

LE PÉRISCOOP

Avril 2009 Volume 13 Numéro 1 | ISSN-1201-9143



ÉDITORIAL

Politique de périnatalité 2008-2018 : l'importance d'être soutenu

LUCIE THIBODEAU
Présidente de l'ASPQ

Une collègue de travail est devenue grand-mère aujourd'hui. Sa fille a accouché d'un bébé par césarienne parce qu'il se présentait par le siège. Rien de plus normal se dit-on, et pourtant... Trop souvent, quand il est question d'accouchement ou d'allaitement, nous entendons des choses comme celles-ci : « tout a bien été, c'était une césarienne mais c'est mieux comme ça », ou bien : « elle a eu sa péridurale à

quatre centimètres et elle se sentait si bien qu'elle n'avait pas l'impression d'accoucher », ou encore : « elle a allaité à l'hôpital mais une fois rendue à la maison, elle était tellement fatiguée que son mari a pris la relève pour nourrir le bébé ».

Dans la nouvelle Politique de périnatalité 2008-2018 du gouvernement du Québec parue en juin 2008, on positionne d'entrée de jeu une

vision claire de la période périnatale : « La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels¹ » qu'il faut préserver comme tel, tout en reconnaissant qu'il s'agit d'« une expérience humaine marquant(e)² ». On y lit que pour « respecter le caractère physiologique naturel de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et de l'allaitement (...) on verra à offrir des environnements

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie*. Québec, 2008, p. 18

2. Ibidem, p. 10

propices au libre choix, à l'accompagnement et au soutien³ » et qu' : « une approche globale et intégrée de la périnatalité (...) qui considère l'ensemble des dimensions rattachées à la période périnatale⁴ » ont orienté les travaux d'élaboration de cette politique.

Mais pourquoi donc positionner de façon centrale les processus physiologiques de la période périnatale ? Car, au-delà du facteur économique (les interventions médicales coûtent cher), les données scientifiques démontrent bien maintenant que les interventions obstétricales peuvent avoir un impact sur la santé de la mère et celle du bébé : « chaque fois qu'une intervention obstétricale est pratiquée, des risques y sont associés, sans compter que le recours à une intervention obstétricale peut déclencher une cascade d'interventions non indiquées a priori. Compte tenu de ces risques et conséquences, qui doivent être moindres que les avantages associés à l'intervention, il est essentiel d'agir sur les divers facteurs qui influencent la décision de recourir à une intervention obstétricale⁵ ». Pourtant, très peu d'accouchements se déroulent sans intervention de nos jours, en 2005-2006, « sept femmes sur dix ont reçu une anesthésie péridurale au cours de leur accouchement »⁶ et désormais plus du quart des femmes accouchent par césarienne. Quant à l'allaitement, sa réputation n'est plus à faire : « L'allaitement maternel comporte de nombreux avantages, non seulement pour les enfants allaités

SOMMAIRE [Dans ce numéro du Périscopop]

Éditorial	p. 1
Des nouvelles de la péri	
Enfanter le Monde	p. 4
Prix Aurore Bégin	
Naissance-Renaissance Outaouais	p. 8
Dossier politique de périnatalité	
Commentaires, questionnements et propositions de l'ASPQ	p. 10
Différentes perspectives	p. 17
La réaction du regroupement pour la valorisation de la paternité	p. 22
Dossier engagement paternel	
L'ASPQ, invitée d'honneur à la troisième Su-Père conférence	p. 23
Babillard	
Déclaration de principe sur l'accouchement normal	p. 26
Critique du film Lost Song	p. 27

CRÉDITS

Les membres du conseil de coordination en périnatalité de l'ASPQ agissent à titre de comité éditorial pour le Périscopop.

COORDINATION ET RÉDACTION

Catherine Chouinard, Geneviève Guérin

COLLABORATEURS

Claude Béland, Marie-Claude Perreault, Andrée Rivard, Lucie Thibodeau, Raymond Villeneuve

MISE EN PAGE

Caroline Brunet

GRAPHISME

Studiométrique

CONTRIBUTION FINANCIÈRE

Ministère de la Santé et des Services sociaux

3. Ibidem, p. 22

4. Ibidem, p. 9

5. Ibidem, p. 60

6. Ibidem, p. 58

et leur mère, mais également pour la société dans son ensemble. Il fournit au bébé tous les éléments nutritifs dont il a besoin et lui procure une variété de substances qui le protègent contre les infections et diverses maladies. L'allaitement est également associé à un meilleur développement cognitif, particulièrement chez les bébés prématurés et de faible poids à la naissance⁷ ». Pour illustrer ceci par un exemple, une étude australienne a récemment démontré que les femmes qui accouchent sous péridurale pourraient avoir plus de difficultés à allaiter que celles qui choisissent l'accouchement sans anesthésie⁸.

Les intervenants du milieu de la périnatalité rencontrent chaque jour des parents dès le début de la grossesse et ce, jusqu'à ce que leur enfant ait au moins deux ans. Ils les accompagnent, les soutiennent, les informent, les rassurent, les regroupent, dans tous les aspects du devenir parent. Ainsi, il est légitime que ces intervenants aient des attentes précises face à la politique de périnatalité parce qu'ils connaissent bien les besoins des parents, leur détresse parfois, leurs doutes souvent, même quand tout se passe normalement. En cohérence avec les énoncés de la politique, ils s'attendent probablement à ce que les services offerts aux parents ne soient pas limités aux soins médicaux, aux tests de dépistage et aux interventions obstétricales. Des parents bien supportés dans leur famille, leur communauté et leur milieu de travail,

sont certainement mieux préparés à ce qui les attend et plus en contrôle de leur propre environnement. On peut donc aisément imaginer que leur passage à travers les soins de santé sera facilité et qu'en conséquence, cela sera facilitant pour les intervenants.

Au Québec, presque la moitié des nouveau-nés sont un premier enfant; cela représente beaucoup de nouveaux parents qui vivent une expérience inédite. La naissance d'un enfant, c'est aussi la naissance des parents. Ceux-ci doivent : composer avec toutes les adaptations à la grossesse qui ont aussi un impact sur le couple; se préparer à accoucher et accueillir leur petit bébé; développer et mettre en œuvre des habiletés parentales, souvent simples, toujours essentielles. Si les familles transigent par le système de soins pour un suivi médical et professionnel de leur état de santé et de celui du bébé, ils devraient aussi pouvoir fréquenter des milieux de vie liés à leur expérience humaine de parents pour tenir compte réellement de la multi-dimensionnalité de l'expérience.

Le développement technologique et scientifique des dernières années, les problématiques nouvelles qui mettent en jeu la vie, la sécurité et la santé de la mère ou de l'enfant, l'évolution et l'augmentation des demandes des parents, tout cela fait pression. Mais rappelons-nous que la grande majorité des accouchements se déroulent normalement et que la grande majorité des enfants naissent sans besoin

d'aide. Par contre, pour accueillir un nouvel enfant dans leur vie, la grande majorité des parents ont besoin d'aide.

Nous avons la capacité et l'expertise, comme société, de soutenir tous les parents afin de réduire les interventions non essentielles et éviter l'isolement, l'épuisement, la détresse, le découragement des nouveaux parents. La vision mise de l'avant par la nouvelle politique de périnatalité est certainement prometteuse pour que nous puissions mettre en place au Québec une culture de la confiance durant la période périnatale. Espérons que le plan de mise en œuvre inclura des orientations spécifiques pour que des services soient « offerts à toutes les étapes de la période périnatale⁹ » et ainsi aider les parents à apprivoiser graduellement leur nouvelle situation et se préparer à accueillir leur enfant. ☒



7. Ibidem, p. 55

8. Siranda Torvaldsen, Christine L Roberts, Judy M Simpson, Jane F Thompson and David A Ellwood (2006) Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. International Breastfeeding Journal 2006

9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie*. Québec, 2008, p. 4



des nouvelles de la péri

ENFANTER LE MONDE

En 2010, à Québec : un congrès national en périnatalité... et plus encore !

CLAUDE BÉLAND

En 1980, se tenaient des colloques régionaux qui ont marqué l'histoire de la périnatalité au Québec. Trente ans plus tard, en 2010, à Québec, aura lieu un important congrès national sur les pratiques optimales en périnatalité. Une nouvelle occasion de mettre en perspective nos aspirations collectives dans ce domaine, mais plus encore, puisque cet événement sera jumelé au WABA Global Forum III, une rencontre internationale qui réunit des participants venus de plus de 70 pays. Qu'en est-il au juste du congrès national et de cette formule inédite et prometteuse ?

Quelques questions posées à Catherine Chouinard, responsable du programme du Congrès national sur les pratiques optimales en périnatalité et chargée de projet en périnatalité à l'ASPQ, permettront de saisir la portée de cet événement qui marquera une étape importante dans le domaine de la périnatalité au Québec.

En quoi consiste l'événement « Enfanter le monde » ? Le nom annonce déjà tout un programme...

C.C. Enfanter le monde, c'est ce que l'humanité fait tous les jours. À chaque seconde des milliers d'enfants naissent. Cela vaut bien qu'on s'y arrête et qu'on prenne le temps de réfléchir à la manière dont nous voulons, chez nous, préparer et vivre ces naissances, ainsi qu'au contexte



ENFANTER LE MONDE
BIRTHING THE WORLD

dans lequel nos enfants vivent les premiers temps de leur existence.

Pouvez-vous exposer en quelques mots les grandes composantes de cet événement à multiples facettes ?

C.C. Enfanter le monde, c'est l'appellation qui chapeaute la tenue de deux événements autonomes mais qui auront lieu simultanément et au même endroit, et entre lesquels ont été prévues plusieurs passerelles : que ce soit des moments d'échanges quotidiens en plénière, des rencontres informelles ou des soirées festives. Cette formule inédite a été rendue possible grâce à la collaboration entre l'ASPQ et la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA).

La WABA, qui a son siège social en Malaisie, regroupe des organismes et des individus de plus de 70 pays préoccupés par la protection et la promotion de l'allaitement maternel et elle a pour mandat de rétablir et de maintenir une culture mondiale d'allaitement. Créée en 1991, la WABA a déjà tenu deux rencontres internationales, l'une à Bangkok

(Thaïlande) en 1996, et l'autre à Arusha (Tanzanie) en 2002.

Le WABA Global Forum III aura lieu à Québec en même temps que le Congrès national sur les pratiques optimales en périnatalité ; ce dernier est organisé sous l'égide de l'ASPQ, en partenariat avec l'Association des omnipraticiens du Québec et le Regroupement Les Sages-femmes du Québec.

Comment expliquer que l'ASPQ soit à l'origine de ce congrès ?

C.C. Depuis trente ans, la périnatalité constitue un dossier majeur à l'ASPQ. En 1980, nous organisons, en collaboration avec le ministère québécois des Affaires sociales, des colloques régionaux qui ont conduit à une remise en question des pratiques. Ces colloques s'intitulaient « Accoucher... ou se faire accoucher ? » Depuis, dans une volonté de développer, tant chez les parents que chez les intervenants et les décideurs, plus de confiance, plus de compétence et plus d'autonomie à toutes les étapes de la période périnatale, l'ASPQ a multiplié ses interventions dans le domaine, jusqu'à la parution

en 2008 de la toute nouvelle Politique de périnatalité adoptée par le gouvernement du Québec. À nos yeux, il était clair que le moment était venu pour une nouvelle rencontre historique.

Pouvez-vous déjà nous donner les grandes lignes du programme du Congrès national ?

C.C. Le comité scientifique responsable du programme a déjà défini les grandes orientations du congrès, que l'on pourrait résumer comme suit : contribuer à mettre en place les moyens pour que la nouvelle génération ait confiance en sa capacité naturelle de porter ses enfants, de les mettre au monde et de les nourrir physiquement, psychologiquement et spirituellement. Le mot clef ici est « confiance ». En effet, nous voudrions que cette rencontre contribue, en faisant la promotion des pratiques optimales en périnatalité, à mettre en sourdine le discours de la peur, illustré par cette « perte de confiance de toute une génération de femmes en leur capacité d'accoucher simplement¹ ». Or, pour raviver cette confiance, chez les intervenants aussi bien que chez les parents, il faut protéger le processus physiologique de la naissance et se refuser à fragmenter l'histoire de la naissance. Grossesse, accouchement et période postnatale forment un tout : ce sont les premiers temps de la vie.

D'ailleurs l'architecture des contenus de ces journées constitue en elle-même une illustration de cette prise de position. Accouchement, allaitement et adaptation à la vie parentale



Sous l'égide de

L'Association pour la santé publique du Québec
et de la World Alliance for Breastfeeding Action

**Deux événements jumelés en vue d'une réflexion
planétaire sur les premiers temps de la vie**

**LE CONGRÈS NATIONAL SUR LES PRATIQUES
OPTIMALES EN PÉRINATALITÉ**

en partenariat avec

L'Association des omnipraticiens en périnatalité du
Québec et le Regroupement Les Sages-femmes du Québec

+

WABA GLOBAL FORUM III

en partenariat avec

International Baby Food Action Network
International Lactation Consultant Association
La Leche League International
The Academy of Breastfeeding Medicine
Wellstart International

avec la collaboration du

ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

OÙ : Hôtel Hilton Québec et Centre des congrès de Québec

QUAND : du 12 au 17 juin 2010

CONTACT : info@enfanterlemonde.com

1. Dre Vania Jaminez, en entrevue à l'émission Desautels, Première chaîne de Radio-Canada, dans le cadre de la Conférence Obstétrique et santé publique – Élargir les perspectives sur les réalités de la naissance, ASPQ 2004.

feront chacun l'objet d'une journée d'ateliers et de conférences. Chacune de ces trois réalités, trop souvent considérée isolément, sera abordée en trois temps : l'avant, le pendant et l'après. Cette perspective mettra clairement en évidence le continuum du phénomène de la naissance.

Qu'attendez-vous des participants à ce congrès ?

C.C. Nous misons sur ce congrès pour élargir cette façon de voir. Nous attendons des participants (professionnels de la santé, décideurs, parents, représentants de la fonction publique et des milieux communautaires) qu'ils partagent leurs points de vue et leurs expériences. Il faut qu'après ce congrès, une fois de retour dans nos milieux respectifs, nous ayons un sentiment fort d'avancer dans la même direction.

À quels signes reconnaissez-vous que le moment est favorable à une telle avancée ?

C. C. On est rendu là collectivement. La politique québécoise, qui pose les jalons en matière de périnatalité pour la période 2008-2018, reconnaît que les progrès de la médecine, qu'il s'agisse des moyens de dépistage ou d'intervention, ont eu comme effet de contribuer à développer chez les futurs parents une appréhension quant à d'éventuels problèmes en cours de grossesse ou d'accouchement. Elle reconnaît également, face à cette perte de confiance, la nécessité de soutenir la vision de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement comme étant des processus physiologiques naturels, et l'importance d'encourager une utilisation accrue des services de première ligne pour le suivi des femmes enceintes et des nourrissons.

Dans la même veine, le 28 janvier dernier, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) envoyait un avis aux médias précisant que, face à l'augmentation constante du nombre d'interventions médicales mises en œuvre pendant l'accouchement, les fournisseurs de soins obstétricaux au Canada demandaient que « des efforts soient déployés pour promouvoir l'accouchement normal et pour réduire la pratique d'interventions médicales "courantes" dans le cadre de grossesses à faible risque² ». Le même communiqué souligne que : « La SOGC et ses partenaires croient qu'il est important de rétablir la confiance des femmes en âge de procréer, des fournisseurs de soins obstétricaux et de la société en général à l'égard de l'accouchement normal. »

Des aspirations collectives se dessinent. Le congrès de 2010 se donne pour objectif de favoriser leur concrétisation. ☒

2. Communiqué émis par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), Ottawa, 28 janvier 2009.
http://www.sogc.org/media/advisories-20090128_f.asp



Geneviève Guérin

Il nous fait plaisir de vous présenter une nouvelle venue dans le dossier périnatalité à l'Association : il s'agit de Geneviève Guérin qui œuvre à la réalisation de la grande rencontre internationale que sera *Enfanter le monde* en juin 2010.

Outre ses compétences et son enthousiasme contagieux, Geneviève possède une solide expérience dans le domaine de la périnatalité puisque qu'elle est mère de deux jeunes enfants, détient une formation d'accompagnante à la naissance et est marraine d'allaitement.

Deux initiatives du Groupe MAMAN

Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel • www.groupemaman.org

Près du cœur

Témoignages et réflexions sur l'allaitement

Sous la direction de
Lysane Grégoire et Marie-Anne Poussart

Allaiter, c'est bâtir une relation fondatrice avec son enfant. Dans ce livre, des femmes témoignent de cette expérience intime et unique qui les a réjouies. Leurs récits nous forcent à constater que l'allaitement n'est pas nécessairement simple et facile mais, chacune à sa manière, elles communiquent la plénitude qu'elles ont ressentie en allaitant.

Comment intégrer l'allaitement dans un mode de vie contemporain ?
Que peut-on apprendre des femmes d'origines culturelles différentes ?
Quels sont nos rapports à la sexualité en lien avec l'allaitement ?
Comment envisager l'allaitement dans une perspective féministe ?

Avec la collaboration spéciale de Nathalie Arguin, Ingrid Bayot, Micheline Beaudry, Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau, Carole Dobrich, Julie Lauzière, Chantal Lavigne, Pierre Lévesque et Bernadette Thibaudeau.

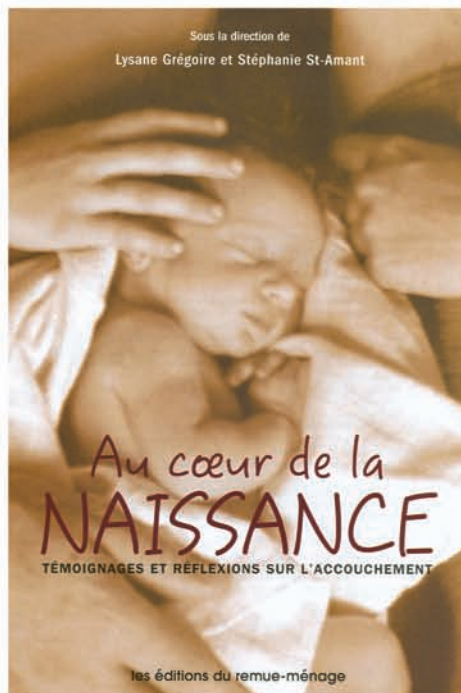
L'apport de ces collaboratrices complète ce qui constitue l'âme de cet ouvrage : la voix des mères qui allaitent.

432 pages • ISBN 978-2-89091-275-5 • 32.95 \$ + taxe

Pour plus d'informations www.groupemaman.org



Disponible en librairie



Au cœur de la NAISSANCE

Témoignages et réflexions sur l'accouchement

Sous la direction de
Lysane Grégoire et Stéphanie St-Amant

Au cœur de la naissance est un partage d'expériences qui fait valoir les bénéfices ressentis par ces femmes qui ont fait le choix fondamental d'accoucher naturellement. Leurs récits authentiques ne manqueront pas de toucher tous les parents et les futurs parents.

Commandez-le chez
votre librairie

Ce recueil a été développé en partenariat et avec le soutien de
l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ).

442 pages • ISBN 2-89091-230-2 • 29.95 \$ + taxe

Pour plus d'informations www.groupemaman.org



prix aurore-bégin

NAISSANCE-RENAISSANCE OUTAOUAIS

reçoit un **prix d'excellence** en périnatalité

MARIE-CLAUDE PERREault

Agente des communications et de la coordination d'événements à l'ASPQ

Le 20 novembre dernier, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) remettait le prix Aurore-Bégin édition 2008 à l'organisme Naissance-Renaissance Outaouais. Cette reconnaissance a eu lieu à Québec, lors d'un événement réunissant bon nombre de représentants du domaine de la santé publique au Québec dont le directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint à la Santé, le docteur Alain Poirier. Constitué d'une bourse de 5000 dollars et d'une œuvre d'art honorifique, ce prix d'excellence, remis pour la 7^e fois par l'Association, vise à reconnaître publiquement l'influence et l'impact positif des activités d'un organisme ou d'un projet sur la culture entourant la période périnatale.

« Naissance-Renaissance Outaouais est un organisme qui met de l'avant une vision humaine de la maternité, de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement qui se veut un processus naturel et intégré. Bien ancré dans sa communauté, il offre depuis 1985 des services d'accompagnement à la naissance, d'entraide en allaitement, de relevailles ainsi que de support au deuil périnatal », a expliqué Marie Rhéaume, présidente du Conseil de la famille et de l'enfance du Québec et membre du jury de sélection du prix Aurore-Bégin, suite à la présentation du gagnant.



Marie Rhéaume, Lucie Thibodeau, Sophie Richard et Sylvie Gauthier de Naissance-Renaissance Outaouais, Dr Alain Poirier

La mission de Naissance-Renaissance Outaouais est :

- d'améliorer la santé physique et psychologique des familles en offrant soutien et information concernant la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et la perte d'un bébé ;
- d'informer les parents de leurs droits lors de la période entourant la naissance d'un enfant afin qu'ils fassent des choix éclairés ;
- d'offrir des services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins des familles afin de donner des opportunités égales aux parents et à leurs enfants ;

- de sensibiliser les intervenants et la population aux enjeux et problématiques liés à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement.

En plus des trois travailleuses et neuf aides-mamans qu'il emploie, Naissance-Renaissance Outaouais peut compter sur la contribution exceptionnelle de 220 bénévoles engagés au mieux-être de leurs concitoyennes et concitoyens. Ils ont d'ailleurs cumulé 311 jume-lages et 768 heures de services aux familles dans la dernière année.

« Nous croyons fermement que toutes les familles ont droit à un bon départ et c'est notre raison d'être chez Naissance-Renaissance » a souligné

madame Sylvie Gauthier, directrice de l'organisme, en recevant le prix.

Mention d'honneur à La Maison Bleue

En plus du grand prix, l'ASPQ a remis une mention d'honneur à un projet s'étant démarqué des autres de par sa qualité et son caractère englobant. Il s'agit de La Maison Bleue qui offre aux familles du quartier Côte-des-Neiges, vivant des situations contextuelles difficiles, des services communautaires, culturels, sociaux et de santé dans un environnement harmonieux à proximité de leur milieu de vie.

L'équipe de travail, composée de médecins, d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une travailleuse sociale et d'un éducateur, se caractérise principalement par son interdisciplinarité.

Jury du prix Aurore-Bégin

Cette année, le jury du prix Aurore-Bégin était composé de :

- Christiane Charest, chef de programme Périnatalité Petite Enfance au CSSS La Pommeraie
- Isabelle Côté, conseillère aux programmes à la direction des

services médicaux généraux et pré-hospitaliers du ministère de la Santé et des Services sociaux

- Céline Lemay, présidente du Regroupement les Sages-femmes du Québec
- Marie Rhéaume, présidente du Conseil de la famille et de l'enfance du Québec
- Dominique Pilon, président de l'Association des médecins omnipraticiens en périnatalité du Québec

7e édition du prix Aurore-Bégin de l'ASPQ

Remise : le 19 novembre 2008

DANS CE NUMÉRO

- Qu'est-ce que le Prix Aurore-Bégin? P. 2
- Qui est Aurore-Bégin? P. 2
- Correspondance d'Aurore-Bégin P.3
- Prix Aurore-Bégin 2008 - une récolte de projets exceptionnelle! P. 6

Récolte 2008 :

- Naissance-Renaissance-Outaouais p. 6
- La Maison Bleue p.7
- Rencontres périnatales : « La grossesse... la belle aventure » p.8
- Le Centre Pleine Lune p.9
- Numéro hors-série de La Voie Lactée de la Ligue La Leche p.10
- Alternative-Naissance p.10
- Fondation de la Visite p.11
- L'Association pour la Préparation Affective à la Naissance p.11
- Le lait maternel : Tout prêt... tout près p.12
- La Maison du Collectif de Sept-Îles p.12
- L'approche familiale et communautaire en périnatalité du CSSS de Charlevoix et de l'hôpital de La Malbaie p.13
- La Goldfarb Breastfeeding Clinic, Hôpital général juif de Montréal p.14

« Des projets portés à bout de bras,
par des individus de cœur, peuvent faire la
différence dans toute une communauté »

ASPQ
ASSOCIATION POUR LA SANTÉ
PUBLIQUE DU QUÉBEC

Toutes les candidatures

Lors de la dernière remise du prix Aurore-Bégin en 2006, nous avons reçu cinq candidatures. En 2008, 12 candidats ont répondu à notre appel! Pour les découvrir et pour en savoir plus sur le Prix Aurore-Bégin, nous vous invitons à consulter en ligne notre bulletin spécial disponible sur le site internet de l'ASPQ à l'adresse suivante : www.aspq.org/DL/periscoopauore2008.pdf



politique de périnatalité

NOUVELLE POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ Commentaires, questionnements et propositions de l'ASPQ

CATHERINE CHOUINARD
Chargée de projet à l'ASPQ

Dans le numéro du Pêriscoop de juin 2008, nous n'avions que très sommairement réagi à la parution de la Politique de périnatalité 2008-2018 « Un projet porteur de vie » du gouvernement du Québec. Nous nous étions cependant promis d'approfondir notre analyse et de transmettre au ministre de la Santé et des Services sociaux les résultats de nos réflexions, ce que nous avons fait en octobre dernier. Le texte qui suit reproduit les grandes lignes de ce document dans lequel nous exposons nos commentaires, nos questionnements et des propositions pour la mise en œuvre de cette politique.

DES COMMENTAIRES

D'entrée de jeu, nous ne pouvons qu'applaudir les convictions qui guident la politique :

- la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels ;
- la parentalité constitue une réalité multidimensionnelle ;
- les mères et les pères sont compétents ;

- la qualité de la relation d'attachement de l'enfant constitue un élément fondamental pour son développement optimal ;
- chaque naissance fait appel à la solidarité et à la responsabilité collective.

Nous sommes également sur la même longueur d'ondes que le gouvernement lorsqu'il place les services généraux de périnatalité à un niveau de première ligne dans la communauté, en les articulant de façon hiérarchique et complémentaire avec les niveaux de deuxième et de troisième ligne.

Nous sommes en accord avec la hiérarchisation des services que le gouvernement propose puisque nous prônons depuis longtemps le principe du « bon service, au bon moment, par la bonne personne ». Dans ce contexte, nous endossons pleinement les énoncés suivants :

- en période prénatale et perinatale, les services devraient être offerts par les professionnels de première ligne, omnipraticiens ou sages-femmes, pour les grossesses et les accouchements qui se déroulent normalement, soit la très grande majorité ;

- les obstétriciens pourraient concentrer leur pratique dans les services spécialisés, et fournir leur soutien aux ressources de première ligne ;
- pendant la période postnatale, le suivi des nourrissons et des enfants devrait aussi être assuré par les omnipraticiens, selon une approche dite de médecine familiale ;
- les pédiatres, quant à eux, pourraient apporter un important soutien aux omnipraticiens pour le traitement des enfants présentant des problèmes complexes »¹.

Nous pensons qu'un important virage s'impose au Québec quant au rôle des professionnels de la santé dans les suivis de grossesses et les accouchements puisqu'actuellement, les proportions sont inversées par rapport aux orientations de la politique.

Selon les plus récentes données, les obstétriciens occuperaient environ 60 % des suivis de grossesses et accouchements, tandis que les omnipraticiens environ 40 %. Les sages-femmes, de leur côté, n'interviendraient que dans 2 % des cas.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie*. Québec, 2008, p. 18.

La continuité de la relation

Le principe de la continuité de la relation est une priorité pour les femmes... et pour nous ! Comme le précise la politique, « la continuité relationnelle se traduit par l'engagement du professionnel envers la femme durant toute la grossesse. Il doit aussi assurer celle-ci de sa présence à l'accouchement ».²

Le principe de la continuité de la relation est une priorité pour les femmes... et pour nous !

Pour nous, cette relation entre l'intervenant (médecin ou sage-femme) et les parents est capitale, et l'assurance de sa présence à l'accouchement devient plus que souhaitable car il est bien reconnu que l'établissement d'un lien de confiance favorise l'accouchement normal, diminue l'anxiété, augmente la satisfaction par rapport à l'expérience vécue, etc. Dans ce contexte, nous souhaitons que des moyens soient concrètement mis en place pour que ce principe ne demeure pas un vœu pieux.

L'accès aux services de sages-femmes

Permettre l'accès au plus grand nombre de femmes possible aux services des sages-femmes est sans doute

l'un des points les plus novateurs de la politique. Dans ce contexte, nous appuyons l'objectif du gouvernement de « développer les services offerts par les sages-femmes et adopter un plan prévoyant la présence de ces professionnelles sur le territoire québécois afin que d'ici dix ans, elles soient en mesure d'assurer le suivi périnatal et d'assister l'accouchement de 10 % des femmes enceintes ».³ Le gouvernement pourrait même se permettre d'aller plus loin puisque, selon un sondage SOM commandé par le MSSS et paru en 2005⁴, 24 % des femmes, si elles avaient le choix, accoucheraient en dehors d'un centre hospitalier, ce qui n'est possible qu'avec les services d'une sage-femme.

Nous soulignons également que la position du gouvernement par rapport aux sages-femmes contribue d'emblée à l'atteinte de certains des objectifs de la politique, lorsqu'on lit qu'une « approche axée sur la normalité de la grossesse et de l'accouchement et sur la continuité relationnelle doit être soutenue dans les services de périnatalité, et ce, peu importe le professionnel responsable du suivi ».⁵

Mentionnons enfin notre accord avec le gouvernement à promouvoir le « choix des femmes » lorsqu'il souhaite « assurer aux femmes qui le désirent l'accès aux services d'une sage-femme pour leur suivi de grossesse et leur permettre d'accoucher en milieu hospitalier, dans une

maison de naissance ou à domicile ».⁶ Par cet objectif, nous constatons avec satisfaction que la femme est reconvenue dans sa capacité de participer activement et de faire ses choix tout au long du continuum de la maternité.

L'information prénatale

Nous remarquons que l'accès à des rencontres prénatales est inégal pour les clientèles dites *universelles*, selon les régions.

Certains CLSC ont abandonné les rencontres prénatales pour les futurs parents. Quant aux visites chez le médecin, elles sont souvent trop courtes. Les parents n'ont pas toujours la connaissance des services communautaires offerts dans leur région ou n'ont pas nécessairement les moyens de recourir aux services privés. L'ajout d'un volet prénatal au guide *Mieux vivre avec notre enfant* est d'une grande valeur pour les parents. L'élaboration d'un *tronc commun provincial sur l'information prénatale* à l'intention des intervenants et contenant des informations fiables et à jour est aussi une bonne nouvelle.

Inutile de préciser que nous considérons que le maintien des rencontres prénatales pour toutes les clientèles représente un apport indispensable pour les familles : ces rencontres renforcent les capacités parentales, brisent l'isolement, créent des réseaux,

2. Ibidem, p. 23.

3. Ibidem, p. 29.

4. SOM. *Étude sur les attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services en périnatalité*. Juillet 2005.

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie*. Québec, 2008, p. 28.

6. Ibidem, p. 29.

favorisent les apprentissages requis pour devenir parents et permettent des échanges avec des personnes qui vivent des réalités semblables.

Le recours aux interventions obstétricales

L'augmentation manifeste des interventions obstétricales au cours des dernières décennies et leur standardisation dans le déroulement d'accouchements physiologiques peuvent donner l'impression qu'elles assurent une plus grande sécurité aux femmes et aux bébés, voire que leurs avantages sont supérieurs.

Or, la recherche scientifique actuelle démontre le contraire. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fixe

même des pourcentages plafonds au-delà desquels les interventions n'offrent plus d'avantages pour la santé. Par exemple, selon l'OMS, les taux d'induction ne devraient pas dépasser 10 % alors que la moyenne pour la région de Montréal se situe à 26 %⁷.

Dans ce contexte, même si nous sommes conscients que ces interventions sont nécessaires pour contrer, prévenir ou répondre à certaines complications, nous faisons nôtre le constat énoncé dans la politique qui précise que « chaque fois qu'une intervention obstétricale est pratiquée, des risques y sont associés, sans compter que le recours à une intervention obstétricale peut déclencher une cascade d'interventions non indiquées a priori. Compte tenu de ces risques et conséquences, qui

doivent être moindres que les avantages associés à l'intervention, il est essentiel d'agir sur les divers facteurs qui influencent la décision de recourir à une intervention obstétricale ».⁸

Selon l'OMS, les taux d'induction ne devraient pas dépasser 10 %.

Le problème qui demeure est celui de prendre les bons moyens pour renverser cette tendance et évoluer vers des pratiques axées sur la normalité qui favorisent la santé, des pratiques qui sont souhaitées autant par l'OMS que par bon nombre d'intervenants en périnatalité.

L'accompagnement des femmes

La notion d'accompagnement des femmes enceintes telle qu'énoncée dans la politique est rafraîchissante, comme en fait foi le passage suivant :

« Au chapitre des moyens pour réduire les taux d'interventions obstétricales figurent notamment les ressources d'accompagnement de la femme pendant le travail. Une personne formée à cet effet peut apporter à la mère une aide adéquate en lui offrant une présence continue et un soutien psychologique réconfortant, en ayant recours à une panoplie de pratiques susceptibles d'assurer son bien-être.

Une aide de cette nature permet entre autres de diminuer le temps de travail,



©iStockphoto.com/Arctic Flea

7. Source : Présentation de la Dre Julie Choquette (CH Lasalle) *PRIMUM NON NOCERE 2007*, suite à une étude menée auprès de neuf hôpitaux montréalais.

8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie*. Québec, 2008, p. 50.

d'empêcher le recours à l'analgésie ou d'en retarder l'utilisation, de réduire le recours à diverses interventions — anesthésie, césarienne, ventouses, forceps, stimulation du travail — et d'augmenter la satisfaction de la femme par rapport à l'accouchement. Il semble que davantage de femmes ayant bénéficié de ce type de soutien allaitent leur enfant, sont moins anxieuses et présentent moins de symptômes de dépression. Cet accompagnement peut également aider le père à soulager son anxiété et lui permettre de se sentir utile. »⁹

Les accompagnantes à la naissance ne sont pas clairement évoquées dans la politique ; pourtant, il ne fait aucun doute que leur apport est déjà reconnu par bon nombre au Québec et à plusieurs endroits dans le monde, et que leurs services pourraient connaître une expansion enviable dans les années à venir.

La formation des intervenants

« Enseigner aux intervenantes et aux intervenants responsables de la transmission de l'information prénatale un ensemble de notions fondées sur une vision de la naissance privilégiant l'accouchement physiologique naturel »¹⁰, voilà des lignes avec lesquelles nous sommes en parfait accord, en autant que cet enseignement permette un arrimage entre les milieux (de l'information prénatale jusqu'à l'hôpital) et qu'il y ait une

cohésion entre l'information reçue par les parents et l'expérience vécue à l'accouchement. Qu'on nous permette d'insister sur l'importance d'informer et de sensibiliser les professionnels de la santé au fait qu'accouchement rime avec normalité. L'ASPQ a toujours participé aux mouvements d'humanisation des naissances et elle a défendu sur plusieurs tribunes les idées qu'on y véhicule, des idées toutes simples, comme celle « d'accepter de laisser le temps prendre son temps ».

Le film américain « The Business of Being Born »¹¹ illustre bien la culture nord-américaine de l'obstétrique, il présente trois jeunes gynécologues obstétriciennes à qui l'on demande s'il leur arrive d'assister à des accouchements normaux. Elles répondent : « Rarement... presque jamais ! ». La réponse ne nous surprend guère : comment peuvent-elles faire confiance à un processus qu'elles ne connaissent pas ? Le débat devra nécessairement se déplacer un jour dans les milieux de formation.

La recherche

Ce ne sont certainement pas les champs de recherche qui manquent en périnatalité : syndrome de stress post-traumatique, césarienne, accouchement comme processus de transformation, etc.

La politique en identifie quelques-uns, notamment sur la prématurité

et les anomalies congénitales, ainsi que sur les effets de certains actes (procréation assistée et certaines interventions obstétricales) sur la santé maternelle et infantile.

Dans la même lignée, qu'on nous permette de souhaiter un intérêt et des moyens financiers adéquats pour des recherches sur la pratique des sages-femmes et le vécu des maisons de naissance, dix ans après la légalisation de la profession (1999-2009) et 15 ans après l'introduction des maisons de naissance (1994-2009). Les questions ne manquent pas : quel fut, est et sera l'impact de la pratique des sages-femmes au Québec, quels sont les coûts du système, que sait-on de la satisfaction des familles, comment évalue-t-on les lieux de naissance, etc.

DES QUESTIONNEMENTS

La promotion de l'allaitement

Les mesures mises de l'avant par le gouvernement du Québec pour promouvoir et soutenir l'allaitement sont devenues un modèle partout ailleurs au Canada. On n'a qu'à jeter un coup d'œil sur la liste des établissements *Amis des bébés* au pays¹² pour s'en convaincre : plus du % nichent au Québec, tout un succès !

Pourtant, nombre d'intervenants en périnatalité craignent que le

9. Ibidem, p. 52.

10. Ibidem, p. 54.

11. Produit en 2007, de la réalisatrice Abby Epstein.

12. <http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/BCC%20List%20%20Designated%20Facilities%20French%20January%202009.pdf>

Québec recule dans ce domaine. Étant donné les débordements actuels du réseau de la santé et des services sociaux, l'allaitement paraît bien loin des sujets de préoccupations de certains administrateurs. D'autre part, certaines femmes québécoises se plaignent encore de l'attitude de plusieurs professionnels de la santé qui ne respectent pas leur opinion ou leur choix d'allaiter ou non.

La nouvelle politique ne laisse aucun doute sur les intentions du gouvernement de promouvoir l'allaitement, comme en fait foi la 4^e orientation dans ce dossier : « Concevoir des stratégies pour que l'allaitement, comme mode d'alimentation exclusif du nourrisson, devienne une norme sociale inscrite dans la culture québécoise. ».

Les mesures mises de l'avant par le gouvernement du Québec pour promouvoir et soutenir l'allaitement sont devenues un modèle partout ailleurs au Canada.

Or, nous constatons que dans le document synthèse¹³ qui accompagne la politique et qui, nous le présumons, sera davantage lu que le document complet, la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'allaitement qui préconise « l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, et sa poursuite jusqu'à deux ans et plus » n'apparaît plus dans son entièreté. Seule la première partie

demeure. Les auteurs de la politique ont peut-être craint de « pousser trop » l'allaitement s'ils recommandaient l'allaitement jusqu'à deux ans et plus. Pour notre part, nous croyons que ce sont des recommandations de ce genre qui ouvrent les esprits, qui repoussent les frontières, qui encouragent une réelle transformation de notre culture d'allaitement. Plus on parlera de bambins allaités, plus on en verra, plus cela deviendra normal.

Plus on parlera de bambins allaités, plus on en verra, plus cela deviendra normal.

Le gouvernement doit assurer un leadership en faveur de l'allaitement et se prononcer publiquement (et fortement) en sa faveur comme mesure de santé publique. Parallèlement, la sphère privée des individus se doit d'être respectée et, comme société, nous devons nous assurer que les femmes reçoivent toute l'attention et le soutien dont elles ont besoin pour vivre une expérience saine durant les premières années de vie avec leur enfant.

Le soutien pré et postnatal à la parentalité

Nous manifestons des inquiétudes majeures quant à la rareté des moyens (et leur inexistence dans plusieurs régions) pour assurer du soutien aux parents avant et après la naissance. Bien sûr, certaines orientations inscrites à la politique sont intéressantes,

dont celle « d'assurer l'implantation ou la consolidation d'un programme d'utilisation systématique de l'avis de grossesse »¹⁴, comme amorce du continuum pour orienter la femme enceinte vers le centre de santé et de services sociaux (CSSS) de son territoire, afin de lui donner de l'information sur les ressources existantes ou pour lui proposer des services appropriés à ses attentes, à ses besoins ou à sa situation. Mais quelles sont ces ressources? Qui offre ces services? En dehors des rencontres prénatales qui visent à informer les parents, quels sont les services disponibles pour les futurs et les nouveaux parents?

Le suivi postnatal décrit dans la politique inclut un contact téléphonique et une visite à domicile par une infirmière dans les 72 heures suivant le retour à la maison de la mère et son nouveau-né. Pourtant, la période périnatale se prolonge jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de un an, selon la politique, et deux ans selon nombre d'auteurs.

Dans ce contexte, l'orientation donne la fausse impression que l'infirmière sera la courroie de transmission pour orienter les parents vers une multitude de services et de ressources. Or, seulement quelques territoires de CSSS sont munis de centres de ressources périnatales et d'organismes communautaires en périnatalité.

Presque la moitié des nouveau-nés représentent le premier enfant, ce qui signifie autant de nouveaux parents appelés à vivre une expérience inédite.

13. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-02.pdf>

14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie*. Québec, 2008, p. 136.

Dans ce sens, chaque naissance d'enfant est naissance de parents. Ceux-ci doivent apprendre à s'occuper de leur enfant, développer des habiletés parentales, souvent simples, toujours essentielles, mais pas innées. Les jeunes familles québécoises sont très souvent laissées seules dans cette nouvelle expérience, ce qui contribue à générer le doute, l'insécurité, l'épuisement. La parentalité est une expérience humaine qui se partage, se vit et s'apprend au contact d'autres parents.

Presque la moitié des nouveau-nés représentent le premier enfant.

On le voit aisément, le gouvernement devra combler le besoin par de nouvelles ressources, ou confier des mandats à des organismes et à des groupes communautaires qui prendront la relève du réseau de la santé et des services sociaux pour assurer ces suivis.

Le dépistage prénatal

Pour l'ASPQ, le sujet déborde le problème du syndrome de Down. Nous nous intéressons plutôt aux avancées scientifiques en génétique qui permettent déjà, et ce n'est qu'un début, de déceler diverses anomalies au stade fœtal ou pré-embryonnaire.

La très grande majorité des enfants naissent avec un corps parfait !

Les pressions de la société, les pressions de la médecine moderne et même les pressions des gouvernements qui sentent le besoin d'offrir de tels services de dépistage poussent les

parents à se soumettre à ces tests, ce qui devient une source importante de stress. Cette nouvelle « mode » établit une normativité, renforce les préjugés envers les handicapés et influence la prise de décision des parents face au résultat. La crainte et le sentiment de culpabilité de mettre un enfant malade au monde hantent les parents. La liberté de procréer recule au second plan : l'heure n'est plus à la réjouissance tant que le « produit » n'aura pas été d'abord vérifié. Les médias renforcent les stéréotypes associés à ces tests : la grossesse et l'accouchement deviennent un phénomène compliqué et risqué. Pourtant, statistiques à l'appui, la très grande majorité des enfants naissent avec un corps parfait !

L'expérience de la Politique de périnatalité de 1993

La Politique de périnatalité de 1993 était attendue et elle fut très bien reçue dans les milieux de périnatalité au Québec. Ce fut un véritable document de référence dans toutes les régions pour mobiliser les intervenants, tracer de grandes orientations, guider l'implantation de programmes et créer des services.

Malheureusement, certains éléments de sa mise en œuvre ont déçu au regard des attentes qu'elle avait suscitées. Les causes sont largement documentées : bouleversements dans le gouvernement et les ministères, transformation du rôle et de la structure du ministère de la Santé et des Services sociaux, régionalisation des services, compressions budgétaires importantes, réduction du personnel, réduction de la durée d'hospitalisation après l'accouchement, etc.

Bref, même si la politique de 1993 avait identifié les responsabilités de chacune des directions au ministère et dans le réseau de la santé et des services sociaux, les plans sont souvent restés à l'état de propositions. Paradoxalement, plusieurs acteurs publics, organismes publics et sociaux extra ministériels, etc., ont repris certaines mesures proposées dans la politique, dans des actions qui leur étaient propres ou en instaurant des programmes relevant de leur responsabilité, soulignant du même souffle leur sensibilité à plusieurs dimensions de la périnatalité. Dans ce contexte, l'ASPQ a certainement joué son rôle de catalyseur à plusieurs occasions grâce à son volet d'activités en périnatalité.

La responsabilité du dossier de la périnatalité au Québec

Dans les faits, le dossier de la périnatalité est scindé en deux entités au ministère de la Santé et des Services sociaux. D'une part, les préoccupations liées à la période prénatale, à l'accouchement et aux aspects de la période postnatale qui ne sont pas en lien avec l'allaitement nichent à la Direction des services de santé et de médecine universitaire, alors que celles qui touchent à l'allaitement sont prises en charge à la Direction générale de la santé publique. Nous croyons que cette « séparation administrative » au cœur du continuum de la période périnatale n'est pas à l'avantage du dossier et que cela contribue à perpétuer l'état de fragmentation et de morcellement des soins et des services offerts. Nous le répétons : pour nous, les trois temps de la période périnatale font partie d'un seul et même processus, et si la personne est unique, elle est aussi un tout.

→ suite page 16

Alors que l'importance de ce continuum est bien reconnue, nous nous interrogeons : comment le gouvernement compte-t-il veiller de façon cohérente à la mise en œuvre de sa politique de périnatalité ? Par quels moyens ? Y'aura-t-il une nouvelle structure, une instance qui permettra de catalyser les actions et de veiller à sa mise en œuvre ?

DEUX PROPOSITIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ 2008-2018

1) *La mise sur pied d'un Comité interdisciplinaire de suivi de la mise en œuvre de la politique de périnatalité*, composé d'experts et de citoyens, qui aurait comme mandat de veiller à la mise en œuvre et au déploiement de la politique et de s'assurer que cela se fasse en cohérence avec les convictions qui la guident.

L'interdisciplinarité nous apparaît indispensable.

Pour ce faire, un tel comité devrait avoir accès aux données récentes sur la situation en périnatalité, de même que la possibilité de générer des recherches permettant de mesurer les actions et comprendre différents aspects des problématiques.

Non seulement l'interdisciplinarité nous apparaît-elle indispensable dans l'accomplissement de la politique afin de tenir ensemble le continuum de la période périnatale, mais elle constitue

l'une des compétences reconnues à l'ASPQ depuis près de 30 ans. Nous avons en effet cette capacité d'aborder la périnatalité avec de nombreux acteurs des milieux de la santé et des milieux communautaires du Québec, notamment grâce à notre Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité. L'ASPQ souhaiterait bien sûr siéger sur un tel comité.

2) *Proposer le Québec comme site d'un projet-pilote de l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant (IINME)¹⁵ parce que cette initiative vient en appui direct à la première des convictions qui guident la Politique de périnatalité, à savoir que : « la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels.*

Donner naissance est une expérience naturelle, un processus normal. Toutefois, dans une société animée par la volonté de contrôler tout risque potentiel, il faut rappeler cette nécessité de protéger le processus physiologique naturel de la naissance. Cela exige que l'on mette en place des environnements propices et que l'on conjugue les efforts autour de cette conviction. Cela implique aussi que l'on respecte la personnalité de chaque femme, ses particularités, son rythme, son intimité. Par ailleurs, une telle approche n'exclut aucunement la nécessité d'exercer la vigilance requise, toujours dans le respect de l'autonomie de la femme et dans le respect de ses choix. »¹⁶

L'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant met l'accent sur le respect de la normalité de l'accouchement et l'expérience vécue par les femmes. Elle offre un cadre rigoureux, appuyé par des données scientifiques probantes. Le Québec est chef de file dans l'implantation de l'Initiative Amis des bébés (IAB) dans tout le Canada. Nous croyons qu'il faut innover avec cette nouvelle initiative tout aussi prometteuse.

Donner naissance est une expérience naturelle, un processus normal.

En mars 2008, lors de notre dernier passage au forum annuel de la *Coalition for Improving Maternity Services* qui est à l'origine de cette initiative, nous avons tenu une rencontre informelle avec des dirigeantes de l'IINME simplement pour les sensibiliser aux particularités du Québec en matière de périnatalité (maisons de naissance, IAB, Politique de périnatalité, etc.). Dans le cadre du forum 2009 à San Diego, nous comptons faire une présentation portant sur ces sujets. ☐



15. Voir le Pêriscoop de juin 2008 p.14

16. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie.* Québec, 2008, p. 9

POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ ET ORGANISATIONS DES SERVICES

Différentes perspectives

ANDRÉE RIVARD, PH.D. (C)

Chargée de cours et chercheure en périnatalité, université du Québec à Trois-Rivières
Membre du Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'ASPQ

À l'occasion de sa Conférence annuelle qui s'est déroulée le 19 novembre 2008, l'ASPQ conviait les participants des Journées annuelles de santé publique (JASP) à assister à sa table ronde sous le thème « Politique de périnatalité et organisations des services : différentes perspectives ». Pour la circonstance, elle avait réuni cinq panelistes : Isabelle Côté du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), Claire Godin, infirmière déléguée de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Dominique Porret, sage-femme et présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), Pauline Gref, pédiatre, inspectrice et responsable du Comité de périnatalité au Collège des médecins du Québec et Lucie Thibodeau, présidente de l'ASPQ et représentante pour l'occasion du Réseau des centres de ressources périnatales. Cette activité s'inscrivait bien sûr dans le contexte de la récente publication par le MSSS de sa *Politique de périnatalité 2008-2018*.

Isabelle Côté, collaboratrice à la rédaction et responsable de la mise en œuvre de la nouvelle politique de périnatalité au MSSS, a ouvert la séance en présentant les buts, les convictions, les valeurs et les principes qui ont

présidé à son élaboration. Elle a également décrit les priorités qui orienteront la mise en œuvre de son premier plan triennal (2009-2011). Parmi les axes privilégiés par le gouvernement figurants au nombre des sujets les plus discutés, on retrouve l'accessibilité au suivi obstétrical pour toutes les femmes, le développement des services sage-femme, l'accès à l'information prénatale et au suivi postnatal, la consolidation ou l'implantation d'un programme d'utilisation

systématique de l'avis de grossesse (comme amorce du continuum de services périnataux) et la diminution du recours aux interventions obstétricales.¹ Le menu étant dressé, les autres panelistes ont pu y aller dès après de leurs divers points de vue.

C'est avec une pointe de fierté que nous avons d'abord entendu l'allocution de notre ancienne collègue du Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité



©iStockphoto.com/Lado KUTNAR

1. Pour une description détaillée des priorités 2009-2011, nous vous invitons à consulter l'annexe à la *Politique de périnatalité*, téléchargeable à partir du site internet du MSSS. Les buts, les convictions, les valeurs et les principes de la Politique sont quant à eux énumérés et décrits dans la partie I du document (p. 5 à 14).

(elle y a œuvré pendant 9 ans), Lucie Thibodeau, qui a offert une contribution montrant sa longue expérience auprès des nouveaux parents. Se réjouissant d'entrée de jeu du positionnement clair de la politique en ce qui concerne la vision selon laquelle la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont, d'abord et avant tout, des processus physiologiques naturels, exigeant la mise en place d'environnements propices au libre choix, à l'accompagnement et au soutien, nécessitant une approche globale et intégrée de la périnatalité, elle a néanmoins exhorté le gouvernement à mettre en branle les moyens nécessaires pour que son discours se traduise « par des orientations claires dans le sens du développement et de la consolidation de l'accompagnement et du soutien de tous les parents dans des ressources de la communauté pour toute la période périnatale » (ressources communautaires, groupes d'entraide, centres de ressources périnatales). « La parentalité est une expérience humaine qui se partage, se vit, s'apprend au contact des autres parents, pas de façon isolée », a-t-elle vigoureusement soutenu. Pointant particulièrement deux orientations, l'avis de grossesse et le suivi postnatal, qui sont en soi des axes pertinents, elle se demande bien toutefois quels sont précisément les « ressources existantes » et les « services appropriés » destinés aux femmes enceintes auxquels renvoie la politique ? Elle déplore par ailleurs que le suivi postnatal dont il est question n'inclue qu'un contact téléphonique et une visite à domicile par une infirmière, dans les soixante-douze premières heures après le retour à la maison, alors que la politique indique que la période postnatale s'étend durant toute la première année de vie de l'enfant.



Isabelle Côté, Dominique Porret, Lucie Thibodeau, Claire Godin, Pauline Gref

L'effet néfaste de cette inconséquence risque d'être empiré du fait, explique-t-elle, qu'« aucune orientation ne vise le développement des centres de ressources périnatales qui œuvrent depuis des années dans leur milieu et contribuent à prévenir les problèmes de santé et les difficultés d'adaptation et à outiller les parents ». Lucie Thibodeau presse ainsi le gouvernement à mettre en branle les moyens qu'il faut pour être consistant avec son objectif de soutenir les initiatives locales destinées à répondre aux besoins particuliers des communautés et reconnaître leur contribution à la constitution d'un tissu social fort. Sur un autre plan, l'intervenante s'est inquiétée que la plus grande part des ressources soit investie « à se préparer au pire » alors que la plupart des enfants viennent au monde et grandissent sans problèmes. On ne peut certes ignorer l'évolution des besoins exprimés par les familles et les pressions exercées par les développements

technologiques et scientifiques des dernières années, mais une trop grande préoccupation quant aux divers risques possibles s'oppose en elle-même à la première conviction de la politique voulant que la grossesse et l'accouchement soient foncièrement des processus physiologiques naturels. Au total, en soulevant certains points névralgiques, c'est un appel à la cohérence avec la vision énoncée par la nouvelle politique de périnatalité qu'a lancé Lucie Thibodeau au MSSS pour sa mise en œuvre.

À l'inverse, la représentante du Collège des médecins du Québec, la Dre Pauline Gref, a insisté sur la nécessité d'accroître ou d'améliorer les ressources destinées à *sécuriser* la grossesse et l'accouchement et de focaliser davantage sur le besoin d'aide prééminent des familles aux prises avec des difficultés particulières : « On a souligné souvent qu'il fallait s'intéresser à l'ensemble des

enjeux et clientèles. [...] Moi, ce que je constate, c'est qu'il faut mieux équiper ces familles qui ont besoin d'un support réel », a-t-elle voulu défendre. Conséquemment, selon la médecin, il est impératif de prioriser l'amélioration des équipements et le soutien aux équipes dédiées aux situations problématiques. Constatant par ailleurs que des femmes enceintes aux prises avec des complications n'ont pu obtenir les soins précoces que leur condition aurait pourtant exigés, elle a noté que l'accessibilité aux services demeure impérieusement un aspect à améliorer. La grossesse et l'accouchement sont-ils des processus physiologiques naturels et normaux comme le stipule la politique de périnatalité ou des événements *a priori* à risque pour toutes ? La représentante du Collège des médecins a paru hésitante sur la question : « La grossesse et l'accouchement sont des processus naturels, oui, et nous adhérons à la démedicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Nous reconnaissons aussi les soins à l'extérieur du cadre des soins médicaux. Mais je veux paradoxalement à cela vous rappeler la réalité médicale — et c'est celle que nous vivons quotidiennement — c'est que la grossesse et particulièrement l'accouchement sont des processus normaux pour nous lorsque tout est terminé, donc après la période périnatale. Pour nous, tout peut arriver [...]. Cela sous-entend que des interventions médicales efficaces et rapides doivent être disponibles pour tout accouchement. Connaître *la normale et l'anormal*, voici le défi auquel font face tous les intervenants en périnatalité. » À son avis, il en va de la « qualité » des soins et des services que les praticiennes et praticiens aient toujours en vue que ce processus, considéré à la source comme « normal », puisse subitement

dégénérer, exigeant alors des interventions pour lesquelles il implique qu'il faille toujours être prêts et prêtes. En somme, s'il est « logique d'adhérer à une approche plus humanisée, respectueuse, il faut aussi considérer la culture médicale qui est présente et qui sera toujours présente ». Dans la même veine, la Dre Gref s'est étonnée que la politique présume du fait que des interventions « non-nécessaires » soient pratiquées. Personnellement, elle ne croit pas qu'une telle chose existe. Malgré tout, a-t-elle déclaré, le Collège des médecins s'inquiète de la hausse de certaines interventions, justifiant la surveillance de l'évolution de certains indicateurs via son Comité de périnatalité. À propos de l'interdisciplinarité professionnelle, le Collège l'accueille avec enthousiasme : il s'agit d'une « approche gagnante et nous soulignons avec plaisir l'équipe hiérarchisée, le tout assurant la qualité des soins », a déclaré la Dre Gref.

Le Collège des médecins s'inquiète de la hausse de certaines interventions.

L'intervention de Claire Godin, représentante de OIIQ, est allée sensiblement dans le même sens que celle de Pauline Gref, en particulier sur la question de l'humanisation. À ce propos, elle a tenu à établir ceci : « Humanisation des soins, oui, mais j'abonde un peu dans le sens de mes collègues : il faut humaniser les soins mais pas passer à côté de la sécurité et de la qualité des soins. » Pour l'essentiel, elle a souligné les aspects de la politique qui auront une incidence sur le développement de la profession d'infirmière. « Les infirmières sont des intervenantes qui se retrouvent au cœur de la périnatalité », a-t-elle indiqué. Et

elles sont en mesure de relever le défi que leur propose la nouvelle politique, notamment grâce à leur contribution aux suivis pré- et post-natal ainsi qu'à l'éducation qu'elles peuvent dispenser durant ces périodes. Dans la même foulée, l'intervenante s'est réjouie de l'intégration des infirmières praticiennes en première ligne. Toutefois, si la nouvelle politique paraît satisfaisante aux infirmières et infirmiers du Québec, elle offre également à leur profession des défis de taille. Claire Godin nomme entre autres celui entraîné par le manque d'effectifs en soins infirmiers et en soins médicaux, un déficit susceptible de compromettre l'accessibilité aux services (« il va falloir apprendre à innover et miser sur nos forces », croit-elle); la révision du continuum de soins qui exigera beaucoup de coordination et une « harmonisation du langage »; et la collaboration interdisciplinaire qui requiert que la compétence de chacun soit reconnue. L'approche physiologique de la grossesse et de l'accouchement comporte également sa dose de défis : cela nécessitera de « développer de nouvelles approches, de nouvelles collaborations. Il va falloir prévoir du soutien durant la période de travail de l'accouchement, avoir une meilleure approche par rapport à la gestion de la douleur », précise-t-elle.

Les infirmières sont des intervenantes qui se retrouvent au cœur de la périnatalité.

La présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec, Dominique Porret, s'est également montrée satisfaite de la nouvelle politique de périnatalité, notamment en raison de la confiance qu'elle montre à l'égard

de sa profession. À l'instar de ses co-panelistes, elle y voit néanmoins quelques défis, tant pour sa profession que pour les femmes elles-mêmes, dont les besoins sont variés. Les nouvelles sages-femmes québécoises se sont clairement positionnées depuis leurs débuts quant au caractère physiologique naturel de la grossesse et de l'accouchement et elles ont voulu se constituer les « gardiennes du normal ». Tout en reconnaissant que des interventions peuvent être nécessaires et que des femmes préfèrent le cadre du centre hospitalier, il est toutefois indispensable de « permettre à chacune de trouver la sécurité là où elle est pour elle ». Ainsi, a indiqué la présidente de l'OSFQ, « si pour certaines c'est d'avoir un environnement plus médicalisé, être en sécurité pour d'autres c'est aussi d'avoir plus d'intimité, d'être plus libres dans ses mouvements et peut-être d'avoir des intervenants moins nombreux ». Chaque femme doit donc pouvoir y trouver son compte. Les sages-femmes quant à elles continuent à vouloir accompagner les femmes dans le lieu que ces dernières auront elles-mêmes choisi. Dans le même ordre d'idées, Dominique Porret a tenu à souligner que si la profession a obtenu des résultats positifs, c'est parce que les sages-femmes ont développé un modèle particulier axé sur la continuité du suivi et sur un accompagnement qui place la femme au centre de la relation. Or, prévient-elle, « il n'est pas nécessairement facile de maintenir ce modèle actuellement. Il y a beaucoup de pression pour les sages-femmes qui entrent à l'hôpital. »

Si pour certaines c'est d'avoir un environnement plus médicalisé, être en sécurité pour d'autres c'est aussi d'avoir plus d'intimité, d'être plus libres dans ses mouvements et peut-être d'avoir des intervenants moins nombreux.

Concilier la profession sage-femme avec le milieu hospitalier, de culture très différente, n'est pas évident pour ces praticiennes, même si elles demeurent résolues à maintenir leur modèle de pratique. L'expérience internationale a bien montré que lorsque l'hôpital est le seul lieu de pratique des sages-femmes, celles-ci sont portées à intervenir davantage. L'accent mis sur une pratique hospitalière mettrait donc en jeu le modèle de pratique qui a fait leur succès. « Donc, insiste-t-elle, dans une volonté de diminution des interventions, il va falloir être prudents dans la façon dont on va arrimer les services. Et autant nous croyons dans la possibilité de travailler en partenariat, dans une interdisciplinarité, travailler ensemble, en toute complicité et toujours dans l'objectif que les femmes puissent vivre la naissance le mieux possible pour elles, il va falloir qu'on trouve des chemins »... Le modèle québécois de sages-femmes fait l'envie de nombreux observateurs, poursuit-elle, « c'est un modèle qui a toute sa valeur et qu'il faut essayer de promouvoir en travaillant tous ensemble, je pense que c'est l'essentiel, tout en gardant la communication ».

La nouvelle politique de périnatalité est une invitation à changer la culture de la naissance mais il est clair, soutient Dominique Porret, que les sages-femmes ne pourront relever seules le défi. Elle a également mis en exergue deux autres défis capitaux pour sa profession : d'abord celui d'accroître le nombre de sages-femmes (un « problème » dont la résolution va heureusement bon train) afin de rendre leurs services plus accessibles, puis celui de mieux se faire connaître des autres professionnels de la santé et des établissements. La plupart des gens savent que les sages-femmes existent, « mais très peu savent ce qu'elles font, comment elles sont formées, quelles sont leurs compétences, et quelles sont leurs manières d'intervenir... ». Pour faire tomber la barrière des préjugés, il est capital que les divers intervenants puissent « se côtoyer, se parler et savoir que les choses ont changé depuis le début du siècle passé ». Un principe supérieur devra néanmoins guider les échanges souhaités, selon la présidente de l'OSFQ, celui du respect des spécificités : « Le partenariat est important mais il doit se faire dans le respect et l'on doit admettre les différences. »

Le modèle québécois de sages-femmes fait l'envie de nombreux observateurs.

Des difficultés dans la gestion du temps durant la première demi-journée de la Conférence n'ont malheureusement pas permis les débats comme l'exige habituellement

2. J'utilise ici ce mot par opposition aux intervenants professionnels de la santé qui appartiennent au monde des experts. Si les profanes sont les premiers intéressés par les soins et services proposés, trop peu souvent toutefois leur participation est sollicitée et véritablement considérée.

la formule de la table ronde. Des rumeurs dans l'assistance et des commentaires recueillis lors de la dernière séance de la journée ont mis au jour des divergences de vues avec ce qui avait été entendu, notamment avec la déclaration de la Dre Pauline Gref selon laquelle il n'existerait pas d'interventions « non-nécessaires ». Comme pour d'autres sans doute, cette absence (involontaire) de discussions m'a fait éprouver une impérieuse envie d'assister à de véritables débats interprofessionnels, des débats qui incluraient la participation des profanes² et qui accorderaient du crédit à leurs points de vue. De tels forums sont bien trop rarissimes. Dans les diverses présentations des panélistes de la table ronde de l'ASPQ, le clivage des idées ne pouvait échapper à personne (il s'agira sans doute du plus grand défi imposé au MSSS dans la mise en œuvre de la politique, de concilier des points de vue aussi contradictoires et souvent ambigus). Trop de questions sont restées en suspens : la « réalité clinique », le « besoin d'un support réel » des familles vivant des situations particulières sont-ils

plus « réels » que la « réalité » du plus grand nombre d'individus qui vivent la venue d'un enfant sans problème, mais qui ont néanmoins besoin du soutien, du filet de *sécurité* que leur offre au quotidien la communauté? Conférer en amont aux communautés les moyens nécessaires pour créer des milieux favorables à la santé n'est-il pas encore la meilleure démarche pour réduire en aval le nombre d'individus qui présenteront des besoins particuliers? Est-il pertinent d'opposer *humanisation et sécurité*? Doit-on obligatoirement opter pour l'un ou pour l'autre? Sur quelles bases fait-on reposer cette (apparente) antinomie? Qu'est-ce que l'« humanisation » dans la naissance (parle-t-on de la même chose selon les professions)? Qu'est-ce que la « qualité des soins et des services »? Dans le contexte spécifique du Québec, quel serait l'impact d'une part hospitalière accrue pour les sages-femmes, tant en ce qui concerne leur modèle de pratique que leurs effets sur l'ensemble des soins obstétricaux? Que le gouvernement stimule et soutienne toutes les actions permettant aux divers intervenants

Il s'agira sans doute du plus grand défi imposé au MSSS dans la mise en œuvre de la politique, de concilier des points de vue contradictoires.

de mieux se connaître constituerait certes un atout important pour le succès de la mise en œuvre de sa nouvelle politique de périnatalité. Les diverses associations professionnelles en obstétrique ont déjà franchi un pas significatif en adoptant à la fin de la dernière année leur *Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal*³. Il ne reste qu'aux intéressés, à titre individuel, à en saisir véritablement les tenants et aboutissants, ceci pour le meilleur profit des familles et de la santé publique. La tenue de forums interprofessionnels ne peut qu'être favorable à la compréhension mutuelle et à la contribution positive de chacun à la réalisation du projet gouvernemental. ▣



3. *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 30, n° 12, 2008, p. 1166–1168. Cette déclaration de principe commune a été approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), la Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada (AWHONN Canada), l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC).

LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ :

La réaction du Regroupement pour la Valorisation de la Paternité

RAYMOND VILLENEUVE

Directeur du Regroupement pour la Valorisation de la Paternité

Le Regroupement pour la Valorisation de la Paternité (RVP) est heureux de constater que les pères sont très présents dans la Politique de périnatalité 2008-2018. En effet, tant dans les convictions de la politique que dans l'ensemble du document, les pères apparaissent comme des partenaires à part entière de l'aventure familiale. C'est une bonne nouvelle !

Ce document est important puisque, si on l'associe au récent rapport annuel du Conseil de la famille et de l'enfance portant sur l'engagement des pères, il dénote la volonté de l'État de reconnaître davantage la contribution des pères et de mieux intégrer leurs spécificités dans l'offre de services à la famille.

Il faudra néanmoins que ces intentions se traduisent en actions concrètes pour que de véritables changements s'opèrent dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que dans le réseau communautaire. À cet égard, nous notons qu'une seule orientation de la nouvelle politique de périnatalité mentionne spécifiquement les pères : *Adapter les pratiques, les interventions et les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux de façon à accueillir et à favoriser l'engagement des pères envers leur jeune enfant.*

L'orientation mentionnée au paragraphe précédent nous semble cependant prometteuse et peut permettre une foule d'actions structurantes afin

de donner aux pères la place qu'ils méritent. Le RVP imagine que des formations pourraient être offertes aux infirmières qui dispensent les cours prénataux afin de mieux intégrer les papas dans le processus de soutien aux futurs parents. Le RVP imagine aussi des ateliers de perfectionnement pour les intervenants œuvrant en périnatalité afin de les sensibiliser aux différences de vécu entre les mères et les pères lors de ces moments cruciaux. Il serait important aussi que les formations collégiales et universitaires des intervenants soient revues pour que les réalités des pères soient mieux prises en compte.

Le RVP imagine aussi des ateliers de perfectionnement pour les intervenants œuvrant en périnatalité.

Dans les autres orientations de la politique de périnatalité, il faudra veiller à ce que les pères, même s'ils ne sont pas mentionnés spécifiquement, soient véritablement intégrés dans les services offerts en périnatalité de manière à favoriser leur plein engagement.

La mise en œuvre de la politique sera donc cruciale pour susciter une véritable transformation des pratiques et nous espérons que nos attentes se concrétiseront dans la mise en application de cette politique gouvernementale prometteuse.



En terminant, il faut mentionner qu'une véritable intégration des pères devra aussi se traduire par de nouvelles politiques gouvernementales qui s'adresseront à la vie des parents au-delà de la première année et aussi, au-delà de l'offre de services des réseaux communautaires et institutionnels. ▣

Le Regroupement pour la Valorisation de la Paternité est un regroupement d'organismes et d'individus dont la mission est de valoriser le rôle du père et de promouvoir son importance dans la famille et dans la société pour le développement et le bien-être des enfants. Vous pouvez visiter leur site internet au www.rvpaternite.org



engagement paternel

L'ASPQ, INVITÉE D'HONNEUR

à la troisième Su-Père conférence

Le 17 février, à la maison de la culture Maisonneuve de Montréal, se tenait la troisième Su-Père conférence organisée par le Regroupement pour la valorisation de la paternité¹, à laquelle 181 personnes provenant de multiples régions du Québec ont assisté. La présidente de l'Association, madame Lucie Thibodeau y était à titre d'invitée d'honneur, tout comme madame Francine Faubert, présidente de la Fédération québécoise des organismes communautaires famille. Les lignes qui suivent présentent le discours livré aux participants par Lucie Thibodeau en ouverture de cet événement.

La paternité est l'affaire de qui ?

LUCIE THIBODEAU
Présidente de l'ASPQ

Nous sommes tous et toutes les enfants d'un père qui a peut-être été présent, chaleureux, silencieux, affairé, distant, drôle, impressionnant, sévère, supportant. Quoi qu'il en soit, nous en portons les traces et en gardons le souvenir.

Le vôtre, il était comment ?

Chacun est père selon ce qu'il est comme personne, mais aussi en fonction du couple duquel il fait partie, de l'environnement dans lequel il vit et de l'époque au cours de laquelle il est père. La paternité se vit selon les mœurs, les croyances, les valeurs du temps. Et les temps ont bien changé.

Quel père êtes-vous ?

Comment voyez-vous le père ou les pères de vos enfants ?

Nous côtoyons tous, dans notre environnement immédiat, des pères qui tentent de leur mieux, malgré les difficultés et les obstacles, de jouer

un rôle significatif auprès de leurs enfants. Ces pères qui font partie de votre famille ou de votre cercle d'intimes, les encouragez-vous dans leurs efforts, leurs investissements, leur dévouement auprès de leurs enfants ? Les soutenez-vous dans les difficultés qu'ils éprouvent, les ambivalences auxquelles ils sont confrontés, les questionnements dans leur rôle de père ?

La paternité est l'affaire de qui ?

Les pères actuels ne sont bien sûr pas les mêmes que ceux d'il y a 30 ans et ils sont confrontés à des défis bien différents. Mais peut-être sont-ils tout autant soumis à des attentes, des préjugés, des cadres de normalité. Par exemple, il y a 40 ans, les pères n'étaient pas présents en salle d'accouchement ; c'était la norme, l'attente, le rôle attendu. Maintenant, ils y sont, mais il y a encore une norme, une attente et un rôle attendu, comme par exemple qu'ils coupent le cordon ombilical, qu'ils soient entièrement consacrés au bien-être de leur conjointe et qu'ils débordent de joie à l'arrivée du nouveau-né. Mais est-ce bien ce que



Su-père conférence, Lucie Thibodeau, présidente à l'ASPQ

ce père-là souhaite, ce dont il a envie ? Lors d'une séparation, il y a un modèle de garde attendu qui est la garde partagée une semaine chez le père et une semaine chez la mère. Est-ce bien ce qui répond aux besoins des enfants ou de leurs parents ? Est-ce qu'ils s'y soumettent pour correspondre au modèle attendu ? Est-ce plus facile d'être père aujourd'hui ?

→ suite page 24

1. <http://www.rvpaternite.org/>

Le contexte québécois des dernières décennies est marqué par d'importantes transformations culturelles, sociales et économiques, extrêmement rapides, qui ont engendré une reconfiguration des familles et des rôles parentaux. Face à cette évolution singulière du contexte et des conditions d'exercice de la parentalité, plusieurs pères sont confrontés à la recherche de repères pour s'investir au sein de leur famille.

Qui a une influence sur le rôle des pères québécois? Les politiques publiques? Le système de justice? Les services sociaux? La publicité? Les mères?

Je représente ici l'Association pour la santé publique du Québec. La santé publique concerne la santé d'une population, l'état de santé d'une collectivité, les services de santé et les déterminants de la santé des populations. La santé publique s'occupe de la santé globale sous tous ses aspects : curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux. Les fonctions essentielles de santé publique sont :

- la surveillance continue de l'état de santé de la population,
- la promotion de la santé et du bien-être,
- la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes,
- la protection de la santé.

Les domaines d'intervention en santé publique sont :

- le développement, l'adaptation et l'intégration sociale,

- les habitudes de vie et les maladies chroniques,
- les traumatismes non intentionnels,
- les maladies infectieuses,
- la santé environnementale et
- la santé en milieu de travail.

Le programme de santé publique du Québec couvre tous ces domaines et exerce toutes les fonctions de santé publique.

Pour notre part, comme voix associative québécoise sur les questions de santé publique, l'ASPQ se donne pour mission de contribuer à la promotion de la santé et du bien-être de la population du Québec. Jusqu'ici, l'ASPQ a joué un rôle dans des domaines liés à l'adaptation sociale et aux habitudes de vie principalement, tels que la périnatalité, le tabagisme, les produits, services et moyens amaigrissants. La promotion de la santé et du bien-être inclut l'ensemble des actions qui visent à influencer les déterminants de la santé de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie.

Les déterminants de la santé, très liés les uns aux autres, sont autant d'angles d'analyse ou de prise pour orienter l'action en santé publique. Ce sont :

- les prédispositions biologiques et génétiques,
- les habitudes de vie et les autres comportements reliés à la santé,

- les conditions de vie et les milieux de vie,
- l'environnement physique,
- l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux ressources.

Plusieurs stratégies sont efficaces pour agir sur les déterminants de la santé et l'ASPQ les utilise dans plusieurs champs ou elle a développé une expertise particulière. Ces stratégies sont :

- renforcer le potentiel des personnes,
- soutenir le développement des communautés,
- participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être,
- encourager le recours aux pratiques préventives efficaces.

C'est autour de ces stratégies que l'ASPQ a développé son dossier en périnatalité, dossier qu'elle travaille depuis 30 ans.

En continuité avec son intérêt pour les enjeux liés à la périnatalité et à la famille, l'ASPQ s'intéresse à l'engagement paternel dans une optique de santé des familles et des individus. Consciente de l'importance de la question, l'Association souhaite participer à la réflexion et à la mobilisation des acteurs intéressés à promouvoir l'engagement paternel. En vue de développer une voie de concertation susceptible d'influencer positivement les actions entreprises et à entreprendre pour valoriser la place du père au sein de sa famille, la mobilisation d'un comité d'orientation sur la

paternité a été amorcée en juin 2008. La démarche s'inspire d'un modèle de mobilisation mis en place dans un dossier où l'ASPQ est particulièrement active : celui de la périnatalité. En effet, le Comité national de périnatalité représente un lieu de rencontres et d'échanges permettant de rassembler les principaux acteurs concernés par la périnatalité au Québec (sages-femmes, médecins, infirmières, chercheurs, administrateurs publics, intervenants communautaires, etc.). Il permet de réunir autour d'une vision commune de la période périnatale des gens de différents horizons qui agissent comme catalyseurs dans

leurs milieux respectifs. En contrepartie, l'ASPQ assure de les appuyer et de les nourrir dans leur travail, leurs convictions, leurs projets, leurs rêves. Parce qu'ensemble, on peut espérer changer les choses positivement. C'est aussi un incubateur de projets et d'activités.

Dans la mesure où la périnatalité implique et interpelle différents enjeux liés à la paternité, le Comité d'orientation sur la paternité s'inscrit en complémentarité avec le comité en périnatalité. Cependant, en dépit de cette complémentarité, les questions relatives à la paternité débordent

largement la période périnatale. L'ASPQ considère donc important de créer un comité se consacrant exclusivement à la paternité.

C'est un premier pas que l'ASPQ souhaite réaliser pour contribuer à la santé des pères, à la promotion de leur rôle et au développement de services appropriés pour les soutenir, les reconnaître, les encourager et leur venir en aide au besoin. ☒

NOUVEAU PRIX DE RECONNAISSANCE À L'ASPQ : LA PATERNITÉ À L'HONNEUR

L'ASPQ remettra pour la première fois cette année un prix de reconnaissance **visant à promouvoir des initiatives porteuses en lien avec l'engagement des pères dans la famille, dans une optique de santé et de bien-être**. Représentant une bourse de 5000 \$ accompagnée d'une œuvre d'art honorifique, le prix sera remis tous les deux ans, en alternance avec le prix Aurore-Bégin. C'est une occasion en or pour faire connaître les projets qui existent à l'heure actuelle au Québec, pour stimuler le réseau des organismes qui œuvrent auprès des pères et pour susciter l'intérêt de la communauté.

Valeurs

Le *Prix Paternité de l'ASPQ* honore un projet qui fait la promotion de l'une ou l'autre des valeurs suivantes :

- L'importance mutuelle de la **relation père-enfant**
- L'**autonomie** des pères et leur **habileté** parentale
- La **complémentarité** du rôle de père et de mère au sein de la famille
- L'**égalité** entre les hommes et les femmes
- Les **réalités** multiples des pères et la multiplicité des manières de l'être

Vous croyez que votre initiative est porteuse ? Vous pensez à un projet en particulier dont le succès mérite d'être partagé ? N'hésitez pas ! **Nous lancerons sous peu l'appel de candidatures du Prix Paternité alors demeurez à l'affût et consultez régulièrement le site de l'ASPQ : www.aspq.org**

BONNE CHANCE !



babillard

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DE LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEUS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

Déclaration de principe sur l'accouchement normal

Les fournisseurs de soins obstétricaux du Canada veulent que l'accouchement normal fasse l'objet d'une promotion accrue pendant la grossesse.

Ottawa – le 28 janvier 2009 –

Le nombre d'interventions médicales mises en œuvre pendant l'accouchement s'accroît au Canada, ce qui a amené des sociétés médicales à demander à nouveau que des efforts soient déployés pour promouvoir l'accouchement normal et pour réduire la pratique d'interventions médicales « courantes » dans le cadre de grossesses à faible risque.

« Les professionnels de la santé veulent fournir aux femmes le soutien dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées au sujet de l'accouchement », affirme le Dr André Lalonde, vice-président administratif de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « Cette décision, tant pour la femme que pour le fournisseur de soins, doit être fondée sur des données scientifiques et assurer la sécurité maximale de la femme et de la grossesse ».

Une nouvelle déclaration de principe sur l'accouchement normal a été publiée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), et a reçu l'aval de l'Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie du Canada (AWHONN Canada), de l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF), du Collège des médecins de famille du

Canada (CMFC) et de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC).

La nouvelle « Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal », publiée récemment dans le Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada, met l'accent sur les points suivants :

- La perception selon laquelle l'accouchement constitue un processus naturel devrait être défendue par tous les professionnels de la santé qui offrent des soins prénatals.
- Les professionnels des soins de santé devraient s'engager à protéger, à promouvoir et à soutenir l'accouchement normal, conformément aux pratiques factuelles.
- L'accouchement normal devrait être disponible et favorisé dans tous les milieux hospitaliers.
- Le fait d'intervenir dans le processus naturel, lorsque le travail et l'accouchement évoluent normalement, devrait être motivé par une raison valable (pratique factuelle).
- Toutes les femmes enceintes et les parturientes (ainsi que les membres de leur famille) devraient être en mesure de prendre des décisions éclairées. Toutes les candidates à l'accouchement normal qui présentent peu de risques de connaître des complications devraient être incitées à y avoir recours.

- Les femmes devraient avoir accès à des ressources de maternité locales et à un soutien adéquat pour la tenue d'un accouchement normal en milieu hospitalier.

La SOGC et ses partenaires croient qu'il est important de rétablir la confiance des femmes en âge de procréer, des fournisseurs de soins obstétricaux et de la société en général à l'égard de l'accouchement normal. La disponibilité des interventions médicales est l'une des raisons pour lesquelles le Canada est l'un des endroits les plus sûrs au monde pour accoucher ; cependant, on s'inquiète du fait que les professionnels de la santé mettent trop rapidement en œuvre des interventions comme la césarienne, le déclenchement du travail avant la 41^e semaine et le recours aux forceps ou à la ventouse pour faciliter l'accouchement.

« Nous constatons une augmentation marquée du recours aux interventions médicales pendant l'accouchement. Ce qui est vraiment inquiétant, cependant, est la possibilité que des interventions inutiles engendrent des risques pour la mère et le bébé qui pourraient être évités », remarque Mme Gisela Becker, présidente de l'Association canadienne des sages-femmes. « Nous voulons nous assurer que les femmes qui présentent peu de risques de connaître des complications obtiennent un soutien et des renseignements adéquats en vue de connaître un accouchement normal ». www.sogc.org □

LOST SONG

Un film sur la **dépression post-partum**

GENEVIÈVE GUÉRIN

Agente de bureau à l'ASPQ

LOST SONG

Drame de Rodrigue Jean

Avec Suzie Leblanc, Patrick Goyette, Ginette Morin, Louise Turcot, Marilou Longpré Pilon

Synopsis : Pierre et Élisabeth, un couple dans la trentaine, emménagent pour l'été avec leur bébé dans un chalet, au bord d'un lac. Le cadre est idyllique, le bonheur semble à portée de main. Pierre part travailler en ville tous les jours, Élisabeth répète en vue d'un futur récital de chant. Malgré la présence bienveillante de sa belle-mère qui habite la maison voisine, la jeune femme se sent seule et submergée par son nouveau rôle de mère. L'entourage s'inquiète, mais personne ne réalise vraiment l'ampleur de la détresse d'Élisabeth. Bientôt, une violence sourde s'installe et l'étau se resserre.

Ce film a remporté en 2008 le Prix du Meilleur long métrage canadien au Festival International du film de Toronto.

Mon point de vue

J'étais bien curieuse de voir un film qui traite de la dépression post-partum. En effet, comment démontrer quelque chose d'aussi incompris et tabou. Une expérience qu'il est difficile de mettre en mots ou même de comprendre lorsqu'elle nous arrive.

Je ne sais si la dépression post-partum est véritablement le sujet du film. Je me suis retrouvée devant l'histoire d'une femme qui s'adapte à sa nouvelle vie de mère, seule, isolée et incomprise. On sent rapidement que malgré l'aide qu'Élisabeth reçoit (sa belle-mère étant présente et disponible), il n'y a pas beaucoup de support et de confiance venant des gens qui l'entourent, en l'occurrence son mari, sa mère et sa belle-mère. Le doute s'installe et ronge lentement la nouvelle mère. Et le doute m'aurait rongée autant si on m'avait conduite dans le bois, sans voiture, seule à affronter la réalité et les difficultés de mon nouveau rôle de mère.

Le film reflète bien le manque de confiance général qu'on ressent dans notre société par rapport à notre capacité de porter, de mettre au monde et de prendre soin de notre enfant, tout naturellement, comme l'humain l'a toujours fait, depuis que le monde est monde. Consciemment ou pas, on s'en remet entièrement au professionnel, à l'expert, aux livres, comme si c'était la soi-disant norme. Nous oublions trop souvent que nous avons la capacité de faire tout cela. On ne se fait pas assez confiance.



Image tirée du film — Site officiel du film :

<http://www.mediafilm.ca/films-detail.asp?Id=4831>

De plus, les mères d'aujourd'hui se mettent énormément de pression et transforment leur expérience de mère en performance : je dois être parfaite, donner le meilleur à mon petit, je dois garder la maison rangée, être une amante disponible et une professionnelle accomplie. C'est beaucoup pour une seule personne !

Que ce soit par choix ou inconscience, lorsque la détresse post-partum survient, on cherche à vivre ce moment dans le silence, sans appeler à l'aide. Le réalisateur illustre intelligemment ce sentiment d'isolement que l'on peut vivre en cas de détresse, par la présence silencieuse et envahissante de la nature sauvage dans laquelle le personnage principal s'installe.

Un film qui fait réfléchir. À voir. ☘

Vous n'êtes pas encore membre de l'ASPQ? C'est le moment!

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Lucie Thibodeau, présidente**
Agence de la santé et des services sociaux
de l'Estrie
- Martin St-Georges, vice-président**
CSSS Lucille-Theasdale
- Micheline Séguin-Bernier, trésorière**
ADRLSSSS de la Mauricie – Centre-du-Québec
- Marie-Andrée Comtois, secrétaire**
Doctorante en santé communautaire
- Renald Bujold**
DSP de Montréal-Centre
- Josée De Grandmont**
De Grandmont.com
- Victor Francoeur**
Association des fournisseurs d'hôtels
et restaurants
- Céline Lemay**
Regroupement Les Sages-femmes du Québec
- Carmen Veillette-Boucher**
DSP de l'Abitibi-Témiscamingue

PERMANENCE

- Lucie Granger**
Directrice générale
- Brigitte St-Onge**
Adjointe de la directrice générale
- Catherine Morin**
Agente de bureau
- Marie-Claude Perreault**
Agente des communications et
de la coordination d'événements
- Émilie Dansereau-Trahan**
Chargée de dossier produits sains,
et moyens amaigrissant

PÉRINATALITÉ

- Catherine Chouinard**
Chargée de dossier
- Geneviève Guérin**
Agente de bureau

COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE CONTRÔLE DU TABAC (CQCT)

- Louis Gauvin**
Coordonnateur
- Heidi Rathjen**
Directrice de campagne

- Dallya Ho**
Agente de bureau

COALITION QUÉBÉCOISE SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (COALITION POIDS)

- Suzie Pellerin**
Directrice
- Ève Bédard**
Coordonnatrice
- Amélie Desrosiers**
Agente de communication
- Emmanuelle Faulkner**
Chargée de projet, zonage et malbouffe
- Corrine Voyer**
Chargée de projet, quartier vert actif et en santé



Nom et prénom :

Organisme :

Adresse : Code postal :

Ville :

Tél. : Fax :

Courriel :

Profession :

Champ(s) d'intérêt :

Nouveau membre :

Renouvellement :

MEMBRE INDIVIDUEL

Tarif régulier :

- 1 an 46 \$ 2 ans (-10 %) 83 \$ 3 ans (-20 %) 110 \$

Tarif réduit – Étudiant/retraité/bénévole
(joindre une preuve de votre statut)

- 1 an 12 \$ 2 ans (-10 %) 21 \$ 3 ans (-20 %) 29 \$

Adhésion conjointe ASPQ/ACSP – Les individus
peuvent adhérer conjointement à l'Association pour la santé
publique du Québec (ASPQ) et l'association et l'Association
Canadienne de santé publique (ACSP) en une seule procédure
d'inscription et pour une durée d'un an.

- 1 an – Tarif régulier 146 \$ 1 an – Tarif réduit 69 \$

MEMBRE INSTITUTIONNEL

Institution à vocation régionale,
sous-régionale ou provinciale :

- 1 an 288 \$ 2 ans (-10 %) 518 \$ 3 ans (-20 %) 691 \$

Institution à vocation locale :

- 1 an 144 \$ 2 ans (-10 %) 259 \$ 3 ans (-20 %) 346 \$

Organisme sans but lucratif :

- 1 an 58 \$ 2 ans (-10 %) 104 \$ 3 ans (-20 %) 139 \$

Cochez une seule case sur ce formulaire – Somme ci jointe : _____ \$