dans la conception judéo-chrétienne et celle de plusieurs religions orientales. En 1853 s'amorce l'ère de l'anesthésie moderne en obstétrique. Mais ce n'est qu'à la fin des années 50 du siècle suivant que le Vatican ne s'opposera plus au contrôle de la douleur durant le travail et l'accouchement. La médecine de l'époque déploiera toute une technologie et une pharmacologie de l'analgésie épidurale, se propageant d'abord dans toute l'Europe (Du Parc, site Internet).

L'expression de la douleur lors de l'accouchement est culturellement codée par le sens qu'on lui accorde et l'intensité de son expression. La douleur peut être vécue comme un aspect normal de l'accouchement ou comme une prémonition. Le cri constitue la manifestation de la souffrance et permet de libérer l'appréhension. C'est surtout un appel au réconfort. Le recours à diverses méthodes analgésiques (herbes, massages, accupression) sont toujours utilisées dans des régions peu ou mal desservies par les soins médicaux primaires. D'autres femmes vont plutôt prévenir la douleur en évitant de prendre du poids durant la grossesse. Les Asiatiques, par exemple, considèrent qu'il est préférable d'éviter de prendre les 10 kilos recommandés, de crainte que le bébé ne soit trop gros, qu'il ralentisse l'accouchement et qu'il augmente la douleur.

En contexte migratoire

Le contexte plus ou moins familier dans lequel la femme se trouve et la façon dont elle perçoit son état influenceront sa réaction face à la douleur.

Le sentiment d'isolement lié à la perte du réseau féminin, une maternité non liée au projet d'immigration, c'est-à-dire non désirée, le sentiment d'être en sécurité dans un environnement ultramoderne pour accoucher, sont autant de facteurs qui agiront sur la perception de la douleur à l'accouchement et son expression. Crier et geindre seront des moyens appropriés pour exprimer la douleur, mais le silence peut aussi exprimer la même chose.

Certaines femmes issues de groupes minoritaires sont parfois objets de stéréotypes et étiquetées « trop bruyantes », ayant un « seuil de tolérance plus faible à la douleur » ou « recherchant trop d'attention ». D'autres auront recours aux enseignements traditionnels sur les techniques de relaxation et de respiration, sur la consommation de breuvages, comme le jus de noix de coco ou les tisanes à base de racines et d'écorce, pour se sécuriser.

Les pratiques obstétriques dans la société d'accueil peuvent ne pas correspondre aux attentes des femmes immigrantes, comme celles pour qui la pudeur revêt une grande importance et ne voudront pas recevoir d'épidurale, surtout si l'anesthésiste est un homme. Mais il n'est pas rare dans ce genre de contexte qu'elles fassent appel à la fois à la tradition et à la modernité pour être soulagées.

Stratégies d'action : Aider les femmes d'immigration récente à formuler leurs attentes à l'égard du soulagement de la douleur

Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Comment la douleur de l'enfantement se vit-elle dans le pays d'origine? • Comment la contrôle-t-on? • Quelles sont les principales appréhensions des parents lors de l'accouchement? • Quels sont les moyens qu'ils connaissent pour soulager la douleur? • Lors d'un accouchement précédent, ont-ils eu recours à ces moyens?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les parents sont à l'aise d'exprimer leur choix quant au moyen à prendre pour diminuer la douleur? • Sont-ils gênés de proposer une personne autre que le conjoint et qui les assistera à l'accouchement?
Informier sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Sont-ils renseignés sur les moyens utilisés ici pour apaiser la douleur, leurs avantages et inconvénients? Sur les thérapies alternatives (massage, acupuncture, etc.)? Perçoivent-ils un risque à utiliser de tels moyens? • Souhaitent-ils davantage d'informations sur le déroulement de l'accouchement et la réduction de la douleur?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que la famille a eu l'occasion de partager avec d'autres parents au sujet des moyens utilisés pour apaiser la douleur? • Souhaitent-ils discuter avec d'autres sur l'accouchement en milieu hospitalier et en maison de naissance?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est notre rapport à la douleur? • Quel sens lui attribue-t-on? Comment exprime-t-on la douleur?

2.7 - RÔLES HOMME/FEMME ET PATERNITÉ

Dans divers milieux

Dans toutes les sociétés, qu'elles soient industrielles ou rurales, riches ou pauvres, les parents sont amenés dans la période périnatale à définir leurs responsabilités mutuelles face à la parentalité et, de ce fait, à s'interroger sur le rôle de chacun.

Les réponses à ces questions évoluent au rythme des changements sociétaux, mais elles définissent toujours des similitudes et des distinctions entre les comportements paternels et maternels. La complémentarité de ces comportements dicte des apprentissages différents au grand bénéfice du développement de l'enfant. De nombreux facteurs, tels que la scolarité, l'activité économique, le contexte politique et la structure familiale, peuvent entraîner diverses transformations dans les rôles des femmes et des mères et, par le fait même, celui des hommes et des pères (Comité International des Centres de Recherche en Démographie, 1997).

Dans divers milieux, l'évolution des rôles s'est traduit de diverses façons: par exemple, à Cuba, la hausse du niveau d'éducation et du taux d'activité féminine a produit une baisse de la fécondité et une réduction de la taille moyenne des ménages (Comité International des Centres de Recherche en Démographie, 1997). Malgré l'influence des relations patriarcales chez les Cubains, des changements ont été observés dans les relations de couple, plus ou moins grands selon la classe sociale. Les processus décisionnels s'initient de plus en plus souvent de façon commune dans le couple. La communication entre les époux est plus fréquente et la femme a acquis plus d'autonomie.

Dans les zones rurales de pays africains, les difficultés économiques ont conduit à des changements marqués dans la distribution des tâches chez les couples. Les femmes diversifient de plus en plus leurs rôles, délaissant des activités domestiques traditionnelles pour des activités lucratives, comme la récolte et la vente de produits forestiers, des emplois temporaires et des petits commerces. Les hommes assument peu à peu des tâches qui étaient traditionnellement du domaine des femmes.

En Jordanie, l'activité économique des femmes, surtout professionnelle, a remis en question le rôle des hommes dans un contexte de crise et de politiques d'ajustement structurel (Comité International des Centres de Recherche en Démographie, 1997).

Si l'autonomie économique des femmes a accru leur statut, elle peut aussi avoir des effets pervers sur la structure familiale traditionnelle, comme en Europe de l'Est. Ainsi, on a vu s'accroître le nombre de familles monoparentales, avec une femme à leur tête. Elles résultent le plus souvent de divorces, de décès du père (suicide, criminalité) et de naissances hors mariage. Parmi les principaux problèmes observés, « les femmes ont la situation la plus mauvaise sur le marché du travail » (insuffisance de temps pour le travail et l'éducation des enfants, salaires bas) et « faible participation du père à l'éducation des enfants » (Comité International des Centres de Recherche en Démographie, 1997).

En Inde, plusieurs régions expérimentent des projets visant à sensibiliser les pères à une diversification de leurs rôles pour une prise de conscience de l'éducation à la santé, de la formation et de la nutrition (Comité International des Centres de Recherche en Démographie, 1997) qui encourage les hommes à participer aux soins des enfants, notamment en leur enseignant à surveiller la nutrition et la croissance.

La définition de l'engagement paternel est beaucoup plus complexe parce qu'elle réfère à une mosaïque de facteurs liés aux contextes social et culturel (valeurs, classe sociale, emploi, statut, soutien marital) liés aussi aux caractéristiques individuelles du père et de la mère. Ces caractéristiques ont notamment trait au souvenir qu'a chacun de sa relation avec son père, à ce que l'on a reçu comme enfant, à ce que l'on veut et à ce que l'on peut donner comme parent : « La place et le rôle qu'on accorde aux pères dans une société sont ancrés dans la culture tout en étant soumis aux influences environnementales qui agissent sur la structure familiale et les conditions dans lesquelles s'exercent la parentalité » (Altay Manço cité par Ouellet et *al.*, 2001).

En contexte migratoire

Le contexte migratoire rend encore plus difficile la détermination d'un modèle unique d'engagement paternel tant est grande la complexité des facteurs pouvant influencer l'adaptation des pères et des mères. Si « l'engagement paternel est le reflet d'une préoccupation et d'une participation du père à l'égard du bien-être de son enfant », il faut cependant demeurer prudent quant à la façon de définir ces formes d'engagement et le type de soutien affectif attendu, car ils sont étroitement liés à des caractéristiques individuelles, relationnelles, sociales et culturelles. Il semble que le contexte d'immigration tend à modifier l'implication des pères auprès de leur enfant et de leur conjointe. Un certain nombre de conditions influencent cette adaptation de la paternité, comme l'impact des nouvelles normes sociales et un réseau social et familial restreint ou même, absent.

Des raisons plus circonstanciées, comme le manque d'emploi, amènent certains pères à passer plus de temps avec leur enfant et à assumer plus de tâches domestiques. Par exemple, chez les immigrés turcs, on note que, si la tradition des mariages arrangés est rompue, une fois installés en Europe, les hommes sont plus enclins à laisser les femmes jouer un rôle dans les domaines de la religion, de l'emploi et de la politique. Il est de plus en plus commun de voir émerger une nouvelle identité culturelle qui fait la synthèse des éléments traditionnels, ajustés aux opportunités que leur offre la société d'accueil (Altay Manço cité par Ouellet et *al.*, 2001).

Plus près de nous, au Québec, le même phénomène s'observe. Sur 90 mères immigrantes interrogées quant à l'implication de leur conjoint dans les soins et l'éducation des enfants, plus de la moitié s'en sont dites satisfaites (Battaglini et *al.*, 2000). Elles précisent que leur conjoint s'occupe plus du bébé qu'il ne l'aurait fait dans le pays d'origine, où il aurait craint d'être ridiculisé ou repoussé par le réseau féminin. Cependant, elles considèrent que les nombreuses obligations de travail du conjoint freinent trop souvent son implication. En outre, l'absence de soutien familial en terre d'accueil et leur isolement amènent les conjoints à devenir des confidents.

Chez ces pères immigrants, les rapports de paternité tels qu'ils étaient inscrits dans le pays d'origine doivent se transformer afin de s'adapter au nouveau contexte culturel. Dans leur parcours migratoire, ils peuvent être appelés à transgresser les valeurs du pays d'origine pour accéder à des valeurs de compromis. Les circonstances du parcours d'un père le précipitent dans des fonctions où il doit improviser à même ses repères culturels et ceux de la société d'accueil, ce qui peut générer chez lui un stress. De plus, s'adapter au monde du travail peut le rendre vulnérable: il doit assumer plus d'un emploi, souvent précaire, pour subvenir aux besoins de la famille. La déqualification professionnelle ajoute à sa déception face à son espoir d'améliorer leur vie. Les pères, isolés de leurs repères, sans emploi ou déqualifiés, peuvent perdre l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et craindre de ne pouvoir apporter les ressources émotionnelles à leur enfant pour qu'il puisse s'intégrer. Les circonstances entourant le parcours migratoire ne sont pas les seules responsables de l'implication paternelle (Battaglini et *al.*, 2000), mais elles apportent des informations à l'intervenant pour qu'il soit à même de comprendre l'évolution du père à l'égard de son degré de rupture avec ses repères antérieurs.

Stratégies d'action : Accompagner les familles d'immigration récente dans un processus d'adaptation des rôles	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les rôles attribués à l'homme et à la femme dans cette famille et comment y perçoit-on l'implication du père? • Dans une redistribution des tâches, qu'est-ce que les parents perçoivent comme un gain? Comme une perte?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Quels arrangements sont possibles pour que les deux parents se sentent à l'aise de modifier certaines pratiques?
Informer sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les avantages à mettre de l'avant pour que ces parents redistribuent équitablement leurs tâches? • Qu'est-ce qui limite, dans leurs conditions actuelles, une meilleure répartition de tâches entre les conjoints? Qu'est-ce qui la favoriserait?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que le témoignage de parents appartenant à leur communauté et ayant modifié leur rôle serait souhaité? • Quels sont les activités et services qui pourraient être mieux adaptés aux pères?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la conception du rôle du père dans notre société? • Comment perçoit-on l'absence ou la présence du père? Son absence est-elle due au désintérêt du père quant à la sphère familiale? Sa présence est-elle perçue comme envahissante ou contrôlante, ou comme un geste de soutien et d'intérêt?

Chapitre 3 – Période postnatale en contexte d’immigration récente

Le désir d’offrir au tout-petit, dès sa naissance, un équilibre dans tous les aspects de sa vie, conditions de vie et développement compris, fait partie de toutes les cultures. Toutefois, les rituels accompagnant la naissance, les soins prodigués au nouveau-né et la manière de percevoir ses besoins varient considérablement d’une région à l’autre, d’une culture à l’autre. De plus, si certains de ces rituels paraissent si surprenants à nos yeux, comme la scarification, les dessins au charbon ou la croyance au bienfait des amulettes, ils ne représentent pas pour autant un risque pour l’enfant. Au contraire, la pratique de ces rituels peut procurer aux parents un sentiment de sécurité et de protection accru pour l’enfant et les conforter dans des traditions familiales, religieuses et culturelles.

Les conseils et les activités proposés aux parents dans le cadre des SIPPE s’inscrivent dans la pratique nord-américaine des soins aux tout-petits prodigués généralement par les membres de la famille nucléaire. Or, dans bien des sociétés, ces pratiques sont partagées par plusieurs membres de la famille et de la collectivité.

Le présent chapitre a trait à la période postnatale et au début de la petite enfance. Voici les thèmes qui seront abordés: l’accueil du nouveau-né, l’attachement parent-enfant, l’allaitement maternel et l’introduction des solides, les soins liés à la toilette du bébé, la stimulation de l’enfant, la prévention des traumatismes non intentionnels chez le tout-petit, la vaccination, le massage, les pratiques de repos et de sommeil, l’acquisition de la position assise et de la marche, le développement du langage et la socialisation du jeune enfant.

3.1 - ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ

Dans divers milieux

Bien que naturelle, la mise au monde d’un enfant n’en exprime pas moins toute la complexité de la transmission du patrimoine génétique, psychique et culturel des parents à l’enfant et de la construction du lien d’attachement (Valet et Fiorina, site Internet). Les rituels observés à la naissance visent à protéger l’enfant qui va naître, à l’accueillir ou à le nommer publiquement (Fellous, 2001). D’autres cérémonies amorcées durant la grossesse se perpétuent à la naissance et sont généralement des préludes du baptême ou de la circoncision (Terrier, 2003).

Parmi les symboles, le fait d’enterrer le cordon ombilical sous un arbre représente la nourriture ainsi que la croissance et l’état de santé de l’enfant. Le cordon, placé dans un petit sachet et accroché autour du cou de l’enfant, devient un porte-bonheur. Jeté dans l’eau, il transmet à l’enfant le pouvoir de guérison de l’eau. Diverses cérémonies peuvent donc y être associées (Bartoli, 1998).

Quant au placenta, « symbole des eaux primordiales et de la Terre », il représente une protection. Selon les cultures, il est perçu comme un compagnon, un double ou un jumeau de l’enfant, ou encore comme le noyau de la personne. Il est rattaché symboliquement à la mère qui doit le protéger et le mettre à l’abri du regard et des intentions malveillantes. Source de nourriture pour l’enfant pendant la vie intra-utérine, le placenta conserve cette fonction vitale après la séparation d’avec le corps de la mère. Il peut être aussi investi de propriétés « réparatrices ». En pays musulman, où le placenta est l’égal symbolique du nourrisson lui-même, il peut être enterré au pied d’un arbre bénéfique (Pont-Humbert, 1995).

Après la naissance, la mère et l'enfant sont considérés très vulnérables, à la fois en raison de la fatigue due à l'accouchement, mais aussi en raison de l'influence possible de mauvais esprits. Une période de réclusion de sept à 40 jours est donc nécessaire pour assurer leur protection. La réclusion a parfois aussi pour cause l'impureté de la mère souillée par le sang. Cette dernière doit alors faire attention à certains interdits comportementaux et alimentaires. C'est pendant cette période que les notions d'aliments chauds et froids joueront à nouveau un grand rôle. À titre d'exemple, en période post-partum, les femmes du Sud-est asiatique restent à la maison, évitent les courants d'air, renoncent à prendre des bains, s'habillent chaudement et font l'objet des soins attentifs de l'entourage.

En Indochine et dans certains pays d'Amérique du Sud, la nouvelle mère et l'enfant sont considérés vulnérables et sujets à la maladie. Une période de repos, nommée « *la cuarentena* » (c'est-à-dire 40 jours), leur est alors prescrite au cours de laquelle les activités sont limitées. On veillera aussi à protéger le nourrisson contre le mauvais œil (*mal de ojo*) en attachant un objet ou un ruban rouge au poignet ou au bras du bébé ou en épinglant une amulette sur ses vêtements, un regard de convoitise pouvant lui causer du tort (Bartoli, 1998). Les membres de la famille manifesteront leur solidarité à la mère et souhaiteront la bienvenue à l'enfant.

Dans certaines traditions de réincarnation, ce sont ces témoins de l'arrivée de l'enfant qui seront à même de reconnaître l'ancêtre qui veut se réincarner et, ainsi, de bien nommer l'enfant. Le choix du nom peut être révélateur des rapports que les parents entretiendront avec lui. Selon les traditions, le choix du nom se fera de diverses manières: en se référant à la généalogie (le premier-né reçoit le prénom du grand-père paternel, par exemple), au rang de l'enfant dans la famille, au trait de personnalité ou à une vertu que l'on veut lui transmettre. Le moment d'utiliser le nom choisi peut aussi être retardé jusqu'à ce que l'enfant atteigne un certain âge.

En contexte migratoire

La perte des réseaux de soutien est une des principales conséquences de la migration. Même si cette dernière était souhaitée et que l'enfant s'inscrit dans le projet migratoire, l'absence de réseau se fait grandement sentir au moment de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum. Si les pères s'investissent davantage auprès de l'enfant, ils ne peuvent remplacer tout le réseau. C'est ce passage de la famille élargie à la famille nucléaire qui exige beaucoup d'adaptation.

Les rituels liés à l'accueil d'un nouveau-né sont nombreux. Quoique la plupart fascinent encore de nos jours, ils possèdent des rôles différents selon les communautés et revêtent une grande importance pour les parents. Ces rituels démontrent en outre leur souci de veiller au bien-être de leur enfant. Le désir de protéger le nouveau-né contre le mauvais œil peut persister dans le pays d'accueil, les parents préférant fuir les compliments sur le bébé et les félicitations.

Nombre de couples essaient aussi de respecter les préceptes de la période de réclusion même s'ils trouvent difficile de le faire, surtout s'ils ne peuvent compter sur un soutien social suffisant. C'est à ce moment que des sentiments de perte risquent d'apparaître.

Stratégies d'action : Accompagner les familles à reproduire des rituels de bienvenue à l'enfant	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les rituels entourant la naissance d'un enfant dans le pays d'origine? • Quelles sont les façons de procéder dans la famille? • De quelle façon la famille souhaite-t-elle s'organiser pour reproduire ces rituels?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Ressentent-ils de la gêne à l'idée de préserver certains rituels, comme demander le cordon ombilical ou le placenta?
Informé sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les parents sont informés des pratiques usuelles au Québec après l'accouchement (de placer l'enfant sur le ventre de la mère, de demander au père de couper le cordon, etc.)? • Connaissent-ils les modalités et les règles à suivre pour nommer l'enfant légalement?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • La famille souhaite-t-elle échanger avec d'autres parents à propos des modalités et des rituels d'accouchement dans le nouveau pays?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont nos perceptions des stratégies de protection associées aux tissus du fœtus, au choix du nom de l'enfant? Quel sens notre société attribue-t-elle à ces rituels? • Peut-on valoriser à la fois la dimension pratique lors de l'accouchement et l'aspect symbolique associés aux rituels d'accueil de l'enfant?

3.2 - ATTACHEMENT PARENT-ENFANT

Dès sa naissance, tout enfant détient un répertoire de comportements composé de pleurs, de cris, de sourires, de babillages, de vocalises et de comportements d'approche, tels que s'agripper, tendre les bras, ramper et marcher. Ce sont les moyens dont dispose l'enfant pour exprimer ses besoins et ils déclenchent des réactions chez les adultes qui en prennent habituellement soin.

Certains comportements, comme les pleurs et les cris, sont aversifs et donc susceptibles d'entraîner les parents à vouloir y mettre fin, par exemple, en le nourrissant, en changeant sa couche, en le prenant dans les bras, en le berçant ou en l'éloignant d'un danger. D'autres, comme les sourires, les babillages et les vocalises, sont des comportements positifs qui suscitent la plupart du temps chez l'adulte un regard vers l'enfant, un sourire ou des vocalisations. Enfin, les comportements de l'enfant suscitent souvent chez l'adulte des gestes, tels que le toucher ou le prendre dans ses bras. C'est ce qui permet à l'enfant d'acquiescer et de maintenir une certaine proximité avec la personne qui s'occupe de lui.

Tous ces comportements permettent d'assurer la survie de l'enfant, à l'image de ce qui se passe chez toutes les espèces animales dont les capacités perceptivo-motrices sont incomplètement développées à la naissance (Petrovich & Gewirtz, 1991, cité par Paquette et Lafrenière, 1994). Ces échanges contribuent à l'élaboration d'un patron de comportements organisés, lequel devient le lien que l'enfant développe avec tout adulte qui prend soin de lui sur une base régulière: c'est ce qu'on appelle l'attachement de l'enfant.

Cet attachement peut être sécurisant ou insécurisant. En général, les enfants qui présentent un attachement sécurisant développent à moyen terme de meilleures compétences sociales et réussissent mieux à l'école que ceux présentant un attachement insécurisant, lesquels ont moins tendance à explorer leur environnement et présentent un risque accru de développer des troubles de comportement (Paquette et Lafrenière, 1994; Moss et *al.*, 2004). Le type d'attachement que l'enfant crée avec l'adulte qui en prend soin détermine ses futurs rapports sociaux. De plus, il se transmet de génération en génération si aucun événement majeur lié à un facteur de vulnérabilité ou de protection ne vient changer sa trajectoire.

Le type d'attachement se définit au cours des toutes premières années de vie, surtout la première. Les différences individuelles dans la qualité de la relation d'attachement sont liées aux différences dans la qualité des soins reçus. Deux principaux facteurs influencent la qualité des soins: le bien-être psychologique du parent (son état émotif et ses représentations mentales⁹) et son réseau social (son soutien social et sa relation conjugale) (MSSS, 2004a). À l'égard de l'enfant, on observe quatre types de comportements: ceux liés à l'engagement, ceux liés à la sensibilité du parent envers l'enfant, ainsi que ceux liés à sa proximité et à sa réciprocité avec celui-ci¹⁰.

Dans divers milieux

La documentation reconnaît l'universalité du lien d'attachement entre les enfants et les personnes qui en prennent soin. Les variations observées entre les cultures sont davantage liées aux comportements adoptés par les enfants pour susciter les réactions des adultes qui en prennent soin et aux comportements déployés par ces derniers pour attirer leur attention ou pour leur répondre (Reebye et *al.*, site Internet). Ces comportements sont eux-mêmes surtout influencés par les valeurs, croyances et pratiques familiales, sociales et culturelles.

Par exemple, les mères américaines et australiennes, dont la culture valorise davantage l'extraversion, la sociabilité, la bonne humeur et l'indépendance, auraient tendance à induire et à renforcer les sourires, l'adaptabilité et l'accueil positif de la nouveauté chez leurs bébés (Prior et *al.*, cité par Paquette et Lafrenière, 1994). De plus, leurs comportements viseraient surtout à stimuler l'enfant: elles le changeraient souvent de position et lui adresseraient des vocalisations sur le ton d'une conversation. De leur côté, les mères japonaises, où la culture valorise plutôt l'interdépendance et la soumission, auraient plutôt tendance à calmer l'enfant en utilisant des approches douces, en vocalisant de façon apaisante et en portant et berçant souvent l'enfant dans leurs bras. Pour leur part, les bébés américains seraient plus actifs, émettraient plus de vocalisations positives et exploreraient plus leur environnement que les bébés japonais (Caudill et Weinstein, 1969, cité par Paquette et Lafrenière, 1994).

Dans le même sens, dans les cultures qui valorisent l'interdépendance sociale, le partage du lit familial figure parmi les pratiques courantes d'attachement. En Amérique, où sont prônées l'indépendance et la rapide autonomie du jeune enfant, les bébés sont installés très tôt après la naissance dans leur petit lit, dans leur propre chambre. Bien souvent, les parents vont se lever plusieurs fois au cours de la nuit pour sécuriser l'enfant plutôt que de l'amener dans leur lit. Quand ils le font, ils se sentiront coupables parce que cette pratique n'est pas socialement encouragée.

9. Les représentations mentales sont l'ensemble des modèles internes développés à partir de la compréhension des premières expériences relationnelles avec les parents ou tout autre adulte significatif qui a pris soin de l'enfant.

10. Pour en savoir davantage sur l'attachement, voir le cadre conceptuel du guide : *L'attachement au cœur du développement du nourrisson*. MSSS, 2005.

En contexte migratoire

De nombreux facteurs peuvent influencer de façon négative ou positive le développement chez l'enfant d'un attachement sécurisant.

Du côté des parents, on compte tous les facteurs de vulnérabilité relevés par Battaglini et *al.* (2000) et repris dans le présent guide, soit: la catégorie d'admission des parents au pays, les motifs d'immigration, le fait d'avoir été ou non témoin de violence organisée ou d'avoir subi des menaces ou des sévices dans le pays d'origine, les séparations familiales (comme un enfant qui demeure dans le pays d'origine), la multiparité, la crainte de ne pas obtenir la citoyenneté canadienne, les pertes affectives, l'ajustement des rôles au sein du couple, la reconstruction des réseaux, les problèmes d'intégration, la déqualification professionnelle et la discrimination. Tous ces facteurs, surtout s'ils se combinent, sont susceptibles d'augmenter le niveau de stress des parents et, par le fait même, d'affecter leur état émotif qui, à son tour, peut modifier le type d'attachement développé par l'enfant (Egeland & Farber, 1984; Belsky, 1999). Selon Belsky (1999), les enfants de mères dépressives présenteraient davantage de risque de développer un attachement insécurisant, surtout si la dépression dure plus de six mois (Campbell et *al.*, 1992, dans Herring et Kaslow, 2002) et qu'aucun adulte n'est susceptible de continuer ou d'entreprendre une relation significative avec l'enfant.

Même si le parent n'est pas dépressif, le fait de vivre un niveau de stress élevé pourrait à lui seul nuire au développement de l'attachement de l'enfant envers ses parents, surtout au cours des premières années d'immigration (Egeland & Farber, 1984; Falender, 1983, cité par Paquette et Lafrenière, 1994). Ainsi, Falender (1983) rapporte que des mères juives sépharades d'Afrique du Nord, dont les enfants sont âgés entre huit et quinze mois et ayant immigré depuis moins de deux ans, interagissent sur un mode plus négatif, les stimulent moins et leur manifestent moins de tendresse que leurs compatriotes arrivées depuis plus de trois ans.

Par ailleurs, même si les parents se trouvent en situation de vulnérabilité, la présence de facteurs de protection, comme le père qui adapte son rôle pour pallier l'absence du réseau féminin autour de la naissance de l'enfant, ou des facteurs qui renforcent des conditions favorables, comme la volonté des parents d'améliorer leur situation, la perception d'un équilibre entre les pertes et les gains, un sentiment accru de sécurité, une grande force psychologique ainsi qu'un sentiment et une expérience de solidarité, peuvent protéger la relation parent-enfant, et même favoriser un attachement sécurisant.

Si l'on examine à présent les facteurs liés aux enfants, il s'agit surtout des traumatismes antérieurs à l'émigration qu'ils ont vécus, comme la souffrance sociale, les séparations affectives et les répercussions générationnelles des traumatismes (Azdouz, 2003).

La souffrance sociale découle d'expériences traumatisantes, directes ou indirectes, découlant de la violence organisée dans le pays d'origine, par exemple: enfants victimes, enlevés, torturés, ou privés de nourriture et d'eau; enfants témoins qui ont vu des proches ou des compatriotes se faire agresser, mutiler, ou tuer; enfants soldats entraînés dans des conflits qui les dépassent; enfants vivant dans un pays limitrophe à un pays touché par la guerre qui craignent que leur pays soit touché à son tour, ou qui s'inquiètent pour des proches vivant dans le pays en guerre. Tous ces enfants ont eu peur, ils ont ressenti et ressentent encore de la tristesse, de l'incertitude, de l'anxiété: ils souffrent. Chez les enfants habités par une telle souffrance, la confiance dans le genre humain a été altérée et ils sont susceptibles d'éprouver des difficultés à recréer une relation de confiance.

Les enfants ayant vécu des séparations affectives (ex: mort de l'un ou des deux parents, rupture avec un des deux parents par suite de la fuite ou de l'exil) sont eux aussi fragilisés dans leur capacité de maintenir ou de développer un attachement sécurisant. Ils vivent ces séparations comme des abandons et ils ont peur qu'ils se reproduisent.

Certains enfants sont porteurs de traumatismes familiaux. Sans avoir connu eux-mêmes la guerre et les pertes qu'elle cause, ils en portent les séquelles. Ces enfants perturbés ont eux aussi beaucoup de difficultés à s'impliquer dans une relation de confiance.

Pour arriver à développer un attachement sécurisant, tous ces enfants ont besoin de beaucoup de temps, de stabilité, de sécurité et d'attention, ce que leurs parents eux-mêmes, fragilisés par la guerre, le choc culturel et parfois la menace de déportation, ne sont pas toujours en mesure de leur offrir. Toutefois, quelle que soit la situation des parents ou des enfants, tout doit être mis en œuvre pour maintenir ou rétablir un attachement sécurisant pour l'enfant, car ce lien constitue la base à partir de laquelle il peut se définir et définir sa relation avec les autres et avec son environnement.

Stratégies d'action : Accompagner les parents d'immigration récente à surmonter leurs propres fragilités	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le pays d'origine, quels comportements adoptent les parents pour être proches de leur enfant: le touchent-ils, le prennent-ils dans leurs bras, l'embrassent-ils, jouent-ils avec lui...? • Dans le pays d'origine, comment réagissent les parents quand l'enfant pleure, sourit, babille? • Y a-t-il des événements du parcours migratoire qui sont susceptibles d'altérer la disponibilité des parents à leur enfant? • Y a-t-il des événements du parcours migratoire qui sont susceptibles de nuire à la capacité d'attachement parent-enfant? • Est-ce qu'un ou des enfants de la famille vivent encore dans le pays d'origine? Sont-ils en contact? Comment vivent-ils la séparation?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles pratiques propres à leur culture et non usuelles au Québec les parents désirent-ils conserver? Lesquelles préfèrent-ils abandonner?
Informar sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les parents sont informés des valeurs admises au Québec, comme l'indépendance et l'autonomie rapide de l'enfant, l'extraversion, la socialisation? • Connaissent-ils la tendance nord-américaine à induire et renforcer les sourires, l'adaptabilité et l'accueil positif de la nouveauté chez les enfants?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les parents souhaitent discuter avec d'autres des valeurs et pratiques éducatives des parents québécois?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Selon nos conceptions d'un idéal d'attachement parent-enfant, qu'est-ce qui est préoccupant dans les façons de faire des familles d'immigration récente? Une mère qui ne réagit pas aux pleurs de l'enfant? Ou des parents trop à l'écoute de l'enfant?

3.3 - ALLAITEMENT MATERNEL ET INTRODUCTION DES SOLIDES

Dans divers milieux

Bien qu'une hausse de l'allaitement de l'ordre de 10 % ait été enregistrée à travers le monde de 1990 à 2000, moins de la moitié des enfants (39 %) sont nourris exclusivement au sein¹¹ durant les six premiers mois de vie. Selon les données de l'Unicef, 54 % des bébés nés dans les régions de l'Asie de l'Est et Pacifique sont nourris au sein, 41 % au Moyen-Orient et Afrique du Nord, 36 % en Asie du Sud et 27 % en Afrique subsaharienne.

« Seul le lait maternel donne aux nourrissons tous les nutriments, les anticorps, les hormones, les facteurs immunitaires et les antioxydants dont ils ont besoin pendant les premiers mois de leur vie pour se développer. Il les protège contre la diarrhée et les infections respiratoires aiguës et stimule leur système immunitaire » (OMS, 2004).

L'allaitement est le reflet de normes et de pratiques culturelles variées. À cet égard, il constitue une pratique encouragée dans toutes les couches sociales au Japon, alors que, dans la culture indienne, la pratique diffère selon la région. Huit Mexicaines sur dix allaitent leur bébé quelle que soit leur classe sociale, mais, au 3^e mois du post-partum, près des deux tiers n'allaitent plus parmi l'élite urbaine (Agnew et Gilmore, 1997).

En Europe de l'Est, l'allaitement maternel est considéré comme la façon idéale de nourrir son enfant. Les avantages du lait maternel pour la santé constituent la principale raison pour laquelle les femmes décident d'allaiter. De plus, on est si convaincu du bienfait du lait maternel qu'on en garde même le surplus: le lait ainsi conservé dans les réserves des maternités des hôpitaux et qui n'est plus utilisé par la mère, est stérilisé et entreposé afin de pouvoir être utilisé pour d'autres bébés (Agnew et Gilmore, 1997).

Dans la majorité des cultures d'Afrique, l'allaitement exclusif au sein était la norme jusqu'à ce qu'on introduise des programmes de distribution de préparations commerciales pour nourrisson. Par contre, au Kenya, en Éthiopie et au Nigeria, la tradition d'allaiter se maintient même chez l'élite urbaine. En Somalie, l'allaitement maternel « est considéré comme naturel et comme essentiel à la survie » (Agnew et Gilmore, 1997, p. 24); de plus, la majorité des Somaliennes étant musulmanes, elles suivent les enseignements du Coran prescrivant aux femmes d'allaiter.

Enfin, la majorité des enfants habitant les régions rurales du Vietnam, du Cambodge et du Laos sont nourris au sein pendant plus d'un an. Cette pratique est tout simplement la norme, les préparations commerciales pour nourrissons étant chères ou rares.

L'allaitement reflète aussi les croyances et les pratiques culturelles. Par exemple, dans certaines cultures d'Asie de l'Est et du Sud-est, les femmes respectent une série de règles les 30 premiers jours après l'accouchement: considérées comme très vulnérables au froid, au vent et à la magie, elles restent à la maison et s'habillent chaudement. Elles doivent aussi se nourrir d'aliments jugés « chauds », comme le poulet, le porc, le gingembre, le thé et éviter ceux considérés « froids », comme les fruits, les légumes crus et les aliments gras. Selon les croyances, les propriétés de certains aliments seraient transférées directement au nourrisson et le fait d'éviter les aliments froids permettrait à la mère de le protéger contre la maladie. De plus, les mets comme la soupe au chou, aux carottes, au chou-fleur et aux patates favoriseraient la production de lait chez la mère (Agnew et Gilmore, 1997).

11. L'allaitement exclusif signifie que le bébé ne reçoit que du lait maternel; aucun autre liquide ou solide n'est permis à l'exception des gouttes ou sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments. Les experts distinguent deux autres types d'allaitement : l'allaitement prédominant et l'allaitement additionné de compléments (RSSS, Montérégie. Santé publique, 2003). Ci-après, nous offrons un aperçu de comportements d'allaitement des femmes à travers le monde sans toutefois spécifier le type d'allaitement. Pour en savoir davantage, consulter les documents de référence.

Il existe d'autres conceptions relatives à ce qui est bon ou mauvais pour la mère qui allaite. Pour beaucoup de femmes latino-américaines, l'état émotif de la mère risque de perturber la qualité de son lait: une mère stressée ou perturbée émotionnellement produit du *leche agitada*, c'est-à-dire du lait perturbé. Pour les femmes des Caraïbes, le stress et la colère altèrent la nature ou le goût de son lait, peuvent le faire cailler ou en diminuer la production. Dans certains pays africains, la majorité des nourrissons sont mis au sein quelques heures après la naissance, recevant ainsi le colostrum riche en anticorps, considéré par les mères comme ni bon, ni mauvais. Les femmes vietnamiennes et cambodgiennes considèrent cependant le colostrum comme du « vieux lait » et, de ce fait, le rejettent.

Pour ce qui est de l'alimentation solide, là aussi, les tendances se font multiples selon la culture, la région et le lieu de provenance, un milieu urbain ou rural, l'éducation et le statut socio-économique. Les femmes peuvent allaiter au-delà des six mois recommandés, soit par traditions familiales, transmises de génération en génération, ou pour des raisons d'ordre économique ou de non-disponibilité des préparations commerciales pour nourrissons. D'autres privilégient l'allaitement mixte parce qu'elles retournent au travail et ne veulent pas allaiter en public, parce qu'elles sont fatiguées ou qu'elles croient que les préparations commerciales sont un signe de modernité et de richesse.

Somme toute, dans plusieurs pays, la tendance en milieu urbain est de raccourcir la durée d'allaitement au sein et d'introduire assez tôt le biberon. Par exemple, en Afrique, les diminutions les plus marquées de la durée de l'allaitement « se sont produites dans les régions où les programmes de distribution d'aliments ont été les plus intensifs » (King et Ashworth, 1987, cité par Agnew et Gilmore, 1997, p. 22). Cette tendance s'observe aussi chez les Vietnamiennes, les Laotiennes et les Cambodgiennes, qui complètent la tétée au sein par de la pâte de riz pré-mastiquée ou un porridge de riz et de sucre, et chez les Mexicaines qui donnent des aliments solides et des préparations commerciales pour nourrissons à leur poupon de quatre mois (Agnew et Gilmore, 1997). En Tunisie, pendant les 40 premiers jours, certaines familles administrent chaque matin au bébé une dissolution de résine aromatique (*joubane*) destinée à renforcer sa constitution (os et muscles), à lui ouvrir l'appétit et à le faire dormir. À partir du quarantième jour, « pour faire grossir les bébés trop chétifs », ou « pour faire leur œsophage », on leur donne chaque jour une petite quantité d'un mélange très nutritif (*bsissa*), mélange de fruits secs et d'épices torréfiés et moulus. Chaque matin, on administre à l'enfant une ou plusieurs cuillerées à café de ce mélange avec de l'eau, puis on l'allaite. On augmente peu à peu la dose pendant 3 mois environ. Il arrive qu'on donne aussi, dès le deuxième mois, du jaune d'oeuf cru avec du miel, pratique traditionnelle commune au Maghreb. Le jaune d'œuf est souvent mélangé avec du miel et de l'huile d'olive, des nourritures sacrées considérées nutritives et thérapeutiques contre la faiblesse et les rhumes. Un peu plus tard, on introduit des bouillies de céréales pour fortifier les os et, dès six mois, on commence à faire goûter à l'enfant le plat familial (Bril et al., 1999).

En contexte migratoire

Depuis 1978, plusieurs associations et organismes ont pris position en faveur de la protection, du soutien et de la promotion de l'allaitement maternel : l'OMS, l'Unicef, Santé Canada, l'Association des pédiatres du Canada et celle des diététistes du Canada, le Collège des médecins de famille, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des diététistes du Québec, l'Ordre des pharmaciens, les organismes communautaires, etc. En 2001, en diffusant des lignes directrices en matière d'allaitement maternel, le MSSS a également pris position en faveur de l'allaitement (MSSS, 2001). L'atteinte des objectifs visés exige la mise en œuvre d'actions de la part de divers milieux. Les lignes directrices précisent les responsabilités relevant du MSSS, des agences de la santé et des services sociaux, des centres de santé et de services sociaux, des organismes communautaires et des groupes d'entraide à l'allaitement ainsi que des professionnels de la santé des cabinets privés et des établissements. On cherche à ce que toutes les mères aient la possibilité d'allaiter leur enfant et, pour cela, il faut que tous les couples reçoivent une information complète à l'égard de l'allaitement afin de pouvoir prendre une décision éclairée. Il faut aussi que les femmes qui décident d'allaiter puissent recevoir tout le soutien et l'encouragement nécessaires dans un milieu favorable à cette pratique.

En Occident, l'introduction des solides survient vers le 6^e mois de vie. À cet égard, les lignes directrices du MSSS recommande l'allaitement exclusif pour les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à au moins un an, et ensuite, aussi longtemps que l'enfant et la mère le désirent. Vers l'âge de 6 mois, on peut commencer à introduire des solides de façon graduelle, c'est-à-dire un aliment à la fois, comme des céréales, fruits, légumes ou viandes¹².

Des études rapportent que les mères immigrantes auraient moins tendance à allaiter lorsqu'elles immigreront vers un pays plus industrialisé (Rossiter, 1992; Sharma et al., 1994). Plusieurs facteurs semblent entrer en cause: les croyances et attitudes, le statut sociodémographique, la perte des réseaux et les circonstances migratoires.

Du côté des croyances et attitudes, deux explications sont possibles. D'abord, le processus d'acculturation fait son chemin chez bon nombre de familles immigrantes. Comme le Québec affiche l'un des taux d'allaitement les plus faibles au pays ainsi qu'une durée d'allaitement inférieure aux recommandations (MSSS, 2001), il est possible que les immigrantes aient l'impression que « le recours aux préparations pour nourrissons est le mode d'alimentation des nourrissons le plus répandu et celui qui est privilégié en Amérique du Nord » (Agnew et Gilmore, 1997, p. 7). Ensuite, il y a les croyances de chacun: 45 % des mères interrogées sur les raisons pour lesquelles elles ont introduit le biberon répondent qu'elles n'avaient pas assez de lait (Battaglini et al., 2000) et d'autres croient que le colostrum est impropre et privilégient d'autres modes d'alimentation.

Des facteurs sociodémographiques influent aussi sur le type d'allaitement. Selon une étude en contexte pluriethnique (Côté et al., 2003), l'allaitement est plus fréquent chez les femmes âgées et scolarisées. En effet, le niveau de scolarité constitue un important déterminant dans la décision de faire appel aux professionnels de la santé et d'accepter leurs conseils. De plus, les mères multipares qui ont eu une expérience heureuse de l'allaitement ont davantage tendance à allaiter. L'état de santé de la mère et le poids à la naissance de l'enfant influent aussi sur la décision. Par contre, les mères ayant un faible revenu présentent une probabilité moins élevée d'allaiter.

Le soutien du conjoint, de la famille et des proches est un autre facteur déterminant. À cet égard, l'étude de Battaglini et al. (2000) sur les habitudes de vie des mères immigrantes montre aussi que les conditions environnantes, comme le parcours migratoire, sont déterminantes dans la décision d'allaiter ou de suspendre l'allaitement. Dans cette étude, 89 % des mères interrogées disent préférer l'allaitement exclusif; des conditions défavorables comme le manque de soutien, les amènent à changer d'idée.

Enfin, les circonstances migratoires qui génèrent stress et déceptions peuvent rendre plus vulnérables les mères immigrantes par rapport à l'allaitement, par exemple:

- Être réfugiée ou sans statut ni carte d'assurance maladie. La mère réfugiée ou sans statut peut craindre pour son avenir et celui de la famille. Peut-elle rester dans ce pays d'accueil ou devra-t-elle retourner dans son pays d'origine? Cette instabilité à l'égard de l'appartenance peut engendrer de l'anxiété et rendre la mère moins disponible pour l'allaitement.
- Avoir été témoin de violence organisée ou d'expériences traumatiques. Pour allaiter, il faut être disponible sur le plan émotif. Les souvenirs d'expériences traumatiques et de violence peuvent engendrer un stress marqué et faire adopter une attitude négative face à l'allaitement.
- L'isolement et l'absence de soutien. Toute femme qui allaite a besoin de soutien de la part de son conjoint, de sa famille et de son entourage. Une mère immigrante peut se retrouver seule, sans son réseau de soutien, et avec un conjoint plus ou moins présent à la maison. Dans l'étude de Battaglini et al. (2000), les mères qui n'ont pas allaité pensent qu'elles l'auraient fait dans leur pays d'origine grâce au soutien familial.
- Les problèmes d'intégration. D'autres difficultés peuvent fragiliser les mères, comme la déqualification professionnelle, la pauvreté circonstancielle, les barrières linguistiques, la méconnaissance des ressources, la gêne d'allaiter en public.

12. Pour un complément d'information sur l'allaitement et l'introduction des solides, voir le guide du MSSS *La famille grandit : des habitudes pour mieux vivre* (à paraître).

À la lumière des facteurs d'influence et des circonstances migratoires, il s'avère important que les intervenants soutiennent les efforts de promotion de l'allaitement maternel, dès la période prénatale, par des messages cohérents et adaptés aux familles. Comme certaines communautés sont plus vulnérables que d'autres à l'égard des circonstances migratoires, les intervenants doivent assumer un rôle de soutien et d'accompagnement dans le respect des décisions et des choix culturels des mères.

Enfin, on ne peut comprendre les rituels culturels se rattachant à l'introduction de solides chez l'enfant sans essayer d'y voir toute la symbolique qui y est liée. La nourriture représente un symbole central des origines, du milieu familial et de la culture d'une population. Ces liens identitaires renforcent le développement d'un sentiment de sécurité signifiant pour les familles immigrantes qui se retrouvent dans un nouvel environnement, une autre culture et une langue qu'ils ne connaissent pas toujours. Certains parents auront de la difficulté à abandonner des pratiques et des façons de faire de leur pays d'origine en matière de consommation et d'alimentation. Si ces pratiques (comme les croyances à l'égard des aliments chauds et froids) ne font pas de tort à une pratique d'allaitement efficace, les familles devraient être encouragées à les poursuivre dans le pays d'accueil.

Stratégies d'action : Encourager l'allaitement	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les pratiques importantes entourant l'allaitement exercées dans leur pays d'origine? • Quelles pratiques désirent-ils conserver au Québec? • Vers quel âge veulent-ils donner d'autres aliments que le lait maternel? Quels sont ces aliments? • Sont-ils informés des recommandations du MSSS concernant l'allaitement? • Quels sont les rituels alimentaires dans leur famille? • Quelles sont leurs conceptions à propos de la nature du lait maternel, du colostrum? • Qu'est-ce qui peut altérer ou améliorer sa qualité? • Est-ce que le conjoint encourage l'allaitement? • Quelle est leur conception d'un bébé en santé? • Ont-ils des interdits alimentaires pour des raisons culturelles, religieuses ou physiologiques?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les aliments recommandés sont-ils accessibles et appréciés, sur le plan culturel? • Existe-t-il certaines règles concernant la classification de la nourriture (chaud/froid) qu'ils souhaitent suivre? • Connaissent-ils des équivalences avec lesquelles ils sont à l'aise? • Savent-ils qu'il est possible de donner le colostrum à l'enfant, en extrayant les premières gouttes et ainsi éliminer le lait « impur »?
Informier sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Quels changements alimentaires font-ils et pour quelles raisons? • Connaissent-ils les produits qui ont le plus de valeur nutritive et qui sont abordables? • Connaissent-ils les propriétés du colostrum? • Connaissent-ils les efforts réalisés ces dernières années au Québec pour promouvoir l'allaitement et les raisons?

Stratégies d'action : Encourager l'allaitement

Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none">• Connaissent-ils les groupes de soutien à l'allaitement maternel?• Quelles sont les personnes de leur entourage en lesquelles ils ont confiance et avec lesquelles ils parlent d'allaitement et d'introduction de solides?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none">• Quelle valeur notre société attribue-t-elle à la nourriture? Est-ce un moyen de s'alimenter, une source d'éléments nutritifs favorisant l'accroissement ou un réconfort psychologique sur le plan identitaire?

3.4 - SOINS RELIÉS À LA TOILETTE DU BÉBÉ

Dans divers milieux

Les rituels entourant les soins de toilette du jeune enfant peuvent varier considérablement, étant donné qu'ils sont liés non seulement à la physiologie, au milieu familial et à l'environnement physique de l'enfant, mais aussi aux significations qu'ils revêtent pour les parents. Ainsi, en Afrique de l'Ouest, dès sa naissance, le bébé « est enduit de beurre de karité¹³ et de sel gemme avant d'être lavé » (Stork, 1999, p. 83). Puis, durant les mois qui suivent, sa toilette se caractérise par des soins d'hygiène, le massage du corps et une gymnastique bien codifiée (Stork, 1999). Ce rituel est appliqué par l'accoucheuse traditionnelle ou la grand-mère tant que la nouvelle maman n'a pas acquis suffisamment d'expérience pour le faire seule: « L'apprentissage maternel n'est pas laissé au hasard; il ne s'agit pas, comme en Occident, de quelques gestes fonctionnels et médicalisés enseignés à la hâte durant le séjour à la maternité » (Stork, 1999, p.83).

Au Japon, le premier bain fait partie d'un rite de passage: le nouveau-né est baigné dans l'eau salée pour le protéger « contre toutes sortes de maladies et pour contribuer à faire de lui un *beau bébé* » (Stork, 1999, p. 105). En Inde, c'est la grand-mère, assistée de la mère, qui donne le premier bain – dans une huile – au nouveau-né. Ensuite, deux fois par semaine jusqu'à l'âge de la marche, le bébé est allongé sur les jambes étendues de sa mère tandis que celle-ci le masse à mains nues, lui procurant ainsi de riches stimulations cutanées et kinesthésiques qui favorisent vigueur et tonicité à sa peau (Lebovici, 1988). En Occident, les soins liés à la toilette du jeune enfant visent surtout à assurer sa propreté, même s'ils font partie du rituel entourant l'heure du coucher.

En contexte migratoire

La non-disponibilité des produits traditionnels, les pratiques du pays d'accueil et l'isolement social sont les facteurs principaux qui viennent influencer ou heurter les rituels entourant les soins de toilette du nouveau-né. À titre d'exemple, la préparation du beurre de karité à base de noix de karité, d'encens et de plantes aromatiques devient impossible; les mères vont alors se tourner vers les « laits de bébé », coûteux et peu efficaces (Godian, 1989). De même, le sel gemme est parfois remplacé par une grande quantité de sel de table qui peut causer des brûlures à l'enfant.

13. Le karité est une matière grasse comestible tirée de la graine d'un arbre oléagineux, souvent utilisée à des fins cosmétiques et thérapeutiques.

Largement en contradiction avec les usages occidentaux, la pratique jusqu'à un âge avancé du bain familial avec le père est fréquente dans certains cas: cette pratique, riche en contacts privilégiés, risque d'être mal interprétée par les membres du pays d'accueil. Enfin, certains rituels impliquant la participation de membres de la famille élargie (comme le premier bain donné par la grand-mère) ont tendance à disparaître au profit de pratiques susceptibles d'être dénuées de sens pour les parents (comme le bain donné à l'hôpital par une infirmière). En contrepartie, certaines ressources du pays d'accueil, comme l'eau courante ou l'accessibilité aux services de santé, peuvent constituer des gains appréciés par les parents.

Stratégies d'action : Accompagner les familles d'immigration récente à adapter les soins dans un nouvel environnement	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles pratiques sont utilisées dans le pays d'origine pour la toilette de l'enfant? • Quelles ressources faut-il pour perpétuer ces pratiques ici? Est-ce financièrement possible? • Si ces ressources ou produits ne sont pas accessibles, y a-t-il des équivalents?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les ressources proposées ici ont-elles un sens, les considèrent-ils comme adéquates?
Informé sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissent-ils les produits utilisés au Québec, leurs avantages et leurs inconvénients et où se les procurer? • Connaissent-ils les techniques et les consignes de sécurité recommandées au Québec et les motifs de ces consignes?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Souhaitent-ils échanger avec des parents au sujet de produits considérés équivalents ou appropriés pour la toilette de l'enfant ou des meilleures marques de produits (coûts, qualité, sécurité, etc.) ?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Dans notre façon de donner un bain au nourrisson, quelle place laisse-t-on au rituel, au plaisir, en dehors de la propreté?

3.5 - PRÉVENTION DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS CHEZ L'ENFANT

Dans divers milieux

Dans le monde, « chaque année, près de 11 millions d'enfants meurent de causes évitables avant leur cinquième année. Beaucoup sont emportés avant d'avoir un an. Des millions d'autres survivent mais ils sont diminués et resteront incapables de réaliser tout leur potentiel » (Unicef, 2002).

Les pays riches et les pays pauvres ont chacun leur réalité: dans les pays industrialisés, plus de 20 000 enfants de moins de 15 ans meurent chaque année des suites de leurs blessures, les accidents de la route comptant pour 41 % des décès; et dans les pays en développement, plus de 5 millions d'enfants de moins de 14 ans meurent chaque année par suite de traumatismes ou de maladies liés à leur environnement, dont deux millions d'infections respiratoires causées par la pollution de l'air ambiant à l'intérieur des habitations due aux combustibles servant à la cuisine et au chauffage (OMS, 2002a).

Mais ces statistiques sous-évaluent la réalité, les publications traitant des traumatismes chez le nourrisson et leurs causes dans les pays en développement étant rares, voire inexistantes. Quant aux données elles-mêmes, elles sont peu fiables ou encore sous-déclarées. Par exemple, les données ont surtout trait aux accidents de la route avec issue fatale, quand les sources de traumatismes sont multiples, dans les pays pauvres comme dans les pays riches (Unicef, 2001). Au-delà de ces constats, les travaux de l'Unicef sur la performance des pays riches, qui évaluent les indices statistiques de bien-être des enfants, établissent « une relation claire entre les taux de décès des enfants attribuables à des blessures et la richesse nationale »; autrement dit, le risque de décès dû à des blessures durant l'enfance augmente avec la pauvreté.

Un troisième facteur entre en ligne de compte: les enfants qui naissent et vivent dans des pays en crise. L'Unicef estime qu'au cours de la dernière décennie, les conflits armés ont causé la mort de plus de deux millions d'enfants et que le nombre des victimes de handicaps définitifs ou de blessures graves est plus de trois fois supérieur. On calcule que 20 millions d'enfants ont été forcés de quitter leur foyer. Plus d'un million sont devenus orphelins ou ont été séparés de leur famille. « Le risque est alors très grand d'être victimes de violence, de mauvais traitements et d'être exploités de bien des manières » (Unicef, 2005b). Les sources des traumatismes et blessures sont nombreuses: les mines antipersonnelles (notamment en Bosnie-Herzégovine, en Croatie et en Afghanistan), les éclats d'obus, l'enrôlement militaire (300 000 enfants soldats, garçons et filles, spécialement en Angola), les conditions de travail (enfants de moins de 8 ans, au Sénégal notamment), les brûlures liées aux combustibles domestiques, le viol, la prostitution forcée et les mutilations des petites filles, etc.

En contexte migratoire

Au Canada, les blessures non intentionnelles constituent la première cause de mortalité, de morbidité et d'incapacité chez les enfants. Grâce aux efforts déployés en matière de recherche, de législation et de stratégies préventives, le taux de blessures est en baisse, mais trop d'enfants arrivent encore inconscients dans une salle d'urgence à la suite d'un accident.

Selon Santé Canada, la première cause de décès chez les moins de 1 an est liée à la suffocation strangulatoire (46 %) et la deuxième aux accidents de la route (26 %), souvent parce qu'un siège d'auto est mal installé. Par ailleurs, 8 % des décès résultent de la noyade, dont plus des trois quarts dans une baignoire. Quant aux hospitalisations, les chutes représentent 45 % des cas chez les enfants de moins de 1 an. Au Québec, les enfants de 0 à 4 ans affichent les taux d'hospitalisation les plus élevés de la population pour trois causes, l'intoxication accidentelle, un incendie et la quasi-noyade; quant à la mortalité par noyade, les enfants de ce groupe d'âge occupent le premier rang (Hamel, 2001).

Les familles doivent s'adapter à un nouvel environnement pour lequel elles n'ont pas encore acquis tous les réflexes permettant de prévenir les risques de traumatismes, qu'ils résultent de conditions climatiques et environnementales ou de conditions de vie (logement, transport, nourriture) et socio-économiques précaires. On ne connaît pas avec précision l'incidence des traumatismes chez ces familles quand l'enfant est né au Canada, mais les intervenants en traumatologie et en sécurité routière recommandent de leur offrir des mesures préventives de façon pressante.

Comme le domicile constitue l'endroit où le jeune enfant se blesse le plus souvent, les visites à domicile sont une avenue intéressante pour faire de l'éducation. L'intervenant est à même d'évaluer sur place les situations de risque dans l'environnement immédiat de l'enfant et de fournir sur-le-champ aux parents toute l'information nécessaire au sujet du développement de l'enfant et des mesures de protection pour que l'environnement soit sécuritaire¹⁴. Les parents peuvent ainsi développer des stratégies de prévention pour leurs tout-petits¹⁵.

Voici quelques-unes des causes de blessures et d'accidents que les intervenants estiment évitables:

- Pour ce qui est des risques de suffocation et de strangulation, les parcs dont les mailles du filet sont de type moustiquaire et les lits datant d'avant 1986 peuvent être en cause chez les tout-petits. Les parents ne sont pas toujours familiers ou informés des règlements et recommandations à l'égard de ces articles dans leur nouveau pays. De plus, les petits enfants aiment porter à la bouche les objets à leur portée: boutons, monnaie, sacs de plastique, etc. Les parents doivent donc tout mettre hors d'atteinte et veiller à la sécurité et à la propreté de l'aire de jeu et de repos. Les parents découvrent aussi des aliments qui ne leur sont pas familiers: il faut donc les informer des risques d'étouffement avec les graines, les arachides, les saucisses, etc. et de la nécessité de couper en petits morceaux les aliments de l'enfant et de le surveiller lorsqu'il mange.
- Les enfants en âge de ramper, grimper et marcher, peuvent se blesser par suite d'une chute dans l'escalier, d'une fenêtre ou d'un balcon. Il faut donc informer de ces dangers les parents qui n'ont jamais habité un immeuble à étages ou une maison avec escalier et expliquer l'intérêt de dispositifs comme des barrières de sécurité.
- Les familles provenant de pays tropicaux peuvent ignorer le risque de surchauffer leur logement. Leur condition économique peut les amener à se servir d'appareils d'appoint dangereux. Elles ne savent peut-être pas que l'eau chaude du robinet peut causer des brûlures à une température trop élevée. Il faut aussi les informer des dangers des prises électriques non recouvertes et de produits comme l'essence, la paraffine, les bougies, etc., laissés à la portée des enfants. De plus, les mères qui portent leur bébé doivent savoir qu'il faut toujours l'installer dans un endroit sécuritaire quand elles veulent boire un liquide chaud.
- Nombre de produits toxiques peuvent aussi causer des blessures graves, voire mortelles, si on les avale, les inhale, ou s'ils sont en contact avec la peau ou les yeux de l'enfant: médicaments non prescrits pour l'enfant, détergents, insecticides et produits chimiques (et même certaines plantes). Tous ces produits doivent être conservés dans des contenants hermétiques et/ou placés hors d'atteinte des enfants, avec une illustration indiquant leur dangerosité, surtout pour les parents qui ne peuvent lire ni l'anglais ni le français.

14. Divers programmes en prévention des blessures chez les enfants développés aux États-Unis sous forme de « counselling » à domicile ont contribué de façon marquée à réduire les traumatismes. À cet égard le document « Prévenons les blessures chez nos enfants » élaboré par la conférence des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux en 2002 à l'intention des intervenants, et dont la démarche de « counselling » s'inspire, présente les résultats de plusieurs programmes et démontre l'impact significatif de l'intervention à domicile. De son côté, la région de Laval distribue une trousse de sécurité aux parents des SIPPE.

15. Pour un complément d'information sur la sécurité de l'enfant, voir le guide du MSSS *La famille grandit: des habitudes pour mieux vivre* (à paraître).

- Un enfant peut « se noyer en moins de 2 minutes dans un très petit volume d'eau » (Unicef, 2002). Bien qu'aucune donnée ne démontre un risque plus élevé de noyade chez les enfants de parents immigrants, il importe d'informer les familles d'immigration récente des consignes de sécurité autour des piscines et des cours d'eau au même titre que les familles d'ici. De plus, les parents peuvent croire qu'un siège ou un flotteur est sécuritaire et laisser l'enfant sans surveillance; il faut les renseigner sur l'utilisation adéquate de ces articles.
- Quant aux accidents de la route, ils tuent plus d'enfants que la plupart des maladies ou autre accident. Les familles peuvent ne pas connaître les lois et règlements en vigueur sur la sécurité routière, comme l'utilisation de sièges d'auto adaptés au poids de l'enfant, son installation sur la banquette arrière, le port d'un casque de vélo ou l'utilisation des passages piétonniers (Société canadienne de pédiatrie, 1999).

Enfin, certains accidents peuvent survenir dans les logements surpeuplés, mal éclairés et mal entretenus, trop fréquents dans les quartiers défavorisés. Souvent, les familles transitent par ces logements loués au mois. Des accidents arrivent aussi quand l'enfant reste seul à la maison, les parents n'ayant d'autre choix que de le laisser le temps d'une course. Cette situation est fréquente chez les réfugiés pour qui l'accès aux services de garde est restreint et chez les familles ne possédant pas de réseau de soutien. Autres causes de blessure, les engelures, si les parents ignorent la rigueur de nos hivers et la nécessité de bien habiller le tout-petit. À l'inverse, si les enfants sont trop chaudement vêtus à l'automne, cela peut aussi empêcher l'adaptation du corps aux variations extrêmes de notre climat.

Stratégies d'action : Aider les familles à adopter des comportements préventifs des blessures et des traumatismes dans un nouvel environnement	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Quel risque les parents considèrent-ils le plus dangereux pour leur tout-petit dans leur nouvel environnement?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Quels pratiques et comportements doivent être modifiés pour assurer la sécurité de l'enfant dans leur nouvel environnement?
Informé sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • À leur arrivée, ont-ils été informés du bien-fondé de certaines pratiques de sécurité, comme l'utilisation obligatoire de sièges d'auto pour enfant et les lits de dimension réglementaire ou l'interdiction de marchettes, ou autres accessoires non sécuritaires?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Les familles connaissent-elles les organismes qui offrent des sièges d'auto ou autre dispositif pour le bien-être du tout-petit?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • En quoi leur perception du risque chez le tout-petit et celle de notre société diffèrent-elles en matière de sécurité et de prévention des blessures?

3.6 - VACCINATION ACTIVE

Reconnue par l'OMS comme la mesure de prévention la plus efficace et la plus simple contre plusieurs maladies infectieuses, la vaccination sauve des vies et évite des souffrances et bien des préjudices graves. Elle demeure une mesure essentielle de protection de la santé, même dans les pays industrialisés et économiquement favorisés. Puisque son succès n'est jamais complètement acquis et permanent, la vigilance demeure de mise.

La vaccination des nourrissons est nécessaire pour les protéger peu à peu contre des microbes pour lesquels l'allaitement au sein, bien qu'efficace contre les maladies diarrhéiques infectieuses durant les premiers mois de vie, n'est d'aucune utilité. Les proches des enfants ou des personnes réceptives à ces microbes devraient aussi être vaccinés s'ils n'ont pas acquis une protection, du fait qu'ils ont eu la maladie en question ou par une vaccination antérieure. Il en va de même des intervenants oeuvrant en santé.

Dans divers milieux

La vaccination est l'un des plus grands progrès de santé publique réalisé au cours du siècle dernier. Selon l'OMS et l'Unicef, les programmes de vaccination organisés à travers le monde évitent plus de deux millions de décès par an chez les enfants de moins de cinq ans. Grâce à elle, l'incidence de la poliomyélite a diminué de 99 % depuis 1988 dans le monde, laissant entrevoir la possibilité d'éradiquer cette maladie, comme c'est le cas de la variole. De plus, la mortalité due à la rougeole a aussi chuté de près de 40 % à l'échelle mondiale entre 1999 et 2003 et le nombre de pays où le tétanos néonatal et maternel est éliminé s'est accru considérablement depuis 20 ans (Unicef, 2005a; OMS, 2002b).

Par ailleurs, la vaccination contre l'hépatite B, courante dans plus de 150 pays, prévient 600 000 décès qui surviendraient à l'âge adulte en raison du développement de complications tardives, comme la cirrhose ou le cancer du foie. Si le nombre de pays qui vaccinent systématiquement contre l'*Haemophilus influenzae* de type b s'accroît peu à peu, il demeure que des millions d'individus ne reçoivent pas tous les vaccins recommandés par l'OMS ou n'ont pas accès à de nouveaux vaccins plus onéreux. Par conséquent, environ deux millions de jeunes enfants décèdent de maladies évitables par la vaccination, comme les infections à pneumocoque, les infections à *Rotavirus*, la rougeole, la coqueluche, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b et le tétanos néonatal (Unicef, 2005a; OMS, 2002b).

Les vaccins recommandés et les calendriers de vaccination diffèrent d'un pays à l'autre pour plusieurs raisons, notamment d'ordre épidémiologique et économique. La couverture vaccinale, c'est-à-dire la proportion d'individus ayant reçu les vaccins recommandés, varie elle aussi. Les taux de couverture sont globalement très élevés dans les pays industrialisés. En outre, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Europe centrale et orientale, de la Communauté d'États indépendants du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont pour la plupart réalisé des progrès notables au cours des dernières années. Toutefois, en Afrique centrale et occidentale, la moitié des enfants seulement sont vaccinés systématiquement (Unicef, 2005a).

Il faut retenir que, sur l'ensemble des vaccins recommandés au Québec, certains ne sont pas offerts à l'étranger (ex.: contre les infections causées par l'*Haemophilus influenzae* de type b, le méningocoque de sérogroupe C, le pneumocoque, la varicelle). En contrepartie, parmi les vaccins recommandés à l'étranger, certains ne font pas partie du programme de vaccination québécois (ex.: fièvre jaune, tuberculose, typhoïde, hépatite A) en raison d'un contexte épidémiologique différent: la fièvre jaune n'existe pas en Amérique du Nord; la tuberculose est sous surveillance étroite et sa vaccination n'est plus indiquée au Québec, sauf à de rares exceptions; la fièvre typhoïde n'est pas endémique; et seule la vaccination contre l'hépatite A est gratuite pour certains groupes plus à risque.

De façon générale, plusieurs facteurs liés à l'hôte ou à l'environnement peuvent favoriser la transmission des agents infectieux. Parmi ces facteurs, notons la surpopulation, le manque d'accès à des installations sanitaires, des méthodes inadéquates de préparation ou de conservation des aliments, la proximité d'animaux ou d'insectes vecteurs ou réservoirs d'agents infectieux, des pratiques sexuelles à risque, etc. C'est pourquoi certaines infections sont plus fréquentes dans certaines régions du monde, notamment les parasitoses, la malaria, les infections transmises sexuellement et par le sang, le VIH et la tuberculose. En plus, l'absence de gratuité des soins ou des médicaments vient accentuer les problèmes de santé.

En contexte migratoire

Le Québec et le Canada mettent de l'avant des programmes universels et gratuits de vaccination pour le bien-être de leurs populations et les familles d'immigration récente bénéficient, dès leur arrivée, des mêmes avantages. De plus, le Programme national de santé publique québécois de 2003-2012 présente les objectifs précis de couverture vaccinale à atteindre (MSSS, site Internet).

Au Québec, deux concepts s'appliquent : la vaccination de base, étalée sur différents âges, et la vaccination spécialisée, pour répondre à des risques particuliers.

La vaccination de base, selon un calendrier précis dès l'âge de deux mois, porte sur les maladies suivantes :

- Diphtérie
- Coqueluche
- Tétanos
- Poliomyélite
- Pneumocoque
- Rougeole
- Rubéole
- Oreillons
- Varicelle
- Méningocoque du sérogroupe C
- Haemophilus influenzae de type b
- Hépatite B
- Influenza (virus les plus virulents de l'année en cours)

Chaque Direction de santé publique distribue gratuitement ces produits aux vaccinateurs, infirmières et médecins de CSSS et de cliniques, pour rejoindre toutes les populations visées aux différents âges.

S'il arrive que des personnes se présentent tardivement à la vaccination, pour eux-mêmes ou leur enfant, les vaccinateurs procèdent à un rattrapage vaccinal pour assurer la meilleure qualité de soins et suivent les directives figurant dans la section des « calendriers adaptés » du *Protocole d'immunisation du Québec*, disponible sur le site du MSSS. Les familles peuvent se trouver dans une situation de vaccination incomplète par rapport aux critères de protection du Québec. Elles sont alors vaccinées, même sans preuves écrites, ou avec preuves écrites dans une langue autre que le français ou l'anglais. D'autres, enfin, ne se souviennent pas si elles ont été vaccinées ou ne savent pas quels vaccins elles ont reçus. Pour toutes ces raisons, il est donc important d'accompagner ces familles vers les ressources chargées de la vaccination. En cas de doute sur la validité immunologique des doses reçues ou en cas de manque de preuve, les vaccinateurs offrent une vaccination complète à nouveau.

Il faut aussi rappeler deux perceptions erronées à l'endroit de la vaccination, soit le fait que le matériel d'injection serait réutilisé et que des produits « stérilisants » seraient ajoutés dans les vaccins pour contrôler la fécondité de certains groupes de la population. Or, les normes de prévention en cours dans tous les milieux de soins garantissent qu'on utilise des seringues et des aiguilles stériles à usage unique. De plus, des normes scientifiques et éthiques régissent les contrôles de qualité des produits immunisants : aucune substance contraceptive n'est ajoutée dans les produits achetés et distribués au Québec.

Au Québec, la vaccination n'est pas obligatoire. Toutefois, en général, les vaccinateurs s'assurent que les parents comprennent bien la pertinence, l'efficacité et le niveau de sécurité de la vaccination ainsi que le calendrier de vaccination, avec le soutien de traducteurs familiaux ou bénévoles si nécessaire. Les vaccinateurs tiennent aussi compte de l'état de santé de chacun pour réduire les risques liés à la vaccination et offrir les produits plus adaptés à certaines conditions de santé (ex.: grossesse, immunosuppression, hémodialyse, anémie falciforme, etc.).

Enfin, l'expérience des intervenants révèle que les parents immigrants sont en général réceptifs à la vaccination, notamment ceux provenant de pays où sont courantes de nombreuses maladies mortelles ou laissant des séquelles graves. Les parents ont aussi, en outre, à cœur la santé de leur(s) enfant(s) et la leur. Si, pour des raisons culturelles et religieuses, certains donnent un sens déterministe à la mort ou à la vie, ils demeurent sensibles aux pertes physiques ou fonctionnelles que leurs proches ont vécues et que la vaccination peut éviter.

La vaccination spécialisée s'adresse à certains groupes qui présentent des conditions de vie ou de santé les mettant à risque de contracter des maladies, mais pour lesquelles il n'est pas nécessaire de vacciner l'ensemble de la population du Québec. Dans ce contexte, la vaccination est gratuite. Par exemple, les enfants de parents provenant de régions où l'hépatite B est endémique devraient être vaccinés dès leur arrivée au pays, alors que les enfants nés au Québec ne recevront le vaccin contre l'hépatite B qu'en 4^e année du primaire. La vaccination spécialisée rejoint aussi toutes les personnes atteintes de certaines maladies chroniques, comme celles ayant plusieurs partenaires sexuels ou ayant eu récemment une infection transmise sexuellement, les utilisateurs de drogues par injection, les familles ayant adopté des enfants venant de régions à risque pour certaines maladies.

Stratégies d'action : Encourager et accompagner les familles vers les ressources pour recevoir une vaccination complète et adéquate	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Dans leur pays d'origine, quelle place font-ils à la vaccination? • Quels vaccins ont-ils reçus jusqu'à présent? (à évaluer sommairement si l'intervenante n'est pas infirmière) • Quelles sont à leurs yeux les contre-indications à la vaccination? • Perçoivent-ils un risque quelconque à être vaccinés?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles pratiques préventives sont utilisées dans leur pays d'origine pour contrer les maladies infectieuses et contagieuses (alimentaires, vaccinales, lavage des mains/savon...)? • Parmi ces pratiques, lesquelles sont efficaces et peuvent s'appliquer ici au Québec?

Stratégies d'action : Encourager et accompagner les familles vers les ressources pour recevoir une vaccination complète et adéquate

<p>Informer sur les pratiques d'ici</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Savent-ils que la vaccination n'est pas obligatoire au Québec? • Savent-ils que la vaccination de base est universelle, fortement recommandée et gratuite pour tous les vaccins du calendrier officiel de vaccination? • Savent-ils qu'un consentement libre et éclairé est de mise avant toute vaccination? • Savent-ils que les seringues et les aiguilles pour la vaccination sont stériles et à usage unique? • Savent-ils que les vaccins distribués en Amérique du Nord ne contiennent pas de substances contraceptives? • Les parents savent-ils que la réponse à la recommandation de vaccination est très élevée (couverture vaccinale de plus de 85 % pour l'ensemble du Québec, et presque 100 % dans certaines régions)? • Savent-ils qu'ils ont accès, en plus de la vaccination de base, à des vaccinations supplémentaires selon les risques liés à des conditions de santé ou des habitudes de vie particulières (hépatite B, hépatite A, etc.)? • Ont-ils un carnet ou des feuillets de vaccination et savent-ils qu'il est important de les apporter au vaccinateur? • Connaissent-ils les services de première ligne pour un diagnostic précoce et un suivi des maladies contagieuses?
<p>Favoriser le renforcement du réseau social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissent-ils les ressources du CSSS de leur territoire en matière de vaccination? • Ont-ils la possibilité de se présenter aux rendez-vous de vaccination? Ont-ils l'aide des proches ou de bénévoles (traducteurs) pour la prise de rendez-vous, le transport et le gardiennage? • Peuvent-ils lire ou ont-ils des proches qui peuvent lire et traduire le contenu des feuillets ou dépliants sur la vaccination et les vaccins?
<p>Comme intervenant, se distancer de sa culture</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle place fait-on à la vaccination dans la prévention des maladies transmissibles? • Comment recommander la vaccination et/ou accompagner les familles auprès d'un vaccinateur, comme le demande le code de déontologie professionnelle (obligation de diligence), laissant au professionnel de la vaccination le soin d'informer ces familles consciencieusement pour qu'elles exercent un choix libre et éclairé?

3.7 - MASSAGE

Dans divers milieux

Depuis quelques années, le massage de l'enfant est de plus en plus recommandé et valorisé en Occident pour les nombreux bienfaits qu'il procure au parent et à l'enfant: communiquer avec l'enfant, l'apaiser et le sécuriser, favoriser le développement de ses facultés motrices. Il vise en outre à développer le corps de l'enfant pour la position assise, puis, pour la position debout. L'art du toucher ayant été longtemps tabou dans les pays occidentaux, la technique du massage est donc récente dans nos milieux.

En Afrique, les mères pratiquent le massage de manière quotidienne « à partir du moment où le cordon ombilical est tombé et il est pratiqué jusqu'aux environs de l'âge d'acquisition de la marche » (Stork, 1999, p. 83). Selon les sociétés, le massage revêt des significations bien précises: par exemple, le garçon sera massé moins longtemps que la fille « pour ne pas amollir son caractère » (Stork, 1999, p. 83). Les parties du corps qui sont massées et les exercices favorisent « l'assouplissement des articulations, la flexion-extension, la torsion-détorsion, la rotation des membres, la prono-supination » et varient selon le sexe du bébé. Voici quelques illustrations d'exercices en milieu africain: « Dans les dernières phases de la séance, on suspend le bébé sous le menton tout en exerçant de petites secousses pour détendre son corps et le libérer de la position foetale dans laquelle il était resté longtemps enfermé, de manière à lui donner forme humaine. Les exercices de suspension par la tête visent aussi à fortifier la nuque, à dégager le cou et à favoriser une voix mélodieuse. Cela évite le torticolis et prépare le futur adulte à porter de lourdes charges sur la tête, en gardant le dos droit (...). Des petits sauts rythmés habituent aussi l'enfant à être à distance du sol sans appui et précéderont la « grande suspension ». L'enfant est saisi par les deux pieds, la tête en bas, puis alternativement de gauche et de droite par un pied et une main, suspendu dans le vide. Cet exercice (...) a pour objectif d'aider l'enfant à acquérir un bon sens de l'équilibre, à être adroit et à apprendre à ne pas avoir peur, le courage étant une qualité particulièrement valorisée en milieu africain » (Stork, 1999, p. 84).

En milieu japonais, le massage est une pratique largement recommandée. Dès le quatrième ou le cinquième mois, la mère effectue « de petites frictions avec un chiffon sec sur toutes les parties du corps du bébé en massant de la périphérie vers le coeur. C'est le côté agréable des sensations kinesthésiques qui est ici valorisé. Outre le plaisir que l'enfant en retire, les massages ont l'avantage de favoriser la perception et l'intégration du schéma corporel » (Stork, 1999, p. 114). La gymnastique pour bébés se pratique dès le premier ou le deuxième mois jusqu'à trois ans. « S'accompagnant parfois de légers massages, elle vise à affermir le corps de l'enfant, à le préserver en bonne santé tout en développant ses facultés naturelles sensori-motrices » (Stork, 1999, p. 114). On considère que le massage offre de nombreux avantages entre autres sur le plan relationnel, la mère et son bébé communiquant à travers la richesse d'une interaction où chacun d'eux fait partager sa joie à l'autre. En outre, la bonne santé de son nourrisson fournit à la mère un renforcement qui l'aide à prendre confiance en ses capacités parentales (Stork, 1999).

Non seulement les motifs, mais aussi les techniques de massage varient. Certains recommandent de masser sur la table à langer ou sur le sol, l'enfant allongé sur une serviette alors que, dans d'autres milieux, c'est sur le corps de la mère qu'il faut masser. En outre, la communication verbale, fortement encouragée pour certains, cède la place à la communication tactile chez d'autres.

En contexte migratoire

Certaines de ces techniques de massage peuvent surprendre dans le pays d'accueil, notamment les gestes d'étirement d'apparence brusque que les mères utilisent. Ainsi, il est possible que le parent prenne son enfant par les pieds, la tête tournée vers le bas, ou encore que l'enfant soit pris par le cou et reste « à patauger dans le vide ». Certes, cela peut effrayer, mais après une séance de massage, l'enfant bénéficie d'un excellent repos. Une autre pratique qui consiste à tenir l'enfant par le bras peut étonner. Les femmes africaines expliquent que les massages et étirements, auxquels on procède jusqu'à trois mois, développent la souplesse et la résistance du corps. De plus, la manipulation du bébé repose sur la croyance que le faire sauter et le manipuler brusquement le rend plus fort et moins craintif (Godian, 1989). Voilà tout un contraste avec le traitement de l'enfant nord-américain, considéré fragile.

Dans certains milieux, on encourage un retour à ces pratiques de massage ancestrales et on tente de les réapprendre aux jeunes parents. Il faut cependant insister sur le plaisir que doivent y trouver mutuellement l'adulte et l'enfant, l'importance du regard, du contact, du sourire et de la parole pendant le massage, et de façon secondaire, sur les techniques ou le minutage prescrits pour les réaliser. Une mère, préoccupée par la qualité d'un geste qu'elle trouve difficile à effectuer, pourrait s'inquiéter de ne pouvoir le faire aussi bien qu'il lui a été enseigné; elle ne pourra pas avoir l'esprit assez libre pour établir une relation chaleureuse avec l'enfant.

Enfin, il faut savoir distinguer les exercices de stimulation et les mauvais traitements. Le stress ressenti aux pleurs exaspérants d'un bébé ou la difficulté à le nourrir peuvent mener la personne qui en prend soin à le secouer violemment. Rappelons que le syndrome du bébé secoué est présent «... dans tous les groupes socioéconomiques et probablement dans toutes les cultures. Ce sont souvent des garçons de moins de six mois qui en sont l'objet et que les pères biologiques, les beaux-pères, les partenaires masculins, mais aussi des gardiennes et des mères biologiques, peuvent en être l'auteur. Ce sont, entre autres, certains facteurs tels que l'isolement social, la violence familiale, l'abus d'intoxicants et les troubles psychiatriques, qui, en situation de stress, caractérisent les auteurs de ce type de violence » (Société canadienne de pédiatrie, 2001).

Stratégies d'action : Encourager les pratiques de soins traditionnels et le plaisir du contact entre le parent et l'enfant	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Le massage de l'enfant est-il une pratique traditionnelle dans le pays d'origine? Quel sens prend-il? • Les parents ont-ils l'occasion de le pratiquer sur leur enfant? • Quel plaisir y trouvent-ils?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Se sentent-ils à l'aise de masser leur enfant à leur façon?
Informar sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissent-ils les types de massage utilisés ici, qui se font habituellement tout en douceur? Savent-ils que les massages avec étirements et suspensions, tout en étant tout à fait acceptables, peuvent être très surprenants pour les Québécois?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Si les jeunes parents ont perdu ces techniques de massage ancestrales, des gens de leur communauté pourraient-ils leur enseigner à nouveau? Souhaitent-ils les rencontrer?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Les exercices réalisés par les parents constituent-ils un danger pour l'enfant ou sont-ils simplement inhabituels à nos yeux?

3.8 - PRATIQUES DE REPOS ET DE SOMMEIL

Dans divers milieux

Si, dans la majorité des pays du monde, on observe une grande proximité entre la mère et le bébé durant les premiers mois de vie (Stork, 1999), les habitudes de maternage entourant le sommeil des tout-petits varient. La plus grande distinction a trait aux sociétés dites à berceaux et celles sans berceau: dans le premier cas, le tout-petit repose la plus grande partie du temps dans un berceau, un hamac ou un panier, ou tout autre dispositif; dans le second, il est porté ou attaché tout simplement au corps (Stork, 1999).

Le bébé s'endort généralement sans une intervention extérieure, surtout dans les sociétés où le portage est répandu (Roques, 2003). Pour encourager le sommeil, l'adulte ou un enfant plus grand qui a la charge du bébé recourt à certaines pratiques: d'abord, bercer l'enfant s'il est porté, s'il est blotti dans un hamac, pratique familière en Amérique du Sud, ou dans un sari suspendu à un crochet en Inde, ou encore s'il est dans un berceau. Stork (1999) observe que les mères africaines bercent beaucoup leur bébé, entre autres pour l'endormir, mais aussi pour calmer les pleurs, parce qu'« un bébé ne pleure jamais sans raison » (Stork, 1999, p. 90). Il y a aussi les berceuses, les histoires qu'on raconte, les tapotements et le claquement de la langue (Roques, 2003; Stork, 1999). Au Japon, la plupart des berceuses commencent ou se terminent par l'équivalent de *Fais dodo*, alors que les chants des mères africaines évoquent l'avenir prometteur de l'enfant, le roman familial ou l'histoire des ancêtres. Et, enfin, il y a bien sûr l'endormissement qui survient au cours de la tétée au sein, ou encore quand l'enfant est en contact avec une personne allongée à ses côtés.

En dehors de certains milieux urbains, le jeune enfant africain dort la nuit avec sa mère sur une natte au sol ou sur une autre couche, mais à proximité d'elle. Après le sevrage, l'enfant dormira avec une grand-mère, une sœur, ou une tante, « car laisser l'enfant dormir seul serait considéré comme une marque de cruauté » (Stork, 1999, p. 90). En Asie, la mère prend l'enfant dans ses bras et le berce, ou elle le dépose à plat ventre sur le tatami familial, lui tapote le dos, de manière à le suivre dans le sommeil. Stork rapporte qu'une étude comparative de mères japonaises et américaines révèle que les premières utilisent moins la communication verbale que les secondes et passent davantage de temps à bercer le bébé, à lui proposer le sein ou la tétine, cherchant avant tout à avoir un enfant calme et satisfait. En outre, sur le plan affectif, le portage joue un rôle de sécurité car, lorsque l'enfant pleure, la mère le met sur son dos ou sur sa hanche et, calmé, il s'endort. Mais c'est surtout la sécurité émotionnelle, dont bénéficie le jeune enfant du fait de la fréquence des échanges tactiles et du corps à corps, qui paraît le plus important (Stork, 1999).

Parmi les avantages observés des pratiques de maternage de proximité, on note le risque de mort subite du nourrisson (MSN), moins élevé dans les sociétés qui les favorisent par rapport aux pays développés d'Occident où l'enfant dort plutôt seul (Stork, 1999). La proximité mère-enfant, comme le sommeil partagé, favorise l'allaitement maternel, mais aussi le sentiment de sécurité chez l'enfant et une perception plus aiguë chez la mère des besoins de son tout-petit.

En contexte migratoire

Dans les sociétés plus traditionnelles où subsiste le système de la famille étendue, les parents ne sont pas seuls à prendre en charge la routine quotidienne entourant la venue d'un enfant. Dans le contexte de la migration, les parents peuvent perdre le privilège d'être entourés d'un réseau familial et social. Le portage maternel peut aussi disparaître au profit de dispositifs ou de mobilier sécuritaire qui offrent un moment de répit à la mère pour vaquer à d'autres occupations.

En pays d'accueil, où l'autonomie de l'enfant et le sommeil solitaire, en dehors du lit et de la chambre des parents, sont des pratiques acceptées et courantes, les nouveaux parents peuvent intégrer ces pratiques, où l'enfant n'est plus à proximité d'eux, aux dépens de celles qu'elles ont apprises. Si les pratiques de soins relèvent de l'environnement physique (climat, géographie), elles sont aussi liées aux perceptions qu'ont les parents des besoins de l'enfant, de sa santé et de son développement (Stork, 1999). Or, l'adoption de nouvelles habitudes de maternage, dans le contexte d'un nouvel environnement, ne peut se faire sans trop de heurts que si les parents modifient aussi leurs perceptions des besoins d'un nouveau-né.

Stratégies d'action : Adopter des pratiques de repos et de sommeil sécuritaires et confortables dans un nouvel environnement	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • De quelle façon encourage-t-on le repos et le sommeil de l'enfant dans leur pays d'origine? • Quelle est leur conception de pratiques appropriées pour favoriser le repos et le sommeil du jeune enfant?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Parmi les pratiques apprises dans leur pays lesquelles ont-ils adapté à leur nouvel environnement? • Ces changements changent-ils leurs perceptions des besoins d'un petit enfant?
Informier sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Souhaitent-ils connaître des moyens de favoriser un environnement leur permettant d'expérimenter, peu à peu, des pratiques sécuritaires où l'enfant est seul (bassinette, chaise haute, poussette)?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents sont-ils en mesure d'assumer les nouvelles tâches qu'exige l'arrivée d'un enfant dans un nouveau pays? • Ont-ils été mis en contact avec les ressources du quartier? Sont-elles adaptées à leurs besoins?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les valeurs qui guident nos pratiques de maternage au Québec?

3.9 - ACQUISITION DE LA POSITION ASSISE ET DE LA MARCHÉ

Dans divers milieux

Des observations provenant de différentes régions du monde indiquent une précocité de l'enfant africain et asiatique comparé à l'enfant européen ou nord-américain dans l'acquisition de la position assise et de la marche, dans la préhension fine et dans l'apprentissage de la propreté chez les moins de deux ans (Stork, 1999). Chez certaines ethnies africaines, les mères apprennent à leur enfant dès la cinquième ou la sixième semaine à s'asseoir: « On assied l'enfant dans un trou fait à cette intention dans le sol, de manière que son dos soit bien soutenu. Cet exercice est répété tous les jours jusqu'à ce qu'il maîtrise bien cette position. D'après les observations, le bébé passe 60 % de son temps assis.

Il n'est pas tout seul: au début, il est souvent sur les genoux de sa mère ou de son substitut » (Stork, 1999, p. 43). On passe à d'autres exercices vers les 7^e et 8^e mois pour apprendre à l'enfant à marcher. L'acquisition de la position assise, debout, et par la suite de la marche, possède des significations particulières: ainsi, l'enfant qui marche devient indépendant et « peut entrer en rapport direct avec ses semblables »; un rituel est pratiqué par les parents afin de prendre « possession » de l'enfant quand il commence à se traîner par terre; quand il s'assied, il n'est plus considéré comme un bébé. L'enfant change ainsi de statut d'un apprentissage à l'autre (Erny, 1988).

Si les premières études transculturelles pointaient des facteurs biologiques et culturels pour expliquer les différences, les récentes études y voient davantage une intrication de facteurs: les techniques de maternage, l'environnement social et écologique, les idées que les populations se font du développement de l'enfant et ainsi de suite (Stork, 1999). Ainsi, peu importe l'ethnie, on constate que l'enfant élevé de manière traditionnelle et issu de zones rurales présente un développement sensorimoteur plus avancé que l'enfant élevé à l'occidentale et issu de zones urbaines.

En contexte migratoire

Les pratiques traditionnelles peuvent se perdre au profit de pratiques propres à la population d'accueil du fait d'une structuration différente de l'espace de vie, d'une absence de vie communautaire et de la perte du réseau familial, qui rendent parfois la vie familiale et sociale difficile. En outre, plusieurs facteurs constituent des risques de fragiliser le développement de l'enfant, soit des pratiques traditionnelles de soins modifiées, des contacts réduits entre l'enfant et les parents en raison du recours au service de garde et des mutations socioculturelles et économiques marquées dues à la migration et à l'absence de stimulations (Stork, 1999). Il faut aussi tenir compte du processus d'acculturation que subissent les parents.

Un autre facteur est à signaler: la représentation traditionnelle de l'enfant et de son développement, appelée théories « populaires » ou « implicites » (Bril et *al.*, 1999; Guidetti et *al.*, 1997; Sabatier et *al.*, 2001; Stork, 1999, cités dans www.univ-tlse2.fr/multimedia/bazdsc/ideo/ideo_cult1_1.htm), qui sont parfois mal interprétées ou même rejetées. En effet, l'ignorance ou la méconnaissance de ces modes de représentation donnent lieu à des modèles de maternage spécifiques chez les femmes immigrantes. À titre d'exemple, pour certains, le corps du jeune enfant est vu comme « un corps déployé, mais fragile, à protéger et à observer » et pour d'autres, il est plutôt perçu comme « un corps recroquevillé, mais solide, à étirer et à stimuler ». Chaque conception oriente le choix des pratiques de soins. Cependant, en contexte migratoire, il arrive que les jeunes mères éprouvent de la difficulté à reconstituer ces représentations et à faire une synthèse cohérente des deux systèmes de pensée.

Stratégies d'action : Recréer des espaces favorisant la position assise et la marche dans le nouvel environnement	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • De quelle façon apprend-on à l'enfant à s'asseoir et à faire les premiers pas dans le pays d'origine? • Quelle est la conception des différentes étapes d'apprentissage de l'enfant?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Parmi les pratiques apprises dans le pays d'origine, lesquelles s'adaptent au nouvel environnement?
Informersur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissent-ils les moyens ou techniques utilisés ici pour favoriser l'acquisition de la position assise et de la marche?
Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissent-ils les groupes de rencontres entre parents ou les ateliers de stimulation précoce qui permettent d'échanger sur divers aspects du développement de l'enfant?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles valeurs guident nos pratiques de maternage au Québec?

3.10 - ACQUISITION DU LANGAGE BILINGUE CHEZ L'ENFANT

Dans divers milieux

« Au moins la moitié de la population mondiale est polyglotte! » d'après certains experts (voir site Internet : www.enfantsbilingues.com/expert.html). Le nombre de langues parlées dans le monde s'élève à plus de 6 700, mais leur nombre dans chaque pays varie. Ainsi, c'est dans les pays d'Afrique, d'Océanie et d'Asie, par rapport à l'Europe et à l'Amérique, que se parlent le plus grand nombre de langues (Leclerc, 2001). La mobilité des populations d'une région à l'autre, ou d'un pays à l'autre, amplifie la variété linguistique d'un pays, de même que divers phénomènes, comme la mondialisation actuelle — « la globalisation dans tous les domaines engendre des besoins croissants en ce qui concerne les compétences en langues étrangères » (Ludi, site Internet).

Les bébés évoluent différemment à l'égard de l'apprentissage de la langue maternelle. L'attitude des parents exerce une certaine influence dans cet apprentissage ainsi que dans le dépistage des troubles du langage, dont l'interprétation varie selon le milieu culturel. Ces interprétations influent sur le désir du parent de faire soigner ou non son enfant. À titre d'exemple, certains interprètent le handicap par le non-respect d'un devoir ou d'une obligation envers un ancêtre: ils se sentent alors coupables et tentent plutôt de cacher le problème de l'enfant que d'en discuter. Pour d'autres, l'enfant sera l'objet d'une grande sollicitude par les divers membres de la famille, afin de diminuer la culpabilité ressentie. Les exercices de correction de langage qui pourraient être proposés seront alors peu appliqués, puisqu'on ne croira pas aux possibilités de rééducation. L'ethnopsychiatrie arrivera parfois à aider ces familles en leur permettant d'identifier le devoir qu'ils n'ont pas rendu et en leur proposant une façon de faire en sorte qu'il s'accomplisse.

Parfois, certains troubles font appel à des interprétations fort intéressantes, comme dans le cas des autistes (Nathan, 1999). Certains peuples d'Afrique pensent que, chez les enfants qui ne parlent pas à deux, trois, quatre, et parfois jusqu'à 15 ans, ou même qui n'accèdent jamais à la parole, le comportement est intentionnel: il seraient mal intentionnés à l'égard de leur famille ou de leur groupe culturel. L'une des façons de les traiter consiste donc à changer leur nom. On ne dit pas qu'ils ne parlent pas, mais qu'ils dialoguent avec les ancêtres; on ne dit pas qu'ils refusent la relation, mais qu'ils entretiennent une relation intense avec des êtres invisibles et, en les renommant, on les fera renaître. Selon Nathan, certains auteurs, notamment américains, estiment qu'il s'agit d'une nature spécifique à ces enfants, qu'elle soit liée à des facteurs génétiques ou à des atteintes infectieuses ou traumatiques du système nerveux. Plus souvent, d'autres évoquent la nécessité de comprendre leur univers, de le pénétrer, d'en reconstituer les paramètres intellectuels, bref, de les reconnaître dans leur spécificité (Nathan, 1999).

En contexte migratoire

L'enfant se trouve souvent en situation plurilingue: il acquiert d'abord la langue maternelle à la maison, le français dans les parcs, en service de garde ou à l'école, et l'anglais, plus ou moins comme l'ensemble des petits Québécois francophones. Un grand nombre de facteurs influe sur ces apprentissages, comme la fréquence d'exposition, le rapport des parents à chacune des langues, le prestige attribué à ces langues dans le milieu de vie...

« La meilleure façon de devenir bilingue est d'être exposé à deux langues dès sa naissance » (www.enfantsbilingues.com/expert.html). Nourrisson, l'enfant est sensible aux sons et peut différencier la langue maternelle de la langue étrangère. Cette capacité d'apprentissage que possède le tout-petit se perd avec le temps. Durant son développement, l'enfant mêle les deux langues, utilisant des mots ou des parties de phrase d'une langue dans une phrase de l'autre langue. Mais il apprend peu à peu à séparer les deux systèmes et à utiliser la bonne langue avec les bonnes personnes (www.enfantsbilingues.com/expert.html).

Même si l'acquisition simultanée de deux langues dans la petite enfance est chose courante, il faut que les parents suivent quelques règles simples pour y réussir. Dès la naissance, les parents doivent s'entendre sur les deux possibilités d'une éducation bilingue:

- ou bien l'enfant entend et apprend une langue à l'extérieur de la maison, la langue forte (langue de la communauté d'accueil) et une autre à la maison, la langue faible;
- ou bien l'enfant apprend une langue différente avec chaque parent (un parent/une langue).

Quand l'enfant apprend une langue avec chacun des parents, l'équilibre n'est pas toujours atteint. La langue faible est, par exemple, celle de la maman, qui ne vit pas dans son environnement linguistique. Elle ne peut pratiquer sa langue qu'à la maison. Si le parent qui parle la langue faible travaille toute la journée à l'extérieur, l'éducation bilingue devient de plus en plus difficile. Pour atteindre un bilinguisme équilibré, l'enfant doit recevoir plus de soutien dans la langue faible, c'est-à-dire celle qui n'est pas parlée dans le pays d'accueil. Les parents ont rarement à se soucier de l'apprentissage de la langue locale, elle sera de toute façon apprise par l'enfant. C'est la langue faible qui doit être entretenue par des apports soutenus et variés, c'est-à-dire des jeux et des contacts avec des locuteurs de cette langue (www.enfantsbilingues.com/expert.html).

Ainsi, si les deux langues sont valorisées dans les milieux fréquentés par l'enfant, cela aura un effet bénéfique pour son développement cognitif et général. Par contre, si l'enfant fait face à un déséquilibre entre le prestige économique, culturel, linguistique d'une communauté par rapport à une autre, cela risque d'avoir des répercussions au niveau intellectuel ainsi que sur la compétence dans sa langue maternelle. Les enfants d'immigration récente relèvent de cette catégorie.

Mais ce bilinguisme, dit soustractif, peut être atténué. Le réseau familial, de par son attitude vis-à-vis de la langue minoritaire dans sa pratique quotidienne (et surtout la familiarité avec l'écrit), compenserait ces facteurs macrosociologiques. Ajoutons qu'il faut au moins deux ans pour développer une langue fonctionnelle dans les situations de la vie courante (langue sociale) et de 5 à 7 ans pour acquérir la langue nécessaire au travail scolaire (langue scolaire).

Plusieurs avantages sont liés au bilinguisme et au plurilinguisme précoce. Par exemple, les enfants bilingues disposent d'une facilité accrue à la pensée créative; ils réussissent significativement mieux dans des tâches où il ne s'agit pas de trouver la réponse correcte, mais d'imaginer une multitude de réponses; leurs facultés métalinguistiques sont plus avancées que celles de leurs pairs unilingues. Cela signifie une meilleure compétence analytique, mais aussi et surtout un contrôle cognitif supérieur des opérations linguistiques, dans l'expérience de la littérature notamment, et de meilleures chances de succès scolaire. Ils disposent d'une meilleure sensibilité communicative, dans la mesure où ils perçoivent mieux des facteurs situationnels et y réagissent plus vite. Ils obtiennent de meilleures performances dans des tests de perception spatiale. L'enfant devient conscient de la relativité de la grille conceptuelle à travers laquelle une langue particulière verbalise le monde, parce qu'il en utilise deux ou plus. Cela lui confère une capacité d'abstraction accrue et une plus grande facilité à manipuler les catégories (Ludi, site Internet).

Si un enfant a des expériences heureuses dans une langue, il l'utilisera avec plaisir et souhaitera en approfondir l'apprentissage. Un enfant qui associe le français, par exemple, à des vacances d'été entre cousins, à des conversations passionnées avec des grands-parents aimants, ne refusera pas de parler cette langue, au contraire! Le rôle de parents d'enfant bilingue, c'est aussi d'expliquer à l'enfant, dès les premiers babillages, que le bilinguisme dans un contexte monolingue représente une chance et une richesse.

Stratégies d'action : Privilégier la langue maternelle avec l'enfant	
Offrir un espace d'expression aux parents	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle langue les parents communiquent-ils avec l'enfant à la maison? • Quelle importance accordent-ils à leur langue maternelle? • Considèrent-ils leur manque de maîtrise du français comme un obstacle? • Quels moyens se donnent-ils pour acquérir le français? • Ont-ils des craintes à l'idée que l'enfant n'apprenne pas la langue de leur pays d'origine? • À l'inverse, craignent-ils que l'apprentissage de la langue maternelle ralentisse ou nuise à l'acquisition de la langue officielle du pays d'accueil?
Valoriser les pratiques authentiques	<ul style="list-style-type: none"> • Favorisent-ils l'apprentissage de leur langue maternelle chez l'enfant? • Chantent-ils et racontent-ils des histoires dans la langue maternelle?
Informers sur les pratiques d'ici	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est leur connaissance des politiques linguistiques au Québec? • Connaissent-ils le rôle des professionnels du langage si l'enfant montre des retards?

Stratégies d'action : Privilégier la langue maternelle avec l'enfant

Favoriser le renforcement du réseau social	<ul style="list-style-type: none">• Sont-ils en contact avec leurs familles ou des connaissances avec qui l'enfant peut s'exprimer dans la langue maternelle?• Connaissent-ils les ressources du quartier qui favorisent le contact avec des personnes qui parlent le français?
Comme intervenant, se distancer de sa culture	<ul style="list-style-type: none">• Par quelles étapes l'enfant doit-il passer pour acquérir une deuxième langue, sans qu'elles ne s'apparentent à un retard de langage?

3.11 - STIMULATION, SOCIALISATION DU JEUNE ENFANT ET PRATIQUES PARENTALES

Dans divers milieux

Pour développer son plein potentiel, le jeune enfant a besoin de stimulations visuelles, auditives, tactiles, olfactives, motrices et sociales. Ces stimulations lui sont fournies au quotidien par son environnement social et physique. Dans certains milieux, les sources de stimulation proviennent tant de l'environnement social que physique. Dans d'autres, elles proviennent plutôt de l'un des deux. Ainsi, certains parents pratiquent différents jeux sociaux avec leur enfant (ex.: échanges de sourires, imitation du babillage, conversation, jeu de cache-cache, courses, massages, chatouilles, etc.) et leur procurent toutes sortes de jouets conçus spécialement pour les stimuler (hochets, toutous, mobiles, marionnettes, anneaux, blocs, ballons, etc.). D'autres privilégient surtout les jeux et les contacts sociaux avec les membres de la famille élargie qui comptent souvent, en plus des parents et de la fratrie, les grands-parents, les oncles et les tantes et même les cousins et cousines.

Dans ce contexte, le jeune enfant est très souvent pris dans les bras par l'un ou l'autre des membres de la famille et stimulé pour différents échanges sociaux, quand il n'est pas porté par sa mère sur le dos ou la hanche. Lorsqu'il joue, cet enfant utilise souvent des objets qui font partie de l'environnement physique naturel – bouts de bois, ficelle ou cailloux – plutôt que des jouets spécialement fabriqués pour lui. Plus tard, il est encouragé à fabriquer lui-même ses jouets.

La socialisation, qui constitue le processus par lequel le jeune enfant apprend et adopte les normes, valeurs et rôles de son milieu social, est généralement induite par les pratiques parentales. Celles-ci comprennent tant les soins de base (ex.: allaitement, alimentation, soins corporels, port de l'enfant), le style éducatif (ex.: permissif, autoritaire), que les modes de communication du parent avec l'enfant (ex.: contacts physiques, regards, sourires).

Les pratiques parentales comporteraient quelques constantes et de nombreuses variations culturelles (Levine, 1970). Certains chercheurs (Lewis et Ban, 1977) constatent que, quelles que soient les structures sociales des groupes observés, ce serait la mère qui porterait le plus souvent l'enfant et à qui reviendrait la plupart du temps la tâche de le nourrir, de le soigner et de le consoler. D'autres (Bornstein et al., 1996) ont observé que les mères françaises, américaines et japonaises répondaient davantage aux vocalisations de leurs bébés qu'à leurs regards, imitaient leurs vocalises, répondaient à leurs signaux de détresse en s'occupant d'eux et encourageaient aussi leurs comportements d'exploration.

Les études portant sur les variations culturelles des pratiques parentales relèvent, pour leur part, différentes sources d'influence, dont: les modes de subsistance des sociétés, les conditions climatiques et de travail des femmes, la condition socio-économique de la famille, les valeurs culturelles liées à l'éducation, la religion, les antécédents des parents, la conception de la famille et des rôles parentaux, la signification que les parents attribuent aux signaux de l'enfant et leurs conceptions liées au développement physique et psychologique de l'enfant (Reebye et *al.*, site Internet; Paquette et Lafrenière, 1994).

Par exemple, les mères de milieux défavorisés adresseraient moins de sourires et de vocalisations à leur bébé que celles de classe moyenne. De plus, elles répondraient à leurs pleurs par des contacts tactiles plutôt que par des verbalisations. De leur côté, les mères plus éduquées féliciteraient plus souvent leur enfant, seraient moins intrusives et utiliseraient la forme interrogative plutôt qu'impérative pour les consignes.

Pour ce qui est des conceptions du développement physique, le corps du nouveau-né est perçu dans de nombreux pays comme un corps déjà formé, recroquevillé, mais dont les os sont mous: le massage, les exercices et le portage sur le dos sont considérés comme des moyens pouvant aider l'enfant à passer de l'état mou à l'état ferme et servant à parfaire le façonnage des os. En Occident, on considère plutôt que la formation du corps du nouveau-né n'est pas terminée et qu'il est très fragile. On enseigne donc à le prendre avec précaution, à lui soutenir la tête et à éviter les exercices violents lors des premiers mois. En conséquence, les attentes par rapport aux performances physiques de l'enfant diffèrent.

En ce qui a trait aux conceptions du développement de l'enfant, deux pôles majeurs émergent. D'une part, celui qui présuppose que l'enfant est un véritable enfant, c'est-à-dire un être en développement, en apprentissage, un être non achevé qui nécessite encadrement et modélisation, c'est-à-dire un être à modeler. Dans cette optique, les enfants sont encouragés à suivre des règles et à se conformer à des normes. Les parents valorisent donc obéissance, respect et conformité aux comportements attendus. À l'opposé, l'enfant peut être considéré comme un mini-adulte, c'est-à-dire un être pré-fini possédant déjà un certain potentiel qui ne demande qu'à être stimulé. Une grande autonomie lui est donc accordée afin de lui permettre d'explorer leur environnement: l'exploration est favorisée et les parents encouragent la confiance en soi, l'indépendance et la créativité.

Enfin, pour ce qui est des valeurs culturelles liées à l'éducation, on observe que les enfants américains dont les parents valorisent l'indépendance et l'autonomie sont en général élevés uniquement par leurs parents ou un parent et son conjoint: ce sont eux qui assument l'entière responsabilité de l'enfant. C'est la sphère du privé de même que celle du développement de l'individu qui prévalent. Au contraire (Stork, 1999), les enfants issus de cultures communautaires, comme la culture africaine ou hispanique, sont élevés tant par leurs parents biologiques que par la communauté entière. A la maison, les parents biologiques ont la charge d'éduquer leur enfant. À l'extérieur, les enfants sont sous la surveillance de tous les adultes de la communauté. Si un enfant se comporte mal dans la rue, les adultes présents ont l'obligation d'intervenir, puis d'en référer aux parents biologiques. Une large place est accordée à la coopération, à l'entraide et à la solidarité.

Les sanctions utilisées par les parents pour socialiser leur enfant reflètent la plupart du temps les valeurs et les conceptions culturelles de leur milieu. Par exemple, au sein d'une culture communautaire, les sanctions verbales sont orientées vers la honte que l'enfant doit éprouver face au groupe. La gêne et la raillerie, largement utilisées, constituent des sanctions acceptables puisque la relation au groupe et le regard du groupe sont prioritaires. À l'inverse, les sanctions verbales valorisant la réflexion intérieure, la culpabilité et la nécessité de réfléchir sur l'acte commis par un isolement temporaire relèvent de milieux qui valorisent l'individualisme, l'autonomie et la prise en charge de l'individu par lui-même.

Dans le même sens, bien que dans la majorité des milieux les châtiments physiques constituent des violences contrôlées (soit par la loi, soit par l'interdiction de frapper un enfant la nuit car personne ne peut intervenir si le parent frappe trop fort), ils sont appliqués plus souvent en public dans les cultures communautaires parce que les parents qui n'administrent pas de châtiments corporels sont considérés comme de mauvais parents (Stork, 1999).

En contexte migratoire

Deux facteurs principaux viennent influencer les pratiques de stimulation des parents, soit la perte du réseau constitué par la famille élargie et les pratiques parentales du pays d'accueil. Lorsque les familles émigrent, elles laissent souvent derrière elles la plupart des membres de la famille élargie. Non seulement cette situation peut-elle avoir des répercussions sur le bien-être psychologique des parents (ce qui peut les rendre moins disponibles à l'enfant) mais, de plus, elle prive l'enfant d'importants partenaires de jeux sociaux. Lorsque la famille se réduit au couple parental, les jeunes enfants sont beaucoup moins portés, même par leur mère, qui doit répondre seule à plus d'exigences familiales (entretien ménager, soins des autres enfants, etc.). L'enfant enregistre donc des pertes par rapport aux stimulations sociales et tactiles.

Les pratiques parentales diffèrent aussi souvent entre le pays d'accueil et le pays d'origine. Par exemple, bien des pratiques occidentales se caractérisent par la mise à distance de l'enfant: les parents font dormir leur enfant dans un berceau plutôt que dans leur lit; ils lui réservent une chambre plutôt que de le laisser dormir dans la leur; ils l'installent souvent sur un petit banc, une chaise haute, dans un parc, une poussette ou un carrosse plutôt que de le prendre dans leur bras; souvent, le biberon remplace aussi le sein assez rapidement. Ces pratiques qui, en Occident, vont de pair avec la valorisation de l'autonomie précoce, sont la plupart du temps complétées par des pratiques de stimulation où le parent, entre autres, met à la disposition de l'enfant des objets stimulants (jouet, objet à regarder ou à saisir). Si ces pratiques sont adoptées mais que le recours à ces objets ne fait pas partie des pratiques traditionnelles, il peut y avoir des lacunes dans la création d'un environnement favorable à la stimulation. Par ailleurs, quand les enfants commencent à se déplacer et à explorer leur milieu, ils deviennent plus à même d'utiliser les objets de leur environnement pour en découvrir les propriétés et s'amuser. C'est pourquoi, à cet âge, une maison sans jouets, ou très peu, ne signifie pas que les enfants sont privés d'objets stimulants.

Pour s'adapter à son nouveau milieu, l'immigrant doit s'appropriier les valeurs, les conceptions et les pratiques de son pays d'accueil. Lorsqu'il s'agit de la socialisation des enfants et des pratiques parentales, le choc est souvent grand, surtout pour les parents provenant d'un pays non occidental où la disparité entre leur culture et celle du pays d'accueil est très grande.

En plus de constituer une source de stress élevé (Berry, 1976), cette disparité pourrait engendrer une rupture dans le processus de socialisation à cause de la différence entre le discours de la famille et celui de l'extérieur. Ainsi, ce qui est perçu comme positif à l'extérieur — favorisant l'autonomie et l'expérimentation — risque souvent d'être considéré comme négatif par la famille parce qu'allant à l'encontre de ses valeurs de respect et d'obéissance. Par exemple, pour de nombreux parents, exprimer ses opinions personnelles, demander des explications ou protester peut être perçu comme un comportement très immature et irrespectueux. Par ailleurs, des comportements valorisés au sein de la culture d'origine, comme ne pas regarder un adulte dans les yeux, ne pas interpeller un aîné par son nom, ne pas le tutoyer, sont susceptibles d'être décodés comme non appropriés par certains intervenants du pays d'accueil.

Tout comme les comportements valorisés par la culture d'origine, les repères ayant trait au développement et à la socialisation de l'enfant diffèrent souvent de ceux du pays d'accueil, ce qui peut conduire à des recommandations inappropriées aux yeux des parents, ou encore les inciter à refuser des évaluations recommandées pour leur enfant. Dans de tels cas, l'accommodement raisonnable peut permettre aux deux parties, familles et autorités, de trouver un terrain d'entente avant de procéder à l'application de mesures disciplinaires.

Enfin, la langue constitue un écueil qui entrave la tâche de socialisation des parents. Comme les enfants apprennent souvent la langue du pays d'accueil plus vite que leurs parents, ce sont eux qui sont susceptibles d'agir comme interprètes entre la famille et les institutions. L'ordre familial se trouve alors inversé. Dans ce contexte, il devient difficile pour les parents d'assumer leur rôle d'agent de socialisation auprès de leurs enfants.

Stratégies d'action : Accompagner les parents dans leur rôle d'éducateurs

<p>Offrir un espace d'expression aux parents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels aspects de la stimulation — visuels, tactiles, du langage — sont le plus favorisés par cette famille? • Quels sont les modes de stimulation valorisés dans le pays d'origine? • Quelles ressources matérielles ou humaines nécessitent-elles? • Quel est le style éducatif valorisé dans le pays d'origine? • Quels sont les types de sanctions et de châtements utilisés dans leur culture? • À qui revient la responsabilité d'éduquer l'enfant dans leur pays d'origine? • Quelle est la préoccupation première des parents à l'égard du développement de leur enfant?
<p>Valoriser les pratiques authentiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles activités de stimulation leur semblent les plus appropriées ici, compte tenu du milieu et des nouvelles réalités? • Ont-ils changé ou adapté leurs pratiques depuis leur arrivée?
<p>Informier sur les pratiques d'ici</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents sont-ils informés des types de jeux et activités utilisés au Québec comme stimulation et des motifs de leur usage? • Que pensent-ils des jeux interactifs parents-enfants pratiqués par les Québécois? • Quel style éducatif les parents observent-ils le plus au Québec? • Que pensent-ils des sanctions et des punitions admises au Québec?
<p>Favoriser le renforcement du réseau social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les parents connaissent-ils les diverses ressources et ateliers parent-enfant visant à stimuler l'enfant et à donner aux parents des outils à appliquer à la maison? • Les parents opteraient-ils pour un service de garde s'ils le pouvaient? • Sont-ils en relation avec des familles ayant des enfants du même âge que les leurs?
<p>Comme intervenant, se distancer de sa culture</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles notions de prévention faut-il donner aux parents concernant la stimulation de l'enfant? • À nos yeux, quels sont les facteurs de risque de sous-stimulation de l'enfant? En quoi diffèrent-ils de ceux exprimés par les parents? • Quelles sont les pratiques marquantes de l'éducation au Québec?

Chapitre 4 – Perception des risques en contexte migratoire

L'approche préconisée dans le présent guide, dite approche aux familles d'immigration récente, doit tenir compte des circonstances de l'émigration et chercher à comprendre son influence sur les nouvelles conditions de vie, notamment la fonction parentale. On a vu, en effet, que plusieurs facteurs, comme la faiblesse ou l'absence du réseau de soutien, l'isolement, la fragilité émotionnelle des parents peuvent créer un vide affectif et social et, par ricochet, diminuer les sources de stimulation pour leurs enfants, si essentielles au développement et à la prise en charge scolaire.

La perception du risque est une construction sociale faisant appel aux risques connus et méconnus. Les risques connus se caractérisent par l'ampleur, la gravité et la temporalité qu'ils présentent, selon des critères partagés par une communauté ou un groupe. Une réflexion sur les écarts de perceptions du risque entre les familles et les intervenants peut s'avérer nécessaire quand les pratiques, même si elles se veulent adaptées culturellement, n'obtiennent pas les résultats escomptés. En pareil cas, par exemple, annoncer aux parents que leur enfant présente un risque de retard de développement peut ne pas être perçu par eux avec la même acuité que par l'intervenant: ils peuvent nier le fait ou n'y accorder qu'une importance réduite, compte tenu des autres priorités dans leur vie.

Ce dernier chapitre convie le lecteur à un exercice: reconsidérer sa perception du risque de retard de développement chez l'enfant dans ce contexte. En utilisant l'approche préconisée ici, nous verrons comment s'opère la perception du risque chez les parents à partir des circonstances de leur vie et de leur perception des gains et des pertes. Ensuite, nous ferons un parallèle entre les risques liés à la périnatalité, tels qu'on les perçoit au Québec et tels qu'ils sont perçus dans les pays en développement, afin de mettre en perspective les écarts possibles entre intervenants et parents. Ensuite, nous discuterons de la capacité des intervenants à cerner ces écarts et présenterons quelques avenues de solution.

4.1 - CULTURE ET PERCEPTION DU RISQUE

La notion de risque apparaît au XIV^e siècle sous deux formes: les assurances collectives dans le transport maritime et les indulgences religieuses, permettant à la religion d'exercer un contrôle social (Peretti-Watel, 2000). Avec l'industrialisation, au XIX^e siècle, le risque est associé aux accidents provoqués par la machinerie. Il devient mesurable, il a des conséquences collectives et il représente une perte de capital mesurable, contrairement au danger diffus présenté par la religion. Plus récemment, au cours des années 1980, on a commencé à appréhender le risque sous un angle tout à fait différent, c'est-à-dire l'évaluation et la gestion des risques (Beck, 2001). On reconnaît désormais que le risque peut être interprété différemment selon les groupes de population, les perceptions s'inscrivant dans un large contexte social, culturel et économique (OMS, 2002a).

Le risque est d'abord et avant tout un construit culturel (Douglas et Wildavsky, 1984), car la communauté d'appartenance des individus agit comme un filtre qui structure la perception du risque. Les individus appartiennent à un groupe social. Ils ne sont pas isolés et indéterminés, mais immergés dans une communauté et, par conséquent, attachés à des valeurs. L'appartenance culturelle oriente l'évaluation que les individus font de la fréquence d'un événement et de sa gravité (Slovic, 1992). Le rapport au risque dépend de l'horizon temporel des individus, la pauvreté, par exemple, pouvant rétrécir cet horizon. Bien des risques peuvent être vérifiés scientifiquement, mais la mesure de la perception du risque dans la population demeure tout à fait subjective (Backett et al., 1994).

4.2 - PERCEPTION DES RISQUES DE RETARD DE DÉVELOPPEMENT

L'enquête longitudinale sur la santé des enfants canadiens (ELNEJ) révèle que les enfants issus de l'immigration – bien qu'ils ne représentent qu'une faible proportion dans l'échantillon – présentent des lacunes d'apprentissage et de socialisation à l'entrée à l'école plus marquées que les enfants canadiens; cependant, à la fin du primaire, les performances des premiers sont supérieures à celles des seconds. Ces résultats sont en partie corroborés par l'enquête sur les enfants et les jeunes néo-canadiens (NCCYS) de Beiser et *al.* (2004) et par celle sur les enfants et les jeunes immigrants réfugiés au Québec (YRCIQ, de Oxman-Martinez et *al.*, à paraître). Cette dernière conclut que les enfants immigrants n'ont pas de problèmes particuliers de santé et d'apprentissage, la scolarité des parents compensant les conséquences de la précarité économique au cours des premières années d'installation.

Mais qu'en est-il des enfants de parents sous-scolarisés, provenant de pays où l'accès à la scolarité demeure le privilège des nantis ou des urbains, des enfants de parents en attente de statut, pour qui l'accès à des services de garde n'est pas possible, ou encore des enfants qui passent de la maison à l'école sans avoir bénéficié de l'intensité et de la continuité d'une intervention éducative précoce? Ces enfants arrivent au préscolaire sans avoir acquis les habiletés nécessaires. Chez certains, les intervenants décèlent un risque de retard de développement et de socialisation. Mais leurs parents font-ils le même constat, voient-ils les mêmes conséquences sur le développement de leur enfant? Le risque potentiel d'un retard de développement de l'enfant entre-t-il en conflit avec d'autres préoccupations, telle que la précarité de la vie de la famille?

4.2.1 - Perception des gains et pertes de la migration

Les motifs politiques ou économiques, les motivations personnelles ou familiales pour quitter son pays sont déterminants dans le succès de l'intégration des familles dans leur nouvel environnement. Leur perception des gains et des pertes influe aussi sur la réussite ou l'échec du projet d'émigration.

Les pertes peuvent être de nature matérielle, comme la perte d'un travail qualifié, d'une source de revenu, d'un logement; elles peuvent aussi être d'ordre social, comme l'absence du réseau de soutien, de la famille, d'amis, de collègues, ou encore de nature affective, soit l'absence de confidents, de maîtres spirituels ou de mentors. Enfin, les pertes peuvent être d'ordre moral et avoir trait à des valeurs absentes ou peu présentes dans la société d'accueil.

Les gains, quant à eux, sont en général associés à l'amélioration des conditions de vie. À côté de pertes irremplaçables, il y a des gains inestimables. En mettant l'accent sur les gains, les pertes peuvent être en partie compensées et un juste équilibre se construire sur lequel les parents bâtiront une vie de famille.

Du côté des gains, les mères de l'étude *Pareilles, pas pareilles* (Battaglini et *al.* 2000) indiquent par ordre d'importance: une vie plus facile (plaisante, organisée), le respect des droits de la personne, un environnement plus sécuritaire et de meilleures perspectives d'avenir pour leur enfant. En retour, elles considèrent comme des pertes l'individualisme ou l'absence de solidarité, la surconsommation, le rythme de vie stressant et rapide, la lourde tâche de travail et la superficialité de la vie ici.

La perte des réseaux sociaux a un impact direct sur l'état émotif des mères qui, à son tour, influe sur les conditions d'exercice du rôle parental. Elles associent leur isolement à leur détresse, à leur sentiment d'impuissance, à leur état d'anxiété et à leur faible estime de soi (Battaglini et *al.* 2000). Bien qu'elles se sentent en sécurité et en confiance pour l'avenir de leur enfant, malgré tout, elles expriment des inquiétudes manifestement liées à leur incapacité d'offrir un encadrement parental conforme aux valeurs de leur pays d'origine. Les parents n'adhèrent pas toujours au modèle d'éducation du Québec. La façon d'élever les enfants comporte à leurs yeux des lacunes : l'absence de discipline et une trop grande autonomie, peu de respect des rapports intergénérationnels, une perte du sens de la famille, la condamnation de la correction physique et une intervention institutionnelle trop fréquente.

Par contre, les parents relèvent des aspects positifs: davantage d'équipements matériels, d'infrastructures et d'espaces pour les enfants, un meilleur accès aux services publics de santé et aux apprentissages scolaires et préscolaires ainsi qu'un plus grand respect des enfants, du développement de leur confiance et de l'expression de leur potentiel (Battaglini et *al.*, 2000). Par exemple, en l'absence du réseau familial, des familles affirment bénéficier de plus d'autonomie dans leurs choix parentaux, étant soustraites de l'ingérence de la famille élargie. En contrepartie, ces parents peuvent perdre leurs sources de référence en matière de maternage, d'éducation et d'encadrement.

L'émigration peut également modifier leur perception du risque. Parmi les gains que reconnaissent les parents, ils citent l'accès aux services, pouvoir s'alimenter convenablement et vivre en sécurité, ce qui témoigne de leur préoccupation première, soit améliorer l'état de santé physique des enfants. Trop souvent, pour eux, les seuls critères de l'état de santé sont que l'enfant mange et dorme bien. Avec les années, des mères modifient leurs critères et optent pour des critères de socialisation tels que le sourire et l'interaction. Les parents sont aussi à même de constater qu'ici les enfants sont moins exposés aux maladies infectieuses, aux carences en vitamines et à leurs séquelles à long terme, bref aux grandes causes de mortalité infantile des pays en développement. Par contre, ils ne perçoivent pas toujours les risques de retard de développement auxquels les enfants peuvent être exposés.

Les parents identifient assez aisément les transformations à faire pour réussir leur intégration, par exemple, modifier les rôles au sein du couple et dans le partage des tâches quotidiennes. Par ailleurs, ils estiment que la perte des réseaux de soutien, l'isolement et les structures de voisinage ont des effets négatifs sur la stimulation et la socialisation de l'enfant. Rarement, cependant, ils vont sentir le besoin de modifier leurs propres façons de faire à cet égard, autrement dit remplir eux-mêmes ces tâches qui, dans leur pays d'origine, sont dévolues aux enfants aînés et à l'entourage.

4.2.2 - Impact de la migration sur la perception des risques

Le fait que les parents ne perçoivent pas de la même manière que les intervenants les risques de retard chez leur enfant semble être lié à leur parcours migratoire et à leurs conditions de vie. Sans nier le problème, ils peuvent lui accorder une importance moindre par rapport aux efforts qu'ils consacrent à améliorer des conditions de vie précaires (chômage, ruptures familiales, logement malsain et exigu, troubles affectifs, etc.). La stimulation et la socialisation de l'enfant sont de second ordre dans l'échelle de leurs priorités. Pour d'autres, très scolarisés et ayant réussi professionnellement dans le pays d'origine, la perte du statut socioéconomique et la déqualification professionnelle peuvent être considérés comme temporaires: ils ne perçoivent donc pas ces pertes comme un risque imminent d'appauvrissement de l'environnement social de l'enfant. La notion de temporalité dans la perception du risque, à savoir si un risque est immédiat ou à venir, temporaire ou permanent, réversible ou irréversible, prend ici tout son sens. Ces parents sont en général convaincus que ces pertes sont temporaires et réversibles. À cet égard, une étude sur l'insertion au travail auprès des immigrants témoigne de la vraisemblance de leurs espoirs (Renaud, 2001): après quelques années sur le marché du travail et après avoir eu l'expérience de plusieurs emplois précaires, les travailleurs réussissent à améliorer leurs conditions de travail et de revenu.

Durant la période d'installation, où ils doivent conjuguer maintes démarches, les parents se soucient moins des conditions de stimulation de leurs enfants. Les priorités sont de trouver un travail convenable, de développer un réseau d'amis, d'apprendre la langue, d'apprendre à interagir avec les Québécois et de trouver un logement (Battaglini et *al.*, 2000). Et, en dépit du respect à l'endroit des intervenants, les familles n'appliquent pas toujours leurs recommandations quand il s'agit du développement de leur enfant parce qu'ils ne considèrent pas que l'État ait à intervenir dans ce domaine. Vu toutes leurs préoccupations liées à leur installation, de même que leur perception du rôle de l'État, la hiérarchie des besoins aux yeux des intervenants et à leurs yeux est souvent inversée.

Outre la perception différente du risque, la nature même du risque peut varier. Les critères pour évaluer un risque de retard de développement sont culturellement liés à l'exposition de la collectivité à ces risques et à la connaissance empirique des conséquences de l'exposition. Autrement dit, n'entre pas en jeu une connaissance scientifique du lien entre l'exposition, la durée d'exposition et la manifestation des problèmes de développement moteur, affectif et cognitif. Nos références nord-américaines en la matière ne sont pas non plus reconnues partout. Les parents s'en réfèrent plutôt à leurs traditions et à leurs critères pour apprécier le développement de leur propre enfant.

4.3 - PERCEPTION DU RISQUE ET PÉRINATALITÉ

Il est fréquent qu'on ne tienne pas compte des différences de perception du risque entre les spécialistes, les communautés, les groupes concernés et les individus. L'écart de perception entre experts et profanes se manifeste à divers niveaux: l'ampleur, la gravité, les causes, la réversibilité, et la temporalité des facteurs de risque. Le sujet a été documenté pour des problématiques comme la conduite automobile en état d'ébriété (Assaily, 1997), l'excès de vitesse (Renaud, 1996), les pratiques sexuelles non protégées dans les groupes à risque de contracter le sida (Renaud, 1996; Peto, et *al.* 1992; Calvez, 1993; Douglas et Calvez, 1990), mais peu ou pas en matière de périnatalité. Néanmoins, tout laisse croire que les écarts seront tout aussi réels qu'en matière de comportements et habitudes de vie.

4.3.1 - Risques reconnus par les experts

Au Canada, comme dans bien des pays, la surveillance périnatale est considérée comme la pierre angulaire de la santé des populations (Phillips, 1990). Depuis la Seconde guerre mondiale, d'importants investissements publics ont permis d'améliorer de façon spectaculaire l'état de santé des populations, notamment en abaissant la mortalité et la morbidité maternelle et infantile associées, entre autres, aux maladies infectieuses et à la malnutrition. De nos jours, les taux de mortalité et de morbidité demeurent des mesures phares de l'état de santé des populations (Rosen, 1993), même si les causes se sont quant à elles transformées. En 2001, le taux de mortalité infantile chez les enfants canadiens âgés de moins de cinq ans était de 7 pour 1000 naissances vivantes (Santé Canada, 2003). Les principales causes de mortalité sont la grande prématurité et l'insuffisance de poids, soit moins de 1000 grammes à la naissance. Les retards de croissance intra-utérine et la prématurité sont associés à des problèmes de placenta et de cordon ombilical, d'anomalies congénitales, d'hypotrophie, d'asphyxie et de complications de la grossesse dues aux habitudes de vie. Le tabagisme, les toxicomanies et une alimentation déficiente chez la future mère figurent parmi les habitudes de vie néfastes au bon déroulement de la grossesse. Phénomène nouveau, les risques de pré-éclampsie lors du travail sont associés à la surcharge pondérale des mères avant la grossesse, d'ailleurs très présente dans la population en général (Santé Canada, 2003).

En outre, on accorde une attention d'ordre médical aux femmes ayant accouché par césarienne, ayant eu une grossesse ectopique et aux porteuses du VIH-sida, et le diabète de grossesse est un risque dont la surveillance est intégrée systématiquement. Quant au diabète, il ne fait plus l'objet d'une attention particulière, il figure à peine dans les plans de surveillance périnatale.

Au Québec, la perception du risque en périnatalité a évolué au cours des années, mais cela ne s'est pas fait au même rythme et avec les mêmes perspectives dans tous les pays. Par exemple, l'exposition à de nouveaux risques, comme la surcharge pondérale au moment de la grossesse, n'est pas universelle. De plus, tant l'exposition aux facteurs de risque que leur temporalité influent sur la perception à l'égard de ces nouveaux facteurs. Si la mortalité maternelle est quasi disparue des préoccupations actuelles de surveillance périnatale, les conditions de vie précaires des familles et le jeune âge des parents demeurent toutefois des enjeux majeurs dans le cadre des SIPPE (MSSS, 2004a).

Tous les soins portés à la mère à l'égard du gain de poids, de l'alimentation, de la nécessité de repos et de sommeil pendant la grossesse, et toute l'attention accordée à la compétence parentale, l'adaptation au rôle de parent, la dépression (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, 2000) ne font pas partie, ou peu, des préoccupations des femmes qui ont quitté des pays où nombre de maladies sont encore endémiques, se soustrayant ainsi d'autres formes de contraintes et de préoccupations.

4.3.2 - Écarts de perception

Aucune étude n'a eu l'objectif d'établir la hiérarchie des préoccupations des parents à l'égard de leur nourrisson et de comparer cette hiérarchie entre immigrants et non immigrants. Cependant, une étude sur l'utilisation des soins de santé des parents immigrants (Leduc et al., 2002) originaires d'Afrique du Nord, du Liban, des Philippines, du Vietnam et du Sri Lanka, résidant dans un quartier montréalais très multiethnique, suggère quelques pistes de réflexion.

Les inquiétudes des parents à l'égard d'aspects apparemment anodins témoignent, au contraire, d'une préoccupation marquée pour des risques connus dans leur pays d'origine et pour lesquels ils ne sont pas en mesure d'apprécier le degré d'exposition dans la société d'accueil. Voici quelques exemples illustrant ces écarts de perception.

- Une femme originaire des Philippines raconte son inquiétude quand son enfant a été piqué par un moustique et que des rougeurs sont apparues. Dans son pays, les moustiques sont un vecteur de transmission de maladies graves, comme la malaria et la dengue. Elle s'est alors précipitée à l'urgence pour faire examiner son enfant.
- Une mère d'origine libanaise s'est dite choquée du peu d'attention accordé au problème de toxoplasmose, pour lequel les services français et libanais ont un protocole bien strict de dépistage et de vaccination. À ses yeux, la pratique des soins de santé primaire en périnatalité au Québec est sujette à critique.
- Des parents ont consulté rapidement pour des toux persistantes, craignant les premières manifestations de tuberculose, alors qu'il s'agissait d'une simple grippe. Les parents soulignent l'incompréhension des intervenants de santé à l'égard de certaines pathologies courantes dans leurs pays et à l'égard de leurs inquiétudes jugées démesurées face au risque d'apparition de pathologies.

L'inverse a été aussi relevé dans la même étude: des parents immigrants qui n'ont pas reconnu des risques liés à leur nouvel environnement, dont voici des exemples.

- Des parents tardent à consulter pour de fortes fièvres, croyant que cela va disparaître, comme c'est le cas dans leur pays si un enfant est surexposé momentanément au soleil. Cette réaction a été perçue par les services de santé comme une négligence à l'égard des enfants.
- Les parents ne sont pas toujours familiers avec plusieurs causes de traumatismes: la chute d'un enfant depuis un lit, ou une chaise, ou d'un balcon d'un immeuble à étages, les accidents de la route quand le siège d'appoint pour enfant n'a pas été installé ou mal installé, les brûlures causées par des dispositifs de chauffage d'appoint ou l'eau du robinet. (Voir Section 3.5 - Prévention des traumatismes non intentionnels chez l'enfant).

Ces quelques exemples démontrent le rôle crucial des expériences de vie, qui agissent comme un filtre pour évaluer un risque potentiel ou réel dans un nouvel environnement social et écologique et qui influent sur la sensibilité des individus et des communautés aux risques de maladie.

4.4 – HABILITÉS ET MOYENS POUR COMPRENDRE LA PERCEPTION DU RISQUE

On connaît bien l'importance du rôle de soutien des intervenants dans le processus d'intégration des familles d'immigration récente. Quels peuvent être alors les habiletés et les moyens pour insérer dans l'approche préconisée ici les écarts de perception de risques avec les familles? Voici quelques suggestions.

➤ Comprendre l'ampleur et la gravité d'un risque en contexte migratoire

Comprendre l'ampleur et la gravité qu'accordent des parents en situation d'adaptation à un problème identifié chez l'enfant exige de documenter leur degré de familiarité et de connaissance à l'égard du problème en question.

Mais comment faire comprendre à des parents, très appauvris, les risques de carences vitaminiques chez le nourrisson nourri au lait de vache à défaut de formule de lait maternisé? Si le risque est bien réel aux yeux de l'intervenant, il ne revêt pas la même importance chez les parents pour qui les carences vitaminiques relèvent d'autres facteurs dans leur pays d'origine, par exemple, la sécheresse ou la disparition des grands troupeaux en raison de la contamination des eaux ou de la contagion du bétail.

➤ Documenter les capacités de contrôler le risque

Pour comprendre les perceptions du risque quant à un problème, il faut connaître le degré et la fréquence avec lesquels ils ont été exposés à ce problème.

Les connaissances et les outils dont disposent les individus et les communautés pour faire face à un risque, ou le fuir, ne sont pas universels. Le sida est sûrement l'exemple type où, malgré une convergence des perceptions du risque entre spécialistes, gouvernements et population, les moyens des pays industrialisés et ceux des pays en développement ne sont pas comparables. Les critères dont dispose une personne pour juger de la capacité de contrôler un risque sont au nombre de quatre:

- Le risque est maîtrisable ou non;
- Il est temporaire ou permanent;
- Il est immédiat ou à venir;
- Il est réversible ou irréversible.

➤ Comprendre la hiérarchie des risques en contexte migratoire

Selon les circonstances de l'émigration et les conditions de vie dans le nouveau pays, la hiérarchie des besoins et des risques peut varier grandement. En examinant avec la famille sa perception des gains et des pertes, il peut être possible de construire une hiérarchie, les pertes ayant souvent trait aux besoins non comblés et pour lesquels les circonstances d'installation diminuent la capacité de la famille à y répondre. Par exemple, des problèmes comme la déqualification professionnelle, qui diminue l'assurance d'une sécurité financière, la stabilité résidentielle ou la réunification avec des membres restés au pays vont figurer au haut de la hiérarchie. Une famille de réfugiés se sent plus vulnérable devant le risque d'être déportée que celui de la malnutrition, même si elle souffre au quotidien d'insuffisance alimentaire.

➤ Comprendre les valeurs et les critères attribués aux risques connus

Les valeurs associées au risque et les critères pour le mesurer varient énormément selon l'expérience migratoire. La reconnaissance du risque potentiel d'un comportement ne s'accompagne pas toujours de la perception de ce risque pour la famille elle-même. Dans le cas des familles scolarisées et urbanisées, la volonté et la capacité d'améliorer leurs conditions de vie procurent un sentiment d'immunité face à ces risques potentiels. Très souvent, leur expérience migratoire les conforte, probablement avec raison, dans l'idée que rien n'est irréversible si l'environnement offre des occasions qu'ils seront en mesure de saisir.

➤ Comprendre la mise à distance du risque

Au-delà des cultures et des sujets abordés, la perception des risques environnementaux (radioactivité naturelle, incendie de forêt, maladie de la vache folle) est similaire, que ce soit pour soi-même, pour sa famille et pour toute la société. Par contre, les risques associés aux comportements (par exemple, tabagisme, toxicomanie ou alcoolisme) sont davantage perçus comme des risques de société que comme un risque individuel, c'est-à-dire pour soi-même ou pour ses proches (Institut de sûreté et de protection nucléaire, cité par Peretti-Watel, 2000). C'est ce que l'on appelle la mise à distance du risque. Pour comprendre cette facette du risque, les intervenants doivent identifier les stratégies que les individus ou les communautés adoptent pour :

- Contourner le risque, en pratiquant certains rituels religieux de protection de l'enfant, par exemple;
- Éviter le risque, en compensant les carences vitaminiques par des aliments solides riches en fer, mais moins coûteux que la formule de lait maternisé, par exemple;
- Se dissocier du groupe identifié à risque.

Les capacités organisationnelles et morales dont disposent les individus et les communautés pour faire face au risque peuvent jouer un rôle majeur afin de surmonter les barrières liées à l'accès aux services, et parfois, à la honte associée à des problèmes de santé et de développement de l'enfant.

Un intervenant qui aura à cœur d'inclure dans son approche des habiletés et des moyens pour inclure la perception du risque dans ses cinq dimensions (hiérarchie, ampleur et gravité, valeurs et critères attribués aux risques connus, déni, capacités de contrôler le risque) découvrira sûrement une autre facette de l'univers des inégalités sociales dans les divers pays du monde.

Conclusion

Le présent guide, *Naître ici et venir d'ailleurs*, a été conçu afin d'aider les intervenants en périnatalité et en petite enfance à résoudre certains problèmes auxquels ils sont confrontés, de même que pour faciliter l'insertion de familles fraîchement immigrées de multiples provenances, conditions et religions. Depuis une quarantaine d'années, le profil de sélection des immigrants a beaucoup changé: alors qu'ils étaient surtout d'origine européenne, ils proviennent aujourd'hui de tous les pays et de toutes les cultures et, malgré une politique favorisant leur installation en région, la majorité d'entre eux demeurent à Montréal. Leur parcours n'est pas homogène et souvent leur histoire personnelle ainsi que les conditions de leur départ marquent profondément leur capacité d'intégration, en particulier s'ils sont jeunes et en voie de fonder une famille. L'extrême pauvreté, la jeunesse, l'isolement et la coupure culturelle à l'égard des soins et de l'éducation provoquent une vulnérabilité accrue en période périnatale. Les intervenants doivent pouvoir composer avec ces nouvelles réalités et adapter leurs façons de faire.

Nous avons cherché, avec le présent guide, à ajouter certaines compétences à celles que possèdent déjà les intervenants: elles ont trait au parcours suivi par ces immigrants de fraîche date, aux gains et aux pertes qu'ils vivent en s'installant dans ce pays d'accueil et aux écarts de perception entre eux et les intervenants quant aux risques qui les attendent, eux et leurs enfants. Comme on peut le constater à la lecture du présent guide, nous nous sommes inspirés des études récentes préconisant une approche basée sur la culture, où l'on met en perspective à la fois les attitudes de l'autre et les siennes propres dans le but de mieux cerner la problématique entourant le fait migratoire. Nous pensons qu'ainsi il est possible d'intervenir de manière plus efficace auprès de ces familles, aux prises à la fois avec le déracinement, l'épreuve de la naissance et l'urgence de s'intégrer.

Nous espérons ainsi rendre service tout à la fois aux intervenants et aux familles récemment arrivées au Québec et faciliter leur intégration dans le pays d'accueil. Soulignons enfin que, d'une part, l'approche préconisée n'est pas une fin en soi, mais un moyen d'intervenir plus efficacement, et d'autre part que, avec le temps, elle sera certainement bonifiée, voire modifiée, par suite de nouvelles avancées de la recherche quant à l'impact sur la santé des immigrants de ces modèles d'interventions.

Références

- Agnew, T. et J. Gilmore (1997). *Perspectives multiculturelles de l'allaitement maternel au Canada*. Santé Canada.
- Assaily, J. P. (1997). *Les jeunes et le risque, une approche psychologique de l'accident*, Vigot.
- Azdouz, R., (2003). *L'intégration des enfants touchés par la guerre dans les écoles de Montréal: guide à l'intention du personnel enseignant et non enseignant*. Comité de gestion de la taxe scolaire de l'Île de Montréal. Montréal.
- Backett, K., Davison, C., & Mullen, K. (1994). *Lay evaluation of health and healthy lifestyles: Evidence from three studies*. British Journal of General Practice, 44 (383) 277-80.
- Bartoli, L. (1998). *Venir au monde. Les rites de l'enfantement sur les cinq continents*, Plon.
- Battaglini *et al.*, (2000). *Les mères immigrantes: pareilles pas pareilles! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique.
- Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Editions Flammarion.
- Beiser, M., Ogily, L., Oxman-Martinez, J., Dave, B, *et al.* (2004). *New Canadian Children and Youth Survey*. Center for Addiction and mental health. Toronto. Résultats en préparation.
- Belsky, J. (1999). «Interactional and contextual determinants of attachment security», dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Allyn and Bacon, p. 249-264.
- Berry, J. W., (1976). *Human psychology and cognitive style: Comparative studies in cultural and psychological adaptation*. Beverly Hills: Sage/Halsted.
- Berry, J. W., KIM, U., Boski, P. (1987). « Psychological Acculturation », dans *Cross-cultural Adaptation, Current Approaches*. Kim et Gudykunst, International and Intercultural Communication Annal, vol. XI: 62-89.
- Bérubé, L., (2004). *Parents d'ailleurs, enfants d'ici*. Presses de l'Université du Québec. Sainte-Foy.
- Bibeau, G., Chan-Yip, A.M., Lock, M., Rousseau, C., Sterlin, C. et H. Fleury (1992). *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Bishop T. L. (1996). *Female Genital Mutilation*. Journal of the national medical association. 89(4):233-236.
- Bornstein, M.H., Tamis-Le Monda, C.S., Pascual, L., Haynes, M.O., Painter, K.M., Galperin, C.Z., Pecheux, M-G. (1996). *Ideas about Parenting in Argentina, France and the United States*. International Journal of Behavioral Development, 19(2): 347-367.
- Bril, B., Dansen, P., Sabatier, C. et Bernd Krewer (1999), *Propos sur l'enfant et l'adolescent*, L'Harmattan, Paris,.
- Caldwell, J.C., Orubuloye I.O., Caldwell, P. (1997). *Male and female circumcision in Africa from a regional to a specific Nigerian examination, 1997*. Social Science and Medicine. 44(8):1181-1193.
- Calvez M. 1993. *L'analyse culturelle du risque du sida*. Collectif Adolescence et risque, Édition Syros.
- Cohen-Emerique, M. (2000). « L'approche interculturelle auprès des migrants » dans *L'intervention interculturelle*. Sous la direction de Gisèle Legault. Gaëtan Morin éditeur, collection Pratiques professionnelles, chapitre 7: 161-184.
- Cohen-Emerique M. et C. Camilleri (1989). *Chocs de cultures, Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. L'Harmattan, Paris.
- Côté, B., C. Loïselle, D. Gastaldo, S. Semenic et R. Gendron (2003). *Allaitement maternel en milieu pluriethnique*. CLSC Côte-des-Neiges et Direction de santé publique de Montréal.
- Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation Chaudière Appalaches (2003). *VIH et grossesse: nouvelle stratégie de dépistage!* Contact, vol. 10, no 3.

- Direction générale de la santé publique (2003). *Surveillance des cas du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) cas cumulatifs, 1979-2003*; mise à jour no 2003-1, Gouvernement du Québec, p. 12.
- Dorkenoo, E. (1994). *Cutting the Rose: Female Genital Mutilation: The Practice and Its Prevention*. Minority Rights Group
- Douglas, M., Calvez, M., (1990). *The self as risk taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS*. Sociological Review, vol. 38, no 3, 445-464.
- Douglas, M., Wildavsky, A. (1984). *Risk and culture, an essay on the selection of technological and environmental dangers*. University of California Press.
- Egeland, B. et E.A. Farber (1984). *Infant-mother attachment: factors related to its development and changes over time*. Child Development.
- Erny, P. (1988). *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire. Naissance et première enfance*. Éditions L'Harmattan, Paris.
- Godian, N. (1989). *La mère et le jeune enfant africain dans l'immigration*, Migrant-Formation, no 76.
- Godin, J.F., Pinsonneault, G., Benzakour, C., Truong, M., Audet, B. et F. Maher (2004). *L'insertion en emploi des travailleurs admis au Québec en vertu de la Grille de sélection 1996*. Direction de la population et de la recherche, MRCI. Gouvernement du Québec.
- Gravel, G. et al. (2005). *Migration, éthique et santé publique au Québec*. Revue d'Épidémiologie et Santé publique, 53:192-204. Masson, Paris.
- Gravel, S. et A. Battaglini (2000). *Culture, santé et ethnicité, vers une santé publique pluraliste*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Direction de la santé publique.
- Gravel, S. et G. Legault (1996). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*. Revue canadienne de santé publique, vol. 87, no 3, p. 152-157.
- Hamel, D. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*. Institut national de santé publique du Québec.
- Herring, M. et N.J. Kaslow (2002). *Depression and attachment in families: a child-focused perspective*. Family Process. 41(3), USA.
- Jacob, A. et M. Raquepas (1996). *Programme de partenariat entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires issus des communautés culturelles*. Rapport d'évaluation. Document présenté aux membres du comité consultatif du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Jeffrey, D. (2003). *Éloge des rituels*. Presses de l'Université Laval. Québec.
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures, A cross-cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Eden Press, Montréal et London.
- Lebovici, S. (1988). *Psychopathologie du bébé*. Presses Universitaires de France. Paris.
- Leduc, N. et M. Proulx (2004). *Patterns of health services utilization by recent immigrants*. Journal of Immigrant Health. 6(1).
- Levine, R. a. (1970). « Cross-cultural study in child psychology », dans P.H. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology*, Vol. 11, Third Edition, (p. 559-612). New York: Wiley.
- McCaffrey M. (1995). *Female genital mutilation: consequences for reproductive and sexual health*. Sexual and Marital Therapy. 10(2):189-200.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (à paraître). *La famille grandit: des habitudes pour mieux vivre*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. L'attachement au cœur du développement du nourrisson*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004a). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: Cadre de référence*. Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec (2001). *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (2006). *Présence au Québec en 2006 des immigrants admis de 1995 à 2004*. Direction de la recherche et de l'analyse prospective. Gouvernement du Québec.
- Moss, E., Bureau, J.F., Mongeau, C. et D. Saint-Laurent (2004). *Correlates of attachment at age 3: construct validity of the preschool attachment classification system*. *Developmental Psychology*. 40(3).
- Organisation Mondiale de la Santé (1998). *Les mutilations sexuelles féminines – un aperçu du problème*. OMS, Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé (2002a). *Rapport sur la santé dans le monde 2002: réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Rapport d'un comité d'experts. Genève (Série de rapports techniques, No. 2242002).
- Organisation Mondiale de la Santé (2003). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2003. Façonner l'avenir*. Genève.
- Ouellet F., Turcot, G., Desjardins, N. 2001. *À Rosemont, ça coopère. Analyse d'implantation d'un projet d'action intersectorielle sur la paternité*, Direction de santé publique de Montréal.
- Oxman-Martinez, J., Gagnon, A., Lacroix, M., Gravel, S. (à paraître). *Les enfants et les jeunes immigrants réfugiés au Québec: une étude comparative entre ces enfants et les enfants québécois (YRCIQ)*. Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill. Rapport de recherche en préparation.
- Direction de santé publique de Québec en collaboration avec les CLSC, les organismes communautaires et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1998). *Projet « Nutrition et développement ». Profils alimentaires des principaux groupes ethniques de la région de Québec*. Bibliothèque nationale du Québec et Bibliothèque nationale du Canada.
- Paquette, D. et Lafrenière Peter J. (1994). *Relation mère-enfant, cultures et socialisation*. *Revue canadienne de psycho-éducation*. Vol. 23, no 1. p. 17-41.
- Peretti-Watel, P. (2000). *Sociologie du risque*. Paris, Armand Colin.
- Peto D., Rémy J., Van Campehoudt L, Hubert M. 1992. *Sida, l'amour face à la peur, les modes d'adaptation au risque du sida et les relations hétérosexuelles*, L'Harmattan.
- Phillips DR. 1990. *Health and the health care in the Third World*. Longman Scientific Technical, New York.
- Pont-Humbert, C. (1995). *Dictionnaire des symboles, des rites et des croyances*. Pluriel, Paris.
- Preiswerk, Roy et Dominique Perrot (1975). *Ethnocentrisme et Histoire*, Anthropos, Paris, 1975.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Santé publique (2003). *L'allaitement maternel: Étude sur la prévalence et les facteurs associés en Montérégie*. Longueuil.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal. 2000. *Neuf mois plus tard... Guide de santé postnatale, section maman*, p. 51-75. Montréal.
- Renaud, J. (2001). *Ils sont maintenant d'ici: les dix premières années au Québec des immigrants admis en 1989*. Direction de la planification stratégique du ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration. Publications du Québec. Ste-Foy.
- Renaud, J. M. (1996). *Les représentations de la délinquance routière chez les conducteurs condamnés*. *Questions Pénales*, bulletin d'information du CESDIP, no IX.1.
- Rosen, G. 1993. *A History of Public Health*. John Hopkins University Press, Maryland, Baltimore
- Rossiter J. C. (1992). *Attitudes of Vietnamese women to baby feeding practices before and after immigration to Sydney, Australia*. *Midwifery*, 8.
- Santé Canada. 2003. *Rapport sur la santé périnatale au Canada, système canadien de surveillance périnatale*. Ministère de la Santé, cat, no. H19-142/2003F.
- Sévigny, B., Bélanger, J.P. et R. Sullivan (1999). *Social capital, health promotion and population health*. *Canadian Journal of Public Health*. 90(6).

- Sharma *et al.* (1994). *The availability of advice regarding infant feeding to immigrants of Vietnamese origin: A survey of families and health visitor*. *Child: Care, health and development*. 20:349-354.
- Schott, J. et A. Henley (1996). *Culture, Religion and Childbearing in a Multiracial Society. A handbook for health professionals*. Butterworth Heinemann.
- Slovic, P. (1992). «Perception of risk: Reflections on the psychometric paradigm». Chapitre 5, dans S. Krimsky et D. Golding. *Social Theories of risks*. Westport, Praeger: 117-152.
- Société canadienne de pédiatrie, *Déclaration commune sur le syndrome du bébé secoué*, Communiqué, 2 novembre 2001.
- Société canadienne de pédiatrie, *Guide des soins aux enfants et adolescents néocanadiens*, Ottawa, 1999.
- Stork, H.E. (1999). *Introduction à la psychologie anthropologique. Petite enfance, santé et cultures*. Collection Coursus Psychologie, Armand Colin/HER, Paris.
- UNICEF, Le fonds des Nations Unies pour l'enfance (2005a). *Un bilan de la vaccination. Progrès pour les enfants*; 3: 1-32.
- UNICEF, Le fonds des Nations Unies pour l'enfance (2003). *La situation des enfants dans le monde*. New York.
- UNICEF, Le fonds des Nations Unies pour l'enfance (2002). *Savoir pour sauver*. New York.
- UNICEF, Le fonds des Nations Unies pour l'enfance (2001). *Plus de 20 000 enfants qui vivent dans les pays riches mourront des suites de leurs blessures dans les douze prochains mois*. Communiqué de presse.
- UNICEF, Le fonds des Nations Unies pour l'enfance (1998a). *La situation des enfants dans le monde 1998*. New York.
- Van Der Kwaak, A. (1992). *Female circumcision and gender identity: a questionable alliance?* *Social Science Medicine*. 35(6):777-787.
- Wright, J. (1996). *Female genital mutilation: an overview*. *Journal of Advanced Nursing*. 24:251-259.

Sites Internet

Comité international des Centres de recherche en démographie, Séminaire de février 1997, le CICRED, 2002-06-28. Genre et chefs de ménage aujourd'hui à Cuba : *Considérations démographiques et sociologiques*, par Catusus Cervera, S.; *Rôles économiques des femmes dans le contexte de politiques d'ajustement structurel : les conséquences sur le statut des femmes* par Miles Doan, R.; *Les femmes dans les familles monoparentales en Russie* par Kalabikhina, Irina.

www.cicred.ined.fr/femmes/rapportf.html

Direction de santé publique de Montréal (2006)

www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/index.html

Du Parc, Y. Baby on web, Grossesse et maternité: tout savoir, Historique sur l'analgésique et sur l'anesthésie obstétrique.

www.babybelgique.com/reference/welcome.html

Family Care International (2003). Soins qualifiés lors de l'accouchement: Le point sur les politiques.

www.safemotherhood.org/index.html

Fellous, M. (2001). *Nouveaux rites de passage dans les sociétés modernes avancées*. CNRS Info, no. 390.

www.ac-versailles.fr/PEDAGOGI/ses/traveles/fichlect/fellous.htm

Ferreira-Pinto, J. (1998). *Transcultural case management (TCM) integrated HIV health care and support services*.

www.rand.org./health/chips/projects/proj130.html

Leclerc, J., (2001). Le multilinguisme: un phénomène universel.

www.tlfq.ulaval.ca/langues/3cohabitation_phen-universel.html

Ludi, G., Annexe 8: L'enfant bilingue: Chance ou surcharge? Université de Bâle.

www.romsem.unibas.ch/sprachenkonzept/Annexe_8.html

Manço, A. Valeurs culturelles par-delà les migrations, 21 juillet 2001; Institut de Recherche, Formation et d'Action sur les Migrations (I.R.F.A.M.).

<http://allserv.rug.ac.be/~hdeley/IRFAM/irfamtextes.html>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec (2004b), et ses mises à jour.

www.santepub-mtl.qc.ca/MI/vaccination/index.html

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012*.

www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

www.msss.gouv.qc.ca/its

Ministère de la Santé et des Services sociaux:

www.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/nutrition.nsf

Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (2003). *Caractéristiques de l'immigration. Statistiques*. Gouvernement du Québec.

www.mrci.gouv.qc.ca/

Nathan, T. (1999). Les bébés parlent-ils le Langage? Quelques notes sur le traitement des troubles de la parole chez les enfants autistes. Centre Georges Devreux.

www.ethnopsychiatrie.net/activit/bebes.htm

ONUSIDA (2004).

www.onusida.org

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Pénurie alimentaire: prévalence et gravité de la faim.

www.fao.org/index_fr.htm

Organisation mondiale de la Santé (2004). Stratégie Mondiale: l'allaitement au sein est déterminant pour la survie de l'enfant.

www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr19/fr/

Organisation mondiale de la santé (2002b). Le point sur les vaccins et la vaccination dans le monde. Genève:

www.who.int/vaccines-documents/

Reebye, P.N., Ross, S.E., Jamieson, K., Clark, J.M.

www.attachmentcrosscultures.org/francais/recherche/index.html

Roques, N. (2003)

www.cododo.free.fr/cadre.htm

Santé Canada (a).

www.hc-sc.gc.ca/nutrition/prenatal/national_guidelines-lignes_directrices...

Santé Canada (b). Guide alimentaire canadien pour manger sainement.

www.hc-sc.gc.ca/fn-an/index_f.html - Mis à jour 2006.

Terrier, Lawrence (2003). Henné et croyances populaires berbères.

www.amazigh.info/article77.html

UNICEF (1998b). La situation des enfants dans le monde. Rappel: Causes de la malnutrition.

www.unicef.org/french/sowc98/prappel2.htm

UNICEF (2005b). Protection de l'enfant. Conflits armés.

www.unicef.org/french/protection/index_armedconflict.html

Valet, G.M. et S. Fiorina. Le Carnet/psy. Images africaines de maternité. De la figure symbolique de la mère dans les arts primitifs aux représentations maternelles inconscientes. Archives.

www.carnetpsy.com/Archives/Recherches/items/p56a.htm

www.enfantsbilingues.com/expert.html

www.univ-tlse2.fr/multimedia/bazdsc/ideo/ideo_cult1_1.htm

