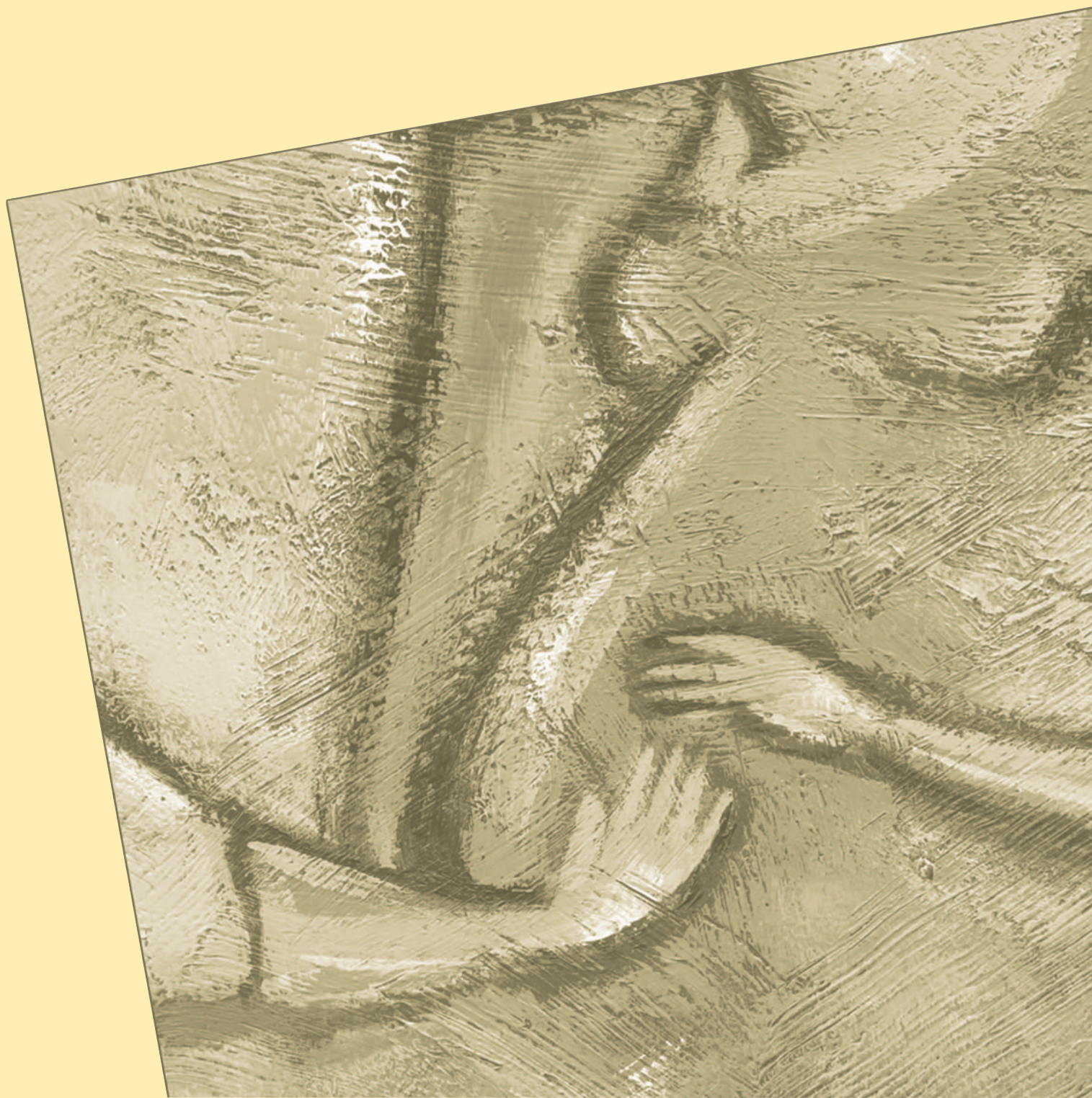


Retour à la maison

Retour à la maison



Retour à la maison

TABLE DES MATIÈRES

Objectif général.....	3
Objectifs spécifiques.....	3
Pour les animatrices	3
Pour la clientèle	3

RENCONTRES PRÉNATALES

Autres thèmes du programme-cadre	4
Durée	4
Activités d'animation	4
1. Accueil et introduction.....	4
2. Retour sur la rencontre précédente afin de répondre aux questions et aux besoins	5
3. Présentation du thème de la soirée et des objectifs.....	5
4. Réponses données aux parents concernant leurs besoins et leurs attentes	5

INFORMATIONS PRÉNATALES

1. Adaptation à l'arrivée d'un enfant.....	7
Diversité de situations	7
Adaptations multiples dans un bref délai	7
Naissances multiples	14
Accueil d'un enfant handicapé ou gravement malade	15
2. Recherche d'un nouvel équilibre	17
Apprentissage du rôle parental	17
Ajustement avec les autres rôles et qualité de la relation de couple	19
Facteurs facilitants ou interférents dans la recherche de l'équilibre	21
Cumul, persistance et concertation des facteurs	32

3.	Comment traverser les trois premiers mois sans paniquer?.....	33
	À l'aide!	33
	Grand sommeil.....	34
	Essentiel d'abord.....	34
	Bébé pleure.....	34
	Encouragement.....	35
	Dépression	35
	Place pour papa	36
	Panoplie de bébé	36
	Sourire.....	36
4.	Création de liens étroits entre le père et le bébé.....	37
	Peau à peau.....	38
	Porte-bébé	38
	Toucher	38
	Compétition	38
	Solo	39
5.	Dépression postnatale (DPN) chez la mère :	
	plus qu'un simple « baby blues »	39
	Principaux troubles psychologiques postnataux	39
	Présentation clinique de la DPN	40
	Outil de dépistage utile.....	41
	Principales conséquences	41
	Les facteurs de risque.....	42
	Intervention efficace	44
6.	Pharmacothérapie au quotidien.....	45
	Contraception en post-partum.....	45
	Physiologie de l'allaitement.....	45
	Contraception non hormonale.....	46
	Contraception hormonale.....	47
	Conclusion	52
7.	Ressources en postnatal	54
	Santé.....	54
	Ressources communautaires.....	54
	Forums de discussions	59

Retour à la maison

OBJECTIF GÉNÉRAL

- Amener les participants à prendre conscience des changements inhérents à la venue d'un enfant.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

POUR LES ANIMATRICES

- Inviter les participants à exprimer leurs attentes et leurs besoins.
- Répondre aux besoins des participants ainsi qu'à leurs interrogations.
- Encourager les participants à s'exprimer librement sur la façon dont ils souhaitent vivre le retour à la maison.
- Sensibiliser les futurs parents au regard de leur rôle mutuel de soutien et de réconfort.
- Amener les participants à réfléchir sur les moyens qui pourraient faciliter le retour à la maison.
- Dresser la liste avec les participants des ressources disponibles pouvant les aider dans cette étape de transition.

POUR LA CLIENTÈLE

- Trouver des réponses à ses interrogations.
- Démystifier les mythes véhiculés sur le retour à la maison.
- Définir ses besoins personnels.
- Connaître ses rôles face aux soins à prodiguer au nouveau-né.
- Connaître les changements à prévoir dans la vie de tous les jours lors du retour à la maison.
- Connaître les moyens à mettre en place pour faciliter l'adaptation.
- Comprendre les causes de la dépression post-partum.
- Connaître les ressources disponibles.
- Évaluer les rencontres prénatales.
- Faire part des correctifs qui devraient être apportées à la rencontre.

RENCONTRES PRÉNATALES

AUTRES THÈMES DU PROGRAMME-CADRE

Les rencontres prénatales comportent des thèmes qui touchent le retour à la maison. Il est important de répondre aux besoins des parents au fur et à mesure qu'ils se présentent et surtout d'axer les thèmes sur la prévention.

ACCUEIL

Il est important de faire connaître les ressources communautaires dont les groupes d'entraide en allaitement, les groupes de soutien aux nouveaux parents comme le Groupe Les Relevailles.

DEVENIR PARENTS

Cette rencontre permettra d'aborder les problématiques du retour à la maison et de parler des moyens pour le faciliter le partage des rôles entre les nouveaux parents, le congé parental et le soutien mutuel.

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT, ALLAITEMENT ET SOINS DU NOUVEAU-NÉ

Les thèmes de ces rencontres portent sur l'importance pour les parents de se préparer à l'arrivée d'un nouveau-né et d'aller chercher le soutien essentiel à ce changement dans la vie. L'enseignement en centre hospitalier donné aux nouveaux parents, les services offerts par les CSSS de la région, les groupes d'entraide en allaitement et la création des liens d'attachement dès la naissance sont tous des éléments très importants.

DURÉE

Une rencontre est prévue pour une durée d'une heure.

ACTIVITÉS D'ANIMATION

1. ACCUEIL ET INTRODUCTION

Le retour à la maison est une période d'adaptation pour tous les membres de la famille. C'est un moment privilégié pour prendre le temps de connaître le nouveau-né, pour trouver des façons de se sentir bien, pour accepter le soutien si nécessaire et pour prendre soin de chacun.

C'est un moment riche en émotions et en adaptation. Les besoins du nouveau-né, ceux de la mère, du père et du couple devront être reconsidérés pour arriver à les combler.

Cette période demande de la préparation et la grossesse est un moment propice pour cela. Les parents ne peuvent tout prévoir, mais ils peuvent mettre en place certains moyens qui leur faciliteront ce passage, ce changement de rôle et qui assureront le bien-être de chaque membre de la famille.

Bon retour à la maison!

2. RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE AFIN DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS ET AUX BESOINS

3. PRÉSENTATION DU THÈME DE LA SOIRÉE ET DES OBJECTIFS

La rencontre permettra aux futurs parents d'avoir un portrait de la situation, et de mettre en place certains moyens qui leur permettront de vivre cette nouvelle période de vie et de s'adapter à celle-ci.

4. RÉPONSES DONNÉES AUX PARENTS CONCERNANT LEURS BESOINS ET LEURS ATTENTES

SUGGESTIONS D'ACTIVITÉS

Présentation de la vidéocassette ou du DVD : *Devenir parents... Allaiter bébé*

La présentation permet de déclencher une discussion sur les thèmes suivants : adaptation, attachement, cafard postnatal « avoir les bleues », soutien familial et rôle des CLSC et des groupes d'entraide.

Métaphore : « Économie pour la vie »



- **Question à poser aux parents :** Y a-t-il une petite phrase que vos parents vous disaient, un geste qu'ils posaient ou une attitude qu'ils adoptaient lorsque vous étiez bien tannants et qu'ils désiraient que vous soyez plus sages?
- **Animation :** Imaginez-vous devant un immense cochonnet dans lequel vous déposez tous les petits gestes d'amour que vous posez envers votre enfant : le prendre sans réserve, lui donner des baisers, le masser, le toucher, lui parler et bien d'autres gestes qui ne peuvent être comptés.

Peut-être vous arrivera-t-il de vous sentir dépassés et de ne pas savoir quoi faire ou dire pour le consoler? Les parents feront alors un petit retrait du cochonnet.

**Apprendre à aimer, à consoler, à combler les besoins du bébé
permettra de faire le plein d'économies.**

- **Explication du thermomètre pour la gestion de la colère.** Quelle attitude adoptée si la situation dépasse le parent? Les ressources utiles pour chaque situation.



Petits bonheurs

Les parents découvriront des trucs et des moyens pour préparer le retour à la maison. Ils s'approprient leur propre méthode, trouveront des solutions tout en rendant l'adaptation positive. Les petits bonheurs font partie du quotidien.

- Qu'avez-vous pensé mettre en place pour faciliter le retour à la maison?
- Quelles phrases sont dites par les personnes qui vous entourent quand vous leur annoncez que vous attendez un enfant?
- Comme père, serez-vous présent? Prendrez-vous des congés?
- Y a-t-il des personnes qui se sont proposées pour vous aider?
- Avez-vous des exemples de soutien à la maison que vous aimeriez recevoir?
- Connaissez-vous des organismes communautaires qui pourraient vous soutenir?
- Pensez-vous avoir besoin d'aide? Est-ce essentiel pour vous?
- Qu'est-ce que les CLSC peuvent faire pour vous?
- Qu'est-ce qui vous fait du bien, que vous aimez faire?
- Comment vous sentez-vous à l'idée de demeurer à la maison?
- Comment voyez-vous votre interaction avec les autres?
- Quelles activités sont offertes aux nouveaux parents?
- Bien d'autres questions qui pourraient assurer le bien-être des nouveaux parents.



Les petits bonheurs sont tout près de nous.

INFORMATIONS PRÉNATALES

1. ADAPTATION À L'ARRIVÉE D'UN ENFANT

DIVERSITÉ DE SITUATIONS

Accueillir un enfant est généralement un événement heureux pour le couple et pour les proches. Il ne faut toutefois pas perdre de vue la diversité des situations qui peuvent se présenter. Ainsi un certain nombre de grossesses ne sont pas planifiées; certaines sont précoces, comme à l'adolescence. Exceptionnellement, la situation provoquera la rupture du couple, laissant parfois la mère seule pour vivre l'accouchement. La grossesse peut aussi être issue d'un long processus pour favoriser la fertilité. Sur ce, des spécialistes sont d'avis que les jeunes adultes ne sont pas suffisamment informés sur les risques du report du moment de la grossesse. Ils s'interrogent sur les conséquences médicales des grossesses tardives pour les femmes et les coûts engendrés par les complications pour la mère et l'enfant.

L'enfant peut être né dans une famille dite intacte, c'est-à-dire une famille constituée des deux parents, ou dans une famille recomposée où vivent des enfants issus d'unions antérieures. La responsabilité juridique de l'enfant peut être assumée par un seul parent (par exemple, lorsqu'il n'y a pas de reconnaissance de paternité) ou, dans des cas d'exception, l'enfant peut être confié à ses grands-parents ou à une famille d'accueil.

La situation économique influence aussi l'accueil de l'enfant selon la situation d'emploi des parents : sans emploi, aux études, travailleurs autonomes, salariés occupant un emploi à temps partiel ou à temps plein. L'état de santé physique ou mentale de l'enfant ou celui des parents sera aussi déterminant. Des chercheurs ont également noté notamment que la scolarité, particulièrement celle de la mère, a une influence sur le développement de l'enfant. Tous ces éléments jouent un rôle dans l'adaptation de la famille au moment de l'arrivée d'un nouveau membre.

ADAPTATIONS MULTIPLES DANS UN BREF DÉLAI

Le stress entourant l'accouchement

L'arrivée d'un enfant constitue incontestablement un événement majeur dans une vie. Les conjoints deviennent alors un couple parental, lien qui les unira pour la vie. Cependant, ce n'est pas parce qu'il s'agit d'un événement heureux que des difficultés ne se présentent pas. Cette transition de vie nécessite des adaptations sur les plans personnel, relationnel, organisationnel et financier.

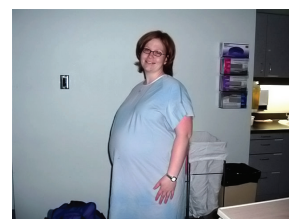


Ainsi, en plus des joies que procure l'arrivée de l'enfant, des changements multiples et rapides bouleversent le quotidien des parents. Des conditions favorables peuvent les atténuer : attitude des proches, aide matérielle et financière. D'autres éléments, au contraire, sont susceptibles d'accentuer les difficultés d'adaptation.

Mentionnons tout d'abord que plusieurs recherches et commentaires recueillis par le Conseil de la famille et de l'enfance laissent entrevoir l'existence de situations de vulnérabilité au moment de la période prénatale. Le stress et l'anxiété seraient causés par des complications liées à la grossesse, à des accouchements avant terme et au faible poids du bébé à la naissance. Par exemple, une récente étude tend à montrer qu'il y a une augmentation des risques de complications chez l'enfant et chez la mère lorsque la femme enceinte travaille dans un environnement stressant.

Or, des personnes consultées ont observé que de plus en plus de femmes arrivent à l'accouchement épuisées, notamment parce qu'elles ont tendance à repousser le plus possible leur arrêt de travail avant l'accouchement pour pouvoir profiter d'un congé de maternité plus long après la naissance. En outre, des chercheurs de l'Institut national de santé publique du Québec rapportent que certaines caractéristiques des emplois occupés par des femmes enceintes les prédisposeraient à donner naissance à des enfants de faible poids. À elle seule, l'irrégularité de l'horaire de travail augmenterait ce risque de 30 %. Selon leurs calculs, « la probabilité d'avoir un enfant de petit poids redevient presque à la normale lorsque les conditions de travail qui augmentent les risques sont modifiées avant la 24^e semaine de grossesse ». Sur ce point, des participantes aux consultations ont déploré que le retrait préventif soit de plus en plus difficile à obtenir pour les femmes qui travaillent. Au stress lié à l'emploi s'ajoutent les appréhensions parfois vives à l'égard de l'accouchement, surtout avant une 1^{re} naissance.

L'accouchement en lui-même comporte son lot de stress, et le type d'accouchement peut accentuer les difficultés d'adaptation à la nouvelle situation. Notons que 22 % des naissances au Québec l'ont été par césariennes en 2004, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'état de santé de la mère durant la période postnatale.



Le stress de l'accouchement affecterait aussi les pères, mais rares seraient les hommes qui acceptent de parler franchement de leurs réticences à l'endroit de l'accouchement de leur femme. Ce sujet serait encore tabou, les hommes cacheraient la plupart du temps leurs émotions. De l'avis d'une accompagnatrice à la naissance, « certains hommes connaissent un choc psychologique au cours de l'accouchement. De cela peut naître un blocage sexuel ». Des pères font mention de pressions qui s'exercent sur eux, par exemple pour couper le cordon ou voir sortir le bébé. Des praticiennes constatent qu'il n'est pas rare de voir des pères en train de pleurer : « ils sont mal préparés à cette étape et craquent ». Selon elles, les intervenants médicaux devraient se contenter de proposer certains gestes au père et respecter les refus (2 à 3 % des pères n'assisteraient pas à l'accouchement). Des pères qui ont reçu le soutien d'une accompagnatrice ont indiqué les bienfaits que ce soutien leur a procurés et le recommandent. Ce besoin d'accompagnement du couple se remarque aussi par l'accroissement du nombre d'enfants nés en maison de naissance au Québec.

Par ailleurs, rappelons que l'approche médicale des dernières années amène les mères à quitter le centre hospitalier très rapidement, généralement dans les 48 heures suivant l'accouchement. Cette approche, qui peut paraître bien fondée médicalement, semble susciter un stress important chez des parents qui ne disposent pas nécessairement des ressources appropriées durant la période des relevailles et qui sont sujets à des inquiétudes, particulièrement lorsqu'il s'agit des soins à donner à leur 1^{er} enfant. Plusieurs déplorent que trop souvent les femmes se retrouvent seules à la maison. À cet égard, une

jeune mère a confié l'isolement qu'elle a ressenti durant cette période compte tenu du fait que le travail de son conjoint l'appelait à voyager à l'extérieur du territoire durant toute la semaine et qu'ils vivent loin de leur parenté.

Au stress de l'accouchement peut s'ajouter possiblement le syndrome dit du 3^e jour (baby blues). La littérature scientifique révèle que ce syndrome toucherait jusqu'à 80 % des femmes. Généralement, constatent des spécialistes de la question, il s'agit d'une situation transitoire qui ne requiert pas de traitement particulier si ce n'est le réconfort et le soutien des pairs et le repos. Toutefois, chez un certain nombre de femmes touchées, les symptômes évolueront vers une dépression post-partum qui résulterait d'un déséquilibre hormonal. Cette dépression ne serait pas toujours bien connue ni bien traitée et pourtant, elle s'avèrerait pathogène et dangereuse. « Une femme en dépression post-partum a honte, elle se sent coupable », explique la psychiatre périnatale Marie-Josée Poulin qui cherche depuis 25 ans à faire mieux connaître ce phénomène et souhaite une amélioration des recherches pour mieux prévenir et traiter les troubles psychiatriques périnataux. Les symptômes de la dépression post-partum sont l'anxiété, la fatigue, la confusion, la culpabilité et l'impression d'avoir manqué sa vie. Des chercheurs québécois évoquent que le risque suicidaire chez la mère est élevé dans l'année suivant l'accouchement. Ils constatent aussi l'existence d'un « potentiel d'infanticide non négligeable requérant la mise sur pied de services accessibles et efficaces ».

Pour sa part, la chercheuse en sociologie de la santé de l'Université du Québec à Montréal, Catherine Des Rivières-Pigeon, a comparé le phénomène au Québec avec la situation en France et en Italie. Ses recherches indiquent que le taux de dépression post-partum serait presque deux fois plus élevé au Québec qu'ailleurs, ce que la chercheuse explique notamment par la solitude que vivent les mères. Elle constate que « les Québécoises sont plus autosuffisantes; souvent, elles ne peuvent compter que sur leur conjoint; parfois, elles sont même déçues de sa participation. En Italie, le conjoint est plutôt absent, mais la mère, les sœurs et les amies de la mère vont se mobiliser. »

Selon une récente étude canadienne, parmi toutes les mères examinées pour d'éventuels symptômes de dépression, une sur deux refuse de faire appel aux services existants; il faut donc aller vers elles, estiment les Dr Nicole Létourneau et Dr Linda Duffett-Léger. Elles constatent aussi que, lorsque peu de services sont offerts pour traiter ce problème, les femmes hésitent à demander de l'aide de peur d'être considérées comme de mauvaises mères.

Préoccupés par la fréquence des difficultés postnatales, fréquence confirmée notamment par une étude française qui révèle que 60 % des congés de maternité sont prolongés par des congés pathologiques, des dirigeants de pays européens en sont venus à considérer qu'il s'agit d'un problème de santé publique. Certains s'interrogent aussi sur l'augmentation possible des risques de dépression post-partum dans un contexte de grossesses de plus en plus tardives. Enfin, des recherches feraient état de risques de dépression après la naissance chez les pères, dépression qui aurait un effet sur la relation de couple et sur le lien entre le père et l'enfant.

Comme on le constate, la solitude de nouveaux parents n'est pas un phénomène québécois. Nombre de professionnels se penchent sur la dépression maternelle, notamment la pédopsychiatre et psychanalyste Myriam Szejer qui porte un jugement sévère sur la situation. Selon elle, « tout est mis en place pour que les dépressions se

multiplient, car jamais une société humaine n'a été aussi dure avec les jeunes mères, ne les a laissées aussi seules ».

Devant ces constats, un consensus se dégage sur l'importance du dépistage précoce des problèmes liés à l'accouchement et sur la nécessité d'avoir du personnel formé qui suit les femmes tout au long de leur grossesse. À cet égard, les commentaires recueillis relèvent des lacunes dans le suivi médical au moment des relevailles. Il appert qu'une courte visite à domicile d'une intervenante ou d'un intervenant d'un CLSC ou encore un entretien téléphonique, comme cela se pratiquerait parfois, ne permettent pas de détecter la détresse postnatale. Des chercheurs attirent aussi l'attention sur les pratiques des fournisseurs de services d'aide. Selon le cas, les visites à domicile peuvent représenter une aide efficace pour les nouveaux parents ou générer des angoisses, notamment la crainte qu'un professionnel ne vienne s'immiscer indûment dans leur vie privée.

Il est aussi reconnu que les parents manquent de sommeil au cours des semaines suivant l'accouchement. Or la fatigue accumulée accroîtrait les difficultés à coordonner toutes les activités quotidiennes et pourrait accentuer la tension au sein du couple, d'où un risque d'éloignement dans la relation conjugale.

Un risque d'éloignement dans le couple

Outre les difficultés associées à l'accouchement, les changements provoqués par la venue de l'enfant dans les habitudes de vie du couple suscitent généralement chez chacun des conjoints une remise en question de ses priorités personnelles et professionnelles. L'un et l'autre auront à faire des compromis qui seront plus ou moins difficiles selon chaque individu et qui se répercuteront à la longue sur la relation de couple. Or, la façon dont le couple s'adapte à la nouvelle situation et aux exigences associées au rôle de parent est susceptible d'avoir des répercussions sur la qualité de sa relation future.

Il est reconnu en effet, tant par les intervenants que par les chercheurs, que la naissance d'un 1^{er} enfant constitue un événement qui peut fragiliser la relation. Certains facteurs sont avancés. Outre la condition physique et psychologique des femmes après l'accouchement, les recherches font état de la tendance des mères à se concentrer uniquement sur leur relation avec l'enfant. Elles agiraient parfois, souvent inconsciemment, en mettant le père de côté.



Pour leur part, les hommes ne seraient pas toujours sensibilisés aux difficultés de leur conjointe après l'accouchement. « Ils ne savent pas toujours construire leur place de père », convient un père engagé dans un organisme communautaire.

Selon lui, les hommes ne sont pas certains de ce qu'ils doivent faire ni de ce qu'ils sont capables de faire. De tels propos rejoignent les observations du professeur et chercheur Jean Le Camus, qui décèle quatre séries d'obstacles à surmonter pour les nouveaux pères : les transformations du corps et du caractère de la conjointe; le choc de l'enfantement; la priorité accordée au bébé et les contraintes du partage des tâches. Il constate que les nouveaux pères ont un réel besoin d'exprimer leurs émotions et leurs inquiétudes entre hommes. Au Québec, les interventions postnatales rejoignent peu les jeunes pères. D'une part, note-t-on, celles-ci se font souvent à des moments où les pères

sont au travail et, d'autre part, l'approche serait peu adaptée au caractère masculin. De telles remarques ont été abordées lors des consultations d'expériences communautaires intéressantes, mais trop peu répandues.

Somme toute, les points de vue de spécialistes, d'intervenants et de parents convergent : l'arrivée d'un enfant exige du couple des facultés d'adaptation qui doivent être considérées, d'autant plus que des études établissent un lien entre la qualité de la relation conjugale et le niveau d'attachement que le parent développe à l'égard de l'enfant. Ainsi, le soutien affectif mutuel des conjoints (le soutien d'un proche dans le cas des mères seules) est susceptible de fournir les ressources nécessaires pour être en mesure de contribuer « au développement d'une relation d'attachement sécurisante pour l'enfant ».

La façon de prendre soin de l'enfant peut aussi s'avérer une source de conflits entre les conjoints, notamment parce qu'il s'agit d'une question qui rejoint les valeurs profondes de chacun et qui est souvent empreinte des habitudes du milieu familial d'origine. Un représentant d'organisme d'aide l'illustre par un exemple : « un désaccord profond sur l'approche à adopter lorsque l'enfant pleure peut être le début du désengagement d'un des parents à l'égard de l'enfant et d'une distanciation au sein du couple ».

Les transformations profondes que provoque l'arrivée d'un 1^{er} enfant se manifesteraient dans ces différends. Des chercheurs soutiennent que le changement de statut social associé au fait d'être parent générerait des tiraillements chez l'individu qui « peuvent apparaître entre les loyautés verticales, par rapport aux origines et, horizontales, liés aux valeurs du couple lui-même ». La femme et l'homme se découvriraient des attachements ou des priorités autres que ceux qui allaient de soi dans le couple, ce qui provoquerait des bouleversements intérieurs chez de nouveaux parents. Avec l'annonce de l'arrivée de l'enfant, ce serait la question du lien qui se poserait, le lien d'allégeance à l'intérieur du couple et le lien à la lignée. À cet égard, les réactions de la famille élargie peuvent apaiser les doutes des parents ou encore alimenter les conflits. Certes, les nouveaux parents sont généralement reconnaissants du soutien offert par les proches pendant cette période, mais il arrive aussi qu'ils se heurtent à des critiques sur leur façon de prendre soin de l'enfant.

L'effet psychologique du « devenir parent » est un sujet d'études bien résumé dans le témoignage suivant : « on n'est plus que l'enfant de ses parents, on devient à notre tour un parent, c'est à la fois merveilleux et angoissant. » L'accueil d'un enfant soulève des appréhensions par rapport à l'exercice de la parentalité, mais ferait aussi ressortir des souvenirs d'enfance qui sont parfois douloureux. Le désir de faire mieux ou d'être à la hauteur augmenterait la pression chez l'individu. Toute cette tension, souvent non verbalisée, est susceptible de nuire à la communication entre les conjoints.

Ainsi, le manque de communication et d'intimité de même que l'attention centrée sur l'enfant sont susceptibles de créer un éloignement des conjoints qui se répercutera sur les relations affectives et sexuelles. Or le maintien ou non de relations affectives harmonieuses et d'une sexualité épanouie entre les deux partenaires aura des répercussions sur la stabilité de la relation conjugale. Cette stabilité dans la vie de couple peut donc apparaître à la fois comme une source de bonheur et d'épanouissement et être porteuse de facteurs de risque pour la relation conjugale. Pour préserver l'union, des praticiens invitent les couples à se donner du temps; ce qui n'est pas facile lorsque les parents doivent réorganiser de multiples éléments de la vie familiale.

Une réorientation des activités

Avec la venue d'un enfant, les parents seront amenés à réorienter l'organisation des activités familiales et financières en fonction des besoins de l'enfant. Dans un premier temps, plusieurs jeunes couples devront dénicher un endroit convenable pour se loger, ce qui peut devenir problématique dans un contexte de pénurie de logements abordables pour de jeunes adultes dont les revenus sont instables. Certains feront face à la réticence de locateurs à accueillir une famille avec de jeunes enfants.

La prise en charge d'un enfant oblige aussi les parents à redéfinir leur rôle respectif. Une nouvelle distribution des tâches domestiques et des soins à donner à l'enfant s'impose. Il apparaît que les mères qui, majoritairement, profitent d'un congé parental, assument davantage la gestion de la vie quotidienne. Par ailleurs, il est de plus en plus reconnu que les jeunes hommes s'investissent plus dans les soins à prodiguer à l'enfant et dans les tâches domestiques. Toutefois, leur implication ne serait pas toujours à la hauteur des attentes de leur conjointe.

L'Institut de la statistique du Québec fournit quelques indications sur la perception qu'ont les mères québécoises par rapport au soutien qu'elles reçoivent de leur conjoint environ cinq mois après la naissance. Quoique la perception des mères sondées s'avère généralement très positive à cet égard, c'est au chapitre des tâches domestiques que le niveau de satisfaction apparaît le moins élevé. L'étude rapporte que « l'évaluation que font les mères du soutien global apporté par leur conjoint semble plus fortement associée au soutien émotionnel qu'à l'aide instrumentale ».

Un niveau de vie à rééquilibrer

L'arrivée d'un enfant engendre inmanquablement de nouvelles dépenses qui exercent une forte pression sur les finances du ménage. Selon une jeune mère, cette pression fut un des aspects les plus difficiles à gérer à l'arrivée de son 1^{er} enfant. Une intervenante sociale a observé que généralement les jeunes parents sont peu préparés au coût réel que représente l'arrivée d'un enfant : « quand l'enfant arrive, ils font face à la réalité de ce que cela coûte. »

Certes, le coût des dépenses liées à l'arrivée d'un enfant ne peut se mesurer à ce qu'il représente réellement, mais on ne peut négliger leurs répercussions. Considérant les frais directs (achats d'ameublement, logement adapté, frais de subsistance et d'entretien) et les frais indirects (perte de salaire), il est difficile, voire impossible, pour une famille de maintenir le même niveau de vie sans modifier ses priorités financières. Les soins donnés aux enfants et leur éducation exigent des coûts qui sont difficiles à établir, car de multiples facteurs sont en cause. Toutefois, des chercheurs avancent assez couramment une moyenne de 8 000 \$ par enfant, par année, ou 15 à 25 % du revenu annuel brut de la famille.

Rappelons que la situation de jeunes familles demeure fragile étant donné le niveau élevé d'endettement et le taux d'épargne presque nul. Le rééquilibrage du budget passe donc par une réorganisation des dépenses familiales. À cet égard, on constate chez les familles une diminution constante au fil des ans de la proportion du budget consacrée à l'alimentation et à l'habillement. En contrepartie, la part consacrée au logement et au transport a augmenté depuis dix ans.

La gestion des finances est encore plus difficile pour les couples dont la stabilité professionnelle n'est pas assurée, surtout s'ils connaissent des périodes de chômage cycliques; une situation qui devient problématique lorsque la mère n'a pas accès à un remplacement du revenu durant la période postnatale. Les coûts additionnels ainsi que les pertes salariales amènent plusieurs chercheurs à établir un lien entre l'arrivée d'un nouvel enfant dans la famille et la détérioration du niveau de vie de la famille susceptible de faire basculer le couple dans une situation de pauvreté.

À cet égard, notons que l'Institut de la statistique du Québec, à partir d'indicateurs, a établi que le risque de pauvreté chez une famille de deux adultes et d'un enfant est de 7 %; de 12 % pour une famille de deux adultes et de deux enfants et de 21 % lorsqu'il y a trois enfants et plus dans la famille. L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) donne aussi quelques indications sur le sujet de la pauvreté. Cette étude amorcée en 1998 et menée auprès d'une cohorte de près de 2 000 enfants suivis annuellement de l'âge de cinq mois à l'âge d'environ quatre ans, fait ressortir que « le tiers des enfants québécois âgés d'environ deux ans et demi en 2000 a été exposé à un moment ou l'autre à au moins une période de faible revenu depuis sa naissance ». Dans près de la moitié des cas, les enfants ont vécu dans la précarité durant toute la période couverte. Au total, l'étude établit que « 6 % des enfants ont vécu dans un ménage dont le revenu était très insuffisant, soit en deçà de 60 % du seuil de faible revenu, depuis leur naissance ».

Notons que la situation économique de jeunes familles pourrait être encore plus problématique sans l'expression de la solidarité familiale. On observe en effet que les grands-parents, la fratrie et amis sont souvent des ressources de première importance au moment de l'arrivée d'un enfant dans la famille. La contribution des proches s'exprime de diverses façons, souvent sur les plans financier et organisationnel, mais aussi dans le soutien aux responsabilités parentales.

Des responsabilités parentales à assumer

De tout temps, l'inexpérience de jeunes couples a incité les proches à intervenir dans les soins et dans l'éducation à donner au jeune enfant. Le plus souvent, ces interventions sont souhaitées et réconfortent les nouveaux parents, surtout ceux ayant été élevés dans des familles peu nombreuses et qui ont eu peu de contacts avec des bébés. Le manque d'expérience semble toutefois inciter l'entourage à intervenir davantage en adoptant parfois une approche directive.

Une mère de deux enfants affirme que « ce qui caractérise l'arrivée de l'enfant, c'est le poids des gens alentour ». Elle fait référence notamment au « CLSC qui te dit quoi manger pour être une bonne mère [...], aux collègues qui te disent de rester le plus longtemps possible avant de partir en congé maternité [...], à la famille qui y va de ses multiples recommandations. Tu vis beaucoup de pression par rapport à ce que tu es censée faire », conclut-elle. Ce constat confirme les observations du Conseil sur le fait que, si les parents sont parfois heureux de trouver du soutien et des conseils auprès d'une variété de ressources (livres, ateliers de formation, etc.), il arrive qu'ils se sentent submergés par cette masse d'information et parfois déstabilisés devant la multiplication des exigences à leur égard.

Par ailleurs, des parents ont relaté des expériences démontrant que la collectivité pose souvent sur eux un regard sévère et réprobateur. Un jeune père a relaté, entre autres,

qu'un inconnu l'a interpellé avec des propos disgracieux parce qu'il jugeait que son enfant était trop jeune pour être amené dans un centre commercial. Et que dire des endroits publics où l'enfant dérange et où les gens manifestent leur mécontentement directement aux parents? En outre, la grossesse d'une salariée n'est pas toujours bien accueillie par son employeur et par ses collègues lorsque le congé parental génère des difficultés de gestion des ressources humaines, difficultés qui se répercuteront sur la charge de travail des autres salariés.

La pression sociale peut accentuer les attentes personnelles des parents à l'égard de leur enfant; ils peuvent être incités à s'investir totalement auprès de l'enfant, adoptant une approche dite d'« hyper-éducation ». Cette situation de « surimplication » des parents inquiète le professeur Richard Koestner du Département de psychologie de l'Université McGill. Selon son analyse, ce comportement peut déséquilibrer la vie familiale en causant plus de tort que de bien et en accentuant le stress chez l'enfant et les parents. Ils peuvent se retrouver à négliger leur vie de couple, leurs amis ou leur développement personnel parce qu'ils sont trop occupés à maximiser le développement de leur enfant. Koestner rappelle l'importance pour les parents de mener une vie de couple en santé et d'entretenir un bon réseau d'amis. Il souhaite que les parents soient plus décontractés. Ils sont avant tout des modèles, des sources d'inspiration pour leurs enfants et non des entraîneurs ou des patrons.

Les propos recueillis soulèvent des questions sur les approches des intervenants professionnels. À certains égards, les jeunes parents se sentent dépossédés dans l'obligation de suivre les recommandations des spécialistes. Plutôt que de soutenir, l'attitude des experts les insécuriserait. Une participante aux consultations a confié au Conseil : « quand on te dit quoi faire, ça ne te donne pas confiance en toi. »

S'approprier l'information pertinente et adapter les connaissances aux circonstances et à sa personnalité pose un défi que tentent de relever tous les parents. Certaines situations génèrent des défis supplémentaires, dont les naissances multiples, l'arrivée d'un autre enfant, l'accueil d'un enfant adopté et l'accueil d'un enfant handicapé ou gravement malade.

NAISSANCES MULTIPLES

Les naissances multiples entraînent des difficultés d'adaptation particulières. Elles accentuent les problèmes organisationnels et occasionnent des frais additionnels importants pour les parents. Une récente étude québécoise réalisée auprès de parents de jumeaux et de triplés démontre que le coût total pour la première année (matériel pour l'accueil et les soins mensuels : couches et autres articles) est de 7 000 \$ pour des jumeaux et de plus de 11 000 \$ pour des triplés.

Un programme administré par le ministère de la Santé et des Services sociaux accorde une aide financière, non récurrente, de 6 000 \$ aux familles dont la mère donne naissance à des triplés et de 8 000 \$ pour des quadruplés. Aucun montant n'est donné aux familles ayant des jumeaux.



L'étude fait ressortir que, sur le plan médical, ces grossesses sont plus à risque et que les bébés sont plus souvent prématurés. Malgré les risques de complications, ces familles recevraient peu des services d'aide domestique, de travailleurs sociaux, d'infirmières et même de psychologues. Des parents qui ont vécu la situation déplorent avoir dû réclamer cette aide au lieu qu'elle soit offerte avant qu'ils soient « au bout du rouleau ». Ils ne comprennent pas pourquoi, malgré une charge énorme (par exemple, 14 à 16 biberons par jour pour des jumeaux), il n'y a aucun mécanisme d'aide systématique pour soutenir les familles en cas de naissances multiples, particulièrement pour la période des 24 premiers mois.

ACCUEIL D'UN ENFANT HANDICAPÉ OU GRAVEMENT MALADE

Pour un certain nombre de familles québécoises, la joie liée à la venue d'un enfant sera vite remplacée par le choc de l'annonce du diagnostic d'une maladie ou d'un handicap qui limitera la capacité d'autonomie de l'enfant et qui exigera qu'on lui offre un soutien personnalisé pour l'accomplissement de ses activités courantes. Cette annonce vient bouleverser tous les membres de la famille et a des effets importants tant sur les plans personnel, relationnel et organisationnel que financier, comme le confirme une récente étude de l'Office des personnes handicapées du Québec.

Le terme « handicap » fait référence à la situation de « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».

Un choc à surmonter

Les familles dont l'un des membres a un handicap évoluent dans le même contexte que l'ensemble des familles québécoises. Elles remplissent les mêmes fonctions et endossent les mêmes responsabilités parentales. Elles partagent les mêmes valeurs familiales empreintes du désir d'autonomie et d'épanouissement personnel de chaque membre de la famille. À plusieurs égards, leurs difficultés sont comparables à celles des autres familles.

Toutefois, la prise en charge d'un membre de la famille qui présente des besoins particuliers et dont l'autonomie est restreinte constituerait une tâche très exigeante en matière de temps, d'argent et d'engagement personnel. Les recherches font ressortir que ces familles sont susceptibles d'être exposées à un stress intense et persistant, car elles ont à surmonter la déficience, mais aussi la discrimination. S'il est reconnu que les familles touchées par le handicap peuvent connaître le bonheur, les familles questionnées sont les premières à avouer qu'il leur a fallu plus d'une année pour surmonter le choc initial.

Tous les commentaires recueillis et les recherches consultées convergent : l'annonce du diagnostic constitue un choc pour l'ensemble de la famille et des proches et crée une situation traumatisante. « J'ai pleuré pendant trois ans », dira la mère d'un enfant handicapé. La littérature scientifique le confirme, l'annonce est le début d'un long cheminement, une succession d'adaptations que devront vivre les familles, une évolution décrite comme étant silencieuse et souffrante.

C'est un processus que les spécialistes ont cherché à décrire par étapes (choc et peur; négation et retrait défensif; détresse, colère et sentiment d'injustice; réorganisation;

adaptation à la différence; acceptation), mais l'acceptation n'est jamais acquise complètement. « La maladie, on n'accepte pas cela, on s'adapte comme on peut », dira une participante aux consultations.

Le processus d'adaptation ne se fait pas au même rythme chez chacun des membres de la famille et n'est pas linéaire. Les familles sont sujettes à des périodes cycliques d'espoir et de désespoir, des « up and down » diront des chercheurs. Des ajustements constants sont donc nécessaires. La phase d'acceptation n'étant jamais atteinte, certains parlent d'une « tristesse ou d'une souffrance chroniques » chez les parents d'enfants handicapés pour décrire la réalité de ceux qui voient les sentiments qu'ils ont ressentis au départ resurgir à divers moments de la vie de l'enfant. Des parents d'un enfant extrêmement prématuré confient qu'ils vivent « un stress intense et chronique qui ne s'estompe pas avec le passage du temps ». Il leur apparaît que la situation n'est jamais résolue et que l'inconnu subsiste.

Les qualitatifs ne manquent pas pour décrire le choc que provoque l'annonce du diagnostic de handicap. Il est question d'un état qui provoque un déséquilibre émotionnel, une angoisse, une sorte de torpeur, de désarroi, un sentiment d'impuissance, de culpabilité, de peur devant l'inconnu et devant ses capacités personnelles de surmonter le choc, d'exercer ses responsabilités parentales ou familiales. C'est un sentiment d'être comme dans une bulle, une impression que la réalité est désorganisée, une profonde blessure personnelle qui souvent heurte l'estime de soi et crée un stress intense. Dans le cas d'un enfant extrêmement prématuré, des chercheurs avancent que l'annonce peut déstabiliser le processus d'identification amorcé par la mère puisqu'il survient dans une période où la mère et l'enfant ne font qu'un.

L'annonce est un moment crucial et est reconnue comme ayant une incidence directe sur la capacité d'adaptation de toute la famille. C'est pourquoi des auteurs préfèrent parler de processus de révélation plutôt que d'annonce. Des spécialistes de la question considèrent que « les mots prononcés et les émotions ressenties vont rester ancrés profondément dans la mémoire des parents ». Ils soutiennent que ces mots auront des répercussions importantes sur la relation parent-enfant et détermineront le niveau de stress sur le plan de l'adaptation. Ils ajoutent que « dans une certaine mesure, le discours professionnel va fonder la trame de la future identité de l'enfant ».

Avec le choc du diagnostic, les attentes et les espoirs liés à l'arrivée d'un enfant sont remis en question.



Les parents seront appelés à faire le deuil de l'enfant dit « normal » et de certains projets d'avenir. Les psychologues estiment que ce deuil et les renoncements par rapport aux projets d'avenir sont nécessaires pour atteindre un certain équilibre, mais constituent néanmoins un processus douloureux qui peut ébranler le fondement même de la structure familiale.

Selon les résultats de recherches, le sentiment de culpabilité ressenti après avoir donné naissance à un enfant ayant une malformation congénitale peut aussi entraîner une détresse psychologique. Ce sentiment de culpabilité peut mener à une perte d'estime de soi pouvant conduire à la rupture de l'attachement parental. Des spécialistes de la santé soutiennent que chez certaines personnes, le handicap d'un enfant peut susciter des

relations de type fusionnel, particulièrement mère-enfant. Dans d'autres cas, il arrive que la personne ne parvienne pas à se sentir « parent », une situation relevée par des chercheurs qui ont mené des études auprès de parents d'enfants chez qui a été détecté un lourd handicap après l'adoption. Un sentiment d'agressivité et même de rejet ou de haine peut alors envahir les personnes qui avaient idéalisé leur projet d'avoir un enfant. Des récits de vie évoquent des pensées suicidaires associées aux situations d'impasse que perçoivent des parents en détresse psychologique.

Les personnes placées devant une situation traumatisante, comme le handicap d'un enfant, diront qu'elles ont développé des ressources insoupçonnées qui les surprennent. Elles affirment ressentir un sentiment d'accomplissement et de satisfaction. Elles disent avoir puisé la force nécessaire et avoir acquis des compétences, tout en développant une vision différente de la vie. Selon certains parents, le handicap de l'un des membres de la famille fut une occasion de grandir, car ils ont accepté la situation et ils ont intégré le handicap au projet familial. Par contre, l'adaptation ne se faisant pas nécessairement au même rythme chez tous les membres de la famille, la relation de couple peut être compromise, et la fratrie est susceptible de subir les contrecoups. Selon le cas, c'est toute la dynamique familiale qui est à recomposer.

Tiré de : Transitions familiales : le rapport 2005-2006 sur la situation et les besoins des familles et des enfants, Conseil de la famille et de l'enfance, avril 2007, p. 27 à 52.

2. RECHERCHE D'UN NOUVEL ÉQUILIBRE

APPRENTISSAGE DU RÔLE PARENTAL

Pour la grande majorité des adultes, la naissance de leur 1^{er} enfant représente le changement le plus abrupt de leur vie. Sans aucune préparation antérieure pour plusieurs, ils réalisent à la naissance de leur enfant que le rôle et les tâches reliés au parentage sont acquis soudainement. Leur 1^{er} bébé fait immédiatement d'eux des parents. Miller et Myers-Walls considèrent pourtant qu'une période de transition pendant laquelle les nouveaux parents feront l'apprentissage de diverses tâches du parentage doit s'opérer pas à pas, même si le statut de parent est acquis de façon subite.

Au cours de ses échanges quotidiens avec son nourrisson, le nouveau parent apprendra graduellement à le connaître et découvrira jour après jour sa façon particulière de réagir. Peu à peu, son attachement envers son nouveau-né se développera de même qu'une harmonie entre l'enfant et le parent.



De plus, graduellement, les parents vivent un processus d'individualisation d'avec lui en le reconnaissant comme un être distinct d'eux-mêmes. Tout au long de cette période de transition, les nouveaux parents acquerront les habiletés propres à leur nouveau rôle.

La croissance et le développement harmonieux du nourrisson sont directement liés à la qualité des interactions avec ses parents. Ceux-ci doivent répondre à ses besoins physiques tout d'abord, mais aussi à ses besoins socioaffectifs. C'est à travers des interactions chaleureuses et réciproques ou synchrones avec ceux qui prennent soin de lui que l'enfant s'éveillera peu à peu, que sa conscience de lui-même et de son entourage se développera.

À la suite d'une revue détaillée de la littérature, Belsky conclut qu'une relation parent-enfant chaleureuse, attentive, stimulante, sensible et non restrictive est la plus susceptible de promouvoir la compétence cognitive-motivationnelle et le développement socio-émotif adéquat de l'enfant au cours de la première année de sa vie. Dans un article écrit en collaboration avec Robins et Gamble, Belsky définit un parentage compétent comme « ce style d'éducation des enfants qui permet à la personne en développement d'acquérir les habiletés requises pour fonctionner dans les niches écologiques qu'elle habitera durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte ». Selon ces auteurs, pour être compétent, un parent doit être sensible à s'engager auprès d'eux. La patience, l'endurance et l'engagement sont les trois facteurs déterminants de la sensibilité et de l'engagement des parents.

Les ajustements et les apprentissages associés à leurs nouvelles responsabilités font vivre à la plupart des parents des stress importants. On peut distinguer, comme le fait Miller et Myers-Walls, trois principales catégories de stress : physique, psychologique et financier.

Stress physique

Au cours des premiers mois de la vie du nourrisson, ce sont les demandes d'ordre physique qui touchent le plus les nouveaux parents et surtout la nouvelle mère. Après avoir connu des difficultés plus ou moins grandes pendant la grossesse et l'accouchement, elle doit maintenant prendre en charge la plus grande part des soins et des tâches quotidiens liés à l'arrivée du nouveau-né. Le jour et la nuit, elle doit entre autres nourrir, changer les couches, baigner et consoler son bébé de même qu'entretenir son linge. De telles responsabilités sont le plus souvent citées comme entraînant fatigue et épuisement chez les nouvelles mères. Celles qui, de plus en plus nombreuses, retournent sur le marché du travail connaissent, bien sûr, encore plus de stress physique.

Stress psychologique



À ces exigences physiques s'ajoute le stress d'ordre psychologique. Bien que moins concret, il n'en est pas moins très réel et ira en augmentant avec l'âge de l'enfant. Les parents s'inquiètent pour leur enfant, pour sa sécurité et son bien-être. Les maladies et l'alimentation du bébé sont les éléments les plus préoccupants au cours de la 1^{re} année.

Les pleurs du bébé, surtout s'ils sont fréquents, sont cependant les plus troublants et représentent le facteur de stress le plus important de cette 1^{re} année de vie. D'autre part, les parents sont très conscients de la très grande responsabilité qui leur est attribuée par la société quant au devenir de leur enfant. Ils sont donc également préoccupés par cette responsabilité et trouveront encore plus difficile d'être parent si leur enfant ne correspond pas à leurs attentes ou à celles de leur entourage. Pour éviter les problèmes d'adaptation, ils devront préserver leur estime d'eux-mêmes et développer un sentiment de compétence en tant que parents. Ainsi leurs besoins de soutien seront très importants tout au cours de cette période et leurs besoins d'informations sur le développement de l'enfant et sur le rôle de parent deviendront plus présents vers la fin de cette 1^{re} année de vie.

Stress financier

Quelle que soit la méthode de calcul, les coûts financiers pour élever un enfant sont très élevés. Aux dépenses directes pour offrir à l'enfant tout ce dont il a besoin, il faut ajouter les pertes de revenu lorsque la nouvelle mère prend un congé de maternité et lorsqu'elle décide de rester à la maison pour prendre soin de son bébé. C'est particulièrement durant les premières années de vie de leurs enfants que les besoins économiques et les ressources financières des parents concorderont le moins. Si la mère retourne sur le marché du travail pour améliorer la situation économique de la famille, elle sera aux prises avec les problèmes de la double tâche et de la répartition de son énergie entre son rôle de mère et sa carrière.

En plus des facteurs de stress mentionnés, il faut tenir compte également de la perte de liberté individuelle et des ajustements à apporter au regard des autres rôles « adultes » à la suite de l'intégration du nouveau rôle parental.

AJUSTEMENT AVEC LES AUTRES RÔLES ET QUALITÉ DE LA RELATION DE COUPLE

Les changements que provoque la naissance d'un enfant nécessitent de la part des parents des efforts d'adaptation susceptibles de générer des situations de stress et de conflits dans la relation de couple.

En effet, lorsqu'un enfant s'immisce dans la vie d'un couple, une réorganisation dans la vie personnelle, interpersonnelle, à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur de la famille s'impose. Il semble que les effets soient plus marqués quelques mois après la naissance de l'enfant. Cowan et autres notent que même si les parents montrent une insatisfaction dès la fin de la grossesse, elle s'exprime avec une perte d'acuité six mois après la naissance de l'enfant. Les femmes trouvent leur situation plus exigeante, ce qui entraîne une plus grande réorganisation des rôles et des activités. En outre, elles manifestent, dans une plus large proportion, leur insatisfaction plus rapidement que leur partenaire, et ce, dès la grossesse. L'importance que revêt le rôle de parent dans la définition de soi semble plus grande chez la femme que chez l'homme, alors que l'importance du travail diminuerait chez la femme et augmenterait chez l'homme. Cette différenciation est plus prononcée à partir du 6^e mois après la naissance de l'enfant. En fait, plusieurs auteurs soulignent que l'enfant confine davantage la femme dans un rôle de responsable des soins à donner à l'enfant et de l'entretien de la maison et l'homme dans un rôle de pourvoyeur. Cette différenciation des partenaires selon leur sexe occasionnerait des divergences dans la répartition des responsabilités pour répondre aux nombreuses demandes qui caractérisent cette période de la vie. Les conflits surviendraient précisément en raison de différences croissantes dans la manière de s'adapter aux nouveaux problèmes. Cette distance est moins susceptible de se produire dans le cas où le père s'implique davantage auprès de l'enfant. À cet effet, Goldberg et ses collègues observent une relation positive et négative respectivement entre la participation du père et celle de la mère dans les soins apportés à l'enfant, d'une part, et dans la qualité de la relation maritale, d'autre part.

La distance qui peut s'installer entre les membres d'un couple s'accompagne de problèmes de communication, d'une diminution dans la fréquence des interactions entre eux, d'une diminution du sentiment amoureux et de l'expression d'affection, d'une détérioration dans les relations sexuelles ainsi que d'une augmentation du niveau de

stress perçu. Cependant, les chercheurs ne sont pas unanimes à observer de tels changements. Ainsi White et Booth constatent une légère augmentation non significative de conflits et de problèmes.

Une des sources de difficultés pour les nouveaux parents réside dans la tâche ardue de gérer leur temps, compte tenu des responsabilités accrues liées à leur nouveau rôle. Cette compression de temps nécessite la recherche d'un nouvel équilibre entre la vie familiale, la relation de couple, le travail et la vie sociale. L'espace réservé pour des moments d'intimité avec soi et le conjoint est réduit. Plusieurs recherches ont démontré une diminution sensible dans la fréquence d'interactions récréatives et de compagnonnages dans le couple au profit d'activités orientées vers la réalisation de tâches éducatives ou ménagères. Les conflits au sein du couple se développent d'autant plus, de la période prénatale à la période postnatale, que le contexte de travail interfère avec le milieu familial. Inversement, le soutien que le milieu de travail apporte aux conjoints est positivement associé à la satisfaction de la conjointe par rapport à sa relation de couple et à son sentiment amoureux envers son conjoint. En somme, la plus ou moins grande compatibilité de différents milieux de vie ainsi qu'une planification plus ou moins « éclairée » et diversifiée des activités reliant les partenaires influencent l'harmonisation des rôles de parent et de conjoint.

Un certain nombre de conditions préexistantes au sein du couple font que cette transition peut être vécue comme une crise ou comme un événement critique nécessitant des réajustements dans les différents rôles assumés par les conjoints.



La relative aisance avec laquelle les parents assument leur rôle auprès de l'enfant étant intimement liée à la qualité des relations entre les conjoints, il apparaît d'autant plus nécessaire de bien comprendre comment les conditions prénatales influencent l'adaptation éventuelle du couple après la naissance de l'enfant. Parmi les variables considérées les plus susceptibles de prédire le fonctionnement du couple, notons d'abord la qualité de la relation avant la naissance de l'enfant. Les couples rapportant le niveau de satisfaction le plus élevé après la naissance de l'enfant sont ceux-là même qui évaluaient le plus positivement leur relation durant la grossesse. De plus, le degré de congruence entre les attentes exprimées par les parents durant la grossesse et celles manifestées en période postnatale fait une distinction entre les couples satisfaits ceux qui le sont moins.

Certaines dimensions temporelles liées au moment où l'enfant arrive dans la vie d'un couple semblent jouer sur les capacités adaptatives de l'union notamment sur la durée de la relation de couple, sur la pertinence de la naissance de l'enfant dans le cycle de vie du couple ainsi que sur l'âge des parents. Le processus par lequel la décision de mettre au monde un enfant a été prise, le niveau de planification ou encore l'acceptation de la grossesse détermine également la manière avec laquelle la transition s'effectue. Enfin, le tempérament du bébé (son degré d'irritabilité), ses demandes et les attentes nourries par les parents avant sa naissance peuvent générer une source de stress supplémentaire susceptible de déstabiliser la relation de couple.

En somme, trois grandes catégories de variables prénatales ou postnatales touchent, d'une manière prépondérante, le développement de stratégies adaptatives plus ou moins réussies chez le couple :

- l'importance des conflits observés avant la naissance de l'enfant;

- les tensions reliées au cumul des rôles et la réorganisation des activités pour sauvegarder l'intimité du couple;
- les divergences de normes et de règles (ou d'approches par rapport à la résolution des problèmes) rendant plus périlleuses et ardues les nombreuses décisions concernant les soins à apporter à l'enfant et l'entretien de la maison.

Pour des couples qui ne présentaient pas de difficultés majeures avant la naissance de leur enfant, l'insertion à l'intérieur d'un programme d'enrichissement familial et d'information mettant l'accent sur l'acquisition de méthodes pour mieux gérer leur temps ou résoudre des problèmes peut s'avérer suffisante. Les thérapies maritales axées sur l'intervention de crise ou l'entraînement pourraient constituer une réponse pertinente dans le cas où la naissance de l'enfant exacerbe des conflits latents ou déjà manifestés chez un couple.

FACTEURS FACILITANTS OU INTERFÉRENTS DANS LA RECHERCHE DE L'ÉQUILIBRE

Si tous les nouveaux parents reconnaissent vivre des changements majeurs à l'arrivée de leur 1^{er} enfant, ils n'en sont pas nécessairement perturbés. Cette période de transition et d'ajustement peut être vécue très positivement.

Elle devient une occasion de croissance personnelle et les parents ressentent beaucoup plus les multiples gratifications que peut donner un nouveau-né que les stress et les préoccupations qu'il apporte. Par ailleurs, certains parents sauront mieux que d'autres répondre aux besoins de leur enfant. Quels sont les facteurs qui peuvent influencer ces ajustements et le développement des compétences parentales?

Belsky établit trois principales sources d'influence sur les compétences parentales :

- l'histoire ontogénique des parents et leurs ressources psychologiques personnelles;
- les caractéristiques individuelles du nourrisson;
- les sources contextuelles de stress et de soutien.

Nous analyserons dans ce chapitre ces trois principales sources d'influence en les divisant de la façon suivante :

- continuum « pré-per-postnatal »;
- caractéristiques individuelles des parents et du bébé;
- soutien social et environnement;
- ressources économiques de la famille et milieu physique immédiat;
- conditions de travail;
- politiques sociales.

Continuum « pré-per-postnatal »

À la naissance, l'enfant commence sa vie, mais pour ses parents, cette expérience s'inscrit dans un continuum. La grossesse, l'accouchement et la période postnatale ne sont pas des étapes indépendantes les unes des autres. La femme et l'homme les vivent en fonction de ce qu'ils sont déjà, de leurs acquis et de leurs expériences antérieures. La façon de vivre chaque étape influencera la suivante.

Parmi ces acquis, on peut considérer : l'état de santé de la femme, la qualité de la relation conjugale, les conditions socio-économiques, le soutien social existant, les expériences vécues durant l'enfance et l'adolescence, les aspirations et valeurs partagées ou non par le couple.

Ces acquis influenceront le déroulement de la grossesse et prépareront les parents à leur nouveau rôle. Durant la grossesse, il se produit un ensemble de changements physiologiques, psychosomatiques, intrapsychiques et comportementaux qui prépare à la naissance et à l'accueil du nouveau-né. Cet ensemble, influencé par la situation globale de futurs parents au début de la grossesse, influencera à son tour le déroulement et le vécu de l'accouchement.

Durant la grossesse, la femme et l'homme développent des attentes quant à la façon de vivre cette expérience. Selon la satisfaction de ces attentes, ils vivront l'accouchement d'une façon positive ou négative. L'état de santé de la mère et du fœtus, la préparation prénatale et la philosophie des soins de santé de l'institution et du personnel influenceront la satisfaction de leurs attentes. Des complications au cours de la grossesse et un accouchement difficile ou avec un haut taux d'interventions peuvent laisser la nouvelle mère fort déçue.

L'absence du sentiment de maîtrise et de contrôle au moment de l'accouchement est un facteur important qui joue sur le sentiment de déception et d'abattement chez la mère. Oakley a établi une corrélation entre l'état dépressif postnatal et l'emploi d'un degré élevé de haute technologie. Cet état dépressif chez la mère peut nuire à l'établissement d'une relation mère-enfant optimale et ainsi se répercuter sur le développement du bébé.

Entwistle et Doreing expliquent que la satisfaction du couple par rapport à l'accouchement aura des répercussions sur les relations de couple et sur l'établissement des premiers liens familiaux. Ce n'est évidemment pas le seul facteur qui joue sur ces relations, mais il s'ajoute aux autres (personnels, familiaux, sociaux). La satisfaction ou l'insatisfaction du couple peut minimiser ou renforcer les effets négatifs possibles de ces autres facteurs.

Après la naissance, le contact précoce, c'est-à-dire le contact prolongé dans les deux premières heures de vie, a également des répercussions sur l'attachement parents-enfant. Évidemment, les parents qui n'ont pu bénéficier de ce contact développeront quand même une relation parents-enfant adéquate. L'être humain est ainsi fait qu'il a de grandes capacités de récupération. Mais cette absence de contact précoce peut accroître le « baby blues » et s'ajouter à d'autres difficultés de tout ordre (état de santé précaire, milieu défavorisé, absence de soutien). En période post-partum d'autres facteurs peuvent faciliter ou contrecarrer le développement de ce lien parents-enfant. L'allaitement maternel et la cohabitation sont des éléments qui favorisent ce lien. Toutefois, l'allaitement et la cohabitation sont possibles si la grossesse et l'accouchement le permettent et si les services offerts sont conformes à ce choix.

Au retour à la maison, les parents se retrouvent dans une situation qui est le résultat de l'interaction de différentes périodes (préconception, grossesse, accouchement, post-partum immédiat). Une difficulté vécue à une période donnée peut influencer les périodes subséquentes mais c'est surtout le cumul des événements qui influencera de façon importante l'adaptation en postnatal. Cette influence du vécu de la grossesse et de l'accouchement sur l'adaptation en postnatal fait ressortir l'importance de la continuité des

soins. Trop souvent, les soins offerts aux parents durant cette période sont morcelés et sans aucun lien les uns avec les autres.

La concertation entre les différents services offerts et les intervenants est un objectif essentiel à atteindre pour garantir une continuité entre les différentes périodes.

Caractéristiques individuelles des parents et du bébé

Les caractéristiques des parents

Parmi les caractéristiques individuelles des parents, l'histoire développementale, la personnalité, l'âge, l'état de santé physique, la condition psychologique, les connaissances et l'expérience antérieure avec des nourrissons ainsi que les habiletés d'adaptation du parent sont des facteurs contributifs à l'ajustement parental.

L'histoire développementale de l'individu l'aura amené à un certain niveau d'estime de soi et à un certain degré de maturité, le rendant plus ou moins prêt et disponible à prendre soin d'un autre être humain. De plus, il faut considérer que dans l'établissement de leur relation avec le nouveau-né, la plupart des parents se réfèrent au modèle de parent qu'ils ont eux-mêmes connu lorsqu'ils étaient enfants. La littérature portant sur les enfants maltraités souligne le fait que ces enfants ont tendance à maltraiter leur propre enfant. Les éléments de personnalité tels que la capacité d'empathie et de tolérance, la sensibilité à l'autre, la patience, les ressources personnelles d'adaptation entre autres détermineront dans une large mesure la qualité des interactions entre le parent et son enfant.

Certaines études laissent croire que l'âge de la mère est aussi un facteur important. Ainsi selon Ragozin et ses collaborateurs, les mères primipares plus âgées interagissent avec leur nourrisson de façon plus affectueuse, plus stimulante et plus sensible. Quant aux mères adolescentes, les études sont parfois contradictoires, mais il semble qu'elles aient des attentes moins réalistes à l'égard des possibilités de leur bébé et qu'elles aient des attitudes moins désirables pour l'éducation de leur enfant. Surtout, elles seraient moins ouvertes à ses demandes et auraient moins d'interactions verbales avec leur nourrisson. Selon certains auteurs cependant, les problèmes vécus par les mères adolescentes seraient plus liés à leur bas niveau socio-économique qu'à leur jeune âge.

Si la nouvelle mère est en mauvaise condition physique, si elle connaît des complications lors de la grossesse ou de l'accouchement ou des problèmes de santé nécessitant une hospitalisation, il lui sera certes plus difficile de prendre soin de son nouveau-né et d'établir avec lui une relation positive. Les séparations occasionnées par des hospitalisations peuvent nuire au processus d'attachement normal de la mère avec son nouveau-né.

Parmi les problèmes psychologiques recensés, ce sont surtout les états dépressifs qui ont été étudiés. Selon les observations de Field, tous les aspects de l'interaction entre la mère et son bébé sont influencés par l'état dépressif de celle-ci. Son expression faciale, ses comportements et ses réponses sont des signes d'un état dépressif qui entraîne souvent des soins moins appropriés au bébé pour répondre à ses besoins.

L'expérience antérieure avec de jeunes bébés facilitera l'acquisition des habiletés de base pour les soins à donner au nouveau-né. De plus les nouveaux parents qui ont déjà eu l'occasion de prendre soin d'un bébé apprendront plus rapidement à décoder les signaux de leur nouveau-né et à reconnaître ses réactions propres.



Ils pourront plus facilement s'ajuster à ses caractéristiques individuelles. On observe l'effet de l'expérience antérieure chez les multipares qui s'adaptent plus vite à leur nouveau-né et qui ont aussi un sentiment de compétence plus élevé. Des connaissances sur les possibilités d'interaction et sur les principales étapes développementales des nourrissons permettent d'avoir des attentes plus réalistes quant aux capacités du bébé, d'interagir avec lui de façon plus appropriée et de lui offrir des stimulations plus adaptées à son âge. Force nous est de constater que les nouveaux parents d'aujourd'hui ont eu moins de possibilités que leurs prédécesseurs pour faire ces apprentissages de façon naturelle à travers le processus de socialisation normal à la suite de la faible natalité des 25 dernières années. Non seulement ils ont eu peu d'occasions d'observer ou de prendre soin de jeunes enfants, mais ils ont aussi rarement vu d'autres adultes exerçant le rôle de parent envers un nouveau-né.

Au cours de cette période de changements majeurs pour eux, les nouveaux parents utiliseront leurs diverses habiletés d'adaptation. Les stratégies d'adaptation les plus utilisées et les plus fonctionnelles selon Miller et Myers-Walls sont de trois ordres :

- recherche de soutien dans le réseau social;
- application de méthodes pour équilibrer les responsabilités associées aux multiples rôles;
- recherche d'aide professionnelle et d'informations à travers les médias.

Il faut rappeler ici que les facteurs qui influencent les stratégies parentales ne viennent pas uniquement du parent lui-même et de ses ressources personnelles. Les caractéristiques du bébé et le contexte tant physique que psychosocial dans lequel se vit l'étape de transition y contribuent également de même que l'interaction avec les facteurs dont nous venons de discuter.

Les caractéristiques du bébé



La condition biologique du bébé dès sa naissance et dans les mois suivants de même que son tempérament particulier influenceront sa façon de réagir à son entourage et à son environnement. Ces caractéristiques ont également une influence sur son entourage et en tout premier lieu sur ses parents qui réagiront différemment à lui selon qu'il est né prématurément, de petit poids ou avec une malformation congénitale.

Les différences de tempérament entre les bébés sont présentes dès la naissance. Elles constituent d'ailleurs l'un des sujets de conversation les plus fréquents entre les nouvelles mères et leur entourage. On notera aussi s'il s'agit d'un « bon » bébé c'est-à-dire d'un bébé calme, ou s'il est plutôt nerveux, très éveillé ou agité par exemple. On notera aussi s'il est plutôt « régulier » ou non, s'il « se choque » facilement, s'il prend bien la vie, s'il est

assez facile à consoler ou non, etc. Ces différents traits de tempérament coloreront tous les échanges entre le nourrisson et ses parents. C'est lorsque les bébés sont de tempérament « difficile », selon les catégories de Thomas et Chess¹, que les parents trouvent l'ajustement à leur nourrisson le plus difficile et que l'on retrouve un plus haut taux de dépressions postnatales. Les parents de ces bébés ont un grand besoin d'aide pour garder à l'occasion le bébé et leur donner un répit et pour aider à conserver une image positive d'eux-mêmes et un certain sentiment de compétence malgré tout. Le plus important à long terme sera l'ajustement réciproque entre les parents et le bébé.

Soutien social et environnement

Le soutien social : facteur qui influence la transition

Bon nombre de chercheurs provenant de disciplines aussi variées que les sciences sociales, la psychiatrie, l'épidémiologie ou l'anthropologie soulignent les bienfaits de l'aide apportée par les membres du réseau personnel de l'individu sur son état de santé et l'ajustement psychologique. Le soutien social semble modérer les états dépressifs, le stress, les complications à la naissance de l'enfant ou encore faciliter les transitions de vie difficiles. De plus, c'est chez les familles les plus isolées socialement ainsi que dans les quartiers où bon nombre de familles rapportent une insuffisance dans l'aide reçue que l'on observe les plus hauts taux de négligence ou de violence corporelle. De façon générale, l'assistance apportée par le réseau influence positivement les relations parents-enfant en fournissant informations, conseils, services, biens matériels, réconfort ou affection tant au parent qu'à l'enfant, et ce, indépendamment des facteurs de stress pouvant s'exercer sur le système familial.

La venue au monde d'un 1^{er} enfant exige une adaptation importante sur les plans physique, cognitif et comportemental, entraînant des phases de stress et de détresse plus ou moins importantes chez les parents. En effet, dans une étude effectuée auprès de 2 500 adultes âgés de 21 à 64 ans, l'adaptation est évaluée comme le 6^e événement le plus stressant parmi un ensemble de 102 événements. Plusieurs femmes expérimentent, à la suite de la naissance de leur enfant, des difficultés d'adaptation s'exprimant par une augmentation dans le degré de stress perçu, de l'anxiété ou des humeurs dépressives.

Malgré l'importante réorganisation personnelle et familiale associée à la naissance, bon nombre de familles réussissent à composer avec les difficultés inhérentes à cette période d'adaptation. Une des ressources sur lesquelles les familles peuvent compter est le réseau personnel.

Depuis les dix dernières années, un nombre croissant d'études plus précises ont documenté l'impact du soutien social sur le niveau d'adaptation de la famille lors de la naissance d'un enfant. Les mères qui bénéficient de l'aide de leur entourage répondraient davantage aux cris de leur bébé, lui fourniraient des soins plus appropriés, manifesteraient moins d'hostilité, d'indifférence ou de rejet envers leur nourrisson, auraient des attitudes plus positives envers elle-même et leur bébé et seraient moins stressées. De façon générale, les attitudes de la mère envers son jeune bébé sont associées au niveau de stress vécu. Réciproquement, les nourrissons, dont la mère reçoit

¹ Les bébés de caractère « difficile » sont décrits par Thomas et Chess comme étant plus actifs, irréguliers dans leur rythme biologique, manifestant leurs émotions de façon intense, difficiles à consoler et ayant une réaction de retrait devant toute nouveauté.

du soutien de la part de milieu social, répondraient plus positivement à leur mère et communiqueraient plus clairement leurs besoins ou états émotifs. De plus, une étude réalisée auprès de mères adolescentes révèle que leurs enfants présentent moins de problèmes de comportements et sont plus développés sur le plan cognitif lorsque leur mère réside avec sa famille d'origine.

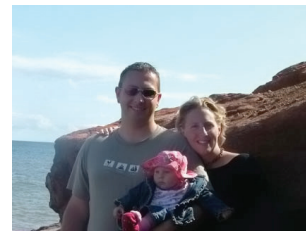
Le soutien manifesté par le milieu semble varier selon le niveau de stress expérimenté par le parent ou encore selon le moment de la période périnatale. Carveth et Gottlieb (1978) suggèrent en effet que les familles les plus stressées sont celles qui font le plus usage de leur environnement social. Les mères disent recevoir plus de soutien émotif (chez les primipares et multipares) lors de la naissance de l'enfant comparativement au dernier trimestre de la grossesse ou au 3^e trimestre après la naissance de l'enfant. En somme, le besoin détermine la nécessité du soutien.

De plus, le soutien semble d'autant plus déterminant pour l'adaptation des familles si le niveau de stress est élevé. En effet, les mères qui en reçoivent le plus sont celles qui proviennent de milieux défavorisés et qui assument seules le rôle de parent auprès de l'enfant. De même, les interactions sociales sont également plus essentielles lorsque le tempérament du nourrisson est irritable et exige de la part du parent une somme plus grande d'énergie. Il semble que les bébés plus faciles sont moins susceptibles de développer des problèmes d'attachement envers leur parent même si le milieu est potentiellement moins favorable. Les mères d'enfants irritables seraient moins sujettes à la dépression lorsqu'elles sont entourées de personnes aidantes.

Même si l'on peut affirmer que le soutien apporté aux mères prévient leur stress ou les protège contre cette phase critique dans le cycle de vie de la famille, plusieurs points restent à élucider. D'abord, la perception de la disponibilité et la satisfaction de l'aide apportée sont davantage prévisibles d'un niveau d'ajustement psychosocial que les mesures objectives du réseau social (notamment l'étendue, la fréquence des contacts, etc.). L'affection démontrée par une personne intime ou un confident, et surtout par le conjoint, semble très efficace pour minimiser les états de détresse et de crise chez les mères. Les mères les moins déprimées, anxieuses et stressées trois mois après la naissance de leur enfant sont celles qui se disent appuyées par leur conjoint et satisfaites de leur relation de couple avant et après l'accouchement. Les mères qui sont satisfaites de l'apport du conjoint durant cette même période auraient tendance à fréquenter davantage les membres de leur réseau social. Par ailleurs, les mères qui sont satisfaites du soutien offert par la famille, les amis, des voisins ou des collègues, même s'il permet d'influencer positivement la mère par rapport à son nouveau rôle, ne serait pas suffisant pour faire naître un état de santé psychologique favorable.

En bref, le soutien du conjoint ou d'un intime exerce un impact plus important sur l'état de santé psychologique de la mère et de l'enfant et favorise leur bien-être. Le soutien des autres membres du réseau est lié à un sentiment de relaxation chez la mère mais ne semble pas contribuer à faciliter directement l'acquisition des compétences parentales. La fréquentation de certaines personnes peut même exacerber des conflits de rôle chez la mère. Tietjen et Bradley ont observé que plus les mères reconnaissaient des collègues à l'intérieur de leur réseau, plus elles manifestaient une attitude négative par rapport à leur grossesse.

Une des fonctions essentielles que peut jouer le milieu social à l'arrivée du bébé dans la vie des nouveaux parents est de fournir une rétroaction susceptible de générer chez eux un sentiment de confiance et de compétence par rapport à leur nouveau-né. C'est grâce à ce sentiment que pourront s'établir des relations mutuellement gratifiantes pour le parent.



Ressources professionnelles

L'organisation des services sociaux et de santé influence également la richesse sociale de l'environnement de nouvelles familles. Les professionnels de la santé jouent un rôle important dans le développement des relations harmonieuses entre les parents et l'enfant. Crockenberg met en évidence des différences culturelles importantes dans les comportements de mères anglaises et américaines. Les premières seraient plus souriantes, établiraient plus de contacts visuels, auraient des horaires moins rigides et répondraient plus rapidement aux cris de leur bébé.

Aux États-Unis, la plupart des mères consultent un médecin en cabinet privé pour la surveillance de leur état de santé et celle de leur enfant. Une infirmière de santé publique ou une travailleuse sociale peut suivre une famille qui a des besoins particuliers, mais il n'existe pas de système de soins intégrés pour donner aux parents les conseils de base sur la santé et les soins de l'enfant. Par contre, en Angleterre, le service national de la santé a développé un programme de soins de santé intégrés dans lequel on retrouve des mesures de soutien communautaire. Ces soins sont offerts avant la naissance et se poursuivent jusqu'à l'école. Les sages-femmes donnent les soins postnataux à la mère et au bébé après la sortie de l'hôpital et des infirmières de santé publique visitent les mères sur une base régulière. En Angleterre, les services sont offerts aux mères à la maison; elles n'ont donc pas à faire des recherches pour les trouver.

Ressources économiques de la famille et milieu de vie immédiat

D'abord un minimum vital!

Pour une famille monoparentale ou composée des deux parents, accueillir un enfant veut d'abord dire assurer sa subsistance matérielle et être en mesure de lui donner un minimum vital. Ce qui se traduit par un coût financier d'autant plus considérable que les revenus de la famille sont modestes.

Quand on connaît tout le stress qu'une situation financière difficile peut entraîner chez des parents qui veulent donner le maximum de bien-être à leur jeune enfant, il y a fort à parier que cette situation se répercute sur le climat familial, ne favorisant guère l'établissement d'une dynamique parentale positive et d'un sentiment de sécurité affective chez le jeune enfant.

Un logement adéquat : une priorité

Réussir à faire de la famille un lieu d'épanouissement pour l'enfant n'est pas chose facile même pour une famille vivant dans de bonnes conditions. Parmi ces conditions, un logement adéquat et à la mesure des besoins de la famille est primordial pour favoriser à la fois la qualité des relations internes et la qualité de l'insertion de l'enfant dans le tissu

social. Le fait de disposer d'un logement adéquat, suffisamment grand, bien chauffé, avec eau chaude et eau froide, est souvent un facteur déterminant pour favoriser l'adaptation du jeune enfant au sein de son environnement et pour assurer une vie familiale harmonieuse.

Au Québec, les locataires sont très nombreux. Il est rare que les jeunes familles à faible revenu ou à revenu modeste puissent accéder à une propriété et s'offrir des conditions de logement adéquates. Les familles à faible revenu peuvent rarement être bien logées. Elles sont de plus susceptibles d'être délogées au gré des rénovations domiciliaires. Quand le centre ville se détériore, il recueille les familles pauvres alors que les banlieues se peuplent de familles nanties. À l'inverse, lorsque le centre ville retrouve sa qualité et son attrait pour les familles plus fortunées, grâce à la rénovation urbaine par exemple, les familles pauvres sont repoussées vers la périphérie, vers des « ghettos ».

Il en résulte que les familles à faible revenu trouvent difficilement sur le marché des logements correspondant à leurs moyens. Le nombre de logements inaccessibles aux familles avec enfants ne cesse d'augmenter. Celles qui comptent plus de deux enfants ont du mal à se loger convenablement et ne trouvent souvent que des logements trop chers ou très détériorés.

La situation est encore plus critique pour les familles monoparentales dont le chef de famille est une femme. En effet, en plus de la difficulté de trouver un logement convenable, elles doivent faire face au problème de discrimination. On sait que la moitié de ces familles ont un revenu inférieur au seuil de faible revenu. Le Québec et les provinces de l'Atlantique remportent la palme quant au pourcentage de personnes à faible revenu le plus élevé.

On comprend qu'un bon nombre de familles voit un moyen de s'en sortir avec la formule des logements subventionnés. Les familles monoparentales comptent pour 13 % des résidents de ces logements, mais il semble que la proportion va en diminuant d'année en année à cause d'un manque de disponibilité.

Il y a peut-être lieu de se demander si cette formule n'est pas une forme de ghetto, s'il n'y a pas de risques que les familles vivant au sein d'une concentration de gens semblables à eux aient tendance à perdre contact avec les gens d'autres milieux et qu'il leur soit ensuite beaucoup plus difficile, sinon presque impossible, de se sortir de la sous-culture du « bien-être social ».

À une époque où on observe une érosion importante du revenu réel des familles, particulièrement chez les très jeunes familles, il importe d'assurer leur sécurité financière familles par le plein emploi et ainsi leur permettre de faire face à leurs responsabilités économiques, notamment en matière de logement.

Concilier travail et parentalité

La famille a été le lieu, ces dernières années, de transformations majeures. On a vu émerger une nouvelle définition de la famille en même temps qu'une remise en question des rôles sociaux et familiaux des hommes et des femmes.

L'époque où la mère consacrait toutes ses énergies aux tâches familiales et à l'éducation des enfants est bien révolue. Aujourd'hui, beaucoup de femmes, qu'elles aient ou non des

enfants, veulent occuper une place sur le marché du travail. De plus en plus, le soin des enfants, leur éducation et leur bien-être, deviennent l'affaire des deux parents, bien que la mère soit encore souvent considérée comme 1^{re} responsable.

L'apparition d'un « nouvel ordre familial » nécessite cependant des transformations majeures dans le monde du travail et dans l'organisation sociale en général. De telles transformations ne peuvent faire autrement que de se répercuter sur les rapports parents-enfants.

C'est pourquoi il importe de changer plusieurs règles du jeu dans le monde du travail de façon à permettre aux parents de concilier travail-accomplissement des fonctions familiales en réduisant autant que possible l'insécurité, les tensions et même les conflits qui peuvent en découler.

L'état de la situation

Au Québec, les femmes occupent aujourd'hui une place considérable sur le marché du travail. Depuis plusieurs années, leur arrivée massive au travail constitue un phénomène qui a bouleversé non seulement le monde du travail mais la société tout entière.

Une situation difficile

Malgré l'avènement massif des femmes sur le marché du travail, les principales caractéristiques de l'emploi féminin demeurent une structure professionnelle peu diversifiée, peu de chances d'avancement et une quasi-absence des femmes aux postes de direction, une occupation majoritaire des postes à temps partiel ou offrant un travail précaire, un taux de chômage généralement supérieur à celui des hommes et une persistance des écarts de rémunération entre hommes et femmes.

Les femmes accèdent certes dans une proportion plus importante au marché du travail mais elles contribuent aussi largement à développer des marchés marqués par la précarité des conditions de travail. Une telle instabilité de l'emploi entraîne pour les travailleuses une précarisation des conditions de vie et l'inscription dans un processus de marginalisation tant économique que social.

L'augmentation de l'emploi à temps partiel constitue l'un des principaux changements observé dans la population active au cours des dix dernières années. Elle est attribuable en grande partie au nombre grandissant de femmes sur le marché du travail.

Les employées à temps partiel peuvent combiner le travail avec d'autres activités telles les obligations familiales. En contrepartie, elles sont largement désavantagées au chapitre de la rémunération, des avantages sociaux, de la pension, de la formation et des possibilités d'avancement.

Une telle situation est susceptible d'engendrer à la longue des frustrations chez les jeunes parents. On peut se demander si l'adoption du travail à temps partiel permet une réelle compatibilité entre le travail des parents et l'éducation de jeunes enfants. La plupart du temps, les femmes, moins scolarisées que les hommes, sont prises au piège d'un emploi mal rémunéré et sans perspective d'avenir, sans compter le problème de la double tâche. Qui plus est, les services de garde laissent souvent à désirer, surtout pour les tout-petits, et sont une source d'inquiétude importante pour les parents. À un point tel que la jeune

mère se voit parfois contrainte à réduire son travail pour s'ajuster aux besoins de sa jeune famille au lieu d'organiser son travail afin de faire évoluer au maximum sa carrière.

La compatibilité des rôles de mère et de travailleuse est facilitée lorsque le travail et les revenus retirés sont intéressants. Les femmes les mieux formées sont plus actives à l'extérieur avant et durant la grossesse et elles retournent rapidement sur le marché du travail après la naissance. Plus le travail des femmes est valorisé socialement et financièrement, plus elles ont tendance à maintenir leurs activités.

La compatibilité entre les rôles de parents et de travailleurs profiterait grandement d'une plus grande souplesse des conditions de travail, en allant de l'offre des horaires de travail variables ou allégés au congé parental et en passant par une certaine souplesse pour donner des jours de congé.

Un système de garde souple et fiable : un impératif

Pour que les parents puissent s'acquitter convenablement, et ce, sans être pénalisés de leurs responsabilités parentales tout en conciliant leurs activités professionnelles, des mesures et des mécanismes doivent être prévus notamment en matière de garde des enfants avec une attention particulière pour les tout-petits.

Les mères préfèrent les soins au foyer pour leurs enfants au lieu des soins en établissement. Elles s'inquiètent de problèmes pratiques : beaucoup de garderies ne sont pas faciles d'accès à partir du domicile ou du lieu de travail, l'horaire de fonctionnement est limité et aucun soin de santé n'est donné aux enfants, ne serait-ce que pour un rhume.

Les parents sont évidemment les mieux placés pour savoir ce qui convient de donner à leur enfant en ce qui a trait aux soins et à l'attention afin d'assurer sa croissance physique, son équilibre psychologique, son plein épanouissement en somme, son bonheur.

Lorsque les parents choisissent de confier leur enfant à une autre personne, il semble que la garde en milieu familial soit privilégiée pour les enfants de zéro à deux ans. Ce milieu correspond d'ailleurs aux désirs des mères d'enfants en très bas âge. La garde en milieu institutionnel convient davantage aux enfants plus âgés.

De plus en plus, de très jeunes enfants (zéro à trois ans) qui sont à un âge critique de leur développement psychologique, fréquentent des services de garde. Plusieurs peuvent faire face à des problèmes psychosociaux, familiaux ou de déficiences. Il importe donc que les milieux de garde se soucient de prévenir ou de dépister ces problèmes le plus tôt possible.

Dans un avis sur les services de garde, le Comité de la santé mentale du Québec affirmait que les services de garde doivent dépasser la simple garde des enfants pour apporter un réel soutien à la famille dans son rôle éducatif, et ce, tant pour la famille en difficulté que pour celle considérée comme « normale ». L'isolement de la famille en milieu urbain pose en effet des problèmes aux jeunes parents. Ils ne peuvent pas compter sur la famille élargie pour apporter un soutien à l'éducation des enfants. Aussi, un contact régulier avec un service de garde peut s'avérer appréciable à cet égard, car il vient s'intégrer aux services de soutien à la famille.

Selon Statistiques Canada, l'afflux continu de mères sur le marché du travail et l'augmentation du nombre de familles monoparentales accentueront la demande de services de garde d'enfants. Certains employeurs des secteurs public et privé ont commencé à répondre à cette demande en offrant à leurs employés un service de garderie sur le lieu de travail. Mais ces services sont loin d'être accessibles partout.

Politiques sociales et organisation des services

La dénatalité au Québec est inquiétante. Le gouvernement doit intervenir rapidement pour encourager les couples à avoir un 3^e enfant, mais le discours nataliste pose peu ou pas de questions concernant le soutien qui devrait être offert aux parents. Par ce discours, on semble ignorer les besoins des parents qui ont un 1^{er} enfant. Comment parler d'un 3^e enfant si l'infrastructure sociale ne soutient pas et parfois décourage les parents dès l'arrivée du 1^{er} enfant?

Les implications légales

Le fait d'avoir un enfant entraîne une foule d'implications légales. Il faut l'enregistrer, lui donner un nom ou encore passer à travers les procédures d'adoption. Ce sont des actes encadrés par des lois. De même, les lois donnent des droits aux enfants; elles définissent les droits et obligations des parents par rapport à leurs enfants.

Une des lois importantes auxquelles sont soumis les parents dès la naissance de l'enfant est la Loi sur la protection de la jeunesse. Cette loi est reconnue par tous comme étant essentielle pour protéger l'enfant.

L'orientation et l'organisation des services

Le soutien offert aux parents est d'abord le reflet d'une évolution des mentalités et des comportements de toute la société. Germaine Greer affirme qu'« historiquement les sociétés ont été "pro-enfant" alors que les sociétés modernes sont devenues profondément hostiles aux enfants ». À la naissance, on exhibe un nouveau-né fièrement, mais rapidement il doit devenir invisible pour ne pas déranger le monde adulte. Le soutien nécessaire et réclamé par les parents pour exercer leur rôle déborde largement du champ d'influence d'une politique gouvernementale. L'État doit chercher à combler cette absence de soutien dans l'orientation et l'organisation de ses services. Il doit stimuler l'évolution des mentalités et offrir aux parents l'infrastructure nécessaire dans le contexte des années à venir pour faciliter l'intégration du rôle de « parent » dans leurs autres rôles qu'ils assument déjà.

Il existe des domaines où l'intervention de l'État est particulièrement souhaitée. Evelyne Lapierre Adamcyk résume bien ces domaines : « Il faudrait un ensemble de mesures destinées à soutenir davantage les familles et à leur rendre la tâche plus facile : allègements fiscaux, garderies, congés de maternité et de paternité, mais aussi horaires flexibles, tarifs spéciaux de transport en commun, assouplissement des heures d'ouverture des magasins, etc. L'entreprise privée a une grande responsabilité dans ce domaine, mais le gouvernement pourrait intervenir par voie d'incitation ou simplement en donnant l'exemple. »

Plusieurs politiques gouvernementales concernant le soutien aux parents ont été développées (politiques fiscales, celles touchant la santé, l'éducation, les services de

garde, le monde du travail, l'habitation, etc.). Dans l'ensemble, les politiques sociales ne tiennent pas suffisamment compte de la réalité familiale; ce qui entraîne des répercussions sur l'adaptation de la famille à la naissance d'un enfant et même sur la décision d'en avoir.

Nous sommes loin d'une société qui ferait la promotion des rôles et des statuts parentaux de même que des aspects valorisants la décision d'avoir un enfant.

CUMUL, PERSISTANCE ET CONCERTATION DES FACTEURS

Pour terminer ce chapitre, voici quelques remarques sur la façon dont les facteurs traités précédemment peuvent jouer sur l'adaptation postnatale. Chacun des facteurs étudiés influencera soit positivement soit négativement cette adaptation. Néanmoins, pour prévoir l'importance des difficultés auxquelles une famille devra faire face, il faut s'arrêter à l'interaction de tous ces facteurs. Ainsi, le fait d'avoir un enfant de très petit poids représente en soi une difficulté importante. Cependant, si les parents ont une relation de couple satisfaisante, reçoivent du soutien de leur entourage, ont un revenu adéquat pour leurs besoins, etc., ils sauront généralement s'adapter à cette nouvelle situation. Par contre, si l'enfant de très petit poids naît dans une famille où se juxtaposent plusieurs facteurs négatifs (absence de soutien, chômage, etc.), cette même difficulté peut faire naître des problèmes suffisamment importants pour compromettre à moyen terme le développement de l'enfant. Chaque facteur négatif augmentera les difficultés d'adaptation, mais c'est le cumul de facteurs négatifs pour un même individu ou une même famille qui compromettra sérieusement l'adaptation.

Deux autres phénomènes vont également influencer l'adaptation. Il s'agit de la persistance et de la concertation territoriale. En effet, si au cumul des facteurs négatifs s'ajoutent le phénomène de la persistance dans le temps, les risques d'une mauvaise adaptation ou d'un dysfonctionnement augmentent. De même, si on retrouve un ensemble de facteurs négatifs constamment présents chez plusieurs familles d'un même milieu, les risques d'une mauvaise adaptation ou d'un dysfonctionnement seront multipliés.

Les intervenants devront tenir compte de ce cumul de facteurs de risque et devront déployer des efforts pour développer des interventions cohérentes à tous les niveaux. Pour y arriver, la concertation entre tous les intervenants et les institutions impliquées en périnatalité doit être une priorité. Il faudra développer des mécanismes qui rendent possible la mise en commun de tous les efforts individuels déployés au Québec actuellement pour atteindre les milieux les plus à risques, c'est-à-dire les milieux défavorisés sur le plan socio-économique.

Soulignons en terminant que pour soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle parental, il faut viser non seulement la promotion des compétences parentales, mais également favoriser les conditions environnementales.

Tiré de : *La périnatalité au Québec : vivre avec un nourrisson*,
ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, 297 p.

3. COMMENT TRAVERSER LES TROIS PREMIERS MOIS SANS PANIQUER?

Lorsque Marie-Hélène Deschamps était enceinte de son 1^{er} enfant, elle se disait qu'elle allait enfin pouvoir recommencer à jouer du piano. Quatre mois après la naissance de Caroline, elle n'avait même pas eu l'occasion de soulever le couvercle de son piano.

Pour le meilleur et pour le pire, la décision d'avoir un enfant est probablement la plus impulsive que nous puissions prendre dans la vie. Les parents sont généralement mal préparés à vivre la réalité qui les attend après la naissance de leur enfant et la plupart se disent qu'ils verront en temps et lieu comment les événements se dérouleront. Ils préfèrent souvent ne pas songer aux difficultés qui peuvent surgir pendant les mois qui vont suivre l'accouchement.

Des parents ou des amis qui ont déjà vécu la même expérience les préviendront, sur un ton léger, qu'ils n'auront pas souvent le temps de se croiser les bras. Même des mères qui en sont à leur 2^e ou à leur 3^e grossesse se disent qu'elles seront « occupées » pendant quelque temps après la naissance du bébé. On pourrait presque croire, à les écouter, qu'elles sont victimes d'un « trou de mémoire », qu'elles n'ont aucun souvenir de combien épuisants, frustrants et complètement accaparants peuvent être les premiers mois de la vie d'un petit.

Les trois premiers mois de la vie d'un nouveau-né peuvent représenter une expérience extraordinairement enrichissante pour les parents, mais cette période, qui en est une d'ajustement, est aussi émotionnellement et physiquement épuisante.

Rien ne peut empêcher un nouveau-né de créer un certain désordre par son arrivée, mais si les parents savent à quoi s'attendre et s'ils connaissent les techniques appropriées, ils seront mieux préparés à faire face à cette étape de leur vie. Plus tard, c'est avec un grand éclat de rire qu'ils évoqueront cette période mouvementée de leur vie.

À L'AIDE!

C'est merveilleux d'avoir un bébé à la maison, mais la mère a tant de choses à faire qu'elle trouve à peine le temps d'en profiter.

Il est important qu'une personne s'occupe de préparer les repas, de faire le ménage à sa place pendant la première ou les deux premières semaines après son retour de l'hôpital. L'aide de cette personne peut faire toute la différence au cours des premiers mois.

De plus en plus, les hommes ont droit à un congé de paternité d'une durée de plusieurs jours ou semaines. La mère a peut-être aussi une amie qui acceptera de venir lui donner un coup de main. Elle peut également faire appel à des services professionnels; une personne pourra s'occuper des tâches ménagères et elle se consacrera exclusivement aux activités entourant son bébé.

Cependant, les amies qui viennent vous offrir leur aide en restant assises pendant que la nouvelle maman prépare le café ne sont pas les bienvenues.

Si la mère se sent complètement épuisée, submergée, elle doit s'offrir un moment d'évasion. Elle peut demander à son mari, à une amie ou à sa mère de prendre la relève pendant quelques heures : elle pourra s'offrir un bain relaxant ou un bon café au restaurant du coin en lisant tranquillement un magazine. C'est une manière simple mais efficace de refaire le plein.

GRAND SOMMEIL



Pour certaines mères, le sommeil peut devenir une véritable obsession. La plupart des gens soutiennent que la solution est de dormir quand le bébé dort. Toutefois, pendant ce temps, le lavage s'accumule, le désordre s'installe dans la maison, la vaisselle s'empile dans l'évier, si bien que la plupart des mères ne savent plus par où commencer quand bébé s'est finalement endormi.

ESSENTIEL D'ABORD

Toutes les bonnes choses ont une fin. Un jour, le mari reprendra le chemin du bureau; au bout d'un certain temps, les bouquets de fleurs se seront fanés, la grand-mère fera sa valise et souhaitera bonne chance à sa fille. La nouvelle mère devra faire face à la réalité de la vie quotidienne.

Elle doit se simplifier l'existence en ne faisant que l'essentiel, en étant moins exigeante. Elle devra limiter sa garde-robe à des vêtements pratiques et confortables, puis s'offrir une bonne coupe de cheveux « laver-porter ». Elle peut prendre dix minutes chaque soir pour faire le tour de la maison et ramasser le plus gros des « traîneries » et devra fermer les yeux sur le reste. Lorsqu'elle cuisine, elle peut préparer à l'avance et en grande quantité des mets qu'elle pourra faire congeler. C'est un avantage indéniable pour la nouvelle mère d'avoir à portée de la main un repas prêt en quelques minutes. Aussi, elle pourra mettre à contribution les talents culinaires des autres membres de la famille sans se montrer trop pointilleuse sur les résultats...

Elle doit bien manger et toujours prendre le temps de le faire, car tous les repas sont importants.

Lorsque la mère sort avec son bébé elle n'a pas à s'encombrer inutilement avec son sac à main. Elle n'a qu'à emporter ses clés, son portefeuille et un sac contenant les effets nécessaires pour bébé (couches, vêtements, etc.). Même si elle est pressée, elle doit prendre tout de même le temps de veiller à son apparence et à sa santé.

BÉBÉ PLEURE

Tous les bébés pleurent, et ce, pour de multiples raisons : faim, fatigue, coliques, inconfort, surexcitation. Les parents sont souvent prêts à toutes les concessions pour faire

cesser les pleurs du bébé et à chaque génération les mères découvrent de nouvelles méthodes, aussi originales qu'inusitées, qui s'avèrent souvent très efficaces. Par exemple, le mouvement semble avoir un effet calmant sur le bébé. On peut le placer dans un porte-bébé ou une balançoire.

Les mères qui allaitent remarquent souvent que leur bébé se met à pleurer même s'il a été nourri il y a à peine une heure. Il ne pleure pas parce qu'il a faim, mais plutôt parce qu'il désire retrouver la chaleur et le confort des bras de son père ou de sa mère. Le simple fait de le prendre mettra probablement fin à ses pleurs.

Au cours des premiers mois, les parents apprendront à reconnaître les besoins de leur enfant. Il ne faut pas oublier que les pleurs sont le seul moyen d'expression et qu'au bout de quelques semaines, les nouveau-nés cessent normalement de pleurer. Si les parents ne parviennent pas à trouver un moyen efficace pour calmer leur bébé, ils doivent demander conseil à leur médecin.

ENCOURAGEMENT

S'il n'existe pas de livre sur l'art d'aider bébé à « passer son rot », c'est probablement que personne n'est encore parvenu à maîtriser cet art. Le rot est essentiel au bébé pour expulser l'air de son estomac. Le bébé peut le faire spontanément mais, la plupart du temps il faut l'aider.

Certains parents tiennent leur bébé dans leurs bras et lui massent le dos de bas en haut ou lui donnent de petites tapes. D'autres l'installent tout simplement sur une épaule comme un petit sac de pommes de terre, car cette position favorise l'expulsion de l'air. Plusieurs autres techniques peuvent être efficaces. Par exemple, le coucher sur le dos et lui masser doucement l'estomac ou encore ramener ses jambes vers son ventre. Il ne faut pas s'en faire si bébé s'endort sans avoir fait son rot : d'habitude, l'expulsion se fait naturellement. Il ne faut pas confondre les rots avec la faim et suralimenter le bébé. Garder le calme et fredonner une berceuse; c'est beaucoup plus efficace.

DÉPRESSION

À peu près toutes les mères vivent une dépression post-partum. Après l'excitation de l'attente et la joie de la naissance, certaines mères se sentent tout à coup déprimées. D'autres sont complètement désorientées, se trouvent inaptes ou se dévalorisent. Plusieurs ne savent pas où chercher les conseils, l'aide et le soutien dont elles ont besoin. Souvent même, elles se culpabilisent parce qu'elles sont déprimées.

Il est difficile de déterminer si la dépression post-partum est d'origine psychologique ou physiologique, car même les mères adoptives et beaucoup de pères en souffrent. Il est évident que les premiers mois qui suivent la naissance d'un enfant sont stressants pour tous. En général, cette dépression est de courte durée, mais il peut arriver qu'elle devienne plus sérieuse. Certaines mères n'arrivent plus à dormir, perdent l'appétit, souffrent d'insécurité, craignent de blesser leur enfant ou ont des idées suicidaires. Ce genre de dépression est grave et doit absolument être traité par un médecin qui prescrira, dans certains cas, une médication appropriée.

Dans la plupart des cas, la mère a surtout besoin d'être soutenue, de ne pas se sentir seule. Elle a besoin de parler à d'autres femmes qui vivent la même chose qu'elle, de

discuter avec d'autres personnes qui savent vraiment ce que c'est que passer une nuit à bercer son bébé. Les centres de santé et certains groupes sociaux organisent des rencontres postnatales qui permettent aux nouveaux parents d'exprimer leurs inquiétudes et de partager leurs expériences. Ces centres fournissent des services, de l'information, des conseils et des trucs pratiques. Les livres sont également une importante source d'information, mais la mère doit retenir uniquement ce qui correspond à ce qu'elle ressent.

PLACE POUR PAPA

Il est évident que l'arrivée d'un 1^{er} enfant bouleverse considérablement la vie d'un couple. Le père est souvent aussi désorienté que la mère. De plus, en raison de la relation intime qui existe entre le nouveau-né et la mère, le père a souvent l'impression d'être laissé pour compte. Les femmes transmettent souvent des messages ambigus à l'intention de leur conjoint : elles revendiquent le monopole et l'exclusivité des soins à donner au bébé et se plaignent en même temps d'être débordées et de ne pas suffire à la tâche.

Il est important d'établir dès le départ un dialogue dans le couple pour que chacun participe à la vie de bébé. La mère doit laisser de temps à autre l'occasion au père de rester seul avec l'enfant et respecter sa façon de faire, même si elle est différente de la sienne.

PANOPLIE DE BÉBÉ

Il existe tellement de produits, d'accessoires, de gadgets destinés au bébé que si les parents achetaient tout ce qui est disponible leur maison pourrait ressembler à un magasin.



Étant donné que ces accessoires ne serviront pas longtemps, il vaut mieux les emprunter ou les acheter d'occasion. Pour ce qui est des vêtements, le nouveau-né n'a pas besoin d'une garde-robe élaborée... Les parents ont seulement besoin d'une bonne machine à laver.

SOURIRE

Les nouveau-nés sont souvent perçus comme des êtres fragiles et délicats, alors qu'ils sont armés du plus grand instinct de survie qui soit. Les parents aimeraient bien avoir un livre où ils trouveraient les dix commandements de la bonne éducation des enfants. Mais ce livre n'existe pas! Il faut apprendre à être créatif et avoir recours à son imagination autant qu'à son bon jugement. Avant tout, il faut prendre les choses avec humour : c'est la clé de la survie, pour les parents, pendant les premiers mois de la vie de bébé. Les situations les plus exaspérantes peuvent souvent devenir les plus drôles. Il faut en parler avec d'autres parents qui éclateront certainement de rire!

Inspiré de : *Coup de Pouce*, Cheryl Hawkes.

4. CRÉATION DE LIENS ÉTROITS ENTRE LE PÈRE ET LE BÉBÉ



« Je me souviens très clairement du moment où j'ai découvert à quel point on pouvait aimer un enfant. Pendant tout le séjour hospitalier, je prenais Riley dans mes bras. Et il demeurait ainsi, tout contre moi, pendant toute ma visite. Habituellement, il dormait. Il n'y avait donc pas vraiment d'interaction entre lui et moi. Mais ce n'était pas grave. L'important, c'était d'être ensemble. Et ça, c'était merveilleux. Tandis que je le berçais doucement, je sentais qu'il se frayait, lentement, mais sûrement, un chemin jusqu'au plus profond de mon cœur.

Grâce à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement, les mères ont sur nous une longueur d'avance. Je sais bien que nous, les hommes, n'aurons jamais l'occasion de vivre ces trois types d'expériences. Mais je sais aussi qu'il nous est tout de même possible de développer un profond attachement envers nos enfants. »

Ce lien d'attachement ne se produit pas nécessairement dans la salle de naissance. En fait, la plupart du temps, il arrive que l'amour d'un père grandisse graduellement, au fur et à mesure qu'il apprend à connaître le petit être qui fait à présent partie de sa vie.

Toutefois, s'y mettre rapidement est probablement la clé qui permet de tisser des liens étroits. Plusieurs études réalisées au cours des 20 dernières années confirment en effet que les pères qui multiplient les contacts avec leur nouveau-né continuent ensuite sur cette lancée : ils passent encore plus de temps avec bébé lorsque ce dernier a de trois à six mois.

Papa à plein temps, Chris Risley a pour sa part compris que la solidité des liens qui l'unit à ses enfants est directement proportionnelle au nombre d'heures passées à s'occuper d'eux, à les bercer, à les calmer, à les changer. Il faut connaître quelqu'un à fond, pour pouvoir l'aimer. Et le meilleur moyen de faire connaissance avec un bébé, c'est de prendre soin de lui.

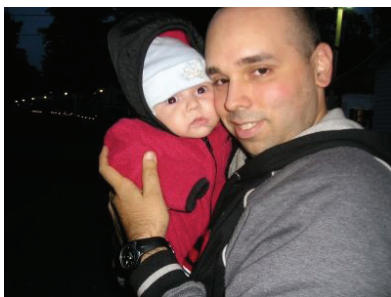
Il n'est pas toujours facile pour les hommes de plonger dans l'aventure. Plusieurs ont grandi dans l'idée qu'il appartient aux femmes de s'occuper des enfants. Quelques-uns sont déconcertés par l'apparence des nouveau-nés. D'autres ne sont pas du tout certains d'être capables de surveiller un tout-petit.

Peut-être seront-ils rassurés en apprenant que les mères non plus ne découvrent pas par magie comment répondre aux besoins des nouveau-nés. Elles lisent, parlent avec d'autres parents et surtout expérimentent puis observent la réaction de leur bébé. Les pères qui agissent de la même manière découvriront rapidement qu'eux aussi sont compétents. Et au moment où le tout-petit offrira ses premiers sourires (ceux qui font fondre tous les cœurs), le père comprendra à quel point ses efforts ont valu le coup!

« Je sais que certains pères se disent appelés à la tâche parce que c'est bénéfique pour le développement de l'enfant ou pour aider leur conjointe. C'est vrai! Mais ils oublient de mentionner à quel point, finalement, tout cela est également bon pour eux. Connaître et aimer un bébé est l'une des plus merveilleuses expériences qui soient. Je me souviens d'une soirée en particulier. Jesse, alors âgé de quatre mois, dormait sur mon épaule, au son d'une musique douce. Un sentiment de paix, d'intimité et d'amour m'a alors submergé. Depuis, je ne peux que plaindre les hommes qui ignorent ce que l'on ressent lorsqu'un bébé s'endort dans nos bras. Alors, n'attendez surtout pas que votre enfant aille au collège pour entrer dans sa vie! Foncez dès maintenant! »

PEAU À PEAU

Le père ne doit pas hésiter à prendre son bébé souvent et pas seulement dans les situations d'urgence. S'occuper d'un nouveau-né furieux parce que la mère n'est pas tout à fait prête à allaiter, prendre soin d'un enfant au moment où lui et sa mère sont au bout du rouleau, c'est une chose. Tenir contre soi un bébé de bonne humeur est une expérience inoubliable.



PORTE-BÉBÉ

Plusieurs pères ont trouvé un moyen agréable de s'occuper de leur nouveau-né tout en permettant à leur conjointe de prendre un peu de repos; ils ont découvert les joies et les bienfaits du porte-bébé ventral. Les tout-petits adorent se promener ainsi. Et papa profite d'un contact prolongé avec un bébé heureux qu'il peut fièrement montrer à tout le monde!

TOUCHER

On apprend à connaître les gens en communiquant avec eux. C'est la même chose avec un nouveau-né. Cependant, la majeure partie des échanges avec un bébé sont physiques : donner un bain, faire le rot, réconforter, habiller, changer... tout cela revient à le toucher. Une chose est certaine, il ne s'intéresse nullement à la technique, en autant que les gestes soient doux et rassurants.

COMPÉTITION

Habituellement, papa est le « numéro deux » dans le monde du nouveau-né. Plusieurs spécialistes affirment d'ailleurs que la relation mère-enfant est cruciale dans le développement du bébé. Il faut respecter cela et créer un environnement qui facilite l'éclosion et la croissance de ce lien essentiel. Bref, il est inutile que le père entre en compétition avec sa conjointe.

SOLO

De nombreux hommes s'aperçoivent que leur confiance en leurs capacités augmente au fur et à mesure qu'ils passent du temps en tête-à-tête avec bébé. C'est normal. Le père peut proposer à sa conjointe si elle n'aurait pas envie d'une sortie avec ses amies afin qu'il puisse passer du temps seul à seul avec son bébé.

Inspiré de : *Mère nouvelle*, n° 1, 2000,
p. 32 à 34.

5. DÉPRESSION POSTNATALE (DPN) CHEZ LA MÈRE : PLUS QU'UN SIMPLE « BABY BLUES »

La dépression postnatale touche de 10 à 15 % des femmes dans l'année suivant la naissance de l'enfant (Miller, 2002). Malheureusement, on observe que 30 à 50 % des mères souffrant de dépression ne sont ni diagnostiquées ni traitées. Qui plus est, plusieurs d'entre elles n'oseront pas parler de leur détresse par crainte d'être considérées comme de mauvaises mères. Elles préféreront simplement endurer le problème, croyant que leur malaise correspond à une manifestation normale de cette importante transition. Pourtant, on reconnaît qu'en l'absence de traitement la DPN peut durer plusieurs mois, voire plus d'un an. En outre, des répercussions importantes y sont associées tant sur les plans de la vie personnelle et conjugale que du développement de l'enfant.

PRINCIPAUX TROUBLES PSYCHOLOGIQUES POSTNATAUX

Cohen et Nonacs (2005) reconnaissent trois problématiques typiques de la période postnatale qui se différencient par la sévérité et la durée de leurs symptômes (voir le tableau I). Parmi ces problématiques, la DPN a suscité à ce jour énormément d'intérêt sur les plans scientifique et clinique.

TABLEAU I
CLASSIFICATION DES PRINCIPAUX TROUBLES CLINIQUES POSTNATAUX

	PRÉVALENCE	APPARITION	DURÉE	PRINCIPAUX SYMPTÔMES
CAFARD POSTNATAL	40 à 85 %	▪ Entre le 3^e et le 5^e jour	▪ Quelques jours à 2 semaines après l'accouchement	▪ Tristesse, anxiété, irritabilité ▪ Fatigue, sommeil perturbation ▪ Perte d'appétit ▪ Sentiment d'incompétence, culpabilité ▪ Détachement affectif envers l'enfant
DÉPRESSION POSTNATALE	10 à 15 %	▪ Habituellement entre la 2^e et la 6^e semaine ▪ Vulnérabilité élevée 6 mois après l'accouchement ▪ Peut apparaître un an après	▪ Plusieurs semaines à plusieurs mois ▪ Si elle n'est pas traitée, elle peut durer plus d'un an (30 à 70 %)	▪ Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur
PSYCHOSE POSTNATALE	0,1 à 0,2 %	▪ Survient habituellement au cours des 2 premières semaines ▪ Peut se déclarer 4 semaines après l'accouchement	▪ Plusieurs semaines voire quelques mois	▪ Agitation psychomotrice, insomnie ▪ Délires et hallucinations ▪ Confusion mentale ▪ Comportement désorganisé

PRÉSENTATION CLINIQUE DE LA DPN

La DPN ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic clair dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR, 2000). Elle s'inscrit plutôt à l'intérieur du spectre de la dépression majeure pouvant apparaître à tout autre moment de la vie, auquel est ajoutée la caractéristique d'apparition en période postnatale. Selon le DSM, le diagnostic de DPN repose donc essentiellement sur les critères d'un épisode dépressif majeur lorsque les symptômes surviennent au cours des quatre semaines suivant la naissance de l'enfant (six semaines selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10)). Par ailleurs, les chercheurs reconnaissent clairement une période d'apparition plus longue, pouvant aller jusqu'à un an après l'accouchement. Sur le plan clinique, l'identification des symptômes peut être plus difficile à établir par la présence commune de manifestations typiques de « l'après-accouchement » telles que les difficultés du sommeil, la fatigue et le manque d'intérêt. Toutefois, certaines manifestations plus particulières peuvent être présentes, facilitant ainsi la détection (Gale et Harlow, 2003). Les chercheurs observent entre autres une anxiété intense, en particulier par rapport à la santé et à la sécurité de l'enfant, une forte irritabilité, un vif sentiment de culpabilité lié à la

perception d'une incompétence maternelle, un sentiment d'ambivalence, de négativité ou de désintérêt envers l'enfant, une tendance au retrait social, voire à l'isolement et dans certains cas, une crainte obsédante de faire du mal à l'enfant. Les symptômes présentés sont souvent d'une intensité plus importante que pour une dépression majeure survenant à un autre moment, pouvant évoluer vers des pensées morbides ou suicidaires importantes et récurrentes. Le risque de symptômes psychotiques secondaires est aussi présent.

OUTIL DE DÉPISTAGE UTILE

L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (Cox et autres, 1987) est un instrument qui a été développé spécifiquement pour mesurer la sévérité des symptômes dépressifs postnataux chez les mères. D'abord conçu pour un usage clinique, cet instrument est utilisé dans de nombreuses études scientifiques en raison de ses propriétés psychométriques. Il est préféré à d'autres outils classiques puisqu'il ne contient pas d'énoncés à caractère somatique pouvant nuire à la validité apparente de l'échelle lorsqu'elle est utilisée après une naissance (par exemple, fatigue, perte de poids, manque d'appétit sexuel). Bien que cet outil n'ait pas été conçu pour établir des diagnostics, les chercheurs ont montré qu'il pouvait détecter plus de 80 % des femmes souffrant de dépression (seuil clinique > 12/30). Ils recommandent néanmoins que les femmes jugées à risque soient également évaluées par un spécialiste lors d'une entrevue exhaustive, y compris, si nécessaire un entretien clinique semi-structuré. La version française de l'échelle a été validée au Québec auprès d'une population de femmes de statut socio-économique faible (Des Rivières - Pigeon et autres, 2000).

PRINCIPALES CONSÉQUENCES

Nombreux sont les effets néfastes associés à la dépression maternelle, particulièrement lorsqu'elle n'est pas traitée. Au-delà des répercussions pour la mère (par exemple, risque de suicide élevé, altération des compétences parentales), les résultats des recherches rapportent des conséquences pour les autres membres de la cellule familiale. Les trois niveaux d'impact suivants sont les plus cités.

La relation conjugale et le bien-être psychologique du conjoint

Il est reconnu que la DPN est associée à une dynamique conjugale différente et parfois même perturbée. Notamment, elle est associée à une diminution de la satisfaction conjugale et à une augmentation des conflits relationnels. Par ailleurs, la santé psychologique du partenaire serait également touchée : 23 à 50 % des conjoints de mères dépressives présenteraient une problématique psychiatrique en période postnatale (Goodman, 2004).

L'interaction mère-enfant

La dépression maternelle est associée à d'importantes conséquences sur les interactions mère-enfants (Beck, 1995). Beck constate entre autres que les mères dépressives sont moins attentives aux besoins de leur enfant, qu'elles démontrent moins d'affection et de disponibilité et qu'elles font preuve de moins de tolérance et de plus d'hostilité à l'égard du jeune enfant.

Le développement de l'enfant

Les chercheurs se sont intéressés tout particulièrement aux premières années de vie de l'enfant et ont observé que la qualité des interactions mère-enfant influence négativement le développement affectif, cognitif et comportemental de ce dernier. Ils notent par exemple que les enfants de mères dépressives développent un attachement plus anxieux et inquiet et qu'ils obtiennent un score plus faible aux indices de développement cognitif (par exemple, langage, motricité, développement social). D'autres répercussions telles qu'une forte irritabilité, une faible tolérance à l'anxiété et à la frustration ainsi qu'une grande peur des étrangers sont observées (Murray et Cooper, 1997).

LES FACTEURS DE RISQUES

Il n'existe évidemment pas de cause unique à la DPN. Plusieurs facteurs présents avant et après la naissance de l'enfant entrent en ligne de compte. Le modèle étiologique multidimensionnel incluant des facteurs à la fois prédisposants, précipitants et de maintien est privilégié (Robertson et autres, 2004).

Les facteurs biologiques

En fin de grossesse, les taux d'œstrogènes et de progestérones chez la femme sont mille fois supérieurs que lorsqu'elle n'est pas enceinte et retournent à leur niveau de base en quelques heures après l'accouchement. Cette diminution rapide peut modifier la chimie du cerveau, favorisant l'apparition de symptômes dépressifs. On rapporte également les effets possibles du cortisol et de la prolactine. En outre, certaines femmes peuvent développer une hypothyroïdie postnatale, augmentant ainsi les risques de dépression (Gale et Harlow, 2003). Enfin, dans certains cas, une trop grande privation du sommeil peut mener à des modifications biochimiques et exacerber les symptômes dépressifs déjà présents.

Les facteurs cliniques

Les symptômes dépressifs prénataux augmentent significativement le risque de développer une DPN. Environ 30 % des femmes qui souffrent de dépression durant la grossesse conservent ce diagnostic après l'accouchement. Le niveau d'anxiété durant la grossesse s'avère tout aussi important à considérer dans l'évaluation de la DPN. Les antécédents personnels de troubles de l'humeur jouent un rôle important (Cohen et Nonacs, 2005). En ce qui a trait aux antécédents de dépression unipolaire, les études indiquent un risque de récurrence d'environ 25 %. Les femmes souffrant d'une maladie affective bipolaire (MAB) semblent également plus vulnérables, avec un taux de rechute passant de 39 à 70 %. D'ailleurs, près de 40 % des femmes présentant une MAB développeraient leur premier épisode dépressif en période postnatale. Enfin, 50 à 75 % des femmes sont à risque de rechute si elles ont connu un épisode postnatal antérieur, et ce risque grimpe à près de 90 % s'il y a des antécédents personnels de DPN auxquels s'ajoute une histoire familiale du même ordre.

Les facteurs obstétricaux

Les grossesses non planifiées ou non désirées, les complications liées à la grossesse (par exemple, prééclampsie, contractions prématurées) et à l'accouchement (par

exemple, césarienne d'urgence, accouchement prématuré, saignement vaginal pendant le travail), le petit poids du bébé à la naissance ainsi que les complications néonatales nécessitant l'hospitalisation de l'enfant peuvent être des facteurs contribuant à l'émergence d'une DPN. Bien que les études dans ce domaine ne soient pas toutes concluantes, une évaluation sur les risques obstétricaux est nécessaire pour comprendre le vécu de la mère.

Les facteurs démographiques

On rapporte que les variables telles qu'un faible niveau socio-économique, la précarité de l'emploi, les contraintes financières et la situation matrimoniale (mères monoparentales) sont faiblement, mais significativement associés à la DPN. En contrepartie, on note que les facteurs de l'âge (jeunes mères), d'une scolarisation peu élevée, du statut parental (mères primipares) ainsi que de la durée de la relation avec le partenaire ne contribueraient pas particulièrement au risque de faire une DPN. Malheureusement, les études à ce sujet offrent peu de cohérence; certaines indiquent des résultats non significatifs, tandis que d'autres décèlent des liens importants mais contradictoires. Ces facteurs demeurent somme toute non négligeables et doivent être considérés comme importants.

Les facteurs psychologiques

Un faible sentiment de compétence parentale est associé à un niveau plus élevé de symptômes dépressifs postnataux. Les attentes irréalistes, les distorsions cognitives, des ressources personnelles pauvres (par exemple, faible estime de soi, recherche inadéquate de soutien social) ainsi qu'une personnalité anxieuse et une propension à s'autocritiquer sont également associées à la DPN. Par ailleurs, les symptômes du cafard postnatal (blues) peuvent augmenter la probabilité de faire une dépression dans les semaines qui suivent l'accouchement. Enfin, plus la décision d'avoir un enfant est motivée par des raisons extrinsèques telles que faire plaisir au conjoint ou combler un vide, plus le degré de symptômes dépressifs postnataux est élevé (Gauthier et autres, 2007).

Les facteurs sociaux

Les événements de vie négatifs vécus au cours des 12 derniers mois avant la naissance, les conflits et l'insatisfaction au sein du couple ainsi qu'un soutien familial et social limité s'associent à la DPN. Sur le plan de l'histoire relationnelle, des études rétrospectives révèlent que les mères qui perçoivent avoir reçu des soins parentaux inadéquats à l'enfance sont plus à risque. Selon une même logique, un attachement de type « anxieux » envers les personnes importantes de l'entourage (partenaire et propre mère) s'ajoute au risque de développer des symptômes dépressifs (Gauthier et autres, 2007; McMahon et autres, 2005).

Les facteurs liés aux caractéristiques de l'enfant

Ces facteurs sont particulièrement liés au tempérament difficile du jeune enfant. Un tempérament difficile est entre autres caractérisé par de fortes réactions émotionnelles, de l'irritabilité, des pleurs continus sur une longue période de temps, de l'impatience et des réactions d'insatisfaction. Le tempérament difficile d'un enfant (mesures objectives et propos tenus par la mère) peut favoriser le développement de symptômes dépressifs

(Beck, 1996). Une mère s'occupant d'un enfant à tempérament difficile peut avoir tendance à se sentir moins compétente dans son rôle de parent qu'une mère devant répondre aux besoins d'un enfant plus facile et moins exigeant.

INTERVENTION EFFICACE

Pour un suivi optimal, une prise en charge globale combinant plusieurs stratégies d'intervention est fortement recommandée. La psychothérapie (par exemple, thérapie cognito-comportementale, thérapie interpersonnelle) s'avère essentielle au traitement de la DPN, peu importe la sévérité des symptômes (Horowitz et Goodman, 2004; Howard, 2004). D'autres approches complémentaires peuvent être utiles selon les besoins de la mère : groupes de soutien, psychoéducation, encadrement des interactions mère-enfant, activité physique, luminothérapie, oméga-3, etc. L'option pharmacologique est privilégiée lorsque les stratégies non pharmacologiques sont efficaces à elles seules ou que les risques liés à la maladie maternelle sont jugés supérieurs à ceux de la médication; chez le nourrisson allaité, on observe toutefois peu d'effets indésirables.

La littérature rapporte des lacunes importantes dans la détection précoce de la DPN. Le traitement est souvent peu optimal. Pourtant, des répercussions majeures ont clairement été décelées chez la mère. Dans ce contexte, il apparaît essentiel que le psychologue acquière des compétences liées à la prévention et à la détection précoce. De plus, l'expertise des psychologues dans ce domaine doit être connue des autres professionnels de la santé engagés auprès des mères (par exemple, omnipraticiens, obstétriciens, pédiatres, personnel infirmier, psychiatres).

Enfin, il appert que des programmes de soins spécialisés afin de favoriser l'accessibilité des ressources et d'optimiser le suivi des mères durant cette importante période de vie. Plus qu'un simple « baby blues », la détresse postnatale non détectée et non traitée peut, dans certains cas, évoluer vers une expérience profondément accablante et négative, bien loin de l'événement heureux que soit celui d'avoir un enfant.

Tiré de : *Psychologie Québec*, mai 2007
Lysanne Gauthier², psychologue.

² Lysanne Gauthier, psychologue, termine actuellement un doctorat en psychologie à l'Université Laval. Sa thèse porte sur les facteurs de risque psychosociaux de la symptomatologie dépressive postnatale, y compris l'étude du profil motivationnel des mères quant à la venue d'un enfant. Elle travaille également comme psychologue auprès des personnes présentant une psychose débutante (Clinique Notre-Dame des Victoires) au sein du programme des troubles psychotiques du Centre hospitalier Robert-Giffard, Institut universitaire en santé mentale à Québec.
lysanne_gauthier@ssss.gouv.qc.ca

6. PHARMACOTHÉRAPIE AU QUOTIDIEN

CONTRACEPTION EN POST-PARTUM

Plusieurs choix de contraception sont accessibles aux femmes dans la période qui suit l'accouchement, qu'elles allaitent ou non. Il est important d'envisager plusieurs aspects lorsqu'on parle de contraception post-partum : l'efficacité et la facilité de la méthode; le risque thromboembolique durant le post-partum; les effets des hormones exogènes sur la qualité et la quantité de lait; le passage des hormones exogènes dans le lait maternel et les effets du contraceptif chez le nourrisson. Dans cette section, nous traiterons de l'efficacité de l'allaitement pour inhiber l'ovulation, et nous passerons en revue les autres méthodes pouvant être utilisées, le moment où la mère peut commencer à les utiliser et leur impact possible sur le nourrisson.

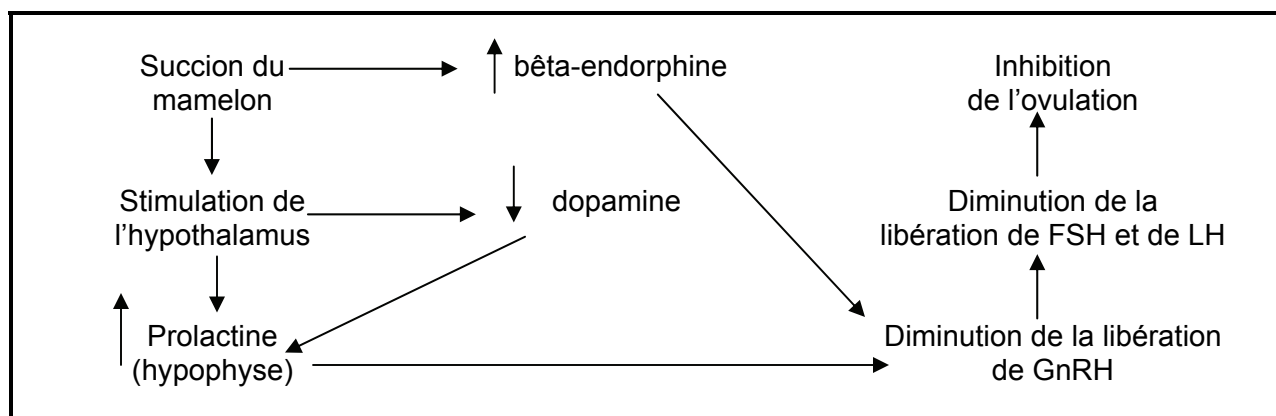
CAS CLINIQUE

Diane, 30 ans, allaite son premier bébé de trois semaines et vient vous consulter pour obtenir de l'information sur les moyens de contraception après l'accouchement. Elle a entendu plusieurs avis sur le meilleur moyen à utiliser. Sa mère lui a dit qu'elle n'a pas besoin de contraception, car elle allaite et sa sœur a pris un contraceptif oral combiné sans aucun effet indésirable. Qu'allez-vous lui dire pour l'éclairer sur la contraception post-partum?

PHYSIOLOGIE DE L'ALLAITEMENT

Une période d'infertilité est présente après l'accouchement. À ce moment, les taux d'œstrogènes et de progestérones diminuent progressivement pour permettre la sécrétion de l'hormone lutéinisante (LH) et de l'hormone folliculostimulante (FSH). En général, plus la naissance est proche de la date prévue de l'accouchement, plus la période d'infertilité est longue. Une femme qui accouche prématurément retrouvera sa fertilité avant une femme qui a accouché à terme. De façon générale, le retour de la fertilité a lieu entre quatre et six semaines et au plus tôt environ 25 jours après l'accouchement chez une femme qui n'allait pas. Notons que la 1^{re} ovulation survient toujours avant la fin de l'aménorrhée, soit 14 jours avant la 1^{re} menstruation. L'allaitement retarde le retour de l'ovulation et chez une femme qui allaite son bébé exclusivement, on peut observer une période d'infertilité allant jusqu'à six mois. Chez une femme qui allaite, le taux de FSH revient à la normale en 30 jours, mais le taux de LH demeure absent. La stimulation régulière du mamelon est cruciale pour supprimer l'ovulation. Plus le temps entre les boires s'espace, plus le risque d'ovulation augmente. La succion du bébé entraîne la libération de bêta-endorphine. Cette libération supprime l'ovulation par l'action sur l'hormone gonadolibérine (GnRH). De plus lors des premières semaines de l'allaitement, la bêta-endorphine, par l'action sur la dopamine, entraîne une augmentation de la prolactine.

TABLEAU II
MÉCANISME D'INHIBITION DE L'OVULATION PAR L'ALLAITEMENT



CONTRACEPTION NON HORMONALE

LA MÉTHODE DE L'AMÉNORRÉE ATTRIBUABLE À LA LACTATION (MAL) OU MÉTHODE D'ALLAITEMENT MATERNEL ET D'AMÉNORRÉE (MAMA)

La MAL est une méthode contraceptive basée sur le risque de grossesse chez une femme qui allaite. Les quatre conditions à respecter pour vérifier l'efficacité contraceptive sont :

- la patiente n'a pas de menstruation;
- un intervalle minimal entre les tétées est respecté;
- une quantité maximale de 5 à 10 % des boires avec des suppléments (incluant lait, eau, jus) est donnée;
- le bébé allaité est âgé de moins de six mois.

TABLEAU III
CRITÈRES D'EFFICACITÉ DE LA MÉTHODE D'AMÉNORRÉE ATTRIBUABLES À LA LACTATION

L'AMÉNORRÉE PERSISTE-T-ELLE ?	ALLAITEMENT EXCLUSIF	L'ENFANT A-T-IL MOINS DE SIX MOIS ?
Pas de flux menstruel au bout du 56 ^e jour suivant l'accouchement	Alimentez-vous complètement ou presque complètement votre enfant au sein ?	

Si les réponses sont **OUI** à toutes ces questions, la mère n'a pas besoin d'une méthode complémentaire de planification familiale : le risque de grossesse n'est que de 1 à 2 % environ. Dire à la mère lorsqu'une réponse est **NON** à n'importe laquelle de ces questions que les risques de grossesse sont accrus. Elle ne devrait plus compter exclusivement sur la lactation. Il convient qu'elle utilise une autre méthode de planification familiale.

La MAL est efficace de 98 à 99 % si toutes les conditions mentionnées sont respectées. La MAL a été utilisée dans plusieurs contextes culturels et socio-économiques avec une efficacité comparable. Il est important de bien expliquer la MAL aux patientes pour optimiser son efficacité. La femme doit continuellement se poser les questions pour s'assurer que les réponses sont toujours négatives, en particulier lors des changements suivants : nourrisson qui fait ses nuits, introduction d'aliments solides, enfant ou mère malade. Il faut également qu'elle utilise une autre méthode contraceptive lorsque l'efficacité de la MAL ne peut être assurée. Une femme qui allaite a des menstruations si elle a deux jours consécutifs de saignements vaginaux, et ce, 56 jours après l'accouchement. Il est peu probable que des saignements vaginaux avant huit semaines chez une femme qui allaite exclusivement indiquent un retour de la fertilité.

Un allaitement exclusif ou quasi exclusif ne doit pas comprendre plus d'un supplément tous les dix boires, à l'exclusion des vitamines et des médicaments. Les patientes doivent savoir que l'utilisation du tire-lait peut légèrement diminuer l'efficacité de la MAL d'environ 4 % (Valdes, 2000; Labbok, 1995). À l'âge de six mois, le bébé commence à prendre des aliments solides et a tendance à moins prendre le sein, ce qui augmente ainsi le risque d'ovulation. Le taux d'allaitement exclusif au Québec étant de 44 %, 35 %, 28 %, 20 % et 10 % à 1, 2, 3, 4 et 5 mois respectivement, un nombre important de femmes auront besoin d'une autre méthode de contraception fiable.

LES MÉTHODES BARRIÈRES

Les femmes doivent savoir que l'efficacité des méthodes barrières peut varier selon l'utilisateur et qu'elles sont généralement moins efficaces que les méthodes hormonales. Le condom constitue toutefois la meilleure protection contre les infections transmissibles sexuellement.

Le diaphragme et la cape cervicale ont un taux d'échec plus élevé et ne sont généralement pas utilisés en pratique chez la femme qui allaite. Après une grossesse, on doit réévaluer l'ajustement de ces deux dispositifs étant donné que les mesures prises avant la grossesse peuvent avoir changé. La mesure n'est toutefois pas fiable chez une patiente qui allaite à cause de l'atrophie vaginale liée à l'hypœstrogénémie. Les femmes utilisant la cape cervicale devront aussi être informées que cette méthode est moins efficace chez celles qui ont déjà accouché en comparaison avec les femmes nullipares. En ce qui a trait à l'éponge contraceptive, les femmes devraient attendre six semaines après un accouchement avant de l'utiliser.

CONTRACEPTION HORMONALE

LES PROGESTATIFS

Les contraceptifs qui contiennent seulement un progestatif sont les comprimés de noréthindrone, les injections intramusculaires d'acétate de médroxyprogestérone (AMPR, Dépo-Provera) et le stérilet de lévonorgestrel (Mirena). Les particularités entourant le stérilet de lévonorgestrel sont traitées à la section sur les dispositifs intra-utérins. Les progestatifs demeurent les méthodes hormonales de premier recours durant l'allaitement. Le moment pour les commencer en post-partum fait l'objet de controverses dans la documentation scientifique en raison d'inquiétudes concernant la diminution possible de la production de lait et de l'exposition du nourrisson aux hormones.

L'impact sur la production de lait

Contrairement aux œstrogènes, les progestatifs seuls n'ont pas été associés à une diminution de la production de lait. Toutefois, l'administration de progestérone dans les 72 heures après un accouchement pourrait théoriquement empêcher la chute de progestérone endogène nécessaire à l'initiation de la lactogénèse. Dans ses recommandations, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) mentionne toutefois que l'administration de progestatifs est possible immédiatement après l'accouchement.

Cette recommandation s'appuie entre autres sur une étude prospective dans laquelle on mentionne que l'administration de progestatifs dans les 72 heures post-partum n'entraînerait pas une diminution de l'allaitement. Dans cette étude, un groupe de femmes utilisant l'AMPR était comparé à un groupe de femmes utilisant un autre progestatif (77 femmes utilisant la pilule contenant seulement un progestatif et deux femmes ayant un implant) et à un groupe de femmes utilisant une méthode de contraception non hormonale. Au total, 102 femmes ont reçu l'AMPR, la première dose ayant été administrée en moyenne 51,9 heures après l'accouchement (6,25 à 132 heures). Les chercheurs n'ont observé aucune différence pour le taux d'allaitement et pour le nombre d'allaitement cessé en raison d'une production insuffisante de lait, au contraire, les femmes sous progestatifs allaient pendant une plus longue période de temps.

En général, les femmes n'ont pas besoin d'une contraception durant les trois premières semaines après l'accouchement. Une patiente chez qui on craindrait une non-observance du traitement ou pour laquelle on noterait une histoire de plusieurs échecs de contraception, il peut être nécessaire que le spécialiste lui propose de commencer les progestatifs avant le congé de l'hôpital, qui peut être plus tôt que 72 heures post-partum.

L'impact de l'exposition du nourrisson aux hormones par le lait

Plusieurs études font mention qu'il n'y a pas d'impact négatif lié à la prise de progestatif sur la croissance et le développement de l'enfant. Certains auteurs rapportent des inquiétudes à l'égard de l'exposition à des hormones exogènes chez un nouveau-né ayant des mécanismes de métabolisme et d'élimination des médicaments immatures. Toutefois, le passage de ces substances dans le lait est très faible et on ne s'attend pas à ce qu'elles puissent avoir un effet quelconque chez le nourrisson. De rares cas d'augmentation du volume des seins du nourrisson réversible à l'arrêt de l'exposition aux contraceptifs contenant des œstrogènes sont documentés, mais le lien de causalité n'est pas clair.

TABLEAU IV
PASSAGE DANS LE LAIT MATERNEL DES HORMONES UTILISÉES
DANS LES CONTRACEPTIFS ORAUX

HORMONE TYPE DE DONNÉES	PASSAGE DANS LE LAIT MATERNEL (% DE LA DOSE MATERNELLE AJUSTÉE AU POIDS)	COMMENTAIRES
ÉTHINYLŒSTRADIOL 50 µg po en dose unique chez 4 patientes 500 µg po en dose unique chez 4 patientes	- Non détectable dans le lait maternel 0,1 %	Les concentrations retrouvées dans le lait maternel ne sont pas plus importantes que celles observées chez une femme qui ovule.
LÉVONORGESTREL 150 µg po die chez 11 patientes 250 µg po die chez 5 patientes	1,3 à 2,6 % (jusqu'à un maximum de 9 %). Dose chez l'enfant : 24 à 56 ng/kg/jour - Non mesuré dans le lait, concentration plasmatique chez le nourrisson de 125 pg/ml, par rapport à 2600 pg/ml chez la mère	
NORÉTHINDRONE 350 µg po die chez 9 patientes	2,2 à 3,5 %	
NORGESTREL	- Non évalué - On peut s'attendre à ce que son passage dans le lait soit similaire à celui du lévonorgestrel	
ÉTHYNODIOL 500 ug po die chez 12 patientes	0,3 à 1,3 %	
DÉSOGESTREL L'étonogestrel est le métabolite actif du désogestrel	- Non évalué - Les données concernant les autres progestatifs sont toutefois rassurantes	Pas d'impact sur la composition et la qualité du lait ni sur la croissance et le développement des enfants dans une étude.
NORGESTIMATE Le norelgestromine est le métabolite actif du norgestimate	Non évalué	Les données concernant les autres progestatifs sont toutefois rassurantes.
MÉDROXYPROGESTÉRONE acétate (forme dépôt) 150 mg IM pour une dose chez 20 patientes	0,06 %	
CYPROTÉRONE 50 mg po pour une dose unique chez 6 patientes	0,9 %	Effets antiandrogéniques potentiels non évalués, dernier recours si nourrisson de sexe masculin
DROSPIRÉNONE 3 mg po en dose unique	1,1 %	Effets antiandrogéniques potentiels non évalués, dernier recours si nourrisson de sexe masculin

Les recommandations

Chez les femmes qui n'allaitent pas, on peut leur suggérer de commencer l'utilisation des progestatifs seuls immédiatement après l'accouchement ou encore la retarder à trois semaines post-partum étant donné qu'une ovulation survient rarement avant ce stade. Si une femme qui n'allait pas et qui n'a pas eu de retour de menstruation commence à utiliser un progestatif plus de 21 jours après son accouchement une méthode barrière ou l'abstinence est recommandée en début de traitement (deux jours pour la noréthindrone orale et sept jours pour l'AMPR). Cependant, le médecin doit s'assurer que la patiente n'est pas enceinte si elle a eu une relation sexuelle non protégée. Si la patiente a des menstruations, elle peut commencer la contraception dans les cinq premiers jours du

cycle sans protection supplémentaire pour assurer son efficacité contraceptive. Si la femme qui n'allait pas a commencé une méthode œstroprogestative trois à quatre semaines après son accouchement, elle préférera généralement cette méthode à la noréthindrone orale.

En règle générale, si le nourrisson est exclusivement allaité, l'utilisation de progestatifs avant six semaines post-partum n'est pas recommandée. Si la mère commence le progestatif entre six semaines et six mois après l'accouchement et qu'elle est toujours aménorrhéique, elle peut commencer à prendre le progestatif à n'importe quel moment et une méthode de contraception supplémentaire n'est pas nécessaire. Le médecin doit s'assurer toutefois que la patiente n'est pas enceinte si elle a eu une relation sexuelle non protégée lorsque toutes les conditions de la MAL ne sont pas respectées. Si la femme recommence à avoir ses règles, elle peut commencer la contraception dans les cinq premiers jours du cycle, soit plus tard si le médecin n'a pas de raison de croire que la patiente est enceinte, en recommandant, dans ce dernier cas, l'utilisation d'une méthode barrière ou l'abstinence en début de traitement.

LES MÉTHODES ŒSTROPROGESTATIVES

Chez une femme qui allaite, les méthodes contenant des œstrogènes sont un choix de dernier recours étant donné que ces méthodes peuvent entraîner une diminution de la production de lait et exposer le nourrisson seulement à un progestatif au lieu d'une association d'hormones. Leur utilisation n'est toutefois pas contre-indiquée et pourrait être envisagée.

L'impact sur la production de lait et sur le nourrisson

Les œstrogènes à doses élevées sont utilisés en post-partum dans le but de supprimer la lactation. En pratique, les chercheurs ont observé une diminution de la production de lait surtout à la suite de l'utilisation de contraceptifs oraux contenant l'équivalent de 50 µg d'éthinylœstradiol ou plus. Dans une étude, les chercheurs ont observé que l'utilisation de contraceptifs oraux contenant 30 µg d'éthinylœstradiol à partir de six semaines post-partum entraîne une diminution de la production de lait. Ils ont observé une diminution de la production de lait de 6 à 24 semaines post-partum dans tous les groupes, mais de façon plus importante dans le groupe recevant des contraceptifs oraux combinés, soit de 41,9 %, comparativement à des diminutions de 12 %, 6,1 % et de 16,7 % chez les femmes recevant respectivement un progestatif oral, l'AMPR et chez celles ne recevant aucune méthode hormonale. Il est important de noter que jusqu'à 40 % des patientes étaient perdues au suivi dans cette étude et que cette diminution de la production de lait ne faisait pas de différence sur le taux d'allaitement, la croissance et le développement des enfants. De plus, une revue systématique des études choisies au hasard a permis de conclure que les résultats sont de faible qualité et qu'on ne peut établir de liens entre la production de lait et la prise de contraceptifs oraux. Comme on sait toutefois qu'à doses élevées, un impact négatif sur la production de lait est possible, il est prudent de ne pas utiliser de méthodes œstroprogestatives autant que possible avant que l'allaitement soit bien établi, soit à environ six semaines post-partum et d'utiliser un contraceptif faiblement dosé en œstrogènes.

L'impact sur le nourrisson

Les hormones contenues dans les contraceptifs oraux combinés passent très peu dans le lait maternel et, aux doses d'au plus 30 ug par jour d'éthinylœstradiol, elles n'ont pas été associées à des impacts négatifs sur le développement et la croissance des nourrissons. De rares cas d'augmentation du volume des seins du nourrisson réversible à l'arrêt de l'exposition aux œstrogènes sont documentés, mais le lien de causalité n'est pas clair. Étant donné que les médecins ont le choix d'exposer le nourrisson à un progestatif seul plutôt qu'à une association œstroprogestative, ils préfèrent la première option.

Le risque thromboembolique

Le post-partum est une période d'hypercoagulabilité qui prédispose les femmes à des risques accrus de thromboembolie, et ce, pendant les trois premières semaines après l'accouchement. La prise d'œstrogènes peut accentuer ce risque et devra donc être évitée autant que possible pendant cette période.

Les recommandations

En général, une femme qui n'allait pas peut commencer une méthode œstroprogestative trois à quatre semaines après l'accouchement, soit après la période comportant un risque plus important de thrombose. Une méthode barrière assurant l'efficacité contraceptive pour les sept premiers jours sera recommandée dans les situations suivantes : plus de 21 jours post-partum sans retour des règles, et début du contraceptif hormonal après les cinq premiers jours du cycle menstruel.

Pour la femme qui allaite, on peut envisager l'utilisation d'une méthode œstroprogestative après six semaines, si les méthodes contenant seulement un progestatif ne sont pas appropriées pour elle. Si elle a accouché depuis plus de six mois, la diminution de production de lait n'est généralement plus une source d'inquiétude étant donné que l'enfant commence à manger d'autres aliments. Si l'aménorrhée est toujours présente à six mois post-partum, elle peut commencer à prendre le contraceptif à n'importe quel moment en utilisant une méthode barrière pour les sept premiers jours de traitement. Le médecin doit s'assurer que la patiente n'est pas enceinte si elle a eu une relation sexuelle non protégée. Si ses règles sont revenues, elle peut commencer le contraceptif dans les cinq premiers jours du cycle menstruel (ou plus tard si on croit qu'elle n'est pas enceinte, en utilisant toutefois une méthode barrière pour les sept premiers jours de traitement).

Les femmes infectées par le VIH

Les spécialistes recommandent aux femmes infectées par le VIH de ne pas allaiter leur enfant. Elles peuvent alors commencer une contraception œstroprogestative trois à quatre semaines après leur accouchement. Le médecin doit veiller à ce qu'il n'y ait pas d'interactions médicamenteuses, car plusieurs antirétroviraux diminuent l'efficacité des associations œstroprogestatives. L'utilisation du condom est toujours recommandée.

LES DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

L'impact pour le nourrisson

L'utilisation d'un stérilet de cuivre ou de lévonorgestrel n'a pas d'impact sur l'allaitement, la croissance et le développement de l'enfant. Les concentrations plasmatiques de lévonorgestrel après la pose du stérilet sont plus faibles que celles retrouvées à la suite de l'administration orale de lévonorgestrel contenu dans les contraceptifs oraux combinés, entraînant une exposition chez le nourrisson, par l'allaitement, probablement négligeable.

Les recommandations

Le stérilet de cuivre peut être posé moins de 48 heures après un accouchement. Une pose à ce moment augmente toutefois le risque de perforation utérine et d'expulsion par rapport à plus de quatre à six semaines post-partum. Si une infection pelvienne ou une septicémie est suspectée, sa pose devrait être reportée. Ainsi, que ce soit pour le stérilet de cuivre ou pour le stérilet de lévonorgestrel, il est préférable d'attendre au moins quatre à six semaines post-partum pour la pose. Si la femme recommence à avoir ses règles, on recommande une pose dans les 12 premiers jours du cycle pour le stérilet de lévonorgestrel, sinon n'importe quand dans le cycle s'il n'y a pas de raison de croire que la patiente est enceinte.

CONCLUSION

L'équipe de médecins et de pharmaciens a plusieurs occasions où elle peut discuter de contraception avec les patientes. Idéalement, elle devrait discuter de la contraception post-partum lors de la 2^e partie de la grossesse. Le type d'allaitement, les préférences de la patiente, la présence de comorbidités et son histoire personnelle sont des exemples de facteurs dont il faut tenir compte lorsqu'elle la guide dans son choix de contraception. Certaines méthodes sont à privilégier lors de l'allaitement. Il faut toutefois se rappeler que quelle que soit la méthode utilisée par la patiente, un arrêt de l'allaitement ne sera pas nécessaire.

TABLEAU V
RECOMMANDATIONS SUR L'UTILISATION
DE DIFFÉRENTES MÉTHODES DE CONTRACEPTION

MÉTHODE	DÉBUT	SUGGÉRÉ	COMMENTAIRES
	Femme qui allaite	Femme qui n'allait pas	
PROGESTATIFS (EXCLUANT LE STÉRILET DE LÉVONORGESTREL) - Comprimés de noréthindrone - Acétate de médorxy-progestérone retard	6 semaines après l'accouchement - Peuvent aussi être pris immédiatement en post-partum (attendre si possible 3 jours post-partum)	3 semaines après l'accouchement - Peuvent être aussi pris immédiatement en post-partum	Méthodes hormonales de premier recours durant l'allaitement
COMBINAISONS ŒSTROGESTATIVES - Contraceptifs oraux combinés - Anneau vaginal (Nuvaring) - Timbre (Evra)	6 semaines post-partum (attendre si possible 6 mois post-partum ou la fin de l'allaitement)	3 à 4 semaines post-partum	Durant l'allaitement, privilégier les progestatifs pour les 6 premiers mois de vie de l'enfant. L'utilisation d'associations œstroprogestatives peut toutefois être envisagée lorsque l'allaitement est bien établi et qu'elles comportent des avantages pour la patiente
SYSTÈME INTRA-UTÉRIN DE LÉVONORGESTREL	6 semaines post-partum	Idem	
STÉRILET EN CUIVRE	Immédiatement après l'accouchement (> 48 heures) ou 6 semaines post-partum	Idem	Plus de risque de rupture utérine à la suite d'une insertion immédiatement après l'accouchement
MÉTHODES BARRIÈRES	- Condom : en tout temps - Éponge contraceptive : éviter dans les 6 semaines suivant une naissance à terme - Diaphragme et cape cervicale : éviter chez la patiente qui allaite.	Idem	Sécheresse vaginale avec allaitement Utiliser lubrifiant. Vérifier l'ajustement du diaphragme ou de la cape cervicale après un accouchement mais la mesure n'est pas fiable si la patiente allaite en raison de l'atrophie vaginale

Tiré de : Pharmacothérapie au quotidien, *La contraception en post-partum*, Ema Ferreira, b. Pharm, MSC. et Caroline Morin, b. Pharm, M. Sc., Révision : Jacques Bourque, md, FRCSC, CHU Sainte-Justine et Université de Montréal, Les cahiers de MedActuel dpc, vol. 7, N° 35, 7 novembre 2007.

7. RESSOURCES EN POSTNATAL

SANTÉ

CSSS (CLSC)

Environ 24 à 72 heures après la sortie du centre hospitalier les parents seront contactés par téléphone par un intervenant du CSSS qui leur proposera une visite à la maison.

INFO-SANTÉ

Voici le numéro pour joindre cette ressource : 811

RESSOURCES COMMUNAUTAIRES

RÉGIONALES

Groupes d'entraide en allaitement (GEA)

- Écoute téléphonique
- Marrainage
- Rencontres prénatales et postnatales

La liste des GEA peut être consultée à la section Allaitement ou dans le cahier *Dépliants et brochures en matière d'allaitement destinés aux futurs et nouveaux parents - Recommandations reliées à la distribution.*

Groupe Les Relevailles

- Écoute téléphonique
- Cafés-rencontres
- Aide-mamans
- Groupe Oasis (Groupe de soutien pour les mères souffrant de dépression post-natale)
- Massage pour bébés

Voici les coordonnées pour joindre ce groupe :

Complexe Bellevue
1605, chemin Ste-Foy, C.P. 2
Québec (Québec) G1S 2P1
Téléphone : 418 688-3301
Télécopieur : 418 688-7666
www.groupelesrelevailles.qc.ca

La Maison ouverte inc.

Lieu de rencontre pour les enfants de moins de quatre ans accompagnés d'un parent ou d'un adulte proche. Un lieu d'échange, d'écoute et d'accompagnement qui a pour but de favoriser la socialisation du tout-petit et de faciliter la transition maison-société.

Voici les coordonnées pour joindre ce groupe :

111, 58^e rue Est,
Québec, Arrondissement Charlesbourg, (Québec) G1H 2E7
Téléphone et télécopieur : 418 627-0904
Courriel : lamaisonouverte@bellnet.ca
www.latosc.org

Les Accompagnantes

- Présence à la naissance
- Service personnalisé continu d'accompagnement (français et anglais)
- Atelier de préparation à la naissance
- Rencontres amicales pour adolescentes enceintes

Voici les coordonnées pour joindre ce groupe :

855, avenue Holland, Bureau 202
Québec (Québec) G1S 3S5
Téléphone : 418 688-6039
Télécopieur : 418 688-7666
Courriel : caa@oricom.ca
www.accompagnantes.qc.ca

LOCALES

Organisateurs communautaires des CSSS : Maison de la famille, soutien matériel, banques alimentaires, comptoirs vestimentaires, cuisines collectives et lieux de rencontre pour les parents

Diverses autres ressources telles : Carrefour familles monoparentales de Charlesbourg, région 03; Carrefour familles monoparentales Portneuf; Centre ressource Jardin de Familles, Les Saules, Duberger; Entraide parents (région 03); Joujouthèque, Basse-Ville; Maison de la famille (D.A.C., D.V.S., de Québec, Louis-Hébert); Maison Zoé-Blais; Le Pignon bleu; La Maison pour grandir, Basse-Ville et Limoilou; Ressource Parents, Vanier; Présence-famille St-Augustin.

RÉGIONALES, PLUS PRÉCISES

Service d'aide à l'adaptation des immigrants et des immigrantes (S.A.A.I.)

Organisme travaillant à l'intégration des immigrants et des immigrantes
Services offerts en périnatalité : information, références.

Voici les coordonnées pour joindre cet organisme :

318, rue Saint-Vallier Ouest
Québec (Québec) G1K 1K6
Téléphone : 418 523-2058
Télécopieur : 418 523-4710
Courriel : saai@biz.videotron.ca
www.saaiquebec.com

Solidarité – Deuil d'enfant

Organisme de soutien aux familles ayant à affronter le décès d'un enfant
Écoute téléphonique et activités

Voici les coordonnées pour joindre cet organisme :

C.P. 9309, Succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4B5
Téléphone : 418 990-0435
Courriel : so_deuilenfant@hotmail.com
www.sdequebec.ca

Les Perséides

Deuil périnatal

Voici les coordonnées pour joindre cet organisme :

855, rue Holland
Salon « Reed »
Québec (Québec) G1S 3S5
Téléphone : 418 990-2737
www.nospetitsangesauparadis.com

AutonHommie

Centre de ressources pour hommes

- Groupe d'aide (soutien, échange et partage) : rupture et situations difficiles
- Groupe de croissance : pour les hommes qui se questionnent sur leurs conditions de vie

Voici les coordonnées pour joindre ce centre :

1575, 3^e Avenue
Québec (Québec) G1L 2Y4
Téléphone : 418 648-6480
Télécopieur : 418-525-9709
www.autonhommie.org

Mères et monde

Mandats :

- Améliorer les conditions de vie de jeunes mères (16 à 30 ans) et leur famille
- Soutenir le développement de leur autonomie
- Prévenir l'épuisement
- Créer des liens pour prévenir l'isolement

Voici les coordonnées pour joindre ce groupe :

727, 8^e Avenue
Québec (Québec) G1J 3M3
Téléphone : 418 522-5139
Télécopieur : 418 522-0998
Courriel : accueil@meresetmonde.qc.ca
www.meresetmonde.qc.ca

Service d'information en contraception et sexualité de Québec (SICSQ)

- Contraception après la naissance
- Graphique « sympto-thermique »
- Moyens « mécano-chimiques »

Voici les coordonnées pour joindre ce groupe :

398, rue des Frênes Est

3^e étage, local 306

Québec (Québec) G1L 5B2

Téléphone : 418 624-6808, Appel interurbain : 1 877 624-6808

Télécopieur : 418 624-4013

Courriel : sicsq@videotron.ca

www.sicsq.org

Association des parents de jumeaux et plus de la région de Québec (APJQ)

- Information
- Partage
- Activités
- Ventes par la brocante

Voici les coordonnées pour joindre cette association :

C.P. 8639 Succursale Ste-Foy

Québec (Québec) G1V 4N6

Téléphone : 418 687-3407

Courriel : info@apjq.net

www.apjq.net

Le petit répit

Dépannage en milieu familial pour aider les parents d'enfants de 0 à 12 ans présentant diverses problématiques

Voici les coordonnées pour joindre cet organisme :

325, des Oblats

Québec (Québec) G1K 1R9

Téléphone : 418 525-0858

Télécopieur : 418 525-1126

Courriel : lepetitrepit@bellnet.ca

www.lepetitrepit.ca

Viol-Secours (Calacs Québec)

- Intervention téléphonique
- Intervention individuelle
- Intervention de groupe

Voici les coordonnées pour joindre cet organisme :

801, 4^e Rue, Bureau 205
Québec (Québec) G1J 2T7
Téléphone : 418 522-2120
Télécopieur : 418 522-2130
www.violsecours.qc.ca

Ressources : alcoolisme, toxicomanie et jeu compulsif dans Charlevoix, Québec et Portneuf.

www.rrsss03.gouv.qc.ca

Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC 03)

Interlocuteur privilégié en matière de concertation et de consultation régionale : Adaptavie inc., Autisme Québec et autres

Voici les coordonnées pour joindre ce groupe :

574, boulevard des Capucins
Québec (Québec) G1J 3R8
Téléphone : 418 524-7111
Télécopieur : 418 524-8838
Courriel : info@roc03.com
www.roc03.com

PROVINCIALES

SERENA

- Méthode sympto-thermique
- Contraception naturelle
- Fertilité après un accouchement et pendant l'allaitement

Voici les coordonnées pour joindre ce groupe :

6646, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2S 2R9
Téléphone : 1 418 872-6485, Appel interurbain : 1 866 273-7362
Courriel : info@serena.ca
www.serena.ca

Préma-Québec

- Soutien moral
- Aide à l'allaitement
- Fête annuelle
- Documentation

Voici les coordonnées pour joindre ce groupe :

150, rue Grant, Bureau 104
Longueuil (Québec) J4H 3H6
Téléphone : 1 888 651-4909
Courriel : info@premaquebec.ca
www.premaquebec.ca

FORUMS DE DISCUSSIONS

Pour les mères ayant besoin de briser leur isolement :

www.aufeminin.ca
www.copines.ca
www.DLVDM.com « Dans le ventre de maman »
www.femmezoom.com
www.mamanpourlavie.com
www.mereindigne.com