



ENFANTER LE MONDE BIRTHING THE WORLD

Congrès sur les pratiques optimales en périnatalité

Une réflexion interdisciplinaire sur les premiers temps de la vie



Cahier des communications



Québec
Les 25 et 26
novembre 2010



À chaque seconde,
des milliers d'être humains naissent,
aux quatre coins du monde.
C'est le premier lever de soleil.
Chaque naissance est unique,
mystique, historique.
Intensément intime, elle appartient
aussi à la communauté, dans la longue marche
de l'évolution humaine.
Venez parler du monde.
Venez parler de vous.

Every second,
thousand of human beings
are born, all over the world.
It is the first sunrise.
Each birth is unique,
mystic, historic.
Intensely intimate, it also belongs
to the community, to the long
march of human evolution.
Come and talk about the world.
Come and talk about yourself.

Table des matières

4	Mot du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec
5	Mot de la ministre de la Santé du Canada
6	Mot de la présidente de l'Association pour la santé publique du Québec
7	Mot du président du comité scientifique d' <i>Enfanter le monde</i>
8	Mots de nos principaux partenaires
9	Comités d' <i>Enfanter le monde</i>
11	Organismes collaborateurs
13	Grille horaire
14	Programme du jeudi
51	Programme du vendredi
87	Conférenciers
88	Communications par affiche
92	Les amis d' <i>Enfanter le monde</i>



Soyez des modèles pour l'enfant !
Aimez et profitez de la vie
vous ferez toute une différence.

Mot du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec



J'ai l'immense plaisir de m'associer à ce congrès interdisciplinaire sur les pratiques optimales en périnatalité. Enfanter le monde, c'est tout ce que nos communautés font pour accueillir de nouveaux enfants dès la période périnatale et pour soutenir leur développement optimal, tout en reconnaissant le rôle déterminant des parents. Enfanter le monde, c'est aussi un ensemble de politiques publiques et de services mis en place dès le début de la vie humaine, traduisant ainsi l'importance que nous accordons, comme société, à cette étape cruciale de l'existence.

La Politique de périnatalité 2008-2018 Un projet porteur de vie a pour objectif d'assurer aux femmes enceintes, aux nouveaux parents et à leur enfant de la naissance à un an, l'accès à une information de qualité et à un continuum de services préventifs et médicaux adaptés à leurs besoins. Elle conjugue l'humanité des soins à la qualité et la sécurité des pratiques cliniques. Éclairée par les connaissances les plus récentes et solidement ancrée dans le contexte actuel caractérisé, notamment, par une hausse de la natalité, cette politique s'inscrit dans la poursuite du travail accompli jusqu'à maintenant par le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires en vue d'accroître la cohérence, la complémentarité et la continuité des services, de façon à répondre plus adéquatement aux besoins des femmes, des parents et des enfants.

Pour tous les intervenants et les professionnels de la santé concernés de près par la période entourant la naissance et par la petite enfance, ce congrès est une occasion précieuse pour faire le point sur les savoirs actuels et pour échanger sur les aspirations collectives face aux premiers temps de la vie. La grossesse, l'accouchement, l'allaitement, le rôle de parents sont autant de thèmes qui feront l'objet d'un partage entre les participantes et participants de toutes disciplines.

Je souhaite un excellent congrès à toutes et à tous, convaincu qu'il donnera lieu à d'inspirantes réflexions qui éclaireront nos actions futures dans le domaine de la périnatalité.

Yves Bolduc

Québec 

Ministre de la Santé



Minister of Health

Ottawa, Ontario K1A 0K9



Au nom du gouvernement du Canada, j'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue aux participants à la première conférence canadienne sur la périnatalité.

Il ne faut pas sous-estimer l'importance d'une approche globale en santé publique en ce qui touche la petite enfance. Selon les données probantes, la promotion de la santé et du bien-être de l'enfant pendant la grossesse et la petite enfance peut avoir des effets à long terme et positifs sur la santé.

Le gouvernement du Canada administre le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale, qui appuient des services offerts dans la communauté aux femmes enceintes, aux nouvelles mères, aux enfants et à leur famille vivant des conditions de vie difficiles. Ces programmes reflètent l'engagement de tous les échelons gouvernementaux d'améliorer la santé des enfants et des familles et de réduire les inégalités en santé.

Cette importante conférence accroîtra les connaissances en périnatalité et donnera aux participants l'occasion d'échanger leurs pratiques exemplaires, pour faire en sorte que les enfants canadiens grandissent en santé et développent tout leur potentiel.

Bon succès à la conférence!

On behalf of the Government of Canada, I am pleased to send greetings to participants attending Canada's first conference on perinatality.

The importance of an all-encompassing approach to public health during early childhood must not be underestimated. Evidence suggests that promoting the health and well-being of a child during pregnancy and in early childhood can have long-term, positive health effects.

The Public Health Agency of Canada delivers the Community Action Program for Children and the Canada Prenatal Nutrition Program. These programs support community-based services for pregnant women, new mothers, children, and families living in challenging circumstances. The programs reflect the commitment of all levels of government to improving the health of, and reducing health disparities in children and families.

This important conference will increase knowledge in the area of perinatality, and will give participants an opportunity to share best practices to help ensure that all Canadian children grow up healthy and reach their full potential.

Best wishes for a successful conference!

Leona Aglukkaq

Ministre de la Santé / Minister of Health
Gouvernement du Canada / Government of Canada

Mot de la présidente de l'Association pour la santé publique du Québec



S'il est un moment de la vie au cours duquel il est important d'investir en promotion et prévention pour favoriser la santé, c'est bien autour de la naissance d'un enfant. Dès 1980, l'Association pour la santé publique du Québec et ses partenaires initiaient d'importants forums régionaux intitulés *Accoucher ou se faire accoucher*, portant sur l'humanisation des soins en périnatalité et réunissant les intervenants et les familles du Québec. Trente ans plus tard, il me fait grand plaisir de vous souhaiter la bienvenue à cet autre grand rassemblement que représente *Enfanter le monde – congrès sur les pratiques optimales en périnatalité*.

À travers ses nombreuses initiatives, l'Association s'est toujours fait un devoir de promouvoir la santé tout en favorisant la concertation et la collaboration entre toutes celles et tous ceux qui ont un rôle à jouer dans le dénouement de chaque histoire de naissance. L'Association est fière d'avoir contribué, à travers ses actions, au développement de services adaptés et à la valorisation d'une approche humanisante qui va dans le sens du respect de la physiologie, de l'autonomie des familles et de l'utilisation plus judicieuse des technologies médicales.

L'ASPQ vous propose aujourd'hui un congrès de haut niveau qui est le résultat d'un véritable travail d'équipe. C'est grâce à des administrateurs visionnaires et des partenaires financiers qui nous ont accordé leur confiance que nous avons pu aller de l'avant durant les trois dernières années. L'investissement des partenaires principaux de l'Association et l'appui de tous les organismes collaborateurs ont permis de bâtir un événement de grande qualité. L'implication des membres du comité scientifique et de l'équipe du comité d'organisation ont façonné tous les aspects essentiels à la qualité du congrès. Toutes et tous ont contribué à allumer et maintenir l'étincelle qui nous a permis de persister et de construire un projet viable, structurant et incontournable. Au nom de l'Association, je les remercie toutes et tous très chaleureusement pour leur pertinente contribution, leur généreuse participation et leur soutien indéfectible. Je tiens également à remercier toutes les participantes et tous les participants à *Enfanter le monde*, sans qui cet événement ne serait pas une réussite.

C'est donc avec fierté que nous vous offrons ce congrès. Nous espérons que la flamme qui nous a animés tout au long de sa construction sera ravivée encore longtemps, chaque fois qu'il sera nécessaire de réfléchir ensemble, d'adapter nos façons de faire, d'intégrer de nouvelles technologies, d'écouter les nouveaux besoins des parents et des nouveau-nés qui, chaque année au Canada, se compte par centaines de milliers !

Lucie Thibodeau

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASPQ

Présidente

Lucie Thibodeau

Vice-Président

Martin St-George

Secrétaire

Céline Lemay

Trésorier

Marc-Antoine St-Pierre

Administratrices

Marie-Andrée Comtois

Josée de Grandmont

Sylvie Desjardins

Carmen Veillette-Boucher

Directrice générale

Lucie Granger



Mot du président du comité scientifique *d'Enfanter le monde*



Photo: Emmanuelle Garnier, Le Médecin du Québec

Par ses dimensions à la fois intimes et universelles, la période périnatale marque l'un des moments les plus importants du développement humain. De tout temps, cette étape de vie a exigé de la part de la communauté une bienveillance particulière à l'endroit des futures mères et de leur famille. Les rôles dans l'accompagnement et les moyens utilisés n'ont cessé d'évoluer en fonction des contextes socioculturels et des savoirs accumulés, jusqu'à leurs formes actuelles, très diversifiées, telles qu'en rend compte aujourd'hui la nouvelle *Politique de périnatalité*.

Fruit d'un travail de longue haleine mené par l'ASPQ en collaboration avec tous ses partenaires, *Enfanter le monde* propose une formule interdisciplinaire d'envergure inédite, ancrée dans les grandes réflexions et recherches scientifiques d'ici et d'ailleurs. Par son originalité, ce congrès permettra de mettre en commun nos regards et nos expertises sur la période périnatale et sur les deux premières années de la vie. Ce ras-

semblement offrira une occasion unique d'apprentissage, de discussion et de débat sur les stratégies actuelles de promotion de la santé, d'accompagnement et d'intervention clinique en périnatalité. Les échanges et les collaborations ainsi suscitées faciliteront le partage de savoirs, trop souvent cloisonnés, en plus d'aider à l'intégration et à la continuité des services en périnatalité. Surtout, ces échanges contribueront à faire progresser l'humanisation des soins pour les femmes, les bébés et les familles.

La réponse exceptionnelle du réseau périnatal à l'appel de communications a permis au comité scientifique de construire un programme d'une grande richesse autour des trois sous-thèmes qui traverseront ce congrès : l'accouchement, l'allaitement et le devenir parent. Cette réponse de tous les groupes d'intervenants et de professionnels impliqués autour de la naissance reflète une nouvelle maturité dans notre capacité de dialoguer les uns avec les autres et rappelle notre besoin vital de collaboration à partir de nos différents lieux d'accompagnement et de pratique.

Enfanter le monde a pu voir le jour grâce à l'engagement exceptionnel de comités scientifique et consultatif composés d'intervenants, de chercheurs, de gestionnaires et de cliniciens qui partagent un même idéal au sujet du bien-être des mères, des parents et des bébés. Le travail de ces derniers a bénéficié de la vitalité insufflée au projet par la direction de l'ASPQ et a pris appui sur le dévouement, la rigueur et la créativité de celles qui ont tissé la fabrique de cet événement unique, notamment Claudette Carrier, Geneviève Guérin, Marie-Claude Perreault et tout particulièrement Catherine Chouinard.

Au nom du comité scientifique, je vous invite à faire d'*Enfanter le monde* un grand succès et à profiter de ce temps de rencontre pour renforcer vos liens professionnels, liens essentiels à l'évolution des pratiques périnatales auprès des femmes et des familles.

Martin St-André, MDCM, FRCPC
CHU Sainte-Justine et Université de Montréal

Mots de nos principaux partenaires

L'Association des médecins omnipraticiens du Québec (AOPQ) est fière de faire partie d'*Enfanter le monde*, un congrès qui prône la collaboration, le respect ainsi que la confiance entre tous les intervenants qui gravitent autour de cette période magique de la vie qu'est la naissance d'un enfant. Cela démontre qu'enfin se pointe la volonté de décloisonner nos connaissances et approches respectives afin de potentialiser les soins aux mères, pères et enfants. La normalité et la normalisation de l'accouchement, dans un contexte de collaboration multidisciplinaire, sont des principes fortement endossés par l'AOPQ. En mettant en commun ce que nous savons, ce que nous avons observé et les questions ou inquiétudes qui nous assaillent, nous pourrions développer des stratégies intéressantes de promotion de la santé périnatale afin d'évoluer vers une meilleure prise en charge des familles.

Je vous souhaite un excellent congrès ainsi que des rencontres et discussions mémorables.

Dr^e Andrée Gagnon

Présidente

Association des omnipraticiens
en périnatalité du Québec



Le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ) est honoré d'être associé au projet rassembleur de l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ) qu'est le congrès *Enfanter le monde*. Cet événement représente une occasion sans précédent pour tous les partenaires en périnatalité de se rencontrer, d'échanger et d'amorcer une véritable synergie afin de ramener la confiance au cœur des soins de maternité. Cette confiance permettra de reconnaître et de respecter l'autonomie des femmes et des familles tout au long du continuum de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement et du devenir parent. Les rencontres interdisciplinaires permettront aux participants de renforcer l'importance de la collaboration pour créer des pratiques optimales, adaptées aux besoins et aux valeurs des familles et des communautés locales et régionales. Les sages-femmes du Québec sont fières de contribuer à l'effort collectif pour promouvoir l'accouchement physiologique dans tous les lieux de naissance.

Venons parler de « notre » monde !

Claudia Faille

Présidente

Regroupement Les Sages-femmes
du Québec



La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) est fière d'être partenaire du congrès *Enfanter le monde* puisqu'il est en cohérence avec la mission que poursuit la SOGC, soit celle de promouvoir l'excellence dans la pratique de l'obstétrique-gynécologie et la santé des femmes par le leadership, la défense des droits, la collaboration, la prise de contact et l'éducation.

La SOGC croit qu'il est important qu'un cadre favorable à l'accouchement normal soit présent, encouragé et valorisé dans les hôpitaux. Il est de notre devoir d'offrir aux femmes un accouchement plus humain, le tout en respectant leur plan de travail et d'accouchement élaboré avec le conjoint. Merci aux médecins, infirmières et sages-femmes ainsi qu'à tous les intervenants en périnatalité qui ont choisi de participer très activement à ce congrès et qui, quotidiennement, contribuent aux mieux-être des femmes et des familles.

Bienvenue à cet important congrès.

Dr André B. Lalonde,

Vice-président exécutif

La Société des obstétriciens et
gynécologues du Canada (SOGC)



Tout au long de l'aventure que fut la mise sur pied du congrès, un nombre impressionnant d'individus se sont investis avec conviction, confiance et un brin d'idéalisme afin que ce projet inédit voie le jour. Nous remercions très chaleureusement les membres du comité scientifique et son président ainsi que les membres des comités organisateur et consultatif pour leur disponibilité, leur générosité et leur ténacité.

COMITÉ SCIENTIFIQUE INTERDISCIPLINAIRE

Président

Martin St-André, M.D.C.M., F.R.C.P.C., psychiatre, Clinique spécialisée 0-5 ans, Programme de psychiatrie, neurodéveloppement et génétique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; professeur agrégé de clinique, Université de Montréal; président, Association québécoise pour la santé mentale des nourrissons (WAIMH-Québec); Chair of Affiliate Council, World Association for Infant Mental Health

Coordonnatrice scientifique

Catherine Chouinard, chargée du dossier périnatalité, Association pour la santé publique du Québec (AS PQ).

Responsable du sous-comité Devenir parents

Chantale Audet, M.A., responsable de la mise à jour et du développement du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Membres :

Julie Achim, M.Ps., Ph.D., psychologue clinicienne, professeure adjointe, Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke

Patricia Bonin, gestionnaire du soutien aux communautés - Contenu et Implantation de programmes, Avenir d'enfants

Francine de Montigny, Ph. D., professeure en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, chercheure du Groupe de recherche et d'intervention en négligence, du Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille et du Groupe interdisciplinaire de recherche et de développement en soins infirmiers et services de santé

Véronique Duguay, gestionnaire de projets - Direction de la transition, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Anne Turmaine, B.T.S., Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, division des programmes pour enfants-Région du Québec

Responsable du sous-comité Allaitement

Carole Dobrich, I.B.C.L.C., infirmière, consultante en lactation, présidente d'INFACT Québec

Membres :

Nicole Pino, M.Sc., coordonnatrice des dossiers politiques, Regroupement Naissance-Renaissance

Lucie Thibodeau, présidente, Association pour la santé publique du Québec

Responsables du sous-comité Accouchement physiologique

Maxine Dumas-Pilon, M.D., C.C.M.F., Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec (AOPQ), Unité de médecine familiale Hôpital St. Mary, directrice du Fellowship en santé maternelle et infantile, Université McGill

Céline Lemay, Ph.D., sage-femme, Regroupement Les Sages-femmes du Québec

Membres :

Nils Chaillat, Ph.D., chercheur adjoint, Département d'obstétrique-gynécologie, Université de Montréal, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Luisa Ciofani, Inf. aut., M.Sc. (A), I.B.C.L.C., ICP(c), présidente, Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie au Canada (AWHONN Canada), infirmière clinicienne spécialisée en obstétrique, Centre universitaire de santé McGill

Guy-Paul Gagné, M.D., F.R.C.S.C., F.S.O.G.C., M.D., obstétricien-gynécologue, directeur du programme AMPRO^{OB} Québec

André Masse, M.D. C.S.P.Q., F.R.C.S.(c), obstétricien-gynécologue, membre du comité de développement professionnel de l'Association de obstétriciens et gynécologues du Québec

Hélène Vadeboncoeur, Ph.D., chercheure en périnatalité, auteure de l'ouvrage *Une autre césarienne ou un accouchement naturel? S'informer pour mieux décider*, coordonnatrice de l'étude Portage culturel sur La Maison Bleue, CSSS de la Montagne, membre du conseil d'administration de l'International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO)

Comités (suite)

COMITÉ D'ORGANISATION

Claudette Carrier, B.A., directrice d'*Enfanter le monde*

Catherine Chouinard, coordonnatrice du comité scientifique d'*Enfanter le monde*, chargée du dossier périnatalité, Association pour la santé publique du Québec

Sarah Burke, Agente de communication pour *Enfanter le monde/Birthing the World* Association pour la santé publique du Québec

Carole Dobrich, R.N., I.B.C.L.C., présidente d'INFACT Québec, consultante en lactation sénior, Goldfarb Breast-feeding Clinic, Herzl Family Practice Centre, Jewish General Hospital

Céline Farley, MSc., Ph.D. responsable de l'assurance qualité et de l'accréditation. Chef d'unité scientifique - développement des compétences, vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Catherine Gerbelli, sage-femme, chargée de projet pour le déploiement de services de sages-femmes en Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Lucie Granger, Adm.-Asc., directrice générale, Association pour la santé publique du Québec

Geneviève Guérin, agente d'information et soutien administratif, Association pour la santé publique du Québec

Marie-Claude Perreault, responsable des communications et de la coordination d'événements, Association pour la santé publique du Québec

Martin St-André, M.D.C.M., F.R.C.P.C., psychiatre, Clinique spécialisée 0-5 ans, Programme de psychiatrie, neurodéveloppement et génétique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; professeur agrégé de clinique, Université de Montréal; président, Association québécoise pour la santé mentale des nourrissons (WAIMH-Québec); Chair of Affiliate Council, World Association for Infant Mental Health

COMITÉ CONSULTATIF

Andrée Gagnon, M.D., C.C.M.F., chef du service d'obstétrique de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, présidente de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec

Jean-Serge Grisé, directeur, Communications et affaires publiques, Fondation Lucie et André Chagnon

Emmanuelle Hébert, M.Sc., sage-femme, professeure au programme de baccalauréat en pratique sage-femme, Association canadienne des sages-femmes

Vania Jimenez, M.D.C.M., C.C.F.P., F.C.F.P.C., M.D.C.M., cofondatrice et médecin de famille accoucheur, La Maison Bleue, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne et Hôpital Général Juif, Département de médecine familiale, Université McGill

André Lalonde, M.D., F.R.C.S.C., F.R.C.O.G., F.S.O.G.C., F.A.C.S., M.Sc., vice-président exécutif, La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)

Luc Roegiers, M.D., pédopsychiatre périnatal, professeur à l'Université de Louvain, président du groupe belge interdisciplinaire interuniversitaire de périnatalité

Hélène St-Pierre, B.Sc Inf., gestionnaire clinico-administratif, Programme santé de la mère et de l'enfant, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Aucun niveau de ventilation
ne peut faire la différence
quand il s'agit d'éliminer les effets nocifs
de la fumée secondaire.



Organismes collaborateurs



INFACT Canada





Apprendre à se faire des amis
à 2 mois... c'est possible

En observant et en imitant les expressions faciales de ses parents, ce bébé apprend à comprendre les émotions, ce qui l'aidera plus tard à se faire des amis. Venez découvrir les capacités exceptionnelles du cerveau d'un enfant à biengrandir.com

Programme

Jeudi 25 novembre

- 08h00 MOTS D'OUVERTURE
- 08h30 PLÉNIÈRE
- 09h40 SESSIONS PARALLÈLES
- 11h20 SESSIONS PARALLÈLES
- 12h20 DÎNER-CONFÉRENCE
- 13h50 SESSIONS PARALLÈLES (60 minutes)
SESSIONS PARALLÈLES (90 minutes)

SALON DE L'EXPERTISE DES MILIEUX COMMUNAUTAIRES CANADIENS

Discussion de 30 minutes avec divers intervenants
de milieux communautaires

- 15h40 SESSIONS PARALLÈLES
- 17h20 PLÉNIÈRE
- 18h10 FIN DE LA PREMIÈRE JOURNÉE **COCKTAIL**

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

Vendredi 26 novembre

- 08h00 SESSIONS PARALLÈLES
- 09h10 PLÉNIÈRE
- 10h20 SESSIONS PARALLÈLES
- 11h50 DÎNER-CONFÉRENCE
- 13h10 SESSIONS PARALLÈLES (60 minutes)
SESSIONS PARALLÈLES (90 minutes)

SALON DE L'EXPERTISE DES MILIEUX COMMUNAUTAIRES CANADIENS

Discussion de 30 minutes avec divers intervenants
de milieux communautaires

- 15h00 SESSIONS PARALLÈLES
- 16h10 PLÉNIÈRE DE CLÔTURE
- 17h30 MOTS DE CLÔTURE

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

08h30 à 09h20

Plénière



PÉRIODE PÉRINATALE : LA PLACE DES ÉMOTIONS, LE TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT ET L'INTERDISCIPLINARITÉ



Françoise Molénat, M.D.,
pédopsychiatre à l'Unité de santé
mentale périnatale du Centre
hospitalier universitaire de
Montpellier

DISCUTANTE | DISCUSSANT

Vania Jimenez, M.D.C.M., co-fondatrice et médecin de famille accoucheur, La Maison Bleue, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne et Hôpital Général Juif, Département de médecine familiale, Université McGill

PRÉSIDENTE DE SÉANCE | CHAIR

Lyse Brunet, directrice générale, Avenir d'enfants

Plenary

PERINATAL PERIOD: THE ROLE OF EMOTIONS, SUPPORT, AND INTERDISCIPLINARITY

Françoise Molénat, MD,
Child psychiatrist, Perinatal Mental Health Unit,
Montpellier University Hospital Centre

09h40 à 11h10

Sessions parallèles

SYMPOSIUMS



LE PROGRAMME AMPRO^{OB} : LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE OU COMMENT TRANSFORMER LES COMPÉTENCES EN PERFORMANCE

Objectif d'apprentissage : Expliquer comment la gestion du risque et le contrôle de la qualité peuvent réduire le stress, améliorer la performance clinique et la qualité de vie

THE MORE^{OB} PROGRAM: INTERDISCIPLINARY COLLABORATION OR HOW TO TRANSFORM COMPETENCIES INTO PERFORMANCE

Learning Objective: To explain how risk management and quality control can reduce stress, improve clinical performance and quality of life

RÉSUMÉ

Le programme AMPRO^{OB} se déploie au Québec depuis 2008 et au Canada depuis 2002. Sa popularité et son efficacité dans l'amélioration de la sécurité et des performances cliniques sont un exemple concret des bienfaits de la collaboration interdisciplinaire. Quels sont les ingrédients de ce succès et que nous réserve l'avenir dans ce domaine?

- Comment améliorer les résultats cliniques en changeant la culture des équipes de soins : le concept d'AMPRO^{OB}

Guy-Paul Gagné, M.D., obstétricien-gynécologue, directeur du programme AMPRO^{OB} Québec

- Des exemples vécus de la performance et du succès de la pratique interdisciplinaire

Colette Tougas-Poirier, B.Sc.Inf., consultante du programme AMPRO^{OB}, Salus Global Corporation

Anne Piltan-Goubayon, responsable sage-femme, Maison de naissance du Boisé, Centre de santé et de services sociaux de St-Jérôme, animatrice AMPRO^{OB}

- L'interdisciplinarité une promesse d'avenir : le programme 9+1

P. James A. Ruiter, M.D., B.M.Sc., directeur des programmes de sécurité en obstétrique, Salus Global Corporation

MODÉRATRICE | MODERATOR

Christiane Léonard, responsable des services sages-femmes, Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île, animatrice AMPRO^{OB}

Parallel Sessions

ABSTRACT

The MORE^{OB} program has been implemented in Quebec since 2008 and in Canada since 2002. Its popularity and effectiveness in improving clinical performance and safety are concrete examples of the benefits of interdisciplinary collaboration. What are the keys of this success and what does the future have in store for us in this field?

- How to Improve Clinical Outcomes by Changing the Culture of Healthcare Teams: The Concept of MORE^{OB}

- Real-life Examples of the Performance and Success of Interdisciplinary Practice

- The Interdisciplinary Approach, a Promise of the Future: The 9 + 1 Program

Objectif d'apprentissage : Définir le concept de « Périnatalité sociale » tel que proposé par La Maison Bleue

RÉSUMÉ

La Maison Bleue est un organisme de bienfaisance visant à offrir aux femmes enceintes de Côte-des-Neiges, à leurs jeunes enfants et à leur famille, des services communautaires, culturels, sociaux et de santé dans un environnement harmonieux, à proximité de leur milieu de vie. Ces familles vivant dans un contexte de vulnérabilité rencontrent différentes problématiques (immigration récente ou statut de réfugié, milieu défavorisé, condition socio-économique difficile, manque de soutien social, grossesse à l'adolescence, violence conjugale, etc.). La Maison Bleue a pour objectif d'aider ces familles à se construire un nid pour accueillir la venue du nouveau bébé. Notre équipe est composée entre autres de médecins de famille, d'une infirmière, d'une travailleuse sociale, d'une éducatrice spécialisée et d'une sage-femme. Une vision écologique du développement considérant l'enfant, sa famille et la communauté comme un tout dynamique et interlié sous-tend nos interventions. La précocité des interventions est un élément fondamental de notre approche. En opération depuis un peu plus de 3 ans, nous sommes encouragés à développer d'autres « Maisons Bleues ». Le modèle étant bien établi et duplicable, nous sommes confrontés à l'exigence de définir la spécificité de notre approche en périnatalité pour pouvoir reproduire le projet intégral de La Maison Bleue.

La Maison Bleue offre tant aux femmes qu'aux intervenants eux-mêmes, la possibilité de vivre la période entourant la naissance comme un moment privilégié, porteur de transformation. C'est ainsi que le travail de création (ou re-création) d'un village autour de la future mère et sa famille, cristallise ce que nous appelons « La Périnatalité sociale » ayant comme orientation l'autonomisation tant de la femme, de la famille, de la communauté, des intervenantes et de l'organisation. Plus précisément, dans ce symposium nous tenterons de définir la « périnatalité sociale » en explorant les concepts de portage et d'empowerment dans le contexte d'une prise en compte de la culture et du parcours de vie de la femme. La Maison Bleue permet donc de donner un nid et des ailes aux familles, quelles que soient les conditions de vulnérabilité de la grossesse en question.

Anne-Marie Bellemare, M.Sc., travailleuse sociale, La Maison Bleue, doula, conférencière en intervention interculturelle, Département de Travail social, Université du Québec en Outaouais

Isabelle Brabant, sage-femme, La Maison Bleue, auteure

Marion Dove, M.D., médecin de famille accoucheur, La Maison Bleue, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne et Hôpital Général Juif, Département de médecine familiale, Université McGill

Fanny Hersson-Edery, M.D., médecin de famille accoucheur, La Maison Bleue, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne et Hôpital Général Juif, Département de médecine familiale, Université McGill

Vania Jimenez, M.D.C.M., cofondatrice et médecin de famille accoucheur, La Maison Bleue, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne et Hôpital Général Juif, Département de médecine familiale, Université McGill

Hélène Rousseau, M.D., médecin de famille accoucheur, La Maison Bleue, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne et Hôpital Général Juif, Département de médecine familiale, Université McGill

Carlo Sterlin, M.D., ethnopsychiatre, La Maison Bleue, anthropologue et consultant, CLSC Côte-des-Neiges

Bernadette Thibaut, B.Sc.Inf., infirmière clinicienne, La Maison Bleue, infirmière chroniqueuse à Télé-Québec

MODÉRATRICE

Amélie Sigouin, cofondatrice et directrice générale de La Maison Bleue

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010



SOMMEIL PARTAGÉ OU « CO-DODO » : QU'Y A-T-IL SOUS LA COUVERTURE ?

Objectif d'apprentissage : Saisir les divers enjeux, à la fois culturels, physiologiques et psychologiques associés à cette pratique, afin de mieux en comprendre la place ainsi que les effets du sommeil partagé.

RÉSUMÉ

La pratique du sommeil partagé, ou « co-dodo » (*co-sleeping*) se retrouve encore dans la majorité des sociétés du monde contemporain. Pourtant, en particulier dans le monde occidental, elle a fait l'objet de remises en question et de critiques sévères concernant principalement la survenue de décès de nouveau-nés associés à cette pratique ainsi qu'aux problèmes relationnels qui peuvent en découler. Qu'en est-il vraiment de cette pratique du sommeil partagé ? Comment concilier les mises en garde émises par les autorités de la santé, les efforts collectifs en faveur de l'attachement parent-enfant, la promotion de l'allaitement ou encore les choix parentaux concernant les modes éducatifs privilégiés ? Ce symposium permettra de faire le point sur les divers enjeux culturels, sociaux et psychologiques tout en resituant dans leur contexte les recommandations officielles concernant le sommeil partagé.

PULLING THE COVERS OFF CO-SLEEPING

Learning Objective: To take a look at the various issues—cultural, psychological, and psychopathological—associated with this practice, in order to better understand the place and effects of co-sleeping.

ABSTRACT

Co-sleeping is still a very common practice in most societies in modern times. Yet, particularly in the western world, it has been the subject of questioning and severe criticism, primarily in connection with the occurrence of newborn-baby deaths associated with this practice as well as relational problems that can result from it. What exactly are we to make of co-sleeping then? How can we reconcile it with warnings issued by health authorities, collective efforts to foster parent-child attachment, promotion of breastfeeding, and parental choices regarding preferred modes of child-rearing? This symposium will allow taking stock of the various cultural, social, and psychological issues related to co-sleeping and recontextualizing official recommendations in this regard.

• Aspects préventifs du sommeil partagé

Aurore Côté, M.D., pédiatre, Département de pédiatrie, Centre universitaire de santé McGill, Hôpital de Montréal pour enfants

• Preventive Aspects of Co-sleeping

• Sommeil partagé : enjeux culturels, relationnels et affectifs

Sylvaine de Plaen, M.D., pédopsychiatre, Service de pédopsychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Geneviève Agoues, M.Sc., psychoéducatrice, thérapeute conjugale et familiale, Centre Premier Berceau

• Co-sleeping: Cultural, Relational, and Emotional Issues

MODÉRATEUR | MODERATOR

Réal Morin, M.D., directeur scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec



Quand un bébé arrive,
trop souvent le couple s'oublie.
S'accorder des moments à deux,
ça peut faire une différence !

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010



EN AVEZ-VOUS ASSEZ D'ENTENDRE PARLER D'ALLAITEMENT?

Objectif d'apprentissage: Reconnaître le pouvoir d'influence des mots et des attitudes sur les choix des parents en matière d'alimentation infantile

FED UP WITH "BREAST IS BEST"?

Learning Objective: To recognize the influential power of words and attitudes on parents' choices in term of infant feeding

RÉSUMÉ

Il est désormais bien reconnu que l'allaitement est la forme d'alimentation normale pour les nourrissons. Mais, entre les discours moralisateurs des uns et les discours racoleurs des autres, notre société en a-t-elle assez d'entendre parler d'allaitement? À travers différentes perspectives – médiatique, médicale, information offerte aux parents – nous nous intéresserons aux stratégies de promotion de l'allaitement et aux stratégies de mise en marché des laits artificiels, tout comme à la perception qu'a le public de ces stratégies.

ABSTRACT

It is well recognized today that breastfeeding is the normal form of infant nutrition. However, between the moralizing of some and the enticement of others, is our society fed up with hearing about breastfeeding? From the point of view of the media, medicine, and the information offered parents, we will look at the strategies used to promote breastfeeding and at those to market baby formula, as well as the public's perception of these strategies

- Les médias et l'allaitement: une perspective canadienne

- Breastfeeding and the Media: A Canadian Perspective

Cynthia Mannion, PhD, RN, Associate Professor, Faculty of Nursing, University of Calgary

- Nourrir nos enfants: pourquoi est-ce si compliqué?

- Nurturing Our Babies: Why Is It So Complicated?

Miriam Labbok, MD, MPH, MMS, FACP, FABM, IBCLC, Director of the Carolina Global Breastfeeding Institute, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina

- « Assez c'est assez ! » : l'influence des parents sur la réécriture du guide Mieux vivre avec notre enfant

- "Enough Is Enough!": The Influence of Parents on the Rewriting of the From Tiny Tot to Toddler Guide

Chantale Audet, M.A., responsable de la mise à jour du guide Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, Institut national de santé publique du Québec

MODÉRATRICE | MODERATOR

Maxine Dumas-Pilon, M.D., Unité de médecine familiale, Hôpital St. Mary, directrice du Fellowship en santé maternelle et infantile, Université McGill

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

L'ASPQ est fière d'adhérer
au Code international de commercialisation
des substituts du lait maternel.



Objectif d'apprentissage: Accroître ses connaissances dans divers domaines de la périnatalité

Learning Objective: To enhance your knowledge in various areas of perinatality

ATELIERS



UN AUTRE REGARD SUR LES PRATIQUES
ENTOURANT LA NAISSANCE : LA PERSPECTIVE
DES FEMMES

LOOKING AT PRACTICES SURROUNDING
CHILDBIRTH FROM A DIFFERENT ANGLE:
THE VIEWPOINT OF WOMEN

RÉSUMÉ

Au Québec, la récente *Politique de périnatalité* affirme que « Donner naissance est une expérience naturelle, un processus normal » et souligne l'importance non seulement de protéger le processus physiologique naturel de la naissance, mais de mettre en place des environnements permettant de le faire et de respecter la personnalité de chaque femme, ses particularités, son rythme, son intimité (*Politique de périnatalité*, 2008, p. 9). Or, les conditions permettant d'atteindre ces objectifs ne sont pas toujours réunies. L'identification et l'évaluation des pratiques respectueuses des femmes qui favorisent une expérience heureuse de la naissance ne peuvent pas se limiter aux critères biomédicaux. Les courants récents dans l'évaluation des pratiques de la santé insistent de plus en plus sur la nécessité et la pertinence de tenir compte de la perspective des personnes qui utilisent les services. Notre étude a utilisé quatre sources de données : des récits d'accouchements provenant de deux livres publiés au Québec en 2004, et des entrevues avec des Québécoises ayant enfanté, provenant de deux études qualitatives menées dans les années 2000. Les résultats de l'étude exploratoire que nous souhaitons présenter lors de ce congrès visent l'avancement des connaissances sur les meilleures pratiques entourant la naissance. Il s'agit plus particulièrement de mieux saisir la perspective des femmes sur ce qui se passe durant un accouchement et d'identifier les pratiques, les attitudes et les aspects de l'organisation des services associés à des expériences positives ou négatives de l'accouchement et du post-partum. Les récits nous ont en particulier permis d'identifier des pratiques courantes produisant des effets traumatisants sur les femmes, ainsi que certaines attitudes des intervenants qui entraînent divers degrés de souffrance et, parfois, marquent pour toujours de douleur et de colère les souvenirs de la naissance. Ils ont aussi mis en lumière ou remis en question certains aspects de l'organisation des soins qui sont loin d'être optimum pour les femmes qui accouchent. De plus, ils révèlent notamment l'impact que peut

ABSTRACT

The *Perinatal Care Policy* recently adopted in Quebec stipulates that childbirth is a natural experience and a normal process. The policy also underscores the importance not only of defending the natural physiological process of childbirth but also of setting up suitable environments to this end and of respecting each woman's personality, that is, her particularities, rhythm, and privacy (*Politique de périnatalité*, 2008, p. 9). The problem is that the conditions conducive to the achievement of these objectives are often lacking. The identification and evaluation of practices respectful of women geared to fostering a joyful experience of childbirth cannot focus exclusively on biomedical criteria. New currents in the evaluation of healthcare practices insist more and more on the necessity and pertinence of taking account of the viewpoint of service users. Our study data originated from four sources: narratives of childbirth from two books published in Quebec in 2004 and interviews with Quebec women who gave birth taken from two qualitative studies undertaken in the 2000s. The results of the exploratory study that we wish to present at this conference are intended to advance knowledge of best practices surrounding childbirth. More specifically, the aim is to gain a better grasp of the viewpoint of women of what happens during delivery and to identify the practices, attitudes, and aspects of service organization associated with positive and negative experiences of childbirth and the post-partum period. The narratives allowed us in particular to identify current practices that have traumatic effects on women, as well as certain attitudes among service providers that cause varying degrees of suffering and, at times, brand forever the memories of a child's birth with pain and anger. The results also shed light on or raised questions about certain aspects of the organization of care, which is far from optimum for women giving birth. Moreover, they showed the impact that lack of contact with the baby can have at birth. In addition, our research revealed certain situations of great suffering that, if publicized, would change the orientation of practice in the



avoir un manque de contact avec le bébé lors de la naissance. Notre recherche dévoile en particulier certaines situations de grande souffrance qui, si elles étaient connues, pourraient orienter différemment la pratique en obstétrique. Par ailleurs, elle permet aussi de connaître ce qui est particulièrement apprécié par les femmes lors de leurs accouchements. La mise en dialogue des résultats de cette recherche avec des intervenants de la santé, commencée durant l'étude, pourrait être poursuivie durant un atelier au congrès *Enfanter le monde*. Ces échanges nous permettraient d'identifier les zones de consensus, mais également les écarts entre les perceptions des intervenants et celles des femmes. En conclusion, à partir des constats de notre étude, que faire ? Comment engager les milieux de pratique dans un dialogue constructif sur les meilleures façons de faire ? À partir de ce que nous disent les femmes, quelles leçons tirer sur ce qui serait à modifier lors des accouchements ? C'est ce que nous aimerions aborder avec les intervenantes et intervenants de toutes disciplines présents à *Enfanter le monde*.

field of obstetrics. Furthermore, it allowed learning what women appreciated in particular about their childbirth experience. The interaction between the results of this research and healthcare professionals, which began during the study, could be pursued during a workshop at the *Birthing the World* conference. These exchanges would allow us to identify areas of consensus and areas where the perceptions of service providers and those of women diverge. In sum, based on the findings of our study, what do we do? How do we go about engaging practice settings in a constructive dialogue on the best way of doing things? Based on what women tell us, what are the lessons to be drawn regarding what should be changed about delivery? This is what we would like to discuss with the healthcare professionals and service providers of all walks who will be attending *Birthing the World*.

Hélène Vadeboncoeur, Ph.D., chercheure en périnatalité, International MotherBaby Childbirth Initiative

Lourdes Rodríguez Del Barrio, Ph.D., École de travail social, Université de Montréal

Myriam Hivon, Ph.D., Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal

Stéphanie St-Amant, Ph.D. (c), Université du Québec à Montréal

Lorraine Fontaine, B.A., coordonnatrice, Regroupement Naissance-Renaissance

LE LIEN D'ATTACHEMENT ET EXPÉRIENCE DE PROJETS PILOTES DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ

RÉSUMÉ

L'état des connaissances démontre l'importance d'agir pour favoriser le lien d'attachement sécurisant de l'enfant envers ses parents et pour favoriser en général son sentiment de sécurité émotionnel. Le cerveau inachevé du nouveau-né se développe très rapidement pendant ses trois premières années et l'environnement auquel l'enfant est exposé laisse une trace organique qui va influencer le reste de sa vie. À travers ses premières expériences sociales, l'enfant va construire ses capacités de confronter le stress avec l'axe HPA (hypothalamus-pituitaire-adrénocortical), de se mettre en relation avec les autres et d'augmenter ses chances d'avoir un bon départ dans la vie. Au contraire, des études (Sroufe, 1985; Schore, 2001; Grossmann *et al.*, 2005 et autres) démontrent que les enfants ayant un lien d'attachement insécure désorganisé à un an auront déjà, à l'âge de six ans, de l'anxiété, de la tristesse, de l'agressivité, du pessimisme, de la détresse, une faible capacité de concentration et d'autres caractéristiques qui laissent entrevoir des problèmes psychosociaux plus graves à l'adolescence. Notre présentation comprend : une mise en contexte des facteurs d'influence sur le développement de l'enfant ; un focus sur l'importance du lien d'attachement de l'enfant envers ses parents ; une revue des points principaux du développement du cerveau de l'enfant de 0 à 3 ans ; un survol des programmes prometteurs pour le soutien précoce de l'attachement sécurisant ; et, enfin, la présentation de deux projets pilotes en voie de réalisation en Abitibi-Témiscamingue pour contrer des problèmes dans le développement émotionnel des enfants d'âge préscolaire. Quels défis pouvons-nous attendre lorsque nous entreprenons des projets pour agir sur le sentiment de sécurité des tout-petits ? L'expérience vécue dans l'implantation de diverses actions, notamment le programme PÉRI-AMOUR, qui utilise le « Modified interaction guidance » (Benoit, 2001), ainsi que des interventions dans les centres de la petite enfance, sera discutée du point de vue de la planificatrice et formatrice qui a entrepris ces actions en Abitibi-Témiscamingue.

Olivia Hernandez-Sanchez, M.D., M.Sc., médecin conseil, Direction de la santé publique, Agence de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

RÉSUMÉ

L'objectif de ce séminaire est d'offrir aux chercheurs, aux intervenants professionnels et à toute personne intéressée, la possibilité de s'approprier le dispositif de l'atelier interculturel de l'imaginaire en tant que lieu de recherche, de formation, d'accompagnement et de partage. « Une des grandes transformations dans la vie d'un être humain est de devenir parent. Une autre grande transformation s'effectue dans l'expérience d'immigrer, plus encore s'il s'agit d'une migration forcée » (un psychiatre bosniaque réfugié en Croatie). Cet atelier aborde cette situation de double transition et de transformation vécue par les personnes immigrantes et réfugiées en attente d'enfants et/ou avec de jeunes enfants. Les participantes et participants partageront leurs savoirs, leurs expertises et leurs expériences concernant ces transformations ainsi que les difficultés et les joies ressenties, les stratégies et les ressources de résilience développées afin de relever les défis parentaux et sociaux; l'atelier se déroulera selon le dispositif de l'atelier interculturel de l'imaginaire (Guilbert, 2004, 2009, 2010). L'atelier interculturel de l'imaginaire crée un espace imaginaire commun en ayant recours à des pratiques culturelles expressives et symboliques qui possèdent des caractéristiques à la fois universelles et spécifiquement locales. Il intègre plusieurs pratiques culturelles, parmi lesquelles la narration de textes de même que l'utilisation d'objets symboliques. Une séquence d'atelier interculturel de l'imaginaire se déroule en quatre étapes: **1)** ouverture: rituel de présentation; **2)** performance orale et récit; **3)** associations libres et autres récits; et **4)** clôture: rappel, en une phrase, de ce que chacun retient de l'atelier. La première étape consiste en un rituel de présentation de soi. Les participants sont regroupés autour d'une table dressée d'un tissu sur lequel sont déposés de petits objets. Chaque participant se présente en choisissant quelques objets qui illustrent un trait qui le caractérise ou une expérience qu'il a faite, ou encore un projet qui lui tient à cœur en regard de la thématique de l'atelier. Ce rituel contribue à construire un espace imaginaire commun que les membres du groupe investissent de leurs symboles et des récits provenant de leur culture et de leurs expériences de vie. La deuxième étape constitue un acte de performance et un moment privilégié de la manifestation des formes expressives de la culture; un participant ou un animateur raconte, ou lit oralement, en offrant au groupe sa présence en voix, en corporalité, en sensibilité. La troisième étape est consacrée aux commentaires des participants sous forme d'associations libres, de récits d'expériences personnelles, de récits de migration ou d'intervention auprès des immigrants – que ce soient des récits fictifs, littéraires ou de tradition orale. C'est un moment où s'approfondit la connaissance les uns des autres, partageant l'histoire collective de leur groupe d'origine, de leur trajectoire individuelle, de leurs savoirs et de leurs expériences. La quatrième étape est celle de la clôture de l'atelier, durant laquelle chaque participant résumera en une ou deux phrases ce qu'il retient de cet atelier.

Maximum : 12 personnes.

Raymonde Gagnon, M.Sc., sage-femme, professeure, Université du Québec à Trois-Rivières, chercheure, Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec (ÉDIQ)

Joanne Tessier, directrice, Collectif Les Accompagnantes, Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec (ÉDIQ)

Lucille Guilbert, Ph.D., professeure titulaire, département d'histoire, Université Laval

ELLE VEUT ACCOUCHER NATURELLEMENT, QU'EST-CE QUE JE FAIS ?

RÉSUMÉ

Les sages-femmes proposent un atelier pratique pour ceux et celles qui se retrouvent auprès des femmes qui sont en travail et qui souhaitent accoucher naturellement. La douleur devient alors une réalité incontournable, une partie de l'expérience unique de l'enfantement. Les sages-femmes partageront des situations cliniques, des trucs découverts au fil des expériences, ainsi que les moyens verbaux, non verbaux, techniques et physiques qu'elles utilisent auprès des femmes en travail. Il sera question des aspects concrets reliés au phénomène de la mise au monde: la phase de latence, la place du père, la transition, l'approvisionnement à la poussée, l'eau, les positions, l'organisation de l'espace, l'intimité, etc. Il sera aussi question des émotions reliées à l'accouchement et à la naissance, tant celles qui sont exprimées par la femme que celles qui sont ressenties par les intervenants. L'atelier sera enfin une occasion d'échanger avec les participants sur leurs questionnements et leur expérience auprès des femmes dans leur contexte de pratique (contraintes liées à la gestion du temps ou aux horaires, à l'espace et à la culture institutionnelle).

Christine Roy, sage-femme, consultante

Martine Lemay, sage-femme, Centre de maternité de l'Estrie, Centre de santé et des services sociaux de l'Estrie

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

BÉNÉFICES DU PEAU À PEAU APRÈS CÉSARIENNE : REVUE SYSTÉMATIQUE ET EXPÉRIENCES DANS DEUX HÔPITAUX DU QUÉBEC

RÉSUMÉ

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'initiative « Ami des bébés » de l'OMS et de l'UNICEF recommandent un contact peau à peau ininterrompu dans les deux premières heures suivant la naissance, afin de favoriser la réussite de l'allaitement exclusif. Toutefois, si les procédures et les bénéfices du contact peau à peau, pour la mère et son enfant, sont maintenant bien documentés après un accouchement par voie vaginale, la mise en application de ces techniques après une césarienne reste encore limitée, pour des raisons médicales et organisationnelles. Dans ce contexte, et considérant l'augmentation continue des taux de césariennes au Canada et au Québec, il est maintenant important d'explorer la faisabilité de ces techniques, à la lumière des dernières évidences disponibles, ainsi que des différentes expériences concernant l'implantation de protocoles de soins favorisant le contact peau à peau après césarienne au Québec. Cet atelier vous permettra d'identifier les barrières et facilitateurs, ainsi que les solutions potentielles, à l'implantation d'un protocole de peau à peau après césarienne en milieu hospitalier.

- **Peau à peau après césarienne : quelles évidences et quels défis**

Nils Chaillet, Ph.D. chercheur adjoint, Département d'obstétrique-gynécologie, Université de Montréal, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

- **Implantation du peau à peau après césarienne : expérience du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)**

Diane Tousignant, D.E.S.S., Sc.Inf., conseillère en soins, IBCLC, Direction regroupement clientèle Famille Enfance Jeunesse, Centre hospitalier universitaire de Québec

France Poliquin, M.Sc.Inf., Direction des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Québec

- **Implantation du peau à peau après césarienne : expérience de l'Hôpital Brome Missisquoi-Perkins (BMP)**

Christiane Charest, B.Sc.Inf., M.A., chef de programme Périnatalité et petite enfance, Centre de santé et de services sociaux La Pommeraië

L'OSTÉOPATHIE ET LE BÉBÉ. OUTIL D'ÉVALUATION

RÉSUMÉ

Patricia Reid, D.O., ostéopathe, est présentement en rédaction de deux livres, *L'Ostéopathie et le bébé: Guide d'évaluation pour professionnels* et *L'Ostéopathie et le bébé: Guide d'évaluation du parent*, qui sortiront à l'automne 2010. Cet atelier vous permettra de mieux connaître l'ostéopathie et ses bienfaits, au service de la santé du bébé. L'atelier débutera par une brève définition de l'ostéopathie et une revue des principes qui font d'elle une Science, une Philosophie et un Art. Je souhaite partager avec vous mon expérience clinique de plus de vingt ans, entre autres auprès des bébés. De plus, mon expérience de collaboration interdisciplinaire m'a permis de créer un outil d'évaluation facile, concis et précis, permettant de vérifier si le bébé pourrait bénéficier de traitements d'ostéopathie, tant sur le plan curatif que préventif. Cet outil d'évaluation vous sera expliqué et démontré, et vous serez ensuite invités à le pratiquer afin de faciliter son intégration clinique. Une fois entraînés, vous mettrez environ 10 minutes pour l'effectuer. L'ostéopathie est un outil précis et efficace pour remédier à de multiples problèmes de santé. Cet atelier vous permettra d'avoir une autre vision de la santé du bébé, une santé au naturel, tellement logique et simple. Au plaisir de vous y rencontrer.

Patricia Reid, B.Sc., D.O. (Q), ostéopathe, Clinique de santé Globale

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010



RÉSUMÉ

La recherche touchant la théorie de l'attachement est d'une grande utilité pour nous faire comprendre comment la capacité d'être parent se développe chez l'humain. Deux principales sources de données seront utilisées pour élaborer cette proposition : **1.** les études longitudinales de grandes cohortes d'enfants observés avec leurs parents depuis la grossesse jusqu'à l'aube de l'âge adulte semblent nous indiquer que la qualité de parentalité précoce conduit à une capacité élevée de faire face aux stress de la vie – nous pouvons sans doute inclure l'élevage des enfants comme un tel stress (Grossman *et al.*, 2005); **2.** les études faites sur des adultes au moment de leur devenir parents semblent nous indiquer que leur histoire d'attachement révèle une haute corrélation avec leur capacité de développer la sécurité – ou l'insécurité – chez leur enfant (Fonagy *et al.*, 1993). Être parent implique d'être capable de comprendre les signaux d'un nourrisson et d'y répondre adéquatement. Cette capacité est fondée sur la capacité de considérer un bébé comme un être unique, avec des désirs, des intentions, des émotions qu'il tente de communiquer à sa façon. À mesure que des interactions se déroulent entre un nourrisson et son parent, un lien spécial se construit dans l'esprit de l'enfant et dans celui du parent, et une relation réciproque s'établit, qui conduit à répondre aux besoins fondamentaux et complexes de cet enfant, ou non. Dans ce processus, une transmission se fait, un sentiment de confiance se développe et devient internalisé dans l'esprit de l'enfant. S'internalise aussi cette capacité de contrôler sa propre détresse – tout comme le parent lui-même a pu contrôler la détresse de l'enfant. Le développement et l'internalisation de cette capacité de contrôle des émotions seront particulièrement importants durant la deuxième année de vie alors que l'enfant explore son environnement et démontre un grand besoin de le maîtriser, face à des parents qui veulent le protéger en même temps qu'ils trouvent plaisir à observer cette poussée développementale. Cette capacité d'être parent peut avoir été blessée tout au cours du développement, conduisant à des familles vulnérables (Fraiberg *et al.*, 1975). Je vais revoir divers projets qui tentent de réparer, à travers des interventions précoces, cette capacité perturbée d'être parent, et je discuterai les effets positifs de telles interventions (Cicchetti *et al.*, 2006). Références : P. Fonagy, M. Steele, G. Moran, H. Steele & A. Higgitt, (1993), « Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their

ABSTRACT

Research concerning attachment theory can be very useful in helping us understand how the capacity to be parents develops in humans. Two main sources of data will be used to support this proposal: **1.** Longitudinal studies of large cohorts of children observed with their parents from pregnancy until early adulthood seem to indicate that the quality of early parenting fosters a stronger capacity to cope with stress in life, which no doubt includes the stress of child-rearing (Grossman *et al.*, 2005); **2.** Studies of adults at the time of becoming parents seem to indicate that their attachment history reveals a strong correlation with their capacity to develop a sense of security – or insecurity – in their children (Fonagy *et al.*, 1993). Being a parent implies being able to understand an infant's signals and to respond to them appropriately. This capacity is based on the ability to consider a baby as a unique being with desires, intentions, and emotions that he/she seeks to communicate however possible. Over the course of interactions between infant and parent, a special bond is formed in the mind of the child and in that of the parent, and a reciprocal relationship is established conducive to whether or not the basic and complex needs of the child will be met. During this process, exchanges occur and a sense of trust is developed and becomes internalized in the child's mind. The capacity to control one's distress also becomes internalized, just as the parent him/herself was able to control the child's distress. The development and internalization of this capacity for emotional control is particularly important in the second year of life when the child begins to explore his/her environment and demonstrates a strong desire to master it, while parents oscillate between the impulse to protect the child and the pleasure in observing this developmental surge. The capacity to be a parent may be undermined over the course of one's development and this can result in vulnerable families (Fraiberg *et al.*, 1975). During this workshop, we will review various early intervention projects geared to repairing this impaired capacity to be a parent and we will discuss their positive effects (Cicchetti *et al.*, 2006). References: P. Fonagy, M. Steele, G. Moran, H. Steele, & A. Higgitt. (1993). "Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 957-989; S. Fraiberg, E. Adelson, & V. Shapiro. (1975). "Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother



Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

infants' security of attachment », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 957-989; S. Fraiberg, E. Adelson & V. Shapiro, (1975), « Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-422; K.E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters, (2005), *Attachment from Infancy to Adulthood. The Major Longitudinal Studies*, The Guilford Press; D. Cicchetti, F.A. Rogosch & S.L. Toth, (2006), « Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions ». *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.

relationships", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-422; K.E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters. (2005). *Attachment from Infancy to Adulthood: The Major Longitudinal Studies*, The Guilford Press; D. Cicchetti, F.A. Rogosch, & S.L. Toth. (2006). "Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions", *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.

Yvon Gauthier, M.D., Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine



LES PRODUITS DE SANTÉ NATURELS DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT : LES RISQUES ET LES BÉNÉFICES

NATURAL HEALTH PRODUCTS DURING PREGNANCY AND BREASTFEEDING: RISKS AND BENEFITS

RÉSUMÉ

Les produits de santé naturels (PSN) sont utilisés de plus en plus. En fait, 71 % des Canadiens disent avoir déjà consommé des PSN, incluant les vitamines et les minéraux, les plantes médicinales et les remèdes homéopathiques. Également, 52 % sont d'avis que les PSN sont sans danger parce qu'ils sont faits d'ingrédients naturels. De plus, 37 % sont d'accord pour dire que si un PSN est en vente libre, ils sont confiants qu'il est sans danger. Les consommateurs prennent les PSN pour prendre en charge leur santé et pour avoir recours à des produits sans risque. Durant la grossesse, les PSN sont souvent utilisés puisque jusqu'à 56 % des femmes enceintes les prennent, surtout pour démedicaliser la grossesse. Les PSN sont également consommés par la femme qui allaite pour, par exemple, augmenter la production de lait maternel ou apporter des bénéfices à l'enfant allaité.

Ces produits sont-ils réellement efficaces et sont-ils vraiment sans danger? Lors de cet atelier nous allons discuter des PSN les plus souvent utilisés durant la grossesse et l'allaitement et passer en revue leur efficacité et leur innocuité durant ces périodes.

ABSTRACT

Natural health products (NHP), including vitamins and minerals, medicinal herbs and homeopathic remedies, are growing in popularity. A survey shows that 71% of Canadians have used them in the past. Moreover, 52% believe that NHP are completely safe because made from natural ingredients. Also, 37% believe that if a NHP is sold over the counter, it must be safe. Consumers turn to NHP in an attempt to take charge of their health and in the belief that they are resorting to safe products. NHP are used by 56% of pregnant women, particularly in the aim of demedicalizing pregnancy. NHP are used also by nursing mothers in order, for example, to stimulate production of breast milk and to provide health benefits to the breastfed infant.

Are these products really effective and are they really safe? During this workshop, we will talk about the NHP most commonly used during pregnancy and breastfeeding and examine their effectiveness and innocuity during these periods.

Ema Ferreira, L. Pharm., pharmacienne, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Caroline Morin, L. Pharm., pharmacienne, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

SYMPOSIUM

PARENTALITÉ, ALCOOL ET DROGUES : L'EXPÉRIENCE INTERDISCIPLINAIRE DU CHUM
AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES, DE LEUR CONJOINT ET DES NOUVEAU-NÉS

RÉSUMÉ

L'INTERDISCIPLINARITÉ EN PÉRINATALITÉ : DU PRÉVENTIF AU CURATIF

Le questionnaire 5P intégré au questionnaire ALPHA facilite le repérage de la consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes et leur conjoint. Une évaluation plus approfondie permet l'identification des situations de consommation problématique qui risquent d'avoir des impacts négatifs sur l'enfant à naître et sur la relation parents-enfant. Comment aider ces parents à réduire leur consommation, à se relier sagement à leur enfant et à acquérir des habiletés parentales? Depuis trente ans, le Centre des naissances du CHUM développe des services intégrés pour ces familles vulnérables. Ces services sont offerts en interdisciplinarité, plusieurs professionnels gravitant autour de ces parents et du nouveau-né. Les services se sont aussi développés en collaboration avec d'autres organismes du réseau. Ainsi, depuis quatre ans, les professionnels du CHUM travaillent de concert avec les intervenants de la DPJ du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire dans le cadre du projet « Main dans la main ». Plus récemment, le projet du Centre périnatal et familial de toxicomanie établit aussi des liens de collaboration avec plusieurs partenaires afin de pouvoir offrir en un seul lieu une gamme de services aux familles concernées par cette problématique.

Geneviève Beaudet-Hillman, M.Sc., infirmière, conseillère en soins spécialisés

Samuel Harper, M.D., médecin accoucheur, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Marielle Venne, T.S., chargée de projet, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

12h50 à 13h40

Dîner-conférence



DONNER NAISSANCE DANS UN MONDE
QUI OSCILLE ENTRE LE TECHNO ET LE BIO :
UN REGARD ANTHROPOLOGIQUE



Gilles Bibeau, Ph.D.,
professeur titulaire,
Département d'anthropologie,
Université de Montréal

PRÉSIDENTE DE SÉANCE | CHAIR

Céline Lemay, Ph.D., sage-femme, Regroupement Les Sages-femmes du Québec

Lunchtime Conference

GIVING BIRTH IN A WORLD THAT HOVERS
BETWEEN HIGH-TECH AND ORGANIC:
AN ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVE

Gilles Bibeau, PhD,
Professor, Department of Anthropology,
University of Montréal



L'arrivée d'un bébé, c'est bien des chamboulements
et possiblement un grand stress.

En parler et demander de l'aide,
ça peut faire la différence !

Objectif d'apprentissage: Accroître ses connaissances dans divers domaines de la périnatalité

Learning Objective: To enhance your knowledge in various areas of perinatality

COMMUNICATIONS ORALES

SÉANCE 1 A PROSPECTIVE, DOUBLE-BLIND, RANDOMISED, CONTROLLED TRIAL OF TONGUE-TIE DIVISION AND ITS EFFECT ON BREASTFEEDING

ABSTRACT

Background: To investigate if a previously identified, maternally reported, immediate improvement in breastfeeding following division of tongue-tie is due to bias. To add to the evidence that division of tongue-tie in infants is safe and acceptable to parents. **Methods:** Both the mother and a trained observer assessed the infant breastfeeding. Infants were randomised equally to immediate division (Group A) or non-division (Group B), but the mother and observer were both blinded. After the intervention, the mother's and observer's views were noted and they were then informed as to whether the tongue-tie had been divided or not. Those allocated to non-division then had their tongue-tie divided. Infants were followed up at 1 day and 3 months after division. **Patients:** 60 breastfed babies aged 5 – 115 days (Mean 32 days, median 23 days). **Outcome measures:** Subjective and objective improvement in feeding, complications, breastfeeding rates at 3 months and acceptability to parents. Results 78 % of mothers in Group A reported improved feeding following the intervention, compared to 47 % in Group B. At 24 hour follow up, 90 % reported improved feeding. $p < 0.02$ CI 6-51 % At 3 month follow up, 90 % still reported improved feeding (55 % full resolution) and 50 % infants were still breastfed (mean age 4.5 months). The National Average is 30 %. The mothers with 3 or 4 children were best at correctly identifying division. There were no significant complications and all of the mothers contacted would choose tongue-tie division again. The independent observer could not identify division correctly. **Conclusion:** There is a real, immediate, sustained improvement in breastfeeding which is detectable by the mother and is not due to bias.

Janet Berry, BM, Department of Paediatric Surgery, General Hospital, Southampton, United Kingdom

THE HEART AND HANDS OF LABOUR SUPPORT

ABSTRACT

Doulas are becoming increasingly popular in both the hospital and home birth settings. A doula is trained to provide physical, informational, and emotional support. This support begins during pregnancy, throughout the entire labour, and is followed up with postpartum home visits. A doula can bridge the gap between a client and her health care providers who have other clinical tasks as part of their shift. Find out how doulas can reduce the number of c-sections and instrumental deliveries, increase the rates of successful breastfeeding, shorten labours, reduce postpartum mood disorders, and help increase the number of healthy moms and babies. Doulas are essential to the birth environment as they can help a client understand the risks, benefits and alternatives, provide continuous support, and link families to local health care providers who can assist them clinically. Most importantly, a doula's role is to empower women through childbirth, no matter what the outcome by believing in her more than she believes in herself.

Nicole McKay, Doula, Childbirth Educator, Birth Goddess Childbirth Services, Toronto

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

ABSTRACT

Quebec was the first jurisdiction in Canada to create a provincial-level breastfeeding policy. Launched in 2001, the policy *L'Allaitement maternel au Québec: Lignes directrices* focused on province-wide implementation of the WHO/UNICEF's Baby-Friendly Initiative (BFI) as one of the principal strategies for protecting, promoting, and supporting breastfeeding. The BFI has been linked with increased rates of breastfeeding initiation, duration, and exclusivity, and BFI accreditation has become an international gold standard for maternity care services. Breastfeeding initiation rates have risen dramatically in the past decade in Quebec. However there are distinct geographical and institutional variations in breastfeeding rates and the level of implementation of the BFI across Quebec, underscoring the need to better understand barriers and facilitators to adoption of the BFI in different contexts. **Methodology:** This presentation will synthesize preliminary findings from a larger, FQRSC-funded study to evaluate the implementation of Quebec's breastfeeding policy. Study methods included a comprehensive review of the international literature on barriers, facilitators, and outcomes of BFI implementation; and a comparative multiple case study of social processes influencing implementation of the BFI in different regions of Quebec. Data were collected using document review, individual interviews with perinatal health care managers, and focus group interviews with perinatal health care providers. Our study's conceptual framework integrates concepts from diffusion of innovation theory, institutional entrepreneurship, and Bourdieu's critical theory, to examine the complexity of social processes that may facilitate or hinder adoption of the BFI in different contexts. For the purposes of this presentation, the literature review on implementation of the BFI will be summarized and discussed in light of our preliminary findings related to social and organizational factors influencing implementation of the BFI in Quebec. **Conclusions:** Widespread adoption of the BFI may have a significant impact on breastfeeding rates at the population level. However, health care policy-makers need a better understanding of social processes, organizational factors, and other conditions that enable or hinder implementation of the BFI, in order to identify optimal strategies for supporting adoption of the BFI across diverse health care settings.

Sonia Semenic, RN, PhD, IBCLC, Assistant Professor, McGill University, School of Nursing, Nurse scientist, McGill University Health Center, Women's Health Mission Coordinator, Quebec Chapter, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN)

Danielle Groleau, PhD, Department of social and transcultural psychiatry, McGill University

Charo Rodriguez, PhD, Department of family medicine, McGill University

Katherine Gray-Donald, PhD, Department of dietetics and human nutrition, McGill University

Julie Lauzière, M.Sc., D.N., I.B.C.L.C., Département de nutrition, Université Laval

Luisa Molino, MA (cand), Department of social and transcultural psychiatry, McGill University

SÉANCE 2 NOS OUTILS ÉCRITS DE COMMUNICATION REJOignent-ILS LES PERSONNES PEU SCOLARISÉES? UNE ÉVALUATION DU MIEUX VIVRE

RÉSUMÉ

La littératie en santé est un champ de recherche dynamique et en développement. Dans cette perspective, évaluer l'utilisation d'outils écrits de communication chez des personnes pour qui la lecture est difficile peut s'avérer un grand défi. En 2009, l'équipe du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* a entrepris une évaluation des nouvelles sections sur la grossesse et l'accouchement. Ce guide gratuit, édité depuis plus de trente ans et mis à jour annuellement, est offert à tous les parents du Québec au cours de la grossesse. Bien qu'il soit rédigé dans un langage se voulant simple et qu'il intègre de nombreux éléments visuels tels des photos, des dessins, des tableaux et des encarts, l'équipe souhaitait évaluer la capacité réelle de cet outil à atteindre les personnes peu scolarisées (pour qui la lecture est souvent plus difficile). Notre démarche visait à recueillir le point de vue des utilisatrices du guide, que leur niveau de scolarité soit faible ou plus élevé, pour dégager des convergences et des divergences dans leur appréciation. Cette étude exploratoire a reposé en grande partie sur des entrevues individuelles et de groupe dans trois régions du Québec. Plusieurs questions ont guidé notre démarche. Les informations sur la grossesse et l'accouchement rejoignent-elles les femmes faiblement scolarisées? Répondent-elles aux questions des futurs parents? Aident-elles les parents à prendre des décisions? Et, ultimement, ces informations



Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

contribuent-elles à améliorer la confiance des parents? Nous discuterons à la fois de l'approche choisie, des leçons à tirer et de quelques résultats pertinents.

Danielle Landry, M.D., médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Mary Richardson, anthropologue, Institut national de santé publique du Québec

SE NOURRIR MIEUX = ENFANTER MIEUX

RÉSUMÉ

L'importance d'un bon état nutritionnel avant la conception est maintenant largement reconnue. Néanmoins, nombre de femmes entreprennent la grossesse sans planification, dans un état nutritionnel déplorable, ce qui est particulièrement le cas de celles qui sont économiquement désavantagées. Au Dispensaire diététique de Montréal (DDM), la « méthode Higgins »[®] est utilisée depuis plus d'un demi-siècle auprès d'une clientèle vulnérable dont le faible niveau socio-économique est souvent combiné à d'autres facteurs de risque d'issue défavorable de la grossesse. En combinant science et art, l'intervention nutritionnelle selon la « méthode Higgins »[®] permet à des femmes enceintes démunies d'enfanter mieux grâce à l'amélioration de leurs habitudes alimentaires. La diététiste établit avec la future maman une relation de confiance et détermine ses besoins nutritionnels spécifiques en y intégrant des correctifs, en kilocalories et en protéines, pour compenser les différents facteurs de risque qu'elle présente. Toutefois, cette maîtrise des données de la science de la nutrition ne saurait à elle seule porter fruit. En effet, le défi à relever, c'est d'amener cette femme enceinte à mieux se nourrir au quotidien pour assurer le développement optimal du bébé à naître. C'est en recourant à diverses stratégies de motivation et de renforcement puisées dans l'art du counselling que la diététiste convainc sa cliente de la nécessité d'inclure au jour le jour les aliments de « construction » dans ses repas et collations pour nourrir son bébé avant autant qu'après sa naissance. Cette présentation illustrera comment la « méthode Higgins »[®] amorce l'attachement de la mère avec son enfant au moyen du lien entre l'alimentation et le développement du bébé, amenant un changement de comportement qui modifie la représentation qu'elle se fait de l'enfant à naître.

Véronique Binek, B.Sc. (nutr.), Dispensaire diététique de Montréal

Marie-Paule Duquette, B.Sc. (nutr.), directrice générale, Dispensaire diététique de Montréal

Janine Desrosiers-Choquette, B.Sc. (nutr.), Dispensaire diététique de Montréal

INFORMER DE FAÇON ÉCLAIRÉE - PORTRAIT D'UNE DÉMARCHÉ CONCERTÉE CONDUISANT À LA CRÉATION DU TRONC COMMUN PROVINCIAL D'INFORMATION PRÉNATALE

RÉSUMÉ

Les parents souhaitent avoir accès à une information prénatale de qualité qui leur permettra de prendre des décisions éclairées tout au long de la grossesse. Cependant, ils sont parfois confrontés à des discours et à des affirmations qui les laissent plus perplexes qu'informés. Le Tronc commun provincial d'information prénatale (TCPIP), qui découle de la Politique de périnatalité 2008-2018, est un outil qui permet de répondre aux besoins d'information des professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant en périnatalité. Désireux de créer un outil permettant le consensus chez les différents intervenants en périnatalité, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), mandaté pour élaborer le TCPIP, a réuni autour d'une même table des partenaires importants et élaboré une structure de fonctionnement où l'apport de chacun est indéniable. Cette présentation vise à faire connaître, à travers une illustration thématique, l'ensemble de la démarche ainsi que les difficultés rencontrées et les bénéfices de cette co-construction. Elle mettra aussi à l'avant-plan les bénéfices de cette approche pour la pratique professionnelle et, ultimement, les parents.

Sylvie Lévesque, conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

SÉANCE 3 LE PROJET « UN AGUAYO POUR UN ACCOUCHEMENT SANS RISQUE » : UN MODÈLE DE SOINS COMMUNAUTAIRE EN BOLIVIE

RÉSUMÉ

Le projet « Un aguayo pour un accouchement sans risque » a été instauré en 2006 par le Centre d'étude et de coopération internationale (CECI) via son programme Uniterra, en collaboration avec la municipalité de Curahuara de Carangas, en Bolivie. Dans cette municipalité rurale des Andes, la population et ses dirigeants ont provoqué une véritable ère de changement en matière de services périnataux dans le but d'améliorer la santé de leurs mères et de leurs bébés. En support aux Objectifs du Millénaire pour le développement, l'objectif premier du projet était de diminuer la mortalité maternelle et infantile, qui atteignait 8 % à Curahuara de Carangas. Les municipalités de cette vaste région des Andes affichent également le plus haut taux de décès maternels périnataux des Amériques, après Haïti. Après une analyse sociale et culturelle de la situation, l'équipe du projet « Un Aguayo » a pu identifier qu'un des déterminants principaux était le faible taux de fréquentation du centre de santé dû à un manque de confiance envers le personnel – celui-ci ne tenant pas compte des spécificités culturelles andines de ces femmes et les contraignant à suivre un modèle de soins occidental : les femmes préféraient alors accoucher seules à la maison, sans aide professionnelle, afin d'obtenir ce qu'elles considéraient comme le meilleur pour elles. Or, la majorité de ces femmes ne reconnaît pas les signes de complications, et la plupart d'entre elles habitent des lieux éloignés, sans eau potable et sans moyen de transport ou de communication. C'est donc à partir des besoins exprimés par la communauté que le projet « Un Aguayo » a appuyé la création d'une salle d'accouchement interculturelle, une chaleureuse mini-maison de naissance, où les coutumes et mœurs andines sont respectées : position d'accouchement, présence de la famille et rites andins. Une sage-femme traditionnelle a aussi été recrutée. Elle fait partie de l'équipe du centre de santé et obtient un salaire versé par le ministère de la Santé, ce qui, d'ailleurs, constitue une première au pays. Ainsi, les femmes de la communauté de Curahuara de Carangas peuvent exercer leur droit de choisir leur lieu de naissance de même que l'intervenant. Afin d'inciter les femmes à adopter un suivi pré-per-postnatal optimal, le CECI offre également un ensemble-cadeau comprenant notamment un aguayo (tissu coloré traditionnel que les femmes attachent sur leur dos pour y placer leur bébé), un ensemble de vêtements pour nouveau-né ainsi que serviette et couverture. Avant l'implantation du projet « Un aguayo », 16 % des femmes de Curahuara de Carangas accouchaient à l'hôpital ; un an plus tard, 84 % des femmes y accouchent, soit dans la maison de naissance à côté de l'hôpital soit à l'hôpital même. Cela constitue une augmentation de 500 % du taux de couverture. Le taux de réalisation des quatre visites prénatales a quant à lui connu une augmentation de 162 %. Le projet a d'ailleurs reçu en 2009 le prestigieux prix Bill-McWhinney de l'Agence canadienne de développement international (ACDI). Le modèle communautaire du projet « Un aguayo » a fait ses preuves. L'équipe du projet travaille maintenant à faciliter la création du même projet dans cinq autres municipalités de l'Altiplano. À ce jour, le projet a appuyé la création de six salles d'accouchements interculturellement adaptées, et cinq sages-femmes traditionnelles travaillent au sein d'équipes de santé où elles sont reconnues et respectées.

Sandra Demontigny, sage-femme, Centre d'études et de coopération internationale (CECI)

PLEURS, QUELS SENSIBILISATION ET OUTILS POUR DES FUTURS PROFESSIONNELS ACCOMPAGNANT LA PARENTALITÉ ?

RÉSUMÉ

Cette présentation a pour objectif de présenter un outil e-learning de sensibilisation et de prévention des situations d'une des transitions de la troisième étape du cycle de vie représentée par la naissance d'un enfant, notamment la difficulté autour des pleurs pour prévenir le secouement d'un bébé. Actuellement, ce problème de santé publique (syndrome du bébé secoué) est mal identifié sur le terrain et a fait l'objet, à Lyon à la fin de 2009, d'une audition publique réunissant des professionnels de secteurs du champ sanitaire, éducatif, médical et judiciaire de différents pays francophones, dont la Suisse. La responsabilité de chacun et l'engagement professionnel étaient interrogés. En tant que lieu de formation, la Haute École de santé de Genève, quelle implication est la nôtre, notamment en amont dès la maternité ou pendant la période périnatale précoce ? Les étudiants doivent être sensibilisés lors de leur formation à cette thématique des pleurs qui entre dans la prévention de la maltraitance, une de nos missions. Comment transmettre aux parents sans être alarmistes mais informatifs et préventifs ? Le projet consiste à travailler cette problématique au travers



Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

d'outils interactifs facilement transférables et réutilisables auprès des parents rencontrés sur le lieu professionnel. Cet outil est novateur et nouveau (2010). En effet sa double originalité réside dans le fait qu'il se situe sur une plate-forme e-learning et qu'il a été créé en collaboration avec des étudiants Bachelor en soins infirmiers dans un module Promotion de la santé (Santé publique, Santé communautaire) « Bien-traitance » à l'usage de leurs condisciples, futurs professionnels de santé. L'idée est née à la suite des résultats de questionnaires distribués aux étudiants du module pré-cité en 2009 et après des entretiens réalisés lors de consultations d'allaitement. Il peut être utilisé par d'autres filières du domaine santé ou au sein de module de spécialisation en santé familiale et pratique avancée. Cette séquence de cours d'auto-apprentissage est déposée dans un cours Moodle et permet à l'étudiant de travailler de manière interactive en visionnant différents scénarios de la vie familiale avec des quizz, des QCM à cocher, des indicateurs de stress... sa créativité est sollicitée notamment lors de stratégies à adopter avec différentes familles, validées ou non. La réalisation multimédia a été effectuée en collaboration avec des étudiants. Les vidéos sont placées en parallèle avec des contenus théoriques, des « bonnes pratiques » et des liens avec des documents de référence.

Delphine Coulon, licence, Département des sciences infirmières, Haute École de santé, Genève, Suisse

Laetitia Baillod, Département des sciences infirmières, Haute École de santé, Genève, Suisse

LA FORMATION SAGE-FEMME DU QUÉBEC : COMPÉTENCE, AUTONOMIE, CONFIANCE

RÉSUMÉ

Comment forme-t-on ces professionnelles de la santé au Québec? La formation qui se donne à l'Université du Québec à Trois-Rivières depuis 1999 est un Baccalauréat en pratique sage-femme de 4 ans. Quel est le parcours de formation de cette profession distincte de la médecine et du nursing? Comment forme-t-on des professionnelles de la santé pour exercer dans leur champ de pratique et selon une philosophie adoptée par leur Ordre professionnel? Comment favorise-t-on l'acquisition des compétences nécessaires à une pratique autonome, centrée sur les femmes et les familles et capable d'aider les femmes dans le lieu de naissance de leur choix: domicile, maison de naissance ou centre hospitalier? Comment met-on la physiologie du processus de naissance au cœur de la formation sans éliminer l'éventail des possibles? Tels étaient les défis que le programme voulait relever dès les débuts. Plusieurs caractéristiques ont été mises en place et développées pour la formation des sages-femmes: le processus d'admission, le nombre d'heures de stages, le préceptorat, la maïeutique à distance, les « intensifs », la formation en urgences obstétricales et en réanimation néonatale notamment. Ces caractéristiques ainsi que le parcours des étudiantes seront détaillées lors de la présentation. Nous aborderons enfin une réflexion et des questionnements sur les enjeux de la pratique sage-femme actuelle et les défis de cette formation d'une profession qui répond tout à fait aux objectifs de la politique de périnatalité du MSSS.

Emmanuelle Hébert, M.Sc., sage-femme, professeure au programme de baccalauréat en pratique sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières

Raymonde Gagnon, M.Sc., sage-femme, professeure, Université du Québec à Trois-Rivières, chercheure, Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec

SÉANCE 4 LES FACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT JUSQU'À 6 MOIS DE VIE DE L'ENFANT

RÉSUMÉ

De plus en plus de mères choisissent d'allaiter leur enfant mais très peu d'entre elles allaitent durant toute la période recommandée par les plus hautes instances en santé. En effet, dans la région de Chaudière-Appalaches, ce sont à peine 35% des femmes qui allaitent leur enfant jusqu'à six mois, et moins de 2% allaitent exclusivement (ISQ, 2006). La présente étude se situe dans la perspective de mieux comprendre les facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois. L'objectif général de l'étude est d'examiner la relation entre la dépression postnatale, la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant. Un devis corrélationnel a été retenu pour l'étude proposée. L'échantillon est constitué de 134 mères et de leur enfant. Pour être incluses dans l'étude, les mères devaient être âgées de plus de 18 ans et être en bonne santé ainsi qu'avoir donné naissance à un bébé



sain et à terme. Les mères recrutées ont complété des questionnaires auto-administrés à 48 heures post-partum (T1), à un mois (T2), trois mois (T3) et six mois (T4). Il s'agit de : l'Échelle d'Édimbourg (Cox *et al.*, 1987); l'Échelle de sensibilité maternelle (Bell *et al.*, 2004) et l'Inventaire du soutien social (traduit par Goulet *et al.*, 2003). Des données ont également été recueillies au dossier médical de la mère et de l'enfant. Des analyses descriptives, bi-variées ainsi qu'une analyse de régression logistique ont été réalisées pour répondre aux objectifs de l'étude. Les résultats préliminaires indiquent que la découverte et le contact affectif sont associés à la poursuite de l'allaitement à un mois de vie de l'enfant ($p < .05$). Les symptômes de dépression chez la mère à un mois de vie de l'enfant semblent influencer la poursuite de l'allaitement à un mois ($p < .05$). L'intention d'allaiter, les cours prénataux, l'accouchement sous péridurale, les problèmes d'allaitement et la qualité de la tétée semblent également jouer un rôle dans la poursuite de l'allaitement maternel ($p < .05$). Les résultats complets seront diffusés lors du congrès. Des stratégies d'intervention ciblées pour le soutien aux mères allaitantes seront proposées à partir des résultats.

Marie Lacombe, Ph.D., professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, campus Lévis
Linda Bell, Ph.D., École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

ALLAITER EN PUBLIC AU QUÉBEC EN 2010

RÉSUMÉ

Dans *L'Allaitement maternel au Québec – Lignes directrices* (MSSS, 2001), on lit : « L'allaitement est [...] influencé par des facteurs qui relèvent de l'environnement social. La présence de modèles pour les femmes qui allaitent, l'acceptation de l'allaitement en public et de l'allaitement de bambins [...] sont autant d'éléments qui contribueraient à rendre le milieu plus favorable à l'allaitement maternel. » Au Canada, les femmes ont le droit d'allaiter en public. La Cour suprême du Canada, ainsi que d'autres instances juridiques, a déjà statué en faveur de l'allaitement maternel dans les lieux publics. Pour l'instant, seules les provinces de la Colombie-Britannique et l'Ontario enchâssent spécifiquement ce droit dans leurs lois provinciales. Par contre, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec (CDPDJ) est très claire : la discrimination est interdite, quelle que soit la situation, et il existe des cas de jurisprudence qui viennent soutenir cet énoncé, par ex. Giguère c. Montréal (Ville) (2003) et Desrochers c. Meubles Accents (2005). Il n'en demeure pas moins que l'allaitement en public est encore l'objet de commentaires et de regards, lorsque ce ne sont pas des gestes, désobligeants. Certaines personnes croient qu'il s'agit d'un acte indécent. Pourtant, l'allaitement maternel est une question de santé et non pas de mœurs. Malgré les chartes, lois et jurisprudences, les femmes allaitantes continuent de vivre la discrimination et les menaces ici même au Québec. Voici quelques exemples. **Hiver 2008** : dans un commerce à Québec un commis demande à une femme allaitant son enfant de sortir du magasin en prétextant qu'elle pourrait par son geste choquer des gens. Il lui dit qu'il existe des salons d'allaitement conçus à cet effet. La femme porte plainte à la CDPDJ et le dossier se règle en médiation. **Printemps 2009** : à Terrebonne, à une piscine municipale, un sauveteur demande à une femme allaitant son enfant d'arrêter parce que son lait est un liquide biologique dangereux ! Après quelques semaines d'attente, le service des loisirs s'excuse verbalement. **Printemps 2009** : à une piscine municipale de Gatineau une sauveteuse demande à une femme allaitant son enfant de terminer dans le vestiaire, prétextant que c'est le mot d'ordre. Après quelques semaines d'appels téléphoniques et d'attente, la femme porte plainte à la CDPDJ et le dossier se règle en médiation. **Automne 2009** : un sauveteur, à une piscine communautaire de Montréal, demande à une femme allaitant son enfant d'arrêter et lui dit qu'elle est filmée ! Une lettre d'excuses suit. **Automne 2009** : un employé d'un musée de Québec expulse d'une salle d'exposition une femme allaitant son enfant. Rapidement, une lettre d'excuses est envoyée et la politique de l'endroit en faveur de l'allaitement est remémorée aux employés. **Hiver 2010** : une femme allaitant son enfant dans un magasin de Trois-Rivières est priée de quitter sous la menace d'appeler la police. Une plainte est déposée à la CDPDJ. Il est clair qu'il est pertinent et plus que temps d'informer et de renseigner non seulement les femmes de leur droit d'allaiter en public, mais aussi et surtout la population québécoise tout entière.

Nathalie Gagnon, B.Pharm., M.Sc., pharmacienne au Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau, accompagnante à la naissance et marraine d'allaitement bénévole chez Naissance-Renaissance Outaouais

RÉSUMÉ

Afin de comprendre la situation de la France en matière d'allaitement maternel (AM) – taux bas et sevrage précoce – nous avons regroupé à partir d'études historiques les éléments qui participent au choix du type de nutrition du nourrisson en cinq facteurs. Ce travail nous a permis de dégager leur filiation jusqu'à aujourd'hui et leur éventuelle actualisation. Le « discours médical », **premier facteur**, a défendu au cours de l'histoire des positions très différentes, mais il a été et reste une référence. La santé de la mère et/ou du bébé a toujours été un argument pour orienter le choix du mode de nutrition des nourrissons. Cependant, les préconisations ne sont pas appliquées à la lettre. Dans la pratique, des variations sont observées qui sont loin d'être aléatoires (cf. facteurs suivants). **Le second facteur**, « condition sociale », fait référence à l'appartenance à un milieu social, à l'attitude du conjoint et au statut de la femme dans la société. Le mode choisi dans les milieux élevés est conforme à celui du discours médical, depuis l'Antiquité et quelle que fût la préconisation. Gojard montre que l'AM est actuellement une pratique socialement différenciée. Par ailleurs, l'attitude du conjoint a été et est encore décisive dans le choix, même si les raisons sont différentes selon l'époque. Enfin, selon plusieurs études, les femmes qui allaitent ont des représentations qui peuvent, à notre avis, être rapprochées des revendications des féministes identitaires alors que les autres ont un discours relevant plutôt du féminisme égalitariste. **Le troisième facteur**, « économique », inclut le travail des femmes et la valeur marchande du lait. Par rapport au travail des femmes, il a souvent été plus rentable de recourir à une nourrice ou à un allaitement artificiel. À l'heure actuelle, les femmes qui allaitent le plus sont celles qui ont choisi un temps partiel (Gojard), d'où une baisse de revenus. Le second élément est lié à la valeur marchande du lait dont on ne peut nier l'importance depuis l'Antiquité. Un troisième élément relevé actuellement concerne la dimension consumériste (Tillard) qui s'opérationnalise par l'achat de matériel pour préparer la venue de bébé. **Le quatrième facteur**, « Éducation », renvoie à l'accès au savoir et à la transmission de valeurs. Ce facteur est important à dégager afin de cibler la façon dont l'information transmise est intériorisée (dimension psychologique). La source de la préconisation influence les pratiques selon les caractéristiques sociales des mères, et ce depuis toujours, d'où les deux modèles dégagés par Gojard au sein desquels se mêlent l'accès au savoir et la tradition familiale. Plusieurs régularités statistiques semblent indiquer que le choix n'est pas si solitaire ; or, une majorité de femmes disent avoir choisi seules. Et en effet, il serait fallacieux d'oublier les éléments intimes qui participent au choix comme la valeur et le sens attribués à la relation mère-bébé, ainsi que la corporalité. Enfin, **le cinquième facteur** relève de la « Politique » en référence aux moyens donnés par l'État. L'histoire nous apprend que la politique a souvent été impliquée de façon marginale. Le choix du mode de nutrition se situe entre dépendance sociétale et décision personnelle, car toute femme subit un héritage collectif s'opérationnalisant différemment selon l'histoire du sujet. Des implications d'ordre pratique peuvent ainsi être envisagées.

Irène Capponi, Ph.D., maître de conférences, Département de psychologie, Université de Nantes, France

SÉANCE 5 COMMENT FAVORISER LA PHYSIOLOGIE DANS LES SALLES DE NAISSANCE (pour les infirmières et les médecins)

RÉSUMÉ

Infirmière spécialisée en obstétrique (OIIQ), accompagnante à la naissance, cofondatrice du Centre Pleine Lune et auteure du livre *La maternité au féminin* (www.centrepleinelune.com) et mère de deux enfants, un né par césarienne et l'autre né par les voies naturelles sans aucune intervention, je me suis beaucoup questionnée sur la naissance ces quinze dernières années. Il y a cinq ans, dans les Laurentides, j'ai ouvert avec une autre infirmière un Centre de ressources en périnatalité pour offrir aux femmes du support, ainsi qu'un enseignement et un accompagnement adéquats pour l'accouchement en milieu hospitalier. Nos objectifs : redonner aux femmes la confiance en leurs capacités d'accoucher et leur restituer leur pouvoir. Mettre l'accent sur la physiologie pour qu'elles comprennent ce qui se passe dans leur corps, plutôt que de leur parler en termes de risques et de peur. Nous avons beaucoup travaillé avec l'hôpital local (Sainte-Agathe-des-Monts) et collaboré avec l'équipe pour mettre en place un environnement favorisant les accouchements physiologiques. Comme infirmière puis accompagnante, j'ai exploré ce qu'il est possible de faire dans une salle de naissance avec les protocoles médicaux et j'aimerais transmettre aux professionnels, dans cet atelier, ce qu'ils peuvent mettre en place facilement : il est important qu'ils comprennent ce qui favorise un accouchement ou ce qui lui nuit en milieu hospitalier.



Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

Les principaux points dont nous traiterons sont les suivants : **1.** les processus de l'accouchement physiologique sont mal connus et je reviendrai sur les bases (hormones) pour qu'on comprenne bien ce qui se passe dans le corps des femmes et ce qu'il faut faire ou ne pas faire pour faciliter la naissance ; **2.** l'environnement dans la salle de naissance : les besoins d'intimité et de sécurité sont très importants ; **3.** l'impact du stress est majeur : tout ce qui est dit à une femme en train d'accoucher (risques potentiels, ultimatum, monitoring...) est à revoir, et il importe de préserver sa bulle pour qu'elle se laisse aller ; **4.** comment utiliser les postures selon le déroulement de l'accouchement (pour favoriser la descente du bébé, la relaxation de la mère, la dilatation du col, etc.) : ainsi, il faut permettre aux femmes de choisir leur position d'accouchement instinctivement ; **5.** les cas particuliers : AVAC, induction ; **6.** la préparation prénatale.

Isabelle Challut, infirmière, accompagnante à la naissance, Centre des ressources en périnatalité Pleine Lune

AU-DELÀ DE LA BIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL : « TENIR L'ESPACE »

RÉSUMÉ

Objectif : La recherche récente sur les sages-femmes a révélé une incompréhension à leur sujet dans le système de santé. Une étude a donc été entreprise pour comprendre le sens de la pratique sage-femme à partir de leur expérience vécue, dans un contexte où l'importance de l'accouchement normal est fortement articulée autour de l'accouchement physiologique, confirmant la priorité des processus biologiques de la mise au monde. **Méthodologie :** Une étude qualitative et l'utilisation de la phénoménologie de Heidegger et de Ricoeur pour découvrir le sens de la pratique sage-femme au Québec. Quinze sages-femmes ayant exercé avant la légalisation ont été interviewées. **Résultats :** Un des aspects les plus significatifs des thèmes qui ont permis de « voir » le sens de la pratique des sages-femmes a été de « tenir l'espace » ; il ne s'agit pas ici de faire quelque chose ou d'agir dans un lieu physique mais plutôt de présence. Les sages-femmes parlent de vigilance et de protection. Elles se voient comme des gardiennes. Pour elles, la maternité est un espace de possibilités, elle est un mystère et un passage. Lorsque les sages-femmes parlent de « tenir l'espace », elles se considèrent comme les gardiennes et les protectrices de ce sens. Être gardienne des possibilités : les sages-femmes considèrent l'accouchement comme une occasion dans une infinité de possibilités. Elles aident les femmes à actualiser leur potentiel, car tout en étant réalistes elles considèrent l'accouchement dans son potentiel d'accomplissement et de transformation. La vie se déploie de façon toujours unique, et nul ne sait d'avance ce qui va se passer. Pour les sages-femmes l'incertitude est porteuse de possibilités et elles font confiance à ce qui devient, et non pas seulement à ce qui donne des résultats. Être gardienne du mystère : la grossesse et l'enfantement portent les humains au seuil de leur propre mystère. Un mystère n'est pas quelque chose que l'on ne comprend pas. C'est quelque chose que l'on n'a jamais fini de comprendre. Les sages-femmes sont conscientes du caractère sacré de la naissance et elles en sont les gardiennes, sans s'attendre à ce que les personnes en présence y croient aussi. Être gardienne du passage : dans la plupart des sociétés l'accouchement est considéré comme une initiation ou un rite de passage. Les sages-femmes aident la mère et l'enfant dans ce passage de vie puissant et profond, au-delà des faits et des paroles. Dans ce sens, elles ont un rôle spirituel. **Conclusion :** Dans un contexte où l'accouchement normal est souvent défini comme un accouchement physiologique, nous trouvons des sages-femmes pour qui la physiologie est un implicite et non pas un but à atteindre. Alors que la médicalisation du corps des femmes est structurée dans sa dimension biologique, la notion de « tenir l'espace » permet de dépasser la biologie de l'enfantement. La normalité ne peut pas être pleinement humaine dans la reconnaissance des dimensions symboliques et spirituelles de la naissance.

Céline Lemay, Ph.D., sage-femme, chargée de cours, Département de chimie-biologie, Programme de baccalauréat en pratique sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Cette communication est un petit atelier qui explique comment une Table de concertation s'assure de la continuité des services dans un continuum établi tel l'hôpital, les CLSC et la communauté.

Les objectifs communs permettent de s'assurer d'un discours uniforme à l'intérieur du réseau, de s'assurer de la qualité des services par l'évaluation des meilleures pratiques et de connaître les activités de la communauté et des services professionnels.

Annie Gunner, infirmière clinicienne, virage ambulatoire périnatalité, Centre de santé et de services sociaux Sud de Lanaudière, Réseau mère-enfant, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Diane Couturier, DEC, tech. Inf., I.B.C.L.C., infirmière consultante en lactation

Suzanne Racicot, coordonnatrice regroupement Mère-Enfant-Famille, CSSS du Sud de Lanaudière

SÉANCE 6 GROSSESSE ET ANXIÉTÉ

RÉSUMÉ

La grossesse est une période de transition qui est source d'anxiété pour la plupart des femmes. Dans ce contexte, il est important de différencier l'anxiété normale, adaptative, de celle qui est pathologique et potentiellement nocive. Le but de cet exposé est de faire un survol des différents troubles anxieux en période périnatale en mettant l'accent sur les spécificités des présentations cliniques. La littérature sur les troubles anxieux en périnatalité n'est pas aussi extensive que celle de la dépression; par contre il y a présence dans les dernières années d'une éclosion d'études portant sur les répercussions possibles de ces psychopathologies. Les conséquences physiologiques d'une anxiété anténatale chez la mère et les conséquences possibles sur l'enfant, au niveau de la cognition et des comportements, retiennent tout particulièrement l'attention et seront abordées lors de la communication.

Irena Stikarovska, M.D., médecin résident, Département de psychiatrie, Université de Montréal

L'INTERVENTION AUPRÈS DES MÈRES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX: PIÈGES ET DÉFIS

RÉSUMÉ

Le rôle maternel a des incidences majeures sur l'identité, le vécu affectif et le comportement occupationnel d'une mère en période périnatale. Qu'arrive-t-il lorsque cette femme souffre d'un problème de santé mentale? Quantité d'études et écrits soulignent l'importance d'interventions précoces et soutenues auprès de mères souffrant de troubles mentaux et de leurs familles. En dépit des effets néfastes reconnus des troubles mentaux sur les mères, leurs enfants et leurs familles et malgré d'importantes avancées en psychiatrie, les interventions auprès de cette clientèle demeurent insuffisantes, le rôle maternel étant souvent exclu des interventions en psychiatrie adulte. Avec le temps, l'état de santé et de fonctionnement des mères s'en trouve souvent détérioré, et le niveau de risque pour leurs enfants vulnérables et leur entourage s'en trouve augmenté. Afin de mieux comprendre la difficulté de tenir compte des rôles maternels et familiaux des femmes atteintes de troubles mentaux dans les interventions qui leur sont adressées, une étude qualitative, d'élaboration théorique, a été réalisée et a permis l'examen approfondi de trois cas de mères suivies en psychiatrie dans un centre hospitalier de Montréal, durant trois années. Cette étude a mené à un modèle de compréhension multidimensionnel de l'intervention québécoise en santé mentale s'adressant aux mères atteintes de troubles mentaux. Selon cette étude, la difficulté à instaurer et à maintenir des interventions efficaces auprès de cette population s'explique par des interactions entre des facteurs relevant des mères elles-mêmes, de leurs familles et du système de soins (intervenants et contexte organisationnel). Notamment, cette étude met en évidence le lien entre l'évolution des troubles mentaux chez les mères et l'exercice de leur rôle maternel par le biais du développement d'une perception négative de soi en tant que mère et de sentiments d'impuissance et d'incompétence. D'où la mise à distance de ce rôle devenu intenable pour elles. Cette étude a aussi permis de dégager des facteurs provenant de l'environnement familial et social des mères ainsi que du système d'intervention, facteurs qui ont influencé l'exercice ou la reprise du rôle



maternel par les mères participantes. Cette communication présente en premier lieu une recension d'écrits sur les interventions auprès des mères souffrant de troubles mentaux, suivie des grandes lignes de l'étude qualitative et de ses principaux résultats. Un accent particulier porte sur les facteurs relatifs aux mères, inducteurs de la mise à distance du rôle maternel par les mères, et qui expliquent aussi leur difficulté à s'engager dans une démarche thérapeutique axée sur ce rôle. Ces résultats seront discutés en fonction de résultats de recherches récentes. Cette communication se termine par la présentation d'une étude exploratoire en cours au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, portant sur une intervention intégrative axée sur la compétence maternelle, auprès de mères souffrant de troubles dépressifs ou anxieux, dans le cadre d'un groupe en ergothérapie. L'intérêt particulier de cette nouvelle étude est de s'appuyer sur les opinions et la collaboration des mères participantes pour développer des interventions jugées efficaces par elles. Cette orientation s'inscrit dans la philosophie du rétablissement prônée au Québec.

Lucie Hébert, Ph.D., ergothérapeute, chercheure investigatrice, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Jean-Baptiste Haché, Ph.D., professeur honoraire, Département des sciences des fondements de l'éducation, Université de Montréal

Marie-Carmen Plante, M.Sc., psychiatre, Centre hospitalier de l'université de Montréal, Centre de santé et des services sociaux Jeanne-Mance

Samuel Harper, M.D., Centre de pédiatrie sociale du Centre-sud, Centre de santé et des services sociaux Jeanne-Mance

Julie Blouin, B.Sc., ergothérapeute, Centre de santé et des services sociaux Jeanne-Mance

DÉPRESSION POST-PARTUM, ENTITÉ SPÉCIFIQUE ? : SYMPTOMATOLOGIE, ATTRIBUTIONS CAUSALES ET QUALITÉ DE VIE

RÉSUMÉ

Problématique : À l'heure actuelle, il est communément admis que la naissance d'un enfant constitue une expérience de vie positive. Pourtant, cette idéologie maternelle ne semble pas faire l'unanimité pour toutes les mères. En effet, 10 % à 13 % des mères présenteront une dépression postnatale (DPP) suite à la naissance. L'accroissement de l'intérêt pour cette problématique a permis de l'introduire dans le *Diagnostic Statistical Manual of Mental Health* (DSM-IV) aux côtés des autres troubles de l'humeur. La DPP est assimilée à une dépression majeure (DM), non dissociable des dépressions survenant à d'autres périodes de la vie. Toutefois, un examen approfondi de la littérature nous démontre que la DPP est définie de manière controversée. Les auteurs ne semblent pas tous adhérer à ce discours biomédical et soulignent davantage la spécificité de ce trouble. **Objectif :** Élaborer une image clinique plus claire de la DPP et clarifier la question de la spécificité de ce trouble. **Méthodologie :** Étude exploratoire de type mixte. 31 participantes (n=21) mères déprimées en postpartum (DPP) et (n=10) mères déprimées hors postpartum (DM) ont été recrutées au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), au CSSS Jeanne-Mance, ainsi que dans plusieurs cliniques de gynécologie et divers centres communautaires, de février 2008 à septembre 2009. Les critères d'inclusion sont : les mères doivent être âgées entre 18 ans et 45 ans, nées au Québec et maîtrisant le français. Pour le groupe DPP, les enfants doivent être âgés de 6 à 12 semaines. Pour le groupe DM : les enfants doivent être âgés entre 3 ans et 12 ans. Seules les mères (autant les DPP que les DM) obtenant un score supérieur ou égal à 12 à l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) et répondant aux critères d'une dépression clinique ont été retenues. La procédure de collecte des données est basée sur des entrevues semi-structurées et sur les instruments de mesure : l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II) et l'Inventaire systématique de qualité de vie (ISQV). **Résultats :** Analyses non paramétriques (Mann-Whitney) : les scores obtenus au BDI-II révèlent que les mères DPP sont significativement moins déprimées que les mères DM (moyenne = 23,7 vs 30,8, $p = 0.04$) et qu'elles ont une meilleure qualité de vie (QV) sur les sous échelles cognitive (moyenne = 13,7 vs 21,3, $p = 0.04$) et affective (moyenne = 13,71 vs 20,8, $p = 0.02$) de l'ISQV. L'analyse thématique des données qualitatives à l'aide du logiciel QDA Miner est en cours. **Conclusion :** La DPP diffère de la DM en termes de sévérité des symptômes dépressifs. La QV des mères souffrant de DPP est moins affectée sur le plan cognitif et affectif que la QV des mères en DM. Ces résultats quantitatifs rejoignent certaines données issues de la littérature existante qui définissent la DPP comme une dépression mineure. À ce titre, les analyses qualitatives en cours nous permettront d'identifier les caractéristiques sous-jacentes à chacune de ces problématiques en terme de symptomatologie et d'attributions causales et ainsi tenter d'apporter des éléments de réponses quant à la question de la spécificité de la DPP.

Stéphanie Goron, Ph.D. (c), Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Gilles Dupuis, Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Catherine Desrivières, Ph.D., Département de sociologie, Université du Québec à Montréal

SÉANCE 7 AU CHUQ, LA HAUSSE DU TAUX D'ALLAITEMENT EXCLUSIF DÉBUTE AVEC LA PRATIQUE DU PEAU À PEAU ININTERROMPU DÈS LA NAISSANCE

RÉSUMÉ

L'obtention de l'accréditation Initiative Amis des bébés (IAB) représente un défi de taille pour le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) qui possède l'une des plus grandes maternités au Canada avec plus de 8000 naissances annuellement. En effet, des éléments contextuels, tels une durée moyenne de séjour de 36 heures après un accouchement par voie vaginale et de trois jours après une césarienne ainsi qu'un taux d'allaitement exclusif à 50%, imposent de recourir à des stratégies novatrices et efficaces. Parmi l'ensemble des options envisagées pour rehausser le taux d'allaitement exclusif dans un contexte de très court séjour et de fort volume d'activités, nous priorisons la pratique du peau à peau ininterrompu dans les deux premières heures suivant la naissance. Les bienfaits de cette pratique sont largement reconnus par la communauté scientifique et bien documentés dans la littérature, notamment sur le plan de l'attachement, des variables physiologiques et de l'allaitement maternel, en favorisant une tétée précoce, la durée de l'allaitement et l'allaitement exclusif. Convaincues des bienfaits de cette pratique, nous envisagions une implantation facile et rapide. Cependant, nous avons été confrontées à de nombreux questionnements et à quelques embûches. Comment instaurer cette pratique en salle de césarienne tout en respectant l'environnement stérile et hautement médicalisé, sans interférer avec le processus chirurgical en cours? Comment modifier nos pratiques de soins, telles la pesée, l'administration de la vitamine K, la prise des signes vitaux chez le nouveau-né et la surveillance maternelle? Comment obtenir l'adhésion des équipes médicales (obstétriciens, pédiatres, anesthésiologistes), des inhalothérapeutes, des équipes infirmières et des parents? Des solutions ont été identifiées et mises en place, permettant l'implantation de cette pratique le 24 mai 2010. La présentation portera dans un premier temps sur la démarche d'implantation de la pratique dans un centre tertiaire comme le CHUQ: analyse de la situation pré-implantation, tournage de vidéos, établissement d'alliances avec les équipes médicales, révision des processus de soins et des ordonnances collectives, formation destinée à toutes les infirmières, information aux partenaires de la communauté et aux futurs parents. Dans un deuxième temps, la présentation fera état de la situation post-implantation. Nous espérons observer une adhésion systématique de tous les intervenants et parents. Nous souhaitons observer une diminution des problèmes d'allaitement, de la supplémentation et, conséquemment, une amélioration substantielle du taux d'allaitement exclusif.

Diane Tousignant, D.E.S.S., Sc.Inf., I.B.C.L.C., conseillère en soins, Direction regroupement clientèle famille-enfance-jeunesse, Centre hospitalier universitaire de Québec

France Poliquin, M.Sc.Inf., Direction des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Québec

ÉVALUER UN PROGRAMME CLINIQUE : PRÉVENTION DE LA DOULEUR CHEZ LE NOUVEAU-NÉ À TERME ET EN SANTÉ

RÉSUMÉ

Au Québec et ailleurs dans le monde, les nouveau-nés à terme et en santé ayant eu une naissance sans problème subissent certains soins de routine douloureux, dont l'administration de vitamine K pour prévenir le syndrome hémorragique du nouveau-né et la ponction capillaire au talon dans le cadre d'un programme de dépistage néonatal. Des moyens simples, tels que l'allaitement au sein, l'administration de lait maternel extrait, le peau à peau et l'administration d'une solution sucrée associée ou non à la succion non nutritive, ont démontré leur efficacité pour prévenir ou soulager la douleur provoquée par les soins invasifs mineurs chez les tout-petits. Or, malgré des résultats probants en recherche concernant la prévention et la prise en charge de cette douleur, l'application de ces résultats dans la pratique demeure à ce jour hétérogène et sous-optimale dans les milieux de soins. L'objectif de cette communication est de présenter les principaux éléments d'une initiative en implantation systématique de ces méthodes dans un centre hospitalier régional, de même que les résultats d'une étude actuellement en cours dans le cadre d'un projet doctoral, dont les objectifs sont d'évaluer le niveau d'implantation, d'identifier les facteurs qui favorisent ou entravent la démarche, d'identifier les actions à entreprendre pour corriger la situation et de formuler des recommandations pouvant s'appliquer à d'autres démarches semblables. Des données multiples sont recueillies par des audits de dossier, auprès des parents et des professionnels, afin d'évaluer l'implantation de ce projet clinique novateur selon un devis utilisant l'évaluation de programme par une approche centrée sur la théorie. À ce jour, les résultats documentent l'évolution de la pratique et témoignent des efforts incroyables et du succès



Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

de ces méthodes puisque plus de 95 % des nouveau-nés ont bénéficié d'au moins une méthode de prévention de la douleur. Cette étude engendrera des retombées importantes pour la pratique et la recherche, par l'application systématique de méthodes pour prévenir la douleur ainsi que par le développement des compétences des infirmières et l'utilisation des résultats de recherche.

Linda Lemire, Ph.D. (c), conseillère clinique spécialisée, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Carl Lacharité, Ph.D., professeur de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

NIVEAU D'IMPLANTATION DES POLITIQUES ET PRATIQUES PRÉCONISÉES PAR L'IAB DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

RÉSUMÉ

Contexte : Depuis 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en œuvre différentes actions pour favoriser l'implantation de l'Initiative Amis des bébés (IAB), un programme international reconnu comme étant efficace pour augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement. Au cours de cette même période, la Direction de santé publique de la Montérégie développe une méthodologie utilisée à plusieurs reprises pour mesurer le niveau d'implantation des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (Dix conditions) dans les hôpitaux accoucheurs, des Sept étapes dans les CLSC et du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Code) dans l'ensemble des établissements de la région. Suivant cette expérience, le Ministère a fait appel à l'expertise de la Montérégie pour établir un portrait du niveau d'implantation de l'IAB dans les établissements de santé offrant des soins pré-, per- et postnataux au Québec. **Méthode :** L'évaluation a obtenu la participation de 140 CLSC, 55 hôpitaux et 5 maisons de naissance du Québec. En utilisant la perspective des 1385 mères, des 1361 gestionnaires/professionnels de la santé et des observateurs, le degré d'implantation de 2 à 24 indicateurs a été mesuré pour chacune des conditions et étapes ainsi que pour le Code. Ces indicateurs ont été mesurés au moyen de questionnaires et de grilles d'observation, en tenant compte des recommandations de l'OMS/UNICEF parues en 2006. Face au nombre élevé d'indicateurs utilisés et à la difficulté d'avoir un portrait global de la situation, des indices synthétiques ont été élaborés. Cela a permis d'obtenir des scores d'implantation partiels pour chaque condition, chaque étape, et pour le Code (variant entre 0 et 1), ainsi qu'un score global résultant de l'addition des scores partiels de chacune des conditions ou étapes (le score global des Dix conditions varie entre 0 et 10 et celui des Sept étapes varie entre 0 et 7). Les instruments de mesure et les calculs du niveau d'implantation ont été informatisés avec le logiciel Excel. **Résultats :** Les résultats démontrent qu'en 2007 l'implantation de toutes les étapes et conditions ainsi que du Code était amorcée au Québec mais qu'il existait une variation importante dans leur implantation. Par exemple, les étapes et les conditions reliées à l'adoption d'une politique d'allaitement, la formation du personnel, le counselling pré- et postnatal et certaines pratiques hospitalières affichaient un niveau d'implantation plus bas (moyenne des scores partiels variant entre 0,17 et 0,54 sur un maximum de un). Par contre, la mise en réseau des installations et groupes d'entraide, la non-utilisation des tétines artificielles et le Code affichaient le niveau d'implantation le plus élevé (moyenne des scores partiels variant entre 0,62 et 0,91 sur un maximum de un). Afin d'illustrer les types des données recueillies par les instruments de mesure, les résultats concernant une condition et une étape en particulier seront discutés de manière plus détaillée. Les résultats des scores d'implantation globaux pour les Dix conditions et les Sept étapes seront aussi présentés.

Laura N. Haiek, M.D., M.Sc., médecin-conseil, ministère de la Santé et des Services sociaux

Nathalie Lévesque, ministère de la Santé et des Services sociaux

Dany Gauthier, I.B.C.L.C., Direction de la santé publique, conseil Cri de la santé et des services sociaux

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

SÉANCE 8 COMMENT LES MÈRES PRIMIPARES FONT-ELLES FACE AUX ÉVÉNEMENTS DE LA NAISSANCE DANS LE POST-PARTUM ?

RÉSUMÉ

Introduction : Les changements de vie liés à la naissance d'un premier enfant et le stress induit par ces événements nécessitent des ajustements émotionnels, comportementaux et cognitifs importants de la part des mères. Le contexte social de la naissance a évolué et les familles sont de plus en plus dispersées. D'autre part, les séjours hospitaliers post-partum se sont considérablement raccourcis. **Objectifs :** Cette étude a recensé les événements stressants que les mères perçoivent lors de la période postnatale. Elle a également exploré le soutien social reçu et perçu par les mères et les stratégies de coping que les femmes utilisent pour faire face aux événements stressants. **Méthode :** Cette recherche est de type qualitatif exploratoire. Des entretiens semi directifs ont été conduits six semaines après l'accouchement auprès de soixante mères primipares ayant accouché à terme. **Résultats :** On constate que les événements cités par les mères concernent principalement l'enfant et que ce qui concerne la mère est mis en général au second plan, voire banalisé, et ceci dans toute la période étudiée, c'est-à-dire jusqu'à six semaines du post-partum. Au cours du post-partum précoce (4 jours après l'accouchement), les femmes apprécient le soutien émotionnel et d'estime. Dans le post-partum à domicile, le soutien matériel est perçu comme très important par la femme. L'allaitement maternel est un événement majeur dans le post-partum. On relève que les femmes vivent une désillusion devant la réalité de l'allaitement. Les notions d'éducation délivrées en prénatal sont peu utilisées dans le post-partum. Les femmes relèvent la nécessité d'être accompagnées et guidées au moment où les problèmes se posent. Elles déplorent le manque de structure post-partum à long terme. **Conclusion :** Les résultats convergent vers la nécessité de reconsidérer la prise en charge des femmes, en post-partum. En effet, cette étude montre l'écart qui existe entre les contraintes auxquelles les femmes doivent faire face dans le post-partum, leurs besoins et le manque de structures adéquates à leur disposition.

Chantal Razurel, M.Sc., professeure, filière sage-femme, Haute École de santé, Genève, Suisse

LIBÉRATION ÉMOTIONNELLE DE NAISSANCE

RÉSUMÉ

La naissance est un moment important dans la vie de chacun, et ce, pas seulement par le fait que l'on arrive au monde, mais aussi par les émotions qui sont imprimées en nous lors de ce moment intense. En effet, le bébé a déjà tout un vécu de la grossesse qui lui appartient, et il ressent cet événement de la naissance avec ses propres perceptions. Souvent celles-ci sont bien différentes de ce que nous pourrions imaginer, de notre côté. L'intensité de ce moment de passage est aussi grande pour le bébé que pour les parents. Si ceux-ci peuvent partager sur ce qu'ils ont vécu, il n'en est pas de même pour le bébé qui, lui, va plutôt manifester son état d'être dans son comportement. Sans compréhension du réel malaise que vit l'enfant, on peut en arriver à des difficultés de communication. La libération émotionnelle de naissance permet au bébé de s'exprimer à travers la verbalisation du facilitateur. La naissance étant complètement « imprimée » dans nos cellules, le bébé peut ainsi nous montrer les moments qui ont été difficiles pour lui. L'objectif du processus est de redonner le pouvoir au bébé sur son expérience de naissance de manière que l'émotion qui y est associée le soit d'une façon positive. Ce processus peut aussi être expérimenté à d'autres moments de la vie (enfants, adultes), mais, à ce moment-là, c'est la personne qui s'exprime elle-même. Ce processus permet aux intervenants de dépasser leurs propres émotions de naissance qui vont éventuellement les amener à vivre plus difficilement certaines situations. De plus, le fait de comprendre réellement l'impact de la naissance sur notre comportement, permet de mieux accompagner les bébés et leurs parents lorsque qu'une difficulté se présente.

Dominique Porret, sage-femme, présidente, Ordre des sages-femmes du Québec

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

RÉSUMÉ

Nous souhaitons rendre compte d'une pratique clinique auprès de parents endeuillés par la perte d'un enfant en période périnatale. De la diversité des réactions de deuil aux difficultés de désynchronisation dans le couple en passant par l'aménagement de la grossesse suivante, nous aborderons les particularités du deuil périnatal, l'importance d'un savoir-être ayant incidence sur un savoir-faire en tant que cliniciens, ainsi que les spécificités et les particularités de cette pratique. Tant dans la nécessité d'un cadre que dans celle d'une souplesse dans l'accompagnement de ces parents, nous soulignerons l'importance de bien évaluer les manifestations du deuil périnatal (réactions, symptômes, impact sur le fonctionnement) et de bien les différencier des problématiques de santé mentale.

Julie Émond, B.Sc.Inf., infirmière clinicienne, Département Santé mentale jeunesse, Centre de santé et des services sociaux de Laval
Raphaële Noël, Ph.D., psychologue clinicienne, Clinique de psychiatrie de la petite enfance, Hôpital Rivière-des-Prairies

Jeudi le 25 novembre 2010
 Thursday November 25th, 2010

14h50 à 15h20

Salon de l'expertise des milieux communautaires canadiens

The Expertise Fair of Canadian Community Organizations

Objectif d'apprentissage: prendre connaissance de la valeur ajoutée de la complémentarité des services communautaires à sa propre offre de services

Learning Objective: To gain awareness of the value added represented by the complementarity of community services to your own service supply

13h50 à 15h20

Sessions parallèles (90 minutes)

Parallel Sessions

SYMPOSIUMS

DES SERVICES AUX PÈRES: UN ESPACE À CRÉER ?

SERVICES FOR FATHERS: CREATING A SPACE FOR THEM

Objectif d'apprentissage: Expliquer comment la gestion du risque et le contrôle de la qualité peuvent réduire le stress, améliorer la performance clinique et la qualité de vie

Learning Objective: To develop a discourse and professional practices concerning fathers, coherent with their needs throughout the perinatal continuum

RÉSUMÉ

La société québécoise reconnaît l'importance des pères au sein des familles. Les bénéfices de l'engagement des pères auprès de leur enfant, tant pour l'enfant que pour la mère et pour le père lui-même ont été amplement démontrés. Les responsables de ce symposium partageront leurs expériences cliniques et de recherche auprès des pères et leur famille, afin de dévoiler les écarts qui existent entre ce qui est et ce que les pères souhaitent. Nous visons à rapprocher les réalités professionnelles et paternelles, en établissant des ponts entre ces deux univers de la période prénatale à la période post-natale.

ABSTRACT

Quebec society recognizes the importance of the father within the family. The benefits of a father's commitment toward his children, not only for the children but also for the mother and father himself, have been amply demonstrated. The presenters at this symposium will share their clinical and research experience regarding fathers and their families in the aim of revealing the divergences that exist between how things are and how fathers would like them to be. Our intent is to draw the realities of professionals and fathers closer together by establishing bridges between these two worlds across the perinatal time span, that is, from the prenatal period through to the post-natal period.

- Des rencontres prénatales centrées sur les pères

- Prenatal Encounters Focused on Fathers

Raymond Villeneuve, directeur, Regroupement de la valorisation de la paternité

- Une autre culture de la naissance: un espace partagé

- Another Culture of Childbirth: A Shared Space

Marleen Baker, Ph.D., psychologue et professionnelle de recherche, Université du Québec à Trois-Rivières

- L'allaitement maternel: une expérience globale pour le père

- Breastfeeding: An Overall Experience for the Father

Francine de Montigny, Ph.D., Inf., professeure en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

- L'Initiative Amis des pères au sein des familles: une réponse aux besoins des pères

- The Father-Friendly Initiative within Families: A Response to the Needs of Fathers

Christine Gervais, M.Sc.Inf., coordonnatrice de l'Initiative Amis des pères au sein des familles, Université du Québec en Outaouais

MODÉRATEUR | MODERATOR

Carl Lacharité, Ph.D., professeur en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières



VERS UNE PRATIQUE MOINS INTERVENTIONNISTE: COMMENT TROUVER LE POINT D'ÉQUILIBRE? (PREMIÈRE PARTIE)

TOWARDS A LESS INTERVENTIONIST PRACTICE: FINDING THE RIGHT BALANCE (PART ONE)

Objectif d'apprentissage: Reconnaître l'évolution naturelle de différentes étapes de la naissance et justifier la nécessité et l'impact de diverses interventions obstétricales

Learning Objective: To recognize the natural evolution of different stages of childbirth and to justify the need and impact of various obstetric procedures

RÉSUMÉ

Les soins reliés à la gestion du travail et de l'accouchement présentent un défi très particulier pour tous les professionnels de la santé. En effet, la grossesse et l'accouchement étant a priori des phénomènes normaux, les intervenants deviennent plus que jamais des facilitateurs et des éducateurs possédant la capacité d'être des observateurs respectueux, mais ayant la sagesse de recommander une intervention en cas de besoin. Dans ce contexte, il est de notre devoir d'acquiescer à la fois une bonne connaissance de l'évolution naturelle des différentes étapes de la naissance, tout comme la capacité d'évaluer le besoin d'une intervention et ses conséquences éventuelles. Tout est une question d'équilibre et, en obstétrique, la notion de risque semble parfois avoir été magnifiée, ou minimisée, selon différentes écoles de pensée (interventionniste vs naturel), rendant ce point difficile à localiser pour les intervenants. Dans ce symposium nous avons choisi, parmi tant d'autres, quelques sujets où l'équilibre fait toute la différence.

ABSTRACT

Care related to labour management and childbirth presents a very particular challenge for all health-care professionals. Indeed, as pregnancy and childbirth are *a priori* normal phenomena, practitioners more and more are becoming facilitators and educators with the ability to be respectful observers but also with the wisdom to recommend intervention if needed. In this context, it is incumbent upon us to gain a good understanding of the natural evolution of the different stages of birth as well as the capacity to assess the need for intervention and its potential consequences. It is all a matter of finding the right balance. However, in obstetrics, the notion of risk seems at times to be magnified or diminished by the opposed schools of thought on the matter (interventionist vs. natural), making it difficult for practitioners to determine where equilibrium lies. In this symposium, we will look at a few issues where a balanced approach makes all the difference.

- La situation de l'AVAC en Amérique du Nord: nouvelles évidences

- The Situation of VBAC in North America: New Evidence

Robert Gauthier, M.D., professeur titulaire, Université de Montréal, obstétricien-gynécologue spécialisé en périnatalogie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

- Quelles sont les méthodes pour supporter les patientes dans leur choix de tenter un AVAC?

Allison Shorten, PhD, Yale University, School of Nursing

- What Are the Methods for Supporting Patients in Their Choice to Attempt a VBAC?

- Implantation de l'auscultation intermittente en milieu hospitalier

Marie-Josée Trépanier, I.A., B.Sc.Inf., M.Ed., infirmière clinicienne spécialisée, Hôpital Montfort

- Implementation of Intermittent Assessment in the Hospital Setting

MODÉRATEUR | MODERATOR

Guy-Paul Gagné, M.D., obstétricien-gynécologue, directeur du programme AMPRO® Québec



PÉRINATALITÉ ET IMMIGRATION

Objectif d'apprentissage: Résumer la perception des personnes immigrantes à l'égard des services qui leur sont offerts et identifier des moyens efficaces d'accompagnement

RÉSUMÉ

Les femmes réfugiées enceintes et celles qui demandent l'asile au Canada peuvent présenter des états de santé précaires et des besoins en soins de santé et services sociaux non comblés. La présente communication exposera les résultats d'une étude de cohorte prospective (de la naissance à 4 ans) s'échelonnant sur quatre années (de 2006 à 2009) et visant à répondre aux questions suivantes: **(1)** Les femmes réfugiées et celles qui demandent l'asile avec leurs nourrissons présentent-elles des états de santé précaires différents ou plus graves pendant la grossesse que les immigrantes non réfugiées ou les femmes nées au Canada? **(2)** Les états de santé précaires en période postpartum qui ne sont pas pris en charge par le système de santé sont-ils associés au statut d'immigration? Des femmes réfugiées, des femmes réfugiées demandant l'asile, des immigrantes non réfugiées et des femmes nées au Canada (n = 1 127) ont été recrutées dans des unités postpartum dans 11 centres hospitaliers de Montréal et de Toronto. Les données sur la santé ont été recueillies à partir des dossiers médicaux; l'information générale associée à la santé et aux antécédents médicaux a été obtenue au moyen de questionnaires. Des infirmières chercheuses ont procédé à la collecte des données sur la santé des mères et des nourrissons, les services utilisés et les antécédents d'immigration durant les visites à domicile à 7-10 jours, puis à 4 mois après la naissance. Une infirmière experte a ensuite procédé, en insu pour ce qui est des questions sur les antécédents et du statut d'immigration, à la classification et à la détermination des préoccupations liées à la santé qui ont été «prises en charge» et «non prises en



PERINATALITY AND IMMIGRATION

Learning Objective: To summarize the different perceptions of services offered to immigrants and to identify convincing means of providing care

ABSTRACT

Childbearing refugee and refugee claimant women in Canada may have harmful health outcomes and unmet health and social needs. This presentation will share the results of a four year (2006-2009) prospective (birth to 4 months) cohort study that seeks to answer the questions: (1) Do refugee or refugee claimant women and their infants experience more or different harmful childbearing health outcomes than non-refugee immigrant or Canadian-born women? (2) Are harmful postpartum health outcomes un-addressed by the health care system associated with immigration status? Refugee, refugee claimant, non-refugee immigrant, and Canadian-born women (n=1127) were recruited from postpartum units at 11 hospitals in Montréal and Toronto. Health data were collected from medical records; general health and background information were obtained through questionnaires. Research nurses collected data on maternal and infant health, services used, and migration history during home visits at 7-10 days and 4-months post-birth. A nurse expert blinded to research questions and immigration status then classified identified concerns as 'un-addressed' or 'addressed' by the healthcare system (based on professional practice guidelines). Our findings suggest refugee claimant women experienced more concerns compared to Canadian-born and other migrant women including greater postpartum depression risk at 4 months, lack of social support, skipping meals due to lack of resources, and history of abuse. Overall concerns were addressed less often among all migrant groups compared to Canadian-born women. These findings suggest greater psycho-social support is required



Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

charge » par le système de soins de santé (conformément aux lignes directrices de la pratique professionnelle). Nos résultats laissent suggérer que les femmes réfugiées demandant l'asile ont connu plus de préoccupations liées à leur santé que les femmes nées au Canada et les autres immigrantes, incluant un risque plus élevé de dépression postpartum à 4 mois, un manque de soutien social, des repas court-circuités en raison d'un manque de ressources et des antécédents de sévices. En général, les préoccupations liées à la santé ont été prises en charge moins souvent parmi tous les groupes d'immigrantes que dans le groupe de femmes nées au Canada. Ces constatations suggèrent qu'un soutien psychosocial plus grand est nécessaire pour les femmes réfugiées enceintes demandant l'asile. D'une façon générale, une meilleure prestation des soins postpartum aux immigrantes est également requise.

for childbearing refugee claimant women. Better delivery of postpartum care to migrants generally is also needed.

- Santé et besoins des immigrantes pendant la grossesse

- Childbearing Health and Service Needs of Migrants

Anita Gagnon, MD, PhD, Associated professor, School of Nursing, McGill University

- Devenir mère en contexte migratoire : l'expérience des familles musulmanes à Montréal

- Becoming a Mother in the Context of Immigration: The Experience of Muslim Families in Montreal

RÉSUMÉ

Le portrait de l'immigration au Québec durant la dernière décennie est caractérisé par une augmentation considérable des populations musulmanes (deuxième religion en importance au Québec). Pour ces populations, le plus souvent des jeunes familles, la période périnatale représente un moment charnière permettant de s'inscrire symboliquement dans la société d'accueil.

Les services de santé associés à la périnatalité, en tant qu'espace de contacts réguliers avec la société québécoise, jouent un rôle intégrateur. La portée des rencontres cliniques dépasse en effet souvent largement les dimensions sanitaires. Ces rencontres, en tant qu'espace social, donnent lieu à une négociation ou conciliation des savoirs, normes, valeurs et conceptions entourant la maternité et les pratiques de soins. La relation thérapeutique qui naît de cette rencontre favorise ou entrave la prise de décisions, qu'il s'agisse de soins prénatals et de considérations alimentaires, de soins postnatals, de l'interruption de grossesse en cas d'anomalie grave ou de pratiques invasives auprès de nouveau-nés au pronostic réservé. L'arrivée d'un enfant constituant un moment privilégié pour prévenir l'apparition de problèmes de santé, il est donc primordial d'arrimer les services à la diversité, afin d'assurer l'accessibilité des services de santé périnatale pour ces populations minoritaires.

ABSTRACT

In the past decade, immigration in Quebec has been characterized by a considerable increase in Muslim populations. (Islam is the second leading religion in Quebec today.) For these populations, made up of young families for the most part, the perinatal period represents a pivotal moment that allows them to become part of the host society symbolically.

As a space for regular contact with Quebec society, the health services associated with perinatal care play an integrative role. Indeed, the scope of the clinical visits often largely exceeds the health dimension. These visits constitute a social space in which to negotiate and harmonize knowledge, norms, values, and conceptions surrounding maternity and care practices. The therapeutic relationship that is born of this contact fosters or hampers decision-making, be it for prenatal care and nutritional considerations, postnatal care, abortion in the event of severe anomalies or invasive practices on newborns with a guarded prognosis. As the arrival of a child constitutes a key time for preventing the appearance of health problems, it is therefore elemental that services fit the diversity of the clientele, in order to ensure the accessibility of perinatal care services for these minority populations.

In the course of this presentation, we will examine the contact between mothers and perinatal care



Dans le cadre de cette communication, nous examinerons la rencontre des mères avec les services de périnatalité de la première à la troisième ligne. Une attention particulière sera portée aux convergences, aux divergences et à la négociation des savoirs, normes et valeurs documentées au fil des échanges mères/intervenants. Nous nous appuyons sur des données issues d'une étude qualitative et d'inspiration anthropologique (observations, entretiens, études de cas), réalisée auprès des usagers et des professionnels de la santé périnatale (1^{re} et 3^e ligne) entre 2007 et 2009, à Montréal. Celle-ci avait pour principal objectif de documenter comment, dans le cadre de la naissance d'un enfant, les mères musulmanes (N = 75) et les praticiens de la santé (N = 40) concilient les valeurs, normes, savoirs et pratiques (familiaux et professionnels) en contexte de soins.

services from the 1st to the 3rd line (primary through tertiary care services). Special attention will be paid to how respective knowledge, norms, and values converge, diverge, and are negotiated in the course of exchanges between mothers and practitioners. We will draw on the data from a qualitative study with an anthropological bend (observations, interviews, case studies) conducted with service users and perinatal healthcare professionals (1st and 3rd lines) from 2007 to 2009 in Montréal. The main purpose of this study was to document how, within the context of the birth of a child, Muslim mothers (N = 75) and healthcare practitioners (N = 40) harmonize their values, norms, knowledge and practices (family and professional) relative to care.

Sylvie Fortin, Ph.D., professeur, Département d'anthropologie, Université de Montréal

Josiane Le Gall, Ph.D., Centre de recherche et de formation, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne

- Créer un programme d'accompagnantes par et pour les immigrantes à Montréal

- Work in Progress – Birthing a Peer Doula Program for Immigrant Women in Montréal

RÉSUMÉ

Montréal Birth Companions (MBC) offrent des services gratuits d'accompagnement à la naissance pour les femmes enceintes dans le besoin. Les clientes de MBC sont référées par les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et autres personnels d'agences. Les accompagnantes de MBC accompagnent en moyenne 55 femmes par années. En 2007, MBC a commencé à travailler avec la Maison Bleue en offrant ses services d'accompagnement à la naissance aux femmes faisant l'objet d'un suivi de grossesse.

MBC possèdent deux objectifs : **(1)** fournir des services d'accompagnement à la naissance à toute femme qui le désire, quels que soient ses moyens financiers, et **(2)** former des accompagnantes au sein des communautés marginalisées pour accompagner les femmes enceintes de leur communauté respective. Ce jumelage change la dynamique de l'aidante/aidée en la ramenant à une relation d'égal à égal, afin de responsabiliser à la fois l'accompagnante et la nouvelle maman. Ce projet d'accompagnement à la naissance donne aux accompagnantes ainsi formées la possibilité d'obtenir un revenu et procure aux femmes enceintes des diverses communautés des accompagnantes qui comprennent leurs besoins culturels. Comme nous le savons, une femme enceinte qui se sent en confiance présente souvent un travail plus efficace qu'une femme qui est effrayée et anxieuse, et la présence d'un visage familier constitue aussi un atout.

En 2009, MBC et la Maison Bleue se sont associés pour offrir des formations d'accompagnement à la naissance

ABSTRACT

Montréal Birth Companions (MBC) provides free doula services for women in need. MBC clients are referred by physicians, nurses, social workers and other agencies. MBC doulas accompany an average of 55 women per year. In 2007, MBC started working with the Maison Bleue, providing doulas for the women who were being followed there.

MBC has two goals: one is to provide doula service to any woman who desires it, whether or not she is financially able. The second goal is to train women from within marginalized communities to accompany women as "peer doulas". This changes the dynamic of the helper/recipient to one of equal partners. This empowers both the doula and the new mother. It also gives the trained doulas a possibility of making a living, and it provides women from various communities with doulas who understand their cultural needs. As we know, a woman who feels comfortable can often labor more effectively than one who is afraid and anxious, and the presence of a familiar face is an asset.

In 2009, MBC and Maison Bleue teamed up to provide "peer doula" trainings to women from the communities we serve. We are not providing a comprehensive training for these women, in fact, we are deconstructing the role of the professional doula and going back to the original understanding of the doula as simply a "continual female presence" (see "Touching During and After Childbirth" Marshall H. Klaus, in *Touch in Early Development*, ed. Field, TM, 1995).



aux femmes des communautés que desservons. Nous ne fournissons pas une formation complète à ces femmes. En fait, nous procédons au « désapprentissage » du rôle d'accompagnante professionnelle et revenons au sens d'origine de la « doula » comme simplement « une présence féminine constante » (voir *Touching During and After Childbirth*, Marshall H. Klaus, dans: *Touch in Early Development*, éd. Field, TM, 1995.)

Nous avons formé 13 femmes provenant de diverses communautés culturelles: Canada, Syrie, Mexique, Israël, Haïti, Rwanda, Côte d'Ivoire, Maroc et Cameroun. Trois de ces femmes avaient reçu une formation de sage-femme dans leur pays d'origine, deux avaient fait des études universitaires et les autres possédaient une éducation secondaire ou moindre. Les femmes étaient âgées de 19 à 54 ans.

Nous aimerions vous présenter les progrès réalisés à ce jour à titre de mesure incitative pour la création de programmes de ce genre dans tout le pays. Nous expliquerons la nature du programme et décrirons les difficultés auxquelles nous nous sommes heurtées et les réalisations que nous avons accomplies au cours des derniers mois. Les défis allaient de la tentative de « désapprentissage » de l'éducation des sages-femmes à la réduction des aspects théoriques de la formation, tout en maintenant un niveau de compréhension qui donnerait aux étudiantes les habiletés minimales requises. La présence au cours était très aléatoire. Des contraintes financières ont aussi imposé quelques restrictions. Une femme a été déportée durant la tenue du programme; une autre a dû partir parce qu'elle avait trouvé un emploi ailleurs. Toutefois, lorsque les étudiantes ont eu la chance d'accompagner une femme enceinte pendant son travail, leurs habiletés de soutien se sont avérées excellentes. La dynamique au sein des groupes et les interactions que nous avons eues entre « enseignantes » et « apprenantes » ont été inspirantes.

Nous décrirons les méthodes d'enseignements qui ont connu un succès et celles qui ont été moins efficaces. Nous présenterons certaines suggestions concrètes pour la création d'un tel programme, et nous discuterons des principaux pièges et des principales préoccupations. À l'instar des besoins d'une clientèle réfugiée qui sont différents de ceux d'une clientèle en santé, bien nourrie et à l'aise, les objectifs et les techniques de formation des accompagnantes issues des communautés culturelles diffèrent de leurs homologues ayant une orientation professionnelle. Nous examinerons ces différences et les avantages et inconvénients qui leur sont rattachés, en fonction des accompagnantes à la naissance et des femmes que nous desservons.

We have trained 13 women from six countries: Canada, Syria, Mexico, Israel, Haiti, Rwanda, Cote d'Ivoire, Morocco, and Cameroun. Of these women, three were trained as midwives in their countries, two were university educated, and the rest had up to high school or less education. The women ranged in age from 19 to 54.

We would like to present our work in progress as an incentive for the creation of programs such as these across the country. We will explain the nature of the program and describe our difficulties and achievements over the past few months. Challenges ranged from trying to "unlearn" the midwives' education, to reducing the theoretical aspects of the training while maintaining a level of understanding that would give the students the minimal skills they need. Attendance was spotty. Financial constraints also imposed restrictions. One woman was deported during the program; another had to leave because she found employment elsewhere. However, when the students did get a chance to accompany a laboring woman, their support skills were excellent. The dynamics within the groups and the interactions we had between "teachers" and "students" were inspiring.

We will describe the teaching methods that were successful, and those that were less effective. We will present some concrete suggestions for creating a program such as this, and we will discuss a few of the major pitfalls and concerns. Just as the needs of a refugee client are different from that of a healthy, well-fed and comfortable woman, so the goals and techniques of a "peer doula" differ from her professionally oriented counterpart. We will examine these differences and their relative advantages and disadvantages, in terms of the doulas and the women they serve.

Rivka Cymbalist, director, Montréal Birth Companions

MODÉRATRICE | MODERATOR

Luisa Ciofani, Inf. aut., M.Sc. (A), I.B.C.L.C., ICP(c), présidente, Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie au Canada (AWHONN Canada), infirmière clinicienne spécialisée en obstétrique, Centre universitaire de santé McGill

15h40 à 17h10

Sessions parallèles

Parallel Sessions

SYMPOSIUMS



LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE AU SERVICE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN ALLAITEMENT ?

SCIENCE SERVING PROFESSIONAL BREASTFEEDING PRACTICES

Objectif d'apprentissage : Identifier de nouvelles données probantes scientifiques relatives aux standards de croissance et à l'alimentation des nourrissons

Learning Objective: To identify new scientific evidence in relation to standards of growth and feeding of infants

RÉSUMÉ

Depuis quelques années, les recherches relatives à l'alimentation des nourrissons se multiplient, de sorte que les nouvelles données probantes imposent plusieurs changements dans nos pratiques professionnelles, notamment en ce qui concerne le soutien et la protection de l'allaitement maternel. Les nouvelles normes de croissance, l'allaitement exclusif et la poursuite de l'allaitement une fois les solides introduits, voilà de beaux défis auxquels nous sommes confrontés. Sommes-nous outillés pour y répondre ?

ABSTRACT

There has been a proliferation of studies regarding infant nutrition in recent years. The latest evidence-based findings to emerge from this research have forced us to make a number of changes in our professional practices, particularly as concerns breastfeeding support and protection. Some of the nice challenges we face include the new growth standards, exclusive breastfeeding and continued breastfeeding after the introduction of solid foods. Are we properly equipped to meet these challenges?

- Étude de faisabilité sur l'implantation d'une banque de lait maternel au Québec

- Feasibility Study on the Implementation of a Human Milk Bank in Quebec

Marc Germain, M.D., Ph.D., vice-président aux affaires médicales, Héma-Québec

Louis-Philippe Gagné, B.Sc., chef au développement des affaires, Exploitation des cellules souches tissues humains et laboratoire de référence, Héma-Québec

- Suppléments au cours des six premiers mois : quand ? quoi ? comment ?

- Supplements During the First Six Months: When? What? How?

Suzanne Dionne, M.D., médecin omnipraticien, service du développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, maître-évaluatrice des Initiatives Amis des bébés (OMS/UNICEF)

- Introduction aux aliments solides – Y a-t-il un ordre à respecter et quels sont les besoins des enfants nourris au sein ?

- Introduction to Solids – Is There a Fixed Order and What Do

Daniel Sellen, PhD, professor, Department of Anthropology, University of Toronto, Canada Research Chair in Human Ecology and Public Health Nutrition

MODÉRATRICE | MODERATOR

Luisa Ciofani, Inf. aut., M.Sc. (A), I.B.C.L.C., ICP(c), présidente, Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie au Canada (AWHONN Canada), infirmière clinicienne spécialisée en obstétrique, Centre universitaire de santé McGill

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010



Rire et jouer en famille, ça fait du bien !
Chérir chaque petit moment de bonheur,
ça fait la différence !

L'ACCOUCHEMENT ET SES IMPACTS: ENTRE EMPOWERMENT ET TRAUMATISME

Objectif d'apprentissage : Reconnaître des situations dont la portée peut avoir un impact positif ou négatif lors de la mise au monde d'un enfant

RÉSUMÉ

Au-delà des résultats souhaitables pour la santé de la mère et du bébé, la mise au monde d'un enfant constitue un moment-clé dans la vie d'une femme, et la recherche scientifique commence à s'intéresser aux impacts, tant positifs que négatifs, de cette expérience dans leur vie. La naissance d'un être humain ne peut être séparée de ses dimensions culturelle, sociale, psychologique et spirituelle. Dans notre société, le caractère de transformation profonde de la mise au monde et le sentiment d'accomplissement que peut vivre alors une femme sont peu évoqués. Par ailleurs, la recherche étudie de plus en plus les liens entre accouchement et traumatisme. Ce dernier prend du temps à se manifester et par conséquent est rarement reconnu pour ce qu'il est. Enfin, au-delà de l'impact positif ou négatif de l'accouchement sur la femme, il est important d'être conscient que les événements entourant l'accouchement peuvent avoir un impact sur le bébé, le père ou la famille. Ce symposium souhaite attirer l'attention sur la nécessité d'être conscient de la portée, à moyen et long terme, des événements entourant la naissance d'un enfant.

- L'accouchement, des impacts dont on parle peu : empowerment ou traumatisme

Hélène Vadeboncoeur, Ph.D., chercheure en périnatalité, International MotherBaby Childbirth Initiative

- Être là pour les possibles – Réflexions d'une clinicienne

Céline Lemay, Ph.D., sage-femme, chargée de cours, Département de chimie-biologie, Programme de baccalauréat en pratique sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières

- La perspective interculturelle en périnatalité : autour d'un cas de dépression post-partum

Carlo Sterlin, M.D., ethnopsychiatre, La Maison Bleue, anthropologue et consultant, CLSC Côte-des-Neiges

- Portée des événements entourant la naissance : le père, le couple, la relation parent-enfant

Carl Lacharité, Ph.D., professeur de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

MODÉRATRICE

Lucie Thibodeau, présidente de l'ASPQ

THE GOLDFARB BREASTFEEDING CLINIC: SHARING OUR EXPERIENCE IN EDUCATION AND RESEARCH

Learning Objectives: To explain the characteristics and complexity of issues seen by an inter-disciplinary breastfeeding centre. To know about the diagnosis and treatment of ankyloglossia in breastfeeding infants. To know about the evaluation and treatment of deep open nipple wounds in breastfeeding mothers

ABSTRACT

The Goldfarb Breastfeeding Clinic of the Herzl Family Practice Centre, Jewish General Hospital located in Montréal, Québec is an inter-disciplinary referral centre for complex breastfeeding problems. Both International Board-Certified Lactation Consultants and Physicians trained in lactation work together to help mothers and babies overcome complicated breastfeeding issues. The clinic also serves as a training program for both medical and non-medical learners, and participates in research as part of its mandate. The clinic firmly believes in its mission to provide breastfeeding families with lactation services based on excellence of care and current research, educate professionals in lactation management, and contribute to the field of breastfeeding research, within an inter-disciplinary setting. We propose a symposium to share these aspects of our



Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

breastfeeding clinic. We hope to show how the unique inter-disciplinary aspect of the clinic helps us provide effective care for mothers and babies in very difficult breastfeeding situations.

a) Clinical Services:

- CLINIC CHARACTERISTICS: We will provide a brief overview of the types of cases seen in the clinic based on a recent chart review conducted in 2010, which looked at 200 randomly selected charts between September 2005 and September 2007.
- ANKYLOGLOSSIA: We will discuss the clinic's experience with the diagnosis and treatment of anterior and posterior ankyloglossia. A study conducted at the clinic in 2006 examining the effects of frenotomy on ankyloglossic infants will be summarized. Our more recent experience with posterior frenotomies will also be discussed. Presently, the clinic performs up to 8-10 frenotomies a week, mostly of the posterior type.

b) Research: We would like to present our current research study studying the use of a novel treatment for deep nipple wounds using a soft foam dressing.

- Clinical Services/Clinical Characteristics/Ankyloglossia

Carole Dobrich, RN, IBCLC, Senior IBCLC, Goldfarb Breastfeeding Clinic, Herzl Family Practice Centre, Jewish General Hospital

- Research

Meira Stern, MDCM, IBCLC, Medical Co-Director, Goldfarb Breastfeeding Clinic, Herzl Family Practice Centre, Jewish General Hospital

Anjana Srinivasan, MDCM, IBCLC, Medical Co-Director, Goldfarb Breastfeeding Clinic, Herzl Family Practice Centre, Jewish General Hospital

MODERATOR

Carole Dobrich, RN, IBCLC, Senior IBCLC, Goldfarb Breastfeeding Clinic, Herzl Family Practice Centre, Jewish General Hospital

JEUNES PARENTS EN DIFFICULTÉ : À LA RECHERCHE D'UNE FILIATION

Objectif d'apprentissage : Prendre conscience de la possibilité d'innover dans l'intervention auprès des jeunes parents en difficulté grâce à la convergence des points de vue de l'intervention communautaire, institutionnelle et de la recherche

RÉSUMÉ

Devenir parent, c'est se resituer dans une filiation et inscrire son enfant dans une histoire : celle de ses parents, de ses grands-parents, etc. Qu'en est-il du remaniement de cette inscription filiale, pour les jeunes parents dits « en difficulté » et leurs enfants ? Ces jeunes présentent un risque élevé d'une intervention des services de protection de l'enfance, de par leur difficile adaptation au cadre social, en parallèle avec la fréquentation du milieu « de la rue » à laquelle viennent se greffer les problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme, la confrontation à la violence (de soi, de l'autre), et/ou les stratégies de débrouille telles la délinquance et la prostitution. Moins évident est le lien entre la précarité actuelle de ces jeunes et leur histoire parsemée d'embûches – maltraitance, placements, consommation abusive et problèmes de santé mentale dans la famille, etc. Dans cette optique, une intervention auprès de ces jeunes parents signale bien souvent la répétition intergénérationnelle de problématiques psychosociales, malgré le soutien social récurrent dont semblent bénéficier les mêmes familles d'une génération à la suivante. Que pouvons-nous offrir à ces parents en devenir, afin d'éviter une telle répétition, ainsi que la prise en otage et le développement de psychopathologies chez leurs enfants ? Il semble nécessaire d'accorder une attention particulière à cette population « négligée », tant par la difficile prise en charge des problématiques multiples dans un système d'aide de plus en plus sectorisé, que par la méconnaissance du désir d'enfant chez des jeunes vivant dans un état d'extrême précarité. Aussi, l'amorce d'une réponse à cette question témoigne : de la reconnaissance de la dimension historique et filiale des problématiques actuelles qui rendent ces parents à risque du placement de leur enfant ; de



la considération pour le sens de la répétition générationnelle, un sens à rechercher dans l'histoire de ces parents et dans le regard porté sur leur enfant à venir, ou déjà né; d'une volonté de lever le voile sur cette réalité provocante: aurions-nous démissionné face à des familles entières, marginalisées sur plusieurs générations; d'une tentative de réinjecter l'espoir au sein de cet acte de vie que signifie devenir parent, peu importe la classe sociale, le parcours, l'héritage aussi. Nous vous proposons les points de vue de l'intervention communautaire et institutionnelle, de même que celui de la recherche, convergeant vers un projet commun: une recherche-action, une collaboration communauté-institutions visant à offrir une intervention novatrice à ces jeunes parents en difficulté et à risque du placement de leur enfant. Ce symposium nous amènera à discuter des fondements de cette intervention, aux conflits des enjeux de continuité (du lien social, de la filiation) et de rupture (d'un héritage aliénant, d'une posture sociale marginale) inhérents au choix de devenir parent, tel qu'il se présente chez les jeunes en difficulté.

- **Entre la marge et la normalité: le défi d'un nouvel équilibre !**

Diane Aubin, M.Ps., Service de psychologie, Dans la rue

- **Lorsque « parent en devenir » rime avec avenir: quel est le sens de la parentalité inscrite dans la marginalité ?**

Sophie Gilbert, Ph.D., professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

- **Le risque de la filiation: liens nécessaires et mortifères**

Véronique Lussier, Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

- **L'utilisation clinique du génogramme auprès de parents en difficulté: l'inscription d'un enfant dans sa filiation**

Daniel Puskas, M.Ps.éd., clinicien-chercheur, Centre Jeunesse de Montréal, Institut universitaire

MODÉRATRICE

Véronique Duguay, Gestionnaire de projets - Direction de la transition, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

LORS D'UN DÉCÈS PÉRINATAL AU QUÉBEC, LES SOINS SONT-ILS CENTRÉS SUR LA FAMILLE ?

Objectif d'apprentissage: Appliquer des pratiques exemplaires auprès des familles lors d'un décès

RÉSUMÉ

On estime que 20 % de toutes les grossesses au Canada se terminent par une fausse couche dans les vingt premières semaines de grossesse, ce qui représenterait environ 100 000 fausses couches par année. Plus de 11 000 nourrissons décèdent entre la 28^e semaine de grossesse et la 28^e semaine de vie (Statistique Canada, 2008). La vulnérabilité des parents après un décès périnatal est bien connue (Badenhorst *et al.*, 2006). Les ressources professionnelles à l'égard des parents, ainsi que les pratiques exemplaires auprès des couples endeuillés ont fait l'objet de beaucoup moins d'attention. Ce symposium vise trois objectifs. D'une part, seront décrits les services offerts aux parents endeuillés au Québec, tels que définis lors d'une étude conduite en 2009 auprès de 154 établissements de santé du Québec. D'autre part, un modèle de pratiques exemplaires auprès des familles lors d'un deuil, conçu en collaboration avec l'Association des infirmières de l'Ontario (RNAO), sera présenté. Enfin, une discussion sera animée autour de l'analyse d'une entrevue médiatisée auprès d'un couple ayant vécu un décès périnatal, afin de cerner les pratiques exemplaires auprès des familles lors d'un décès.

- **De l'annonce du décès à la prochaine grossesse: une variété de services selon les régions**

Francine de Montigny, Ph.D., Inf., professeure en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Chantale Verdon, Ph.D. (c), Inf., professeure en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

- Un modèle de pratiques exemplaires auprès des familles endeuillées

Ariella Lang, Ph.D., Inf., professeure en sciences infirmières, Université Mc Gill.

- Analyse des pratiques exemplaires auprès d'un couple endeuillé: le cas d'Éric et Mélissa

Chantale Verdon, Ph.D. (c), Inf., professeure en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Francine de Montigny, Ph.D., Inf., professeure en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

MODÉRATRICE

Francine de Montigny, Ph.D., Inf., professeure en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais



VERS UNE PRATIQUE MOINS INTERVENTIONNISTE : COMMENT TROUVER LE POINT D'ÉQUILIBRE ? (PARTIE 2)

TOWARDS A LESS INTERVENTIONIST PRACTICE: FINDING THE RIGHT BALANCE (PART TWO)

Objectif d'apprentissage : Reconnaître l'évolution naturelle de différentes étapes de la naissance et justifier la nécessité et l'impact de diverses interventions obstétricales

Learning Objective: To recognize the natural evolution of different stages of childbirth and to assess the need and impact of various obstetric procedures

RÉSUMÉ

Les soins reliés à la gestion du travail et de l'accouchement présentent un défi très particulier pour tous les professionnels de la santé. En effet, la grossesse et l'accouchement étant a priori des phénomènes normaux, les intervenants deviennent plus que jamais des facilitateurs et des éducateurs possédant la capacité d'être des observateurs respectueux, mais ayant la sagesse de recommander une intervention en cas de besoin. Dans ce contexte, il est de notre devoir d'acquiescer à la fois une bonne connaissance de l'évolution naturelle des différentes étapes de la naissance, tout comme la capacité d'évaluer le besoin d'une intervention et ses conséquences éventuelles. Tout est une question d'équilibre et, en obstétrique, la notion de risque semble parfois avoir été magnifiée, ou minimisée, selon différentes écoles de pensée (interventionniste vs naturel), rendant ce point difficile à localiser pour les intervenants. Dans ce symposium nous avons choisi, parmi tant d'autres, quelques sujets où l'équilibre fait toute la différence.

ABSTRACT

Care related to labour management and childbirth presents a very particular challenge for all health-care professionals. Indeed, as pregnancy and childbirth are a priori normal phenomena, practitioners more and more are becoming facilitators and educators with the ability to be respectful observers but also with the wisdom to recommend intervention if needed. In this context, it is incumbent upon us to gain a good understanding of the natural evolution of the different stages of birth as well as the capacity to assess the need for intervention and its potential consequences. It is all a matter of finding the right balance. However, in obstetrics, the notion of risk seems at times to be magnified or diminished by the opposed schools of thought on the matter (interventionist vs. natural), making it difficult for practitioners to determine where equilibrium lies. In this symposium, we will look at a few issues where a balanced approach makes all the difference.

- Gestion du 2^e stade du travail: quand faut-il intervenir?

- Managing the Second State of Labour: When to Intervene?

François Audibert, M.D., M.Sc., responsable de la Division de médecine fœto-maternelle, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

- Comment faciliter le deuxième stade sans le recours à la pharmacologie?

- How to Facilitate the Second State Without Using Drugs?

Christiane Léonard, responsable des services sages-femmes, Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île, animatrice AMPRO^{OB}

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

- Rupture prématurée des membranes avant 34 semaines : quelles stratégies obstétricales ?

- Premature Rupture of Membranes Before 34 Weeks: What Are the Obstetric Strategies?

Jean-Charles Pasquier, M.D., Ph.D., responsable de la recherche clinique, Département d'obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

MODÉRATEUR | MODERATOR

Guy-Paul Gagné, M.D., obstétricien-gynécologue, directeur du programme AMPRO⁰⁸ Québec



ORGANISATION DES SOINS ET SERVICES AUTOUR DE LA NAISSANCE : DES EXPÉRIENCES QUI INSPIRENT

ORGANIZING CARE AND SERVICES AROUND CHILDBIRTH: INSPIRATIONAL EXPERIENCES

Objectif d'apprentissage : Identifier les facteurs favorisant l'adaptation des projets d'organisation de soins et de services aux besoins et aux défis d'une communauté

Learning Objective: To identify factors that promotes projects to organize care and services have successfully adapted to the specific needs and challenges of their community

RÉSUMÉ

Depuis les années 1980, des défis sociaux et populationnels ont émergé au Québec en ce qui concerne les naissances. L'importance d'offrir des services de qualité et mieux adaptés aux familles vivant en contexte de vulnérabilité, l'accueil de nouveaux immigrants, la demande des communautés quant au choix du lieu où mettre au monde leurs enfants – tant dans les populations du Sud que celles du Nord – et, plus récemment, l'augmentation significative du taux de natalité ont créé des défis auxquels certains milieux ont répondu de façon originale et nouvelle. Ce symposium veut illustrer ces nouvelles formes d'organisation des soins et services qui ont répondu à ces défis et veut aussi identifier les enjeux qu'ils représentent pour l'ensemble du système.

ABSTRACT

Since the 1980s, various social and populational challenges have emerged in Quebec concerning births. The importance of offering quality services better adapted to vulnerable families, the reception of new immigrants, the demand by different communities to be able to choose where to give birth – in the populations of both the South and the North – and, more recently, the significant increase in the birth rate have created challenges that some settings have responded to in a novel and original manner. The aim of this symposium is to illustrate the new modes of organizing care and services that have met these challenges and to identify the issues that they raise for the health and social services system as a whole.

- Nouveaux arrivants et vulnérabilité: La Maison Bleue

- New Arrivals and Vulnerability: La Maison Bleue

Bernadette Thibaudeau, B.Sc.Inf., infirmière clinicienne, La Maison Bleue

- Choisir son lieu de naissance : les maisons de naissance

- Choosing Your Place of Birth: Birthing Centres

Emmanuelle Hébert, M.Sc., sage-femme, professeure au programme de baccalauréat en pratique sage-femme, Association canadienne des sages-femmes

- Mettre au monde son enfant dans son milieu de vie et sa culture : les sages-femmes inuites du Nunavik

- Giving Birth to your Child in Your Home Environment and Culture: The Inuit Midwives of Nunavik

Jennifer Stonier, MA, midwife, Maternity of Salluit, Nunavik

Lissie Sakiagak, midwife student, Maternity of Salluit, Nunavik

- Taux de natalité élevé : le Groupe de médecine familiale La Cigogne en Montérégie

- High Birth Rates: La Cigogne Family Medicine Group in Montérégie

Caroline Delisle, M.D., médecin de famille, Groupe de médecine familiale La Cigogne

MODÉRATRICE | MODERATOR

Catherine Gerbelli, sage-femme, chargée de projet pour le déploiement de services de sages-femmes en Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

17h20 à 18h10

Plénière



BÂTIR LA CONFIANCE ET LA COLLABORATION –
CE QUE NOUS APPREND L'ENFANTEMENT



Bridget Lynch

sage-femme, présidente de la
Confédération internationale des
sages-femmes et professeure
sage-femme en Ontario

Plenary

BUILDING CONFIDENCE AND COLLABORATION –
WHAT IS BIRTH TEACHING US

Bridget Lynch

midwife, President, Association of Ontario Midwives
(AOM); Assistant Professor, McMaster University

PRÉSIDENTE DE SÉANCE | CHAIR

Dominique Porret, sage-femme, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec

18h10
COCKTAIL

Jeudi le 25 novembre 2010
Thursday November 25th, 2010

Alcool et grossesse... pas facile d'en parler !
Mais en discuter,
ça peut faire une différence.



Objectif d'apprentissage : Accroître ses connaissances dans divers domaines de la périnatalité

Learning Objective: To enhance your knowledge in various areas of perinatality

ATELIERS

ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

François Goffinet, M.D., gynécologue-obstétricien, Service de maternité Port-Royal, Hôpital Cochin, France

RECEVOIR LE BÉBÉ AVEC SES PARENTS

RÉSUMÉ

Toute nouvelle naissance génère une réorganisation du système familial et apporte son lot de difficultés aux parents. Une première naissance les confronte à une expérience inédite, à laquelle non seulement il leur faut s'adapter mais qui les pousse aussi, souvent, à affronter des angoisses qu'ils n'étaient pas préparés à affronter. Souvent, elle est accompagnée par un état dépressif de la mère dont elle-même peut ne pas se rendre compte. Les naissances subséquentes apportent leur lot de difficultés nouvelles, dont fait partie l'aménagement des relations entre les enfants aînés et puînés, ce qui n'est pas sans peser sur l'avenir émotionnel de chacun des enfants. L'intervention précoce par des intervenants médicaux et sociaux peut avoir des effets préventifs à long terme, mais peut aussi contribuer au déséquilibre familial en ravivant des angoisses et en générant des malaises. L'atelier sera consacré à faire ressortir les aspects spécifiques du travail des intervenants dans la période pré- et postnatale. À partir de 30 ans d'expérience de travail avec des bébés et leurs familles, autant dans le cadre d'un organisme communautaire où les parents et les enfants sont reçus en groupe informel que d'expérience de psychothérapie en bureau privé, l'animatrice de l'atelier répondra aux questions et aux préoccupations des participants. Elle prendra également appui sur ses recherches, menées dans le cadre de son travail universitaire. Après une courte introduction de 15 minutes qui en tracera le cadre, l'atelier sera organisé en groupe de travail. Le groupe disposera d'une heure pour : formuler les préoccupations des participants, les regrouper par thèmes, travailler les thèmes sélectionnés par les participants à l'aide de mises en situation. L'atelier demandera donc une contribution active des participants. L'animatrice utilise ce genre d'enseignement interactif dans le cadre de son travail universitaire. Les dernières 15 minutes seront consacrées à une synthèse du travail accompli par les participants. L'atelier s'adresse à toute personne qui rencontre des nouveaux parents, des bébés ou des parents en devenir dans le cadre de son travail. Médecins omnipraticiens et médecins spécialistes, infirmières, sages-femmes, travailleurs sociaux, puéricultrices sont ainsi bienvenu(e)s. La diversité d'expériences et de contextes de travail permettra à la fois de confronter les expériences des intervenants et de dégager certaines constantes qui se retrouvent dans les problématiques présentées, malgré la diversité des situations familiales et personnelles. Enfin, les participants seront invités à réfléchir sur la nature et la spécificité des demandes adressées au personnel médical.

Irène Krymko-Bleton, professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

COMMUNICATION AFFECTIVE ET SÉCURITÉ DE BASE DE L'ENFANT

RÉSUMÉ

La préparation affective à la naissance invite le couple à vivre ensemble et dans le plaisir l'accueil de son bébé. Dès le premier trimestre de la grossesse, cette relation se construit à travers différents jeux d'interactions, grâce à leur toucher, leur voix et leur présence. Elle propose aussi une préparation à l'accouchement dont l'objectif est de développer la confiance de la maman dans son potentiel à mettre son bébé au monde en toute sécurité. Accompagnée et sécurisée, la maman pourra trouver en elle les ressources nécessaires pour apprivoiser plus facilement la peur et la douleur, surtout en cas de choix d'un accouchement naturel. Cette préparation permet aussi au papa qui le souhaite de s'engager très activement. Ainsi bébé se sentira guidé et



accompagné par eux tout au long de l'accouchement. Cette démarche se continue par un accompagnement affectif du bébé par le jeu, de la naissance à la marche, dans le but d'aider le bébé à développer sa confiance en lui. Après la naissance, nous proposons aux parents d'accompagner le bébé à travers des petits jeux psychomoteurs qu'il peut reproduire à son rythme, quand il est prêt. Que ce soit dans la façon de l'habiller, de le porter, de le bercer, ou dans l'aide vers la maîtrise de ses mouvements, ce qui est encouragé c'est la prise de conscience de son sentiment de compétence. L'objectif reste toujours de continuer à développer son sentiment de sécurité. C'est pourquoi ces rencontres se font dans le respect et l'écoute du bébé, hors de toute attente de performance.

Dominique Porret, sage-femme, présidente, Ordre des sages-femmes du Québec

APPROCHE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS : UN REGARD DIFFÉRENT SUR LA PARENTALITÉ

RÉSUMÉ

Un nombre croissant de chercheurs et de cliniciens soulèvent la grande disparité des trajectoires que les nouveaux parents peuvent emprunter à travers l'expérience de la parentalité (Belsky et Pensky, 1988; Marcil-Gratton *et al.*, 2002; Lemieux, 2008; Bastien, 2001; Lotz et Dollander, 2004; Neyrand, 2003). S'il s'avère nécessaire d'identifier les multiples répercussions biopsychosociales néfastes afin de reconnaître les difficultés pouvant être vécues par les parents et la légitimité de leur offrir un soutien, l'orientation de notre regard sur les effets négatifs associés à la parentalité comporte également le risque de renforcer un discours social concourant à attribuer, tant chez l'intervenant que chez les parents, un sens négatif à cette expérience pouvant générer incompetence, impuissance et désespoir (Ausloos, 1995; Garnier et Mosca, 2004). Plus le discours social ambiant accorde une importance aux difficultés rencontrées, plus celles-ci semblent s'amplifier et prendre un espace disproportionné (Peacock, 1999, 2007). À l'inverse, plus le regard est dirigé vers les solutions, les compétences et les ressources, plus celui-ci a tendance à permettre aux parents et aux intervenants de se réapproprier un pouvoir d'agir sur l'expérience de la parentalité. Cet intérêt pour les solutions constitue l'essence de l'approche orientée vers les solutions. Le principal moteur de changement associé à cette approche particulière réside dans la recherche et l'amplification des moments où la difficulté pour laquelle la personne demande de l'aide ne se produit pas (Peacock, 1999, 2007). Ainsi, l'approche orientée vers les solutions offre aux intervenants et à leurs clients la possibilité de construire des solutions efficaces face à la difficulté rencontrée en se centrant davantage sur les ressources de la personne et de son environnement (Peacock, 1999, 2007; Gale et de Shazer, 2001). Misant sur les exceptions à la difficulté, sur la formulation d'objectifs positifs de changement et sur le développement de l'empowerment du client, cette approche permet de développer une vision claire et positive de l'avenir. D'une simplicité apparente, l'utilisation de l'approche orientée vers les solutions invite néanmoins l'intervenant et le client à repenser leur vision des difficultés humaines et des moyens pour les apaiser. Elle questionne notamment la position que ces deux acteurs adoptent par rapport à la difficulté rencontrée. En fait, l'intervenant devient en quelque sorte « l'expert du processus », tandis que le client endosse le rôle plus actif « d'expert du contenu » (Hendrick, 2007). Dès lors, l'intervenant n'est plus investi de la mission de découvrir une quelconque « vérité », mais d'accompagner le client à reconnaître des informations lui permettant de se construire une nouvelle conception de la réalité (Peacock, 1999, 2007; Gale et de Shazer, 2001). En ce sens, l'objectif de cet atelier consiste à permettre aux intervenants de se familiariser avec le modèle écosystémique, particulièrement avec l'approche orientée vers les solutions. Pour ce faire, le contenu de l'atelier proposé s'étayera à partir de la combinaison de certaines techniques d'impact. Cette expérience vise à évoquer diverses connaissances théoriques et pratiques en lien avec le thème abordé afin d'alimenter les réflexions et les échanges entre les participants.

Simon Gauthier, M. T.S., agent de planification, programmation et recherche, Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, Centre de santé et des services sociaux de Lac-Saint-Jean

Audrey Tremblay, T.S., agente de planification, programmation et recherche, Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, Centre de santé et des services sociaux de Lac-Saint-Jean

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

RÉSUMÉ

La transition à la parentalité est une étape empreinte de vulnérabilités. Comme toute transition, elle requiert adaptation : changements dans le mode de vie et dans l'organisation du quotidien, passage de la projection à la réalité, gestion d'émotions parfois contradictoires, de même que l'émergence de ce que Selma Fraiberg appelle les « fantômes dans la chambre d'enfant » (*Psychiatrie de l'enfant*, XXVI, 1, 1983). Cela implique également un remaniement identitaire, à savoir : « Qui suis-je comme mère ou comme père ? » « Qui sommes-nous comme parents ? » et l'incontournable : « Mais qui est ce bébé ? » De fait, tous les bébés possèdent un répertoire comportemental sophistiqué afin de manifester leurs besoins et d'interagir avec leur environnement. Par contre, c'est dans leur façon de réagir, de s'exprimer et de s'affirmer que les nourrissons diffèrent les uns des autres et c'est ce qui fait d'eux des êtres uniques. Connaître et comprendre son enfant représente donc un important défi, tout en se révélant l'un des points d'ancrage de la relation qui se développera réciproquement entre l'enfant et ses parents. Ainsi, une compréhension plus juste du comportement néonatal s'avère être un levier majeur pour le renforcement du sentiment de compétence parentale, de même que dans l'établissement d'un lien d'attachement sécurisant. De la même façon, la capacité à distinguer ce qui appartient à l'enfant, tant en termes de tempérament que d'histoire périnatale, permet de mettre en lumière sa contribution dans la mise en place et la consolidation de ce système relationnel parents-enfant. Par conséquent, tout ne repose plus strictement sur les caractéristiques propres aux parents. D'ailleurs, c'est en comprenant les raisons qui sous-tendent certains comportements chez leur bébé que les parents pourront mieux comprendre et actualiser leur rôle. Au cours de cet atelier, les participants seront sensibilisés à l'approche issue des travaux de T.B. Brazelton visant à promouvoir la relation parents-enfant à travers l'observation et l'interprétation des comportements et des réactions du nourrisson. De façon plus concrète, les divers points d'observation seront présentés et expérimentés de manière à explorer et à considérer tout le potentiel des nourrissons. Au fil des discussions, les forces et les défis pouvant définir leur individualité seront mis en évidence afin de dégager un profil comportemental propre à chaque bébé. Subséquemment, l'accent sera mis sur les implications pratiques et cliniques relatives à ces observations et sur l'accompagnement parental qui en découle, et ce, en vue de soutenir cette transition à la parentalité. Enfin, le vécu et les attitudes des parents seront mis en parallèle avec les caractéristiques de l'enfant afin de consolider ou modifier l'accordage affectif existant. En résumé, le cœur de cet atelier réside dans le perfectionnement des pas de base d'une danse relationnelle harmonieuse. Alors Maestro, que la musique commence !

Geneviève Lafleur, M.Ed., psychoéducatrice, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine



**LE PROJET ÉCLIPSE : UNE APPROCHE
INTERDISCIPLINAIRE D'AMÉLIORATION DES
PRATIQUES EN DEUIL PÉRINATAL**

RÉSUMÉ

Plusieurs insatisfactions de la part du personnel et de la clientèle du programme Santé de la mère et de l'enfant du CHU Sainte-Justine ont suscité, de la part de l'équipe de gestion, une réflexion approfondie sur la façon d'améliorer les services auprès des familles vivant un deuil périnatal et le soutien nécessaire à apporter aux équipes de soins. Avec l'aide du bureau de projet, une démarche structurée a été élaborée afin d'analyser la problématique sous tous ses angles, autant au niveau de l'organisation du travail des intervenants que des moyens concrets pour répondre aux besoins des familles durant cette épreuve. Voici les objectifs poursuivis tout au long de ce projet : réviser les pratiques en cours par une revue de processus pour cette clientèle,



**THE ECLIPSE PROJECT: AN INTERDISCIPLINARY
APPROACH TO IMPROVING PERINATAL
BEREAVEMENT PRACTICES**

ABSTRACT

After both staff and clients expressed dissatisfaction with services offered under the Maternal and Child Health Program of Sainte-Justine University Hospital (Montreal) to families bereaved by a perinatal loss, management undertook a process of deep reflection on how to improve the situation and on what support care teams needed in this regard. With the help of the project office, a structured process was in order to analyze the problem from every angle, from how the work of practitioners was organized to the concrete means employed to meet the needs of families during this difficult time. The objectives pursued throughout this project were the following: reconsider existing practices through a review of the process followed with this clientele,



Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

de l'annonce du diagnostic jusqu'au congé (administratif et clinique); identifier les écarts entre la situation actuelle et la situation souhaitée; élaborer des solutions établies selon les normes et selon les meilleures pratiques et les besoins exprimés par les patientes et leur famille; concevoir un modèle de cheminement clinique optimal (inspiré des normes du MSSS); présenter et mettre en ordre de priorité les recommandations; planifier l'implantation des recommandations priorisées avec le comité de pilotage. **Méthode:** La méthodologie utilisée est basée sur une démarche de gestion de projet, c'est-à-dire: **1. Démarrage:** identification de la problématique, des objectifs et des livrables; **2. Planification:** développement de la structure de découpage du projet (activités à réaliser) et d'un plan de communication et d'identification des risques inhérents au projet; **3. Réalisation:** mise en branle des groupes de travail et des revues de processus identifiés; **4. Clôture:** dépôt des recommandations et du plan d'action. **Résultats:** Voici une partie des activités réalisées: une revue de littérature; un balisage auprès des groupes de soutien postnatal; un questionnaire auprès du personnel; un questionnaire auprès des patientes; une revue de processus en trois temps, soit la période ante-, intra- et post-partum; un groupe de travail sur les décisions liées aux activités médicales; un groupe de travail sur la problématique entourant la communication et la documentation. Des recommandations et un plan d'action ont été déposés en décembre 2009. L'interdisciplinarité a été le point d'ancrage de ce projet et a permis d'aborder l'analyse selon différentes perspectives. Ce projet a aussi fait appel à des partenaires externes ainsi qu'à des témoignages de patientes afin de s'assurer d'obtenir des résultats centrés sur la famille. L'impact de la participation des patientes a été majeur. Même de nos jours le deuil périnatal demeure un sujet tabou, mal compris. Cette démarche a mis en lumière les points forts et les pistes d'améliorations à apporter pour la famille vivant un deuil périnatal et pour les intervenants qui en prennent soin.

from diagnostic disclosure to hospital discharge (administrative and clinical); identify the divergences between the actual situation and the desired situation; work out solutions centred on norms, best practices and the needs expressed by patients and their families; conceive an optimal clinical pathway model (inspired by the norms of the Quebec Ministry of Health and Social Services); present and prioritize recommendations; plan implementation of the prioritized recommendations with the steering committee. **Method:** The methodology used was based on a project management process, namely: 1. Initiation: identification of problem, objectives and deliverables; 2. Planning: development of a project breakdown structure (activities to carry out) and of a communication plan, and identification of risks inherent to the project; 3. Execution: start-up of work groups and of reviews of processes identified; 4. Closure: tabling of recommendations and action plan. **Results:** some of the activities carried out to date include: a literature review; alignment of postnatal support groups with desired goals; administration of questionnaire to personnel; administration of questionnaire to patients; three-stage process review, that is, pre-, intra- and post-partum stages; work group on decisions related to medical activities; and work group on problem surrounding communication and documentation. Recommendations and an action plan were tabled in December 2009. Interdisciplinarity was the project's anchoring point and allowed undertaking the analysis from different perspectives. The project made use also of external partners and of patients' commentaries in the aim of obtaining results centred on the family. Patient participation had a major impact on the project. Today, perinatal bereavement remains a poorly understood taboo subject. Our process highlighted the strong and weak points of existing services and the avenues of improvement for the benefit of families bereaved by a perinatal loss and the practitioners who tend to them.

Hélène St-Pierre, B.Sc.Inf., gestionnaire clinico-administratif, Programme santé de la mère et de l'enfant, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Johanne Martel, M.Sc.Adm., Inf., coordonnatrice obstétrique-gynécologie, Programme santé de la mère et de l'enfant, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

RÉSEAU DE LA SANTÉ ET GROUPES COMMUNAUTAIRES : S'UNIR POUR SOUTENIR LES MÈRES DANS LEUR ALLAITEMENT

RÉSUMÉ

Pour augmenter les taux d'allaitement exclusif jusqu'à six mois, il ne suffit pas d'un bon démarrage, il est également impératif d'accompagner et de soutenir les mères tout au long de leur allaitement, comme l'ont démontré de nombreuses études. Que disent ces données probantes sur le rôle du soutien mère à mère? La 10^e condition pour devenir un établissement Ami des bébés concerne justement la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et le référencement des mères dès leur sortie de l'hôpital. Or, cette condition n'est pas toujours respectée, bien qu'elle soit tout aussi importante que les autres. Qui sont ces organismes de soutien? Quels sont leurs rôles? Comment y référer les mères? Cet atelier permettra aux participant(e)s de se familiariser avec ce qu'est le soutien mère à mère, de comprendre pourquoi ce soutien est si important et de prendre connaissance de projets novateurs de partenariats entre les acteurs du réseau de la santé et des groupes communautaires.

Nicole Pino, M.Sc., coordonnatrice des dossiers politiques, Regroupement Naissance-Renaissance

Raphaëlle Petitjean, B.Sc., Fédération québécoise Nourri-Source

Ariane Gauthier, M.D., médecin de famille, CLSC de la Haute-Ville, Québec

SYMPOSIUMS



RÉSEAUX PUBLIC ET COMMUNAUTAIRE : DES
PARTENAIRES COMPLÉMENTAIRES AU SERVICE DES
FAMILLES DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE

PUBLIC AND COMMUNITY NETWORKS:
A COMPLEMENTARY PARTNERSHIP HELPING
FAMILIES DURING THE PERINATAL PERIOD

RÉSUMÉ

Le Canada offre à toutes ses citoyennes et leurs nouveau-nés l'accès à des soins de santé lors de la période périnatale. Les besoins des familles ne se résument pourtant pas uniquement au suivi médical en pré et en postnatal et il existe tout un réseau d'organismes communautaires qui sont en toute première ligne pour les soutenir et briser leur isolement lors de cette période vulnérable. Les parents peuvent notamment y trouver de l'encouragement dans leurs apprentissages, des réponses à leurs questions ou des conseils concernant l'alimentation, l'allaitement et le développement de leur bébé. Ce symposium vise à démontrer la complémentarité des services offerts dans les réseaux public et communautaire et l'importance de la collaboration entre ces deux milieux afin d'offrir un accompagnement global aux familles.

ABSTRACT

Canada offers all its women citizens and their newborns access to health care during the perinatal period. However, the needs of families extend beyond simply being monitored medically during the pre- and post-natal periods. In this regard, there exists a wide network of front-line community groups that provide assistance to these families and help break their isolation during this period of high vulnerability. Parents can obtain from these groups, among other things, encouragement during the learning process, answers to their questions, and advice on nutrition, breastfeeding and child development. The aim of this symposium is to demonstrate the complementarity of services offered by the public and community networks and the importance of collaboration between the two in order to offer families the full support they need.

Danielle Gagnon, directrice régionale, Agence de la santé publique du Canada, Région du Québec

Anne Turmaine, B.T.S., Agence de la santé publique du Canada, gestionnaire, division des programmes pour enfants-Région du Québec

Mélissa Nader, analyste/évaluatrice, Agence de la santé publique du Canada, Région du Québec

Josée Guay, Carrefour naissance-famille, Québec

Pascale Vallières, Carrefour naissance-famille, Québec

Heather Mathur, Better Beginnings, Alberta

Debbie Martin, Better Beginnings, Alberta

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

LES REPRÉSENTANTS DE DEUX INITIATIVES
PACE OU PCNP PRÉSENTERONT LEUR PROJET,
PERMETTANT D'OFFRIR DU SOUTIEN AUX
FAMILLES DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE.

REPRESENTIVES FROM TWO CAPC OR CPNP
INITIATIVES WILL PRESENT THEIR RESPECTIVE
PROJECT, WHICH PROVIDES SUPPORT TO FAMILIES
DURING THE PERINATAL PERIOD.

ÊTRE PARENT DÈS LES PREMIERS INSTANTS ! : L'APPROCHE FAMILIALE À L'UNITÉ DE NAISSANCES DU CSSS DE CHARLEVOIX

RÉSUMÉ

L'approche familiale Initiative Amis des Bébé (IAB) à l'Unité de naissances du CSSS de Charlevoix nous a permis de redéfinir la naissance comme un événement intime, familial, culturel, où la philosophie s'infiltre par des mots, des gestes, des attitudes qui consolident l'attachement envers le nouveau-né, ses parents et sa famille. Avec l'approche familiale IAB, nous avons su développer la manière de former les infirmières et les autres membres du personnel afin de les convaincre que leurs compétences se reflètent dans les habiletés développées par les parents durant le séjour hospitalier. L'approche familiale encourage l'établissement d'un lien précoce entre les membres de la famille, met l'accent sur une assistance personnalisée, un enseignement adapté, encourage les parents à assumer leurs responsabilités envers leur bébé dès la naissance et assure la continuité de l'intervention entre l'Unité de naissances et les services post-nataux de première ligne. De plus, certains outils comme les Suivis systématiques de la mère et du bébé ont été conçus pour suivre l'évolution clinique de cette phase de récupération et d'adaptation intense en organisant les épisodes de soins de la mère et du bébé de façon chronologique, de la pré-admission jusqu'au retour à la maison. L'approche familiale permet à la famille de vivre la naissance comme un événement unique et inestimable. Cette approche facilite l'adaptation des parents à leur bébé qui vient de naître et à leur rôle de parents. L'assistance qui leur est fournie durant cette période est personnalisée, humaine, chaleureuse et respectueuse des valeurs et des besoins de chacune des familles. Pour la clientèle admise à l'Unité de naissances, cette approche familiale donne le pouvoir aux parents en reconnaissant leur capacité à mettre au monde leur bébé, à l'accueillir à leur manière et à répondre à ses besoins spécifiques. Pour les infirmières et les membres du personnel de l'Unité de naissances, l'approche familiale signifie supporter, soutenir, encourager et guider les parents vers une naissance la plus naturelle possible, et mettre en place un contexte et un environnement favorables à la prise en charge du bébé dès sa naissance par ses parents et sa famille. Un travail quotidien qui a demandé des années d'efforts, de formations et d'ouverture tant au niveau professionnel que personnel. Pour l'organisation du CSSS, l'approche familiale et l'obtention de l'agrément IAB ont permis de reconnaître l'Unité de naissances de Charlevoix comme un lieu de naissance qui répond à un standard très élevé de pratique en périnatalité, tant au niveau technique qu'humain. **Objectifs:** identifier les principaux acteurs de l'approche familiale afin de mieux distribuer les rôles et les responsabilités sur la trajectoire de services; comprendre les pratiques favorisant l'approche familiale; laisser son empreinte... connaître les bénéfices et les influences positives de l'approche familiale sur les parents et leur bébé ainsi que sur le personnel.

Claire Émond, MGo., infirmière clinicienne, Clinique de périnatalité, Unité des naissances de Charlevoix, Centre de santé et des services sociaux de Charlevoix

Chantal Filteau, M.D., Unité des naissances de Charlevoix, Centre de santé et des services sociaux de Charlevoix

Chantal Pothier, M.A., psychologue, Équipe santé mentale jeunesse, Centre de santé et des services sociaux de Charlevoix

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010



LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN PÉRINATALITÉ DANS UN CENTRE HOSPITALIER

INTERDISCIPLINARITY FROM PREVENTION TO CURE: HEALTH PROMOTION IN HOSPITAL PERINATAL CARE

RÉSUMÉ

La promotion de la santé en périnatalité dans un centre hospitalier. La grossesse et la parentalité sont des événements mobilisateurs pour la femme et son entourage en matière de changement de comportements. De plus, le suivi et le passage à l'hôpital des futurs parents représentent des moments propices pour favoriser l'acquisition de connaissances et de comportements sains en périnatalité. Afin de mieux soutenir les parents en vue d'atteindre ces objectifs, un projet de Centre d'excellence en promotion de la santé a vu le jour en 2008 au Centre des naissances du CHUM. Ce projet, à travers une démarche interdisciplinaire et centrée sur les patients, se déploie à l'aide de diverses stratégies: la diversification des moyens de transmission de l'information, le soutien des intervenants dans leur rôle en tant que leviers de changement, le développement d'un environnement favorable à la santé, la collaboration avec le milieu communautaire. La réalisation au préalable d'un portrait de la clientèle, et d'un sondage de ses besoins et sa satisfaction nous permettent d'orienter et d'adapter nos stratégies.

ABSTRACT

Perinatal health promotion in a hospital. Pregnancy and parenthood are events that motivate women and the people around them to make changes in their behaviours. Moreover, monitoring visits and the hospital stay are perfect opportunities to foster the acquisition of knowledge and healthy behaviours regarding perinatal care by parents-to-be. In order to provide better support to parents in the aim of achieving these objectives, a Centre for Excellence in Health Promotion was created in 2008 at the CHUM Birth Centre. Following an interdisciplinary patient-focused approach, this project is unfolding through various strategies: diversification of means of conveying information, support for practitioners in their role as levers of change, development of an environment conducive to health, and collaboration with the world of community services. Prior completion of a profile of the clientele and a survey of its needs and satisfaction allow us to orient and adapt our strategies.

Sabrina Ourabah, M.Sc., conseillère en promotion de la santé, Centre des naissances, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Michèle de Guise, M.D., directrice de promotion de la santé, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Lise Ross, infirmière-chef adjointe, Centre des naissances, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

09h10 à 10h00

Plénière



ENTRE SCIENCE ET TRADITION, L'ACCOUCHEMENT DU SIÈGE PAR VOIE BASSE: HISTOIRE D'UNE VOLTE-FACE



François Goffinet

M.D., obstétricien-gynécologue dans le service de la maternité Port-Royal à l'hôpital Cochin

Plenary

BETWEEN SCIENCE AND TRADITION, VAGINAL BREECH BIRTH: HISTORY OF A TURNABOUT

François Goffinet

MD, Obstetrician-gynaecologist, Port-Royal Maternity Service, Cochin Hospital, France

PRÉSIDENT DE SÉANCE | CHAIR

André Lalonde, M.D., F.R.C.S.C., F.S.O.G.C., F.A.C.S., M.Sc., professeur d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa; vice-président administratif, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; président du Comité sur la Maternité sans risques et la santé néonatale et du Projets « Sauvons les mères » de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique; membre du Conseil du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

SYMPOSIUMS



LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ DU QUÉBEC À LA
RENCONTRE DES EXPÉRIENCES CANADIENNE,
AMÉRICAINNE ET FRANÇAISE

PERINATAL POLICY IN QUEBEC, BRINGING
TOGETHER CANADIAN, AMERICAN,
AND FRENCH EXPERIENCES

Objectif d'apprentissage : Décrire les rapprochements et les contrastes selon les avancées récentes des politiques périnatales dans différents milieux en tenant compte des défis québécois

Learning Objective: Describe the parallels and contrasts according to recent advances in perinatal policy in different environments taking into account the Quebec challenges

RÉSUMÉ

Depuis près de quatre décennies, le Québec s'est doté de politiques de périnatalité dans le but d'améliorer l'état de santé des mères et des nouveau-nés, en tenant compte des contextes (sanitaire, familial, médical, social, économique, scientifique, etc.) dans lesquels se déroulent la grossesse, l'accouchement et la première année de vie de l'enfant. Au moment où le Québec est à implanter les orientations prioritaires de sa nouvelle politique, parue en 2008, ce symposium propose de jeter un regard large et intégratif sur les défis rencontrés et les avancées réalisées lors de la mise en œuvre de telles politiques chez nous, tout comme dans le reste du Canada, aux États-Unis et en France. Ce symposium permettra également de mettre en lumière l'importance de la santé périnatale.

ABSTRACT

For the past four decades or so, Quebec has had a perinatal care policy geared to improving the state of health of mothers and newborns, taking account of the contexts (e.g., health, family, medical, social, economic, scientific) in which pregnancy, childbirth, and the child's first year of life take place. While Quebec is in the process of implementing the priority areas of its new policy published in 2008, this symposium proposes a broad and integrative look at the challenges encountered and the advances made in the course of applying such policies not only in Quebec, but also in the rest of Canada, the United States, and France. This symposium will also serve to highlight the importance of perinatal health.

- Enjeux organisationnels et cliniques de la mise en œuvre de la politique de périnatalité du Québec

- Organizational and Clinical Issues of Implementation of Perinatal Policy in Quebec

Michel Bureau, M.D., directeur général, Direction des services de santé et médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

- Principaux enjeux de santé publique en périnatalité – Une perspective canadienne

- Primary Public Health Issues in Perinatality – A Canadian Perspective

Michael Klein, MD, CCMF, FCMF, paediatrician, neonatologist, maternal health researcher, maternity and primary-care consultant (British Columbia)

- Principaux enjeux de santé publique en périnatalité – Une perspective américaine

- Primary Public Health Issues in Perinatality – An American Perspective

Miriam Labbok, MD, MPH, MMS, FACP, FABM, IBCLC, director of the Carolina Global Breastfeeding Institute, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina (United States)

- Principaux enjeux de santé publique en périnatalité – Une perspective française

- Primary Public Health Issues in Perinatality – A French Perspective

Françoise Molénat, M.D., pédopsychiatre, Unité de santé mentale périnatale, Centre hospitalier universitaire de Montpellier (France)

- Table ronde et échange avec les participants

- Round table and discussion with participants

MODÉRATEURS | MODERATORS

Martin St-André, M.D.C.M., F.R.C.P.C., psychiatre, Clinique spécialisée 0-5 ans, Programme de psychiatrie, neurodéveloppement et génétique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine; professeur agrégé de clinique, Université de Montréal; président, Association québécoise pour la santé mentale des nourrissons (WAIMH-Québec); Chair of Affiliate Council, World Association for Infant Mental Health

Catherine Chouinard, chargée du dossier Périnatalité, Association pour la santé publique du Québec

D'INDIVIDU À COUPLE, DE COUPLE À PARENT... UNE TRANSITION S'IMPOSE !

Objectif d'apprentissage : Juger des conséquences qu'occasionnent diverses transitions vécues par les parents sur le développement des interventions

RÉSUMÉ

Devenir parents débute bien avant la naissance de l'enfant et se poursuit toute la vie durant. Le passage de fille à mère, de fils à père, de couple à famille comporte des défis. Ce symposium a pour objectif d'envisager la parentalité sous un angle parfois moins exploré, en mettant en valeur les transformations, ainsi que les enjeux psychologiques auxquels se voient confrontés les nouveaux parents lors de ce passage. Les impacts de telles transitions seront abordés en approfondissant les facteurs de risque et de protection des individus.

- De fille à mère, de fils à père : mais que se passe-t-il ?

Pierre-Louis Lefebvre, M.Sc., thérapeute conjugal et familial, Centre Premier Berceau

- Qu'il soit dans la tête, dans le ventre ou dans les bras : un bébé est à venir

Alain Lebel, M.D., pédopsychiatre, chef du Service de pédopsychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur

- De couple à parents : que reste-t-il de nos amours ?

Viola Polomeno, Ph.D., Inf., professeure adjointe, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa

MODÉRATRICE

Claud Bisailon, Ph.D., psychologue, professeure adjointe, Département de psychologie, Université de Sherbrooke



L'INFORMATION AUX PARENTS : POUVOIR D'AGIR OU D'OBEÏR ?

INFORMING PARENTS: POWER TO ACT OR POWER TO OBEY?

Objectifs d'apprentissage : Décrire les défis de la transmission orale ou écrite d'information aux futurs et nouveaux parents. Nommer quelques moyens d'améliorer la transmission d'information auprès des parents

Learning Objectives: To describe the challenges encountered in the writing and oral transmission of information to new and future parents, as well as ways to overcome these challenges

RÉSUMÉ

Informers les parents dans le but de les soutenir tout au long de la grossesse, de l'accouchement et des premières années de vie de leur enfant représente un défi. Dans un contexte où l'accès à l'information est illimité et où les conseils et consignes fusent de toute part et ne sont pas toujours cohérents, il est important de s'interroger sur la façon de formuler cette information. Comment informer les parents sans prescrire, ni contraindre? Comment, dans la transmission d'informations, tant sous forme écrite qu'orale (par exemple lors d'un rendez-vous ou d'un suivi), favoriser la prise de pouvoir par les parents tout en évitant la culpabilisation? Ce symposium illustrera quelques défis rencontrés dans la transmission d'informations aux parents et proposera des moyens pour y répondre.

ABSTRACT

Informing parents in the aim of supporting them through pregnancy, childbirth and their child's early years of life is no easy task. At a time when access to information is limitless and advice and instructions abound from every which way and are not always consistent, it is important to examine how this information is formulated. How do we inform parents without prescribing or constraining? How, in conveying information, both written and oral (e.g., in the course of an appointment or follow-up visit), can we foster the empowerment of parents and avoid culpabilizing them? This symposium will illustrate some of the challenges faced in transmitting information to parents and will propose ways of overcoming these obstacles and pitfalls.

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

- La transmission de l'information écrite aux parents: comment trouver le juste milieu? L'expérience de rédaction du guide Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans

- Transmitting Written Information to Parents: How to Find the Happy Medium? The Experience of Writing the Guide from Tiny Tot to Toddler: a Practical Guide for Parents from Pregnancy to Age Two

Réal Morin, M.D., directeur scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

- Les professionnels de la santé: facilitateurs ou entraves au sentiment de compétence des parents?

- Health Professionals: Facilitators or Barriers to the Parents' Sense of Competence?

Francine de Montigny, Ph.D., Inf., professeure en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

- Des avantages et des inconvénients de trop parler: réflexions d'un pédiatre

- Advantages and Disadvantages of Talking Too Much: Reflections of a Pediatrician

Jean-Claude Mercier, M.D., pédiatre, Centre Mère-enfant, Centre hospitalier universitaire de Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

MODÉRATEUR | MODERATOR

Michel Beauchemin, M.A.P., coordonnateur, Adaptation familiale et sociale/Santé dentaire, Habitudes de vie/Maladies chroniques, Pauvreté/Développement social et des communautés, Sécurité dans les milieux de vie, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale



LE CONTRÔLE NATUREL DE LA DOULEUR À L'ACCOUCHEMENT: CONSTATS, DÉFIS ET ACTIONS

CONTROLLING PAIN AT CHILDBIRTH THE NATURAL WAY: OBSERVATIONS, CHALLENGES, AND ACTIONS

Objectif d'apprentissage: Énumérer des stratégies permettant de soutenir les femmes dans le contrôle naturel de la douleur de l'accouchement

Learning Objective: To list strategies to support women in natural pain control during childbirth

RÉSUMÉ

Dans sa *Politique de périnatalité* de 2008, le gouvernement du Québec fixait un ensemble d'orientations basées, entre autres, sur la conviction que la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels et que les mères et les pères sont compétents. L'une des stratégies du plan de mise en œuvre de la politique de périnatalité (2009-2012) consiste à réduire les interventions médicales en offrant aux femmes qui le désirent la possibilité d'avoir recours à des méthodes de contrôle naturel de la douleur. Dans les faits, qu'en est-il de la possibilité d'avoir recours à des approches naturelles pour soulager la douleur? Quelles sont les conditions optimales qui permettent aux parents de contrôler naturellement la douleur? Quel est le rôle de chacun? Quelles sont les contraintes auxquelles font face les intervenants? Existe-t-il des programmes de préparation à la naissance dont l'efficacité pour réduire la douleur ait été démontrée? Quelles sont les actions concrètes que le ministère de la Santé et des Services sociaux met en place pour faciliter l'atteinte de cet objectif? Ce symposium propose de faire le point sur le contrôle naturel de la douleur de l'accouchement au Québec en répondant à ces questions.

ABSTRACT

In its *Perinatal Care Policy* of 2008, the government of Quebec established a set of orientations based, among other things, on the conviction that pregnancy, childbirth, and breastfeeding are natural physiological processes at which mothers and fathers are competent. One of the strategies in the plan for implementing the *Perinatal Care Policy* (2009-2012) consists in reducing medical interventions by offering women who wish it the possibility of resorting to natural pain control methods. What is the state of affairs in this regard? What are the optimal conditions that allow parents to control pain naturally? What is each person's role in the matter? What are the constraints that practitioners must deal with in this regard? Are there any childbirth preparation programs that have been proven effective in reducing pain? What are the concrete actions that the Quebec Ministry of Health and Social Services is implementing to foster the achievement of this goal? The aim of this symposium is to answer these questions and thus review the situation in Quebec concerning the natural control of labour pain.

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

- Vivre les émotions tout en entourant le bébé – Traverser ensemble le passage de la naissance
- Experiencing Emotions While Surrounding the Baby – Going Through the Birth Passage Together

Dominique Porret, sage-femme, Présidente, Ordre des sages-femmes du Québec

- La gestion de la douleur à l'hôpital : où on est et où on va – Les enjeux, les obstacles et les défis
- Pain Management at the Hospital: Where We Are and Where We Are Going – The Issues, Obstacles and Challenges

Marie-Josée Bédard, M.D., F.R.C.S. (c), chef du département d'obstétrique-gynécologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

- La méthode Bonapace de préparation à la naissance : un modèle pour soutenir les parents dans le contrôle naturel de la douleur
- The Bonapace Childbirth Preparation Method: A Model for Supporting Parents in Natural Pain Control

Julie Bonapace, M. Ed., spécialiste dans le domaine de la douleur obstétricale, auteure

- Mise en place de divers moyens concrets favorisant le recours aux moyens naturels de contrôle de la douleur à l'accouchement
- Establishing Various Specific Ways to Foster the Use of Natural Means of Pain Control During Childbirth

Isabelle Côté, responsable du soutien et du suivi de l'implantation de la Politique de périnatalité au ministère de la Santé et des Services sociaux

MODÉRATRICE | MODERATOR

Isabelle Roy, journaliste en santé

CLINIQUE D'ALLAITEMENT : LE TANDEM « CONSULTANTE EN LACTATION ET MÉDECIN » : UN DUO QUI DONNE DES RÉSULTATS TANGIBLES

Objectif d'apprentissage : Nommer les principales actions posées dans l'une des cliniques spécialisées d'allaitement du Québec

RÉSUMÉ

Les cliniques d'allaitement de référence, avec la présence d'une consultante en lactation et d'un médecin, voient leur popularité grandir au Québec. Déjà, plusieurs régions se sont dotées de cette ressource dans certaines de leurs communautés. Leurs services sont grandement appréciés par les femmes qui expérimentent des difficultés majeures d'allaitement et désirent, malgré tout, poursuivre dans cette expérience de vie. Ce symposium vise à rendre compte des avancées dans ce domaine en présentant les travaux de l'une de ces cliniques en matière de gestion, d'intervention et d'évaluation.

- Une journée typique à la clinique d'allaitement

Marie-Josée Santerre, infirmière clinicienne, I.B.C.L.C., clinique d'allaitement du Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Martin Lalinec Michaud, M.D., chef médical de l'Unité de médecine familiale de la Haute-Ville, clinique d'allaitement du Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale

- Une clinique peut-elle faire une différence sur l'expérience d'allaitement des femmes ? Les résultats d'une étude comparative et les défis

Monik St-Pierre, P.Dt., M.Sc., répondante régionale pour le dossier Allaitement, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

- Comment mettre sur pied une clinique d'allaitement ? L'exemple de la clinique à Québec

Suzanne Gagné, M.Sc., infirmière, coordonnatrice des services de périnatalité, responsable de la clinique d'allaitement, Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale

MODÉRATRICE

Patricia Bonin, gestionnaire du soutien aux Communautés, Contenu et Implantation de programmes, Avenir d'enfants

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

12h10 à 13h00

Plénière - Dîner-conférence

Lunchtime Conference



ENJEUX ET DÉFIS DE LA CULTURE NORD-AMÉRICAINE
EN ALLAITEMENT ET EN PÉRINATALITÉ

ISSUES AND CHALLENGES OF NORTH AMERICAN
CULTURE IN BREASTFEEDING AND PERINATAL CARE



Miriam Labbok,
MD, MPH, MMS, FACPM, FABM, IBCLC,
directrice du Caroline Global
Breastfeeding Institute, Gilling School
of Global Public Health, Université de
Caroline du Nord

Miriam Labbok,
MD, MPH, MMS, FACPM, FABM, IBCLC,
Director of Carolina Global Breastfeeding Institute,
Gilling School of Global Public Health, University
of North Carolina

PRÉSIDENTE DE SÉANCE | CHAIR

Marthe Hamel, chef du Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

13h10 à 14h10

Sessions parallèles (60 minutes)

Parallel Sessions

Objectif d'apprentissage : Accroître ses connaissances
dans divers domaines de la périnatalité

Learning Objective: To enhance your knowledge in
various areas of perinatality

COMMUNICATIONS ORALES

SÉANCE 9 THE BIRTHING OF A SOCIAL NETWORKING GROUP

ABSTRACT

This presentation will reflect the experiences of two Social Workers at a pregnancy clinic as they have worked to develop a social networking group for post-partum mothers. It will report on how the idea of the group was conceived as well as the process, challenges and successes that have been discovered while implementing this type of group work. Both writers are MSWs working in a multi-disciplinary pregnancy clinic in Peterborough, Ontario – The Partners in Pregnancy Clinic. The clinic opened in July 2008 under Ontario's Family Health Team strategy. The team works with women beginning antepartum through to their postpartum and newborn period. The team consists of five family physicians, a nurse practitioner, two nurses (one who offers lactation support), two social workers, a dietitian and two receptionists. The philosophy of the Partners in Pregnancy Clinic is to provide family-centred care based on respect, collaboration and support, building on the confidence and competence of the mother and her family members. The idea for this group was initiated in response to concerns expressed by a specific group of patients, "older" moms (over 30 years of age) who were either new to the area or career focused with limited social supports. Most reported feeling as though they did not fit in with other community programs, mostly due to their age. Research indicates that women who are at higher risk of postpartum depression are those who lack a support network and who report feeling socially isolated (Brugha *et al.*, 1998; Dennis *et al.*, 2009). Involvement in a social network not only offers an opportunity to access various forms of support, it also has been shown to positively effect psychological states and create a sense of belonging, all of which in turn help to decrease stress (Berkman & Glass, 2000; Dennis *et al.*, 2009; Lin *et al.*, 1999). This presentation will go on to answer the following questions: **1)** How was the idea for the group conceived? **2)** What were the goals for the group? **3)** How has the group evolved over the last year? **4)** How has the group met the needs of the attendees? **5)** What have been some of the challenges in running this group? **6)** What have the writers learned? About the group? About themselves? The presentation will be interactive and will discuss the above questions. It is also the writers' hope to engage the participants in a discussion regarding ideas of how to promote further growth of the group.

REFERENCES Berkman, L., & Glass, T. Social integration, social networks, social support, and health. In L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*, (pp. 137-73). New York: Oxford University Press. Brugha, T.S., Sharp H.M., Cooper, S.A., Weisender, C., Britto, D., & Shinkwin, R. (1998). The leicester 500 project: Social



Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

support and the development of postnatal depressive symptoms , a prospective cohort study. *Psychology Medicine*, 28, 63-79. Dennis, C.L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D.E., & Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk woman: Multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 338, a3604. “

Tracy Condon, MSW, social worker, partners in Pregnancy Clinic, Ontario

Stephanie Vilneff, BSW, MSW, social worker, partners in Pregnancy Clinic, Ontario

FROM WORKING IN SILOS TO WORKING IN PARTNERSHIPS: THE ENHANCED HOME VISITING PROGRAM

ABSTRACT

The Healthy Beginnings: Enhanced Home Visiting Program is a free program for families with babies from birth to 3 years offered through Public Health Services. This home -based program began in Nova Scotia in June 2002 and works in partnership with the Family Resource Centres in delivering this family-centred, strength-based program. Many circumstances including, but not limited to, age, geographic isolation, limited education, limited family or community support, and low income may place an additional burden on families during the early weeks, months, and years of their new baby's life. This additional burden has been shown to have an impact on parent's confidence, parenting skills and ability to support their child's optimal health and development. This program helps to identify families through a standardized screening tool, which is administered to all mothers/families prenatally or postpartum with the exception of mothers who have experienced a stillbirth or neonatal death. All families who are identified through the screening process are offered an in-depth/in home family assessment. A standardized in-depth assessment assists the public health nurse to determine, in partnership with the family, what services may potentially help reduce the identified risk, build family strengths, and provide optimal development in children. Those families who are identified through the assessment process as potentially benefiting from additional support will be offered enhanced home visiting services, for up to the first three years of their child's life. The home visiting support is provided by a trained community home visitor. The community home visitor uses a standardized, evidence-based curriculum during their home visits with families. The curriculum supports the development of nurturing and empathetic parent-child relationships for 0-3 year olds. It does this by focusing on child development and health, parenting concerns and dynamics of parent-child and family relationships. The community home visitor component is currently funded through a service contract between Public Health Services and the Family Resource Centre. The Family Resource Centre hires, houses, and supervises the community home visitors. This current model provides collaboration, broadens community partnerships, enhances community capacity and builds on existing supports and services in the community. A commitment was made at the provincial and district levels to evaluate the program. An evaluation framework was developed in 2004. The framework included: Phase I: implementation (2006), Phase II: Quality Assurance (2007) and Phase III: Outcomes. In July 2009, the South Shore, South West and Annapolis Valley Health District (NS) completed phase III of the evaluation. The findings from this evaluation indicate that this program is: indeed making a difference for Nova Scotia families; achieving the short and mid-term outcomes identified for this program, and assisting families to achieve progress toward their goals. This presentation will describe the program, strengths, and challenges, from the perspective of the community home visitor and from the public health nurse.

Janis Kay-Hatfield, RN, MN, nurse, Public Health Services, Capital Health District, Nova Scotia

Tammy Shields, Dartmouth Family Center

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

ABSTRACT

The Montreal Diet Dispensary (MDD) has developed a set of group activities to address the needs of its clientele consisting of economically disadvantaged pregnant women. The mothers (Moms) who attend these activities do so “to have a better pregnancy”, “to be better prepared to give birth, to breastfeed and to take care of my child”, “to learn how to purchase and prepare foods in order to eat more healthy foods, in spite of my limited resources”. Or even “to get out of the house and have a break”, “to meet new people because I don’t know anybody here” and “to discover the services available for me in Montreal”.

These mothers’ words reflect well the MDD objectives when setting up the activities « Groupe des mamans ». The MDD’s wish to offer this service, complementary to nutritional counseling, was to provide further assistance to a clientele whose vulnerability is not limited only to health issues but to emotional needs as well. Building on the trust established through counseling, the group aims at providing future vulnerable mothers a place where they are welcomed with warmth and respect and where they can confide, share, grow and gain confidence in their own abilities.

While group activities encourage socialization and integration, they are also a means for the MDD to reinforce its action in the promotion and support of breastfeeding, to expand the dissemination of nutrition information, and to enhance its role as a place of belonging to hundreds of women in need.

The presentation describes various means available to prepare and empower these women in becoming more knowledgeable and confident mothers.

Selma Buckett, IBCLC, perinatal educator, Montréal Diet Dispensary

Marie-Paule Duquette, B.Sc. (nutr.), directrice générale, Dispensaire diététique de Montréal

Janine Desrosiers-Choquette, B.Sc. (nutr.), Dispensaire diététique de Montréal

SÉANCE 10 L’ÉTABLISSEMENT DE LA RELATION PARENT-ENFANT PRÉMATURÉ À L’UNITÉ NÉONATALE

RÉSUMÉ

Problématique: Le taux de naissances prématurées au Québec n’a cessé d’augmenter au fil des dernières années, passant de 5,8% en 1983, à 6,7% en 1993, et à 7,8% en 2006 (MSSS, 2006). Précisément, pour l’année 2005, il s’agit de 5 748 naissances prématurées au Québec (Statistique Canada, 2007). La naissance prématurée et les premiers jours de vie perturbent la relation entre l’enfant et ses parents (Lau & Morse, 1998). Depuis plus de trois décennies, de nombreuses facettes entourant la relation parent-enfant prématuré ont été étudiées, mais très peu de recherches se sont intéressées de façon plus précise au processus d’établissement de cette relation. De surcroît, une seule étude a été effectuée auprès de mères et de pères (Fegran, Helseth et Fargemoen, 2008). De plus, à notre connaissance aucune étude n’a été effectuée auprès de pères et de mères d’enfants d’âge gestationnel supérieur à la 32^e semaine de gestation (? 32^e sem. et < 37^e sem.). À partir de la perspective des parents, cette recherche doctorale a pour but de comprendre, décrire et expliquer le processus d’établissement de la relation avec leur enfant né prématurément. Les objectifs spécifiques sont : 1) comprendre, décrire et expliquer, selon la perspective des mères et des pères, le processus d’établissement de la relation avec leur enfant prématuré à l’unité néonatale (UNN) ; 2) explorer la sensibilité des mères et des pères dans l’établissement de la relation avec leur enfant prématuré. **Méthodologie:** Une recherche de type théorisation ancrée (Strauss & Corbin, 1998) en cours depuis août 2009 à l’UNN du CHU Sainte-Justine auprès de pères et de mères d’enfants dits prématurés (? 32^e et < 37^e sem.). Le cadre de référence de Bell (2002) a servi d’assises méthodologiques afin d’identifier des composantes de base à la relation (découverte, proximité physique, contact affectif, communication, engagement, sensibilité parentale). Dix mères et dix pères vivant pour la première fois une naissance prématurée sont sollicités. Ceux-ci sont abordés à 4 jours de vie de l’enfant afin de participer à deux entretiens semi-dirigés (un individuel et un *in situ* au chevet de l’enfant). Un questionnaire de données sociodémographiques et personnelles, la prise de notes par un journal de bord, la consultation du dossier médical enfant et l’observation de l’environnement au chevet de l’enfant représentent les autres éléments de la collecte des données. L’analyse des données respecte les trois niveaux d’analyse proposés par Strauss et Corbin (2004), soit la codification ouverte, la



Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

codification axiale et la codification sélective. **Résultats:** L'analyse en cours permet de mettre en lumière la complexité de la relation à l'UNN. L'établissement de la relation, selon les mères et selon les pères, est représenté selon des réalités très différentes, et les défis auxquels ils sont confrontés le sont également.

Conclusion: La connaissance du processus d'établissement de la relation des parents avec leur enfant prématuré aidera les professionnels de la santé à offrir un soutien individualisé pouvant favoriser le déploiement des habiletés parentales et des sentiments positifs propices à la relation. De plus, les professionnels de la santé seront davantage en mesure d'observer et de guider les parents dans les interactions avec leur enfant de façon précoce, et ce, dès l'hospitalisation à l'unité néonatale.

Marie-Josée Martel, M.Sc., Ph.D. (c), professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

Denise St-Cyr Tribble, Ph.D., Département des sciences cliniques, Université de Sherbrooke

Linda Bell, Ph.D., École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

DEVENIR PARENT EN CONTEXTE DE GROSSESSE À RISQUE

RÉSUMÉ

Le projet d'art thérapie sur l'unité de grossesses à risque élevé du programme de santé de la mère et de l'enfant à l'Hôpital Sainte-Justine a vu le jour au printemps 2009. L'identification d'une absence de soutien émotionnel pour les femmes présentant des grossesses à risque élevé a motivé le choix de ce département pour développer l'art thérapie. Ce choix est très innovateur puisqu'il n'existe pas d'autres modèles en Amérique du Nord ou en Europe sur lequel bâtir le programme. Plusieurs recherches récentes soulignent l'importance d'une intervention précoce durant la grossesse pour favoriser la santé physique et le développement neurologique du fœtus. On reconnaît le besoin de protéger ce dernier des effets nocifs du stress de la mère et de soutenir la mère contre la dépression postnatale qui pourrait perturber le processus d'attachement à son nourrisson – qui est un des plus grands facteurs de protection pour la santé physique et mentale de l'enfant. La grande majorité des patientes référées aux services d'art thérapie vivent un stress relié à la peur de perdre leur bébé ou de donner naissance à un bébé prématuré qui court le risque de séquelles plus ou moins graves dans son développement physique et mental. Souvent les femmes arrivent dans une situation d'urgence et se retrouvent dans un univers étranger, sans points de repères. Soudainement leur grossesse heureuse est transformée en source de peurs, de doutes, et surtout envahie par un sentiment d'impuissance. Dans d'autres situations la patiente a vécu une grossesse antérieure qui a fini en prématurité ou bien par la mort du bébé attendu, et elle est consciente des risques lorsqu'elle revient dans l'univers connu de l'hôpital, qui est alors associé à un événement souvent déstabilisant, voire traumatisant. Le courage de retourner dans cette situation est accompagné de grand espoir mais aussi de beaucoup d'anxiété. Dans plusieurs situations, en plus du stress ci-haut décrit, la mère est divisée entre ses préoccupations pour son bébé à naître et la peine d'être séparée d'un jeune enfant (ou de plusieurs enfants) à la maison qui s'est senti abandonné par son absence soudaine. Chaque femme réagit avec ses propres ressources intérieures pour composer avec sa situation à risque. Elle est soutenue à différents degrés par son entourage proche. Le soutien qu'elle requiert par l'art thérapeute doit être établi à partir de ses besoins particuliers. Cela nécessite un temps pour entrer en contact avec la patiente, explorer sa réalité et la soutenir de façon individualisée. Par la création d'images ou d'objets imprégnés de symbolisme qui deviennent porteur à la fois de sentiments lourds et difficiles à nommer (déception, ambivalence, peur, culpabilité, isolement) et de l'expression de ressources intérieures réconfortantes (espoir, projection dans un avenir positif avec son bébé), la future mère entame un processus de réconciliation avec sa situation et d'attachement avec son enfant. Elle donne du sens à son expérience, ce qui la prépare également à la possibilité de perdre son bébé. Plusieurs femmes ont exprimé leur appréciation d'avoir eu l'opportunité de se centrer sur une activité créative qui permet un répit au stress et un réinvestissement positif dans leurs grossesses. La présentation sera accompagnée par des photos des œuvres des patientes hospitalisées.

Fiona Petersen, D.E.S.S., art thérapeute, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

UNE HOSPITALISATION AUX SOINS INTENSIFS DURANT LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE : QU'EN EST-IL DES PARENTS ?

RÉSUMÉ

L'hospitalisation d'un enfant dans une unité de soins intensifs pédiatriques (USIP) est une situation souvent imprévue qui bouleverse l'équilibre familial et qui peut engendrer des effets négatifs physiques et psychologiques importants, jusqu'à plusieurs semaines après le congé. De nombreux éléments génèrent du stress dans les unités de soins intensifs pédiatriques. L'environnement physique, l'incertitude face à l'état clinique de l'enfant, les changements de comportements observés chez l'enfant et l'altération du rôle de parent sont des sources de stress importantes pour les familles. Il s'ensuit plusieurs mécanismes d'adaptation, qui varient selon les ressources de chaque famille. Plusieurs des enfants hospitalisés aux soins intensifs le sont pendant leur première année et demie de vie. L'objectif de l'étude est d'identifier les sources de stress et les besoins des parents dont un enfant est hospitalisé dans une unité de soins intensifs. Un devis exploratoire quantitatif est utilisé. Un instrument de mesure en trois sections fut créé. Il inclut une grille d'évaluation contenant 32 éléments à coter sur une échelle de Lickert à cinq niveaux, suivie de six questions à court développement. Un questionnaire sociodémographique complète la collecte de données. Le questionnaire est élaboré selon les concepts de la phase d'ajustement du modèle de McCubbin et McCubbin (1993) sur la résilience des familles en situation de stress. Les travaux d'Aldridge (2005) sur les sources de stress identifiées par les parents sont aussi utilisés. Une validation par consensus auprès de quatre experts a été effectuée. Cette étude est effectuée à l'USIP du CHU Sainte-Justine. Les parents qui parlent et lisent le français sont sollicités dans les premières 48 heures suivantes à l'admission à l'unité. Ceux dont un abus est soupçonné chez l'enfant sont exclus. L'échantillon est constitué de 25 parents. Les enfants concernés sont âgés de 19 mois ou moins. L'analyse des données se base sur les moyennes et médianes des réponses obtenues via la grille d'évaluation et des liens entre ces réponses et les données sociodémographiques. Une analyse des réponses à court développement est effectuée et les concepts identifiés sont mis en parallèle avec les résultats des autres études sur le sujet. Les réponses des parents correspondent aux écrits scientifiques sur le sujet. Le lien de confiance, l'information, la participation des parents et l'identification de leurs besoins spécifiques diminuent leurs sources de stress aux soins intensifs. L'éloignement du domicile familial et le soutien entre conjoints sont des sources de stress spécifiques à cette population. De plus, les pères et les mères ont des besoins différents. En ce sens, des interventions simples telles que se présenter, donner de l'information régulièrement, faire participer les parents aux soins et identifier les besoins spécifiques des parents, diminuent leurs sources de stress lorsque l'hospitalisation d'un enfant en USIP survient.

Stéphanie Duval, M.Sc., cadre conseil sciences infirmières, Direction des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Marie-Josée Martel, Ph.D. (c), Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

Patricia Germain, Ph.D., Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

SÉANCE 11 ANXIÉTÉ POSTNATALE MATERNELLE ET PATERNELLE : SOUTIEN SOCIAL ET SATISFACTION CONJUGALE

RÉSUMÉ

Objectif : En France « jamais une société humaine n'a laissé les jeunes mères aussi seules sans aide pratique, ni soutien moral ». Il est ainsi proposé de créer des réseaux de soutien à domicile. Cela semble judicieux, car plusieurs études, ainsi que la nôtre, montrent que l'anxiété maternelle est significativement plus élevée lorsque la satisfaction du soutien social est moindre. Cependant, les besoins des mères ne sont pas connus, et une fois de plus les pères ignorés. Or, le conjoint a une place primordiale, et il peut être aussi démuné que sa compagne. Notre objectif est d'explorer ce lien intime, en relation avec le niveau anxieux, et d'aborder les besoins des parents afin de participer à la réflexion sur l'accompagnement postnatal. **Méthode :** L'échantillon est composé de 52 couples, 28 « primiparents » et 24 « multiparents ». L'anxiété a été évaluée avec le STAI-Y de Spielberger (version française, Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1993); le soutien social par le SSQ-6 (adaptation française, Rascle *et al.* 1997); la satisfaction maritale par la DAS-16 (version française, Antoine *et al.*, 2008); enfin les besoins de soutien spécifiques (pratique, informatif, de compréhension, émotionnel, et d'estime de soi) ont été évalués par un questionnaire construit par nous-mêmes. Les questionnaires ont été soumis entre quinze et jours après l'accouchement, lors d'un entretien, pour les femmes, et par



courrier pour leur conjoint. **Résultats: 1. Anxiété et soutien social.** Globalement, l'anxiété maternelle est corrélée négativement et significativement à la satisfaction du soutien social. Ce lien se révèle seulement pour les femmes primipares. Ce lien n'apparaît pas significatif sur l'ensemble des pères, mais l'est seulement pour les multipères. **2. Anxiété et satisfaction conjugale.** La satisfaction conjugale est associée négativement et significativement à l'anxiété. Cependant, alors que cela s'avère sur l'ensemble des femmes, ce n'est que pour les multipères que ce lien apparaît. **3. Correspondance des besoins exprimés par l'un et perçu par l'autre membre du couple.** Globalement, le degré d'importance des besoins de soutien exprimé par l'un n'est pas lié à celui que l'autre membre du couple perçoit (corrélations ns). Selon les types de soutien, seules deux corrélations sont significatives et positives entre les besoins exprimés par la mère et ceux perçus par le père (besoins de soutien émotionnel et d'estime de soi). Seule une corrélation est significative et positive entre les besoins exprimés par le père et ceux perçus par la mère (estime de soi). **4. Pères et mères: des besoins de soutien similaires?** L'importance globale des besoins de soutien exprimée par les pères et mères est globalement semblable (t ns). Néanmoins, une analyse plus détaillée indique que les femmes accordent significativement plus d'importance au soutien pratique que les hommes, de même elles expriment un plus grand besoin de soutien émotionnel. **5. Accompagnement des pères.** Un nombre non négligeable de pères seraient d'accord pour participer à des rencontres avec des professionnels qui pourront les aider dans leur relation avec leur bébé (50 %), ou dans leur relation avec leur compagne (43 %).

Conclusion provisoire: Il semble que les deux partenaires du couple connaissent mal leurs besoins réciproques; or, l'anxiété est liée à la satisfaction conjugale, d'où la question d'une aide postnatale adressée au couple.

Irène Capponi, Ph.D., maître de conférences, Département de psychologie, Université de Nantes, France

LE QUESTIONNAIRE ALPHA COMME OUTIL DE REPÉRAGE DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES: IMPACT SUR LA PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER

RÉSUMÉ

L'interdisciplinarité en périnatalité: du préventif au curatif

Le questionnaire ALPHA comme outil de repérage de la détresse psychologique et sociale chez les femmes enceintes: impact sur la pratique en milieu hospitalier. Les problèmes psychosociaux sont reconnus comme des déterminants importants de la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés. Plusieurs recherches révèlent que des interventions précoces améliorent grandement la santé psychosociale de la mère et, par conséquent, celle de son nouveau-né et de la famille. Forts de ces recommandations, les professionnels du Centre des naissances du CHUM conviennent en 2002 d'utiliser le questionnaire ALPHA proposé par Santé Canada (2000) comme outil de repérage des facteurs de risque psychosociaux. Les facteurs maternels personnels et familiaux sont les facteurs de risque les plus fréquemment dépistés, suivis des problèmes de violence et de consommation de substances. En offrant des services psychosociaux aux parents qui attendent un enfant, nous agissons pour prévenir des problèmes à plus long terme, tels la dépression post-partum, la négligence parentale, les abus physiques et la violence. De plus, l'utilisation de l'auto-questionnaire agit comme un catalyseur favorisant une réelle interdisciplinarité et des changements dans la pratique. Ajoutons enfin que notre expérience a pu inspirer d'autres équipes en périnatalité au Québec.

Nicole Reeves, M.A.Ps., Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Véronique Pelletier, T.S.P., Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Emmanuelle Robert, Ph.D., Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Karine Alexandra Lavandier, T.S.P., Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

L'ÉVALUATION CLINIQUE DES INDICES D'ATTACHEMENT EN POST-PARTUM PRÉCOCE : PARAMÈTRES D'ÉVALUATION DU RISQUE ET SUIVI MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL

RÉSUMÉ

Il est fréquent que les équipes traitantes, particulièrement les médecins obstétriciens et les infirmières, s'inquiètent de la réaction d'attachement initial entre une mère et son nouveau-né, ou au niveau du couple dont l'enfant vient de naître. On demande alors souvent une consultation aux médecins-psychiatres. Comment les psychiatres adultes ou pédopsychiatres en périnatalité s'y prennent-ils pour évaluer la situation? Quels sont les paramètres qui guident leur démarche? Quels indices cliniques sont révélateurs d'une difficulté présente ou à craindre dans le post-partum précoce? Comment intervenir pour un suivi immédiat sécuritaire et prévenir les problèmes ultérieurs d'attachement? (Source : Expérience d'un pédopsychiatre de liaison et de deux psychiatres adultes de consultation-liaison, en périnatalité, au Centre Mère-Enfant du Centre hospitalier universitaire de Québec.)

Fabien Gagnon, psychiatre, Service de psychiatrie de liaison en médecine psychosomatique du Centre hospitalier universitaire de Québec

Marie-Julie Cimon, Service de psychiatrie de liaison en médecine psychosomatique du Centre hospitalier universitaire de Québec

Pierre Tremblay, Département de pédopsychiatrie, Centre hospitalier universitaire de Québec

SÉANCE 12 DES NAISSANCES EN CROISSANCE

RÉSUMÉ

Plus de bébés naissent depuis quelques années. Puisque 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 ont à intégrer un ensemble d'adaptations dans toutes les sphères de leur vie en peu de temps. Ces milliers de nouveaux parents se sentent-ils bien préparés et soutenus pour jouer leur rôle? Il est normal d'avoir besoin d'aide dans une expérience aussi bouleversante et significative que de mettre au monde un enfant et en être responsable.

Les centres de ressources périnatales. Un projet en économie sociale est financé depuis 1999 par le gouvernement du Québec pour faciliter le transfert des habiletés parentales et fournir aux parents le soutien dont ils ont besoin dans la période entourant la naissance de leur bébé. Par leur expertise dans le soutien aux parents et la variété de leurs services et de leurs activités, les centres de ressources périnatales (CRP) sont des environnements favorables et des facilitateurs pour le développement de la parentalité; ce qui a un effet positif et direct sur le développement des enfants. Les CRP font appel à un ensemble de partenaires locaux pour réaliser leur mandat afin de rendre disponible une gamme d'activités et de services prénataux et post-nataux qui soutiennent les jeunes parents dans la préparation et l'adaptation à leur nouveau rôle. Les dix CRP déjà mis sur pied contribuent à la réduction des inégalités et au développement des communautés. *Des environnements favorables à la santé.* Une évaluation effectuée en 2001, « Évaluation des centres de ressources périnatales. Rapport préliminaire pour fins de discussion », a confirmé la pertinence et l'efficacité de cette initiative communautaire. L'augmentation de la clientèle d'année en année est aussi une reconnaissance de la valeur de ces organisations. Dans les centres de ressources périnatales, on retrouve une multitude de services (exemples : des rencontres prénatales, soutien à l'allaitement, etc.). C'est un lieu de rencontres pour parents leur permettant de poser des questions sur place, au téléphone ou par courriel, pour être rassurés, soutenus et accompagnés. Bref, un milieu de vie qui allie soutien, prévention, santé et bien-être. L'objectif de la présentation est de porter un regard approfondi sur l'essence des CRP, sur sa clientèle, sur les services offerts et les bienfaits qui en résultent. La présentation sera effectuée par Mme Louise Boucher qui sera accompagnée d'une directrice d'un CRP.

Louise Boucher, directrice, Réseau des centres de ressources périnatales

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

ÊTRE PARENT AVANT LA NAISSANCE : INFLUENCE DES PARENTS SUR LA PERSONNALITÉ DU BÉBÉ À NAÎTRE

RÉSUMÉ

Le rôle de parent ne commence pas seulement à la naissance du bébé. Il existe bien avant, et d'abord dans le cœur et l'imaginaire des parents avant la conception, lors de la procréation et ensuite tout au long de la grossesse. Les observations accumulées sur les bébés depuis trente ou quarante ans, particulièrement en Europe et en Amérique du Nord, nous ont permis de découvrir le rôle structurant qu'ont les parents, particulièrement la mère, sur la personnalité du bébé durant la grossesse. En Europe, les travaux de pys comme Françoise Dolto et Miriam Szejer, de chercheurs comme Marie-Claire Busnel et Alessandra Piontelli, pour n'en nommer que quelques-uns, ont permis de connaître beaucoup mieux la vie affective et cognitive du bébé dans le ventre de sa mère et lors de sa naissance. Elles nous ont en outre démontré qu'il était non seulement possible mais souhaitable d'aider le jeune bébé à guérir de ses blessures périnatales. Aux États-Unis, dès les années 80, Stanislav Grof et Arthur Janov, via leurs recherches cliniques en psychothérapie d'adultes, ont apporté une contribution importante à nos connaissances en psychologie périnatale. À la même époque, le psychologue William Emerson, pionnier américain de la psychothérapie des jeunes bébés, a commencé à nous léguer ses précieuses observations et données de recherche clinique sur les effets bénéfiques de la psychothérapie de très jeunes enfants. L'APPPAH (Association for Pre and Perinatal Psychology and Health), qui publie depuis 1982 le *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, contribue à rassembler chercheurs et praticiens anglophones en psychologie périnatale. Le Santa Barbara Graduate Institute forme depuis quelques années des étudiants à la maîtrise et au doctorat en psychologie pré- et périnatale. Wendy Ann McCarty, co-fondatrice de cet institut, nous a offert récemment une excellente synthèse théorique de la psychologie du jeune bébé dans son livre *Welcoming Consciousness* (2004). Ajoutons que le grand public a été sensibilisé dès les années 80 à la vie complexe et consciente du bébé avant sa naissance, par des livres qui ont connu un grand succès en librairie : *La vie secrète de l'enfant avant sa naissance* du psychiatre canadien Thomas Verny (1982) et *Le bébé est une personne* de Bernard Martino (1985). Cet atelier vise à sensibiliser les participants au vécu et aux besoins du bébé durant toute la période allant de sa conception à sa naissance. La présentatrice, psychothérapeute spécialisée en psychologie périnatale, abordera les grandes lignes des connaissances actuelles sur le développement de la personnalité du bébé avant sa naissance. Plusieurs vignettes cliniques serviront d'illustration et permettront d'apprécier les enjeux vécus par le bébé. Certaines de ces situations vécues démontreront le pouvoir des parents de guérir chez leur enfant les séquelles d'une vie prénatale moins qu'idéale.

Claudette Nantel, M.Ps., psychothérapeute spécialisée en psychologie périnatale

LE POUVOIR TRANSFORMATEUR DE L'ACCOUCHEMENT POUR LA FEMME ET SA FAMILLE

RÉSUMÉ

Réflexion sur le pouvoir transformateur engendré par l'expérience de la maternité, notamment au moment de l'accouchement, et sur la manière dont un soutien particulier et sensible tout au long du processus peut s'avérer protecteur. La période périnatale est une crise dans la vie d'une femme, qui nécessite un bouleversement des rôles dans la famille. Il y a donc un moment de « malléabilité psychique » normal et temporaire pour toutes les femmes, dû au simple fait d'être enceinte. Soutenue, cette crise s'avère généralement organisatrice.

L'accouchement et son pouvoir transformateur. L'accouchement qui en résulte constitue un événement majeur, intense, qui a le pouvoir de transformer le vécu des femmes en les rendant mères, de les faire évoluer ou de les marquer négativement tant sur le plan physique et émotionnel que psychique. Cette expérience influence la façon dont la mère se sentira capable envers son bébé. Dans nos sociétés modernes, l'événement est pris en charge par la médecine et ainsi dépourvu de son sens en tant que rite de passage dans la vie des femmes. Autrefois vécu comme une expérience quasi initiatique, l'accouchement visait à traverser cette tempête corporelle où la femme se trouvait nécessairement confrontée à la douleur, à la peur de mourir – vieille comme le monde et intrinsèque à l'accouchement. Les femmes qui subissent la césarienne expriment leur déception, se sentant invalidées dans leurs capacités maternelles, comme si l'accouchement par voie basse constituait une épreuve nécessaire marquant le passage physique et psychologique faisant d'elles



des « mères capables pour ce bébé-là ». Aussi, parfois, l'anesthésie péridurale est offerte en réponse à la peur, universelle et normale, d'accoucher. Cette peur mérite pourtant d'être entendue et cache bien souvent la peur de la séparation, de la mort. L'accouchement détient un potentiel énorme puisqu'il engendre des conséquences à long terme, qu'elles soient positives ou négatives. Au-delà de l'acte de donner naissance, il s'agit d'un moment pivot, et la femme s'en voit changée pour toujours. Cet événement bâtit la force intérieure, la confiance et la capacité de la femme de croire en elle-même; ces acquis sont d'ailleurs nécessaires pour construire le rôle de parent, qui débute alors.

Aspect protecteur et préventif du suivi sage-femme. La présence en continu, lors de l'accouchement, d'une personne disponible et formée est essentielle au bon dénouement de l'expérience: ces femmes accouchent plus rapidement, spontanément, en utilisant moins d'analgésie. Au Centre Premier Berceau, notre expérience nous montre que l'accompagnement dans la continuité pré-per-postnatale basé sur l'approche et la philosophie sage-femme porte fruit. La façon qu'ont les sages-femmes au Québec de pratiquer répond à ce souci, leur suivi, dans la continuité, ayant un aspect rassurant et protecteur surtout lors d'une première grossesse. La présence, calme et rassurante, crée un environnement de confiance, de sécurité évoquant l'image de la mère. Les sages-femmes développent une capacité de présence particulière qui est quasi spirituelle sans être liée à un aspect religieux. Cette présence est décrite comme « une façon spéciale d'être là, ou d'être avec l'autre ». La présence et le respect du rythme de la femme, surtout à l'accouchement, permettent à celle-ci de vivre une expérience positive, et en quelque sorte de se mettre au monde en tant que mère à sa propre manière.

Marie-Ève Taschereau, intervenante en périnatalité, Centre Premier Berceau

SÉANCE 13 ÉVALUATION D'UNE APPROCHE POUR LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL À LA PÉRIODE PRÉNATALE

RÉSUMÉ

Depuis quelques années, la Direction de santé publique et des soins de santé primaires du Bas-Saint-Laurent (Québec) travaille, en collaboration avec les équipes de périnatalité de son territoire, à réaliser son plan d'action régional en matière d'allaitement maternel. L'implantation de l'Initiative Amis des bébés (IAB) est priorisée pour promouvoir et soutenir l'allaitement dans les établissements de santé. Une démarche importante de l'IAB consiste à respecter les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel », dont la troisième implique de renseigner toutes les femmes enceintes et leur famille sur les avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique. C'est dans cette perspective que le « Passeport allaitement », une approche conjuguant de l'information écrite et un counselling médical, a été développé et appliqué à toutes les femmes enceintes de la région du Bas-Saint-Laurent. Le Passeport allaitement est un carnet de grossesse qui inclut six fiches prénatales devant être distribuées une à une lors du suivi de la grossesse et quatre autres fiches remises en service de maternité. Il est conçu pour que les futurs parents reçoivent une information juste, suffisante et appuyée sur des données probantes touchant aux risques associés aux préparations commerciales. Chacune des fiches, dont le contenu est adapté en fonction des préoccupations courantes au sujet de l'allaitement, fait l'objet d'une discussion avec le médecin durant la visite du suivi de grossesse et avec les professionnels du service de maternité en post-partum. Une enquête a été réalisée afin d'évaluer l'influence du Passeport allaitement sur la prise de décision des femmes d'opter pour l'allaitement. Les données ont été recueillies auprès de 259 femmes enceintes par le biais d'un questionnaire auto-administré, complété en début et en fin de grossesse. Les résultats suggèrent que la majorité des femmes (70 %) affirme avoir lu l'ensemble des six fiches prénatales. Le mode de distribution influe de façon significative ($p = ,000$) le pourcentage des femmes enceintes qui lisent les fiches. Le nombre de fiches prénatales lues est associé de façon significative ($p = ,045$) à la connaissance des recommandations des professionnels de la santé en matière d'allaitement. Trois sur quatre des répondantes voulant initialement donner le biberon ou indécises face à l'allaitement, se disaient maintenant prêtes à essayer l'allaitement. En conclusion, le Passeport allaitement semble être une approche prometteuse pour renseigner les femmes enceintes sur l'allaitement et influencer positivement leur décision d'allaiter.

Isabelle Ouellet, B.Sc.Inf., I.B.C.L.C., agente de planification, de programmation et de recherche, Agence de la santé publique et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Marie Lacombe, Ph.D., Inf., Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

Linda Bell, Ph.D., inf., Département des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

RÉSUMÉ

Objectif : Les premières six semaines postnatales ont été identifiées comme une période critique de cessation précoce d'allaitement maternel dans les pays industrialisés. La raison la plus fréquente, soit entre 25 et 50 %, est la perception par la mère d'une production lactée insuffisante. Bien que le sentiment maternel d'efficacité en allaitement soit relié de façon significative au maintien du comportement d'allaitement, la contribution de l'apport biologique ou psychologique sur l'insuffisance de lait demeure inexpliquée. Une revue systématique portant sur l'efficacité d'interventions de promotion du maintien de l'allaitement, rapporte qu'il est surprenant de constater le manque de données probantes permettant d'informer les femmes et les professionnels de la santé, donc de guider la pratique, en relation avec la raison la plus fréquente de cessation d'allaitement, soit la perception d'une insuffisance de lait. Il n'est toujours pas possible de distinguer une femme qui présente une cause physiologique expliquant qu'elle ne peut satisfaire son enfant, de celle dont la production lactée est affectée par des facteurs psychologiques ou sociaux. Le but de cette étude est de déterminer l'apport explicatif de variables biologiques et psychosociales sur la perception d'insuffisance lactée d'un groupe de femmes primipares allaitant. **Méthodologie :** Étude prédictive confirmative longitudinale permettant de vérifier la validité de la modélisation d'une perception maternelle d'insuffisance lactée proposée auprès de 250 mères primipares allaitant de la naissance à la sixième semaine postnatale. **Résultats :** Les résultats seront présentés en termes de validation des hypothèses, soit de déterminer l'apport explicatif de variables biologiques ou psychologiques exerçant l'effet direct, indirect ou total le plus important sur la perception d'insuffisance lactée. **Conclusion :** Les retombées cliniques et de recherche seront présentées. Entre autres, les connaissances générées permettront l'élaboration d'interventions pouvant être effectuées par une infirmière ou un autre professionnel de la santé, lesquelles pourront être validées lors d'études ultérieures afin que les femmes qui choisissent l'allaitement puissent le faire avec succès. (Source : Recherche)

Roseline Galipeau, Ph.D. (c), Sc.Inf., cadre conseil en sciences infirmières, Programme santé de la mère et de l'enfant, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Céline Goulet, Ph.D., Sc.Inf., Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

MONITORAGE DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF ET DES RAISONS DE SUPPLÉMENTATION DANS LES HÔPITAUX DE LA MONTÉRÉGIE : ÉVOLUTION ENTRE 2003 ET 2009

RÉSUMÉ

Contexte et objectifs : Depuis 1997, la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie travaille avec les neuf hôpitaux accoucheurs de la région pour implanter les meilleures pratiques en matière d'allaitement définies dans l'Initiative Amis des bébés (IAB). Une des meilleures pratiques consiste à ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel (c'est-à-dire allaiter exclusivement), sauf indication médicale acceptable. Pourtant, la supplémentation des bébés allaités avec du lait non humain est une pratique répandue en Amérique du Nord. Une étude réalisée par la DSP en 2000 auprès des mères résidant dans la région a documenté que 64 % des bébés allaités ne recevaient que du lait maternel lors du séjour hospitalier. Par la suite, les échanges avec les partenaires ont permis de constater que le registre de l'allaitement exclusif n'était pas uniforme, chaque hôpital utilisant ses propres définitions et indicateurs. Il a donc été décidé d'établir un système régional de monitoring de l'allaitement exclusif dans les hôpitaux. De plus, l'intérêt suscité pour les résultats a motivé les hôpitaux à enregistrer depuis 2005 les raisons pour donner des suppléments aux bébés allaités, en utilisant la liste des raisons médicales acceptables pour recourir aux substituts du lait maternel produite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). **Méthodologie :** Des indicateurs ont été définis pour mesurer de façon uniforme l'allaitement exclusif pendant le séjour hospitalier à partir des données sur le mode d'alimentation des bébés enregistrées dans leur dossier. Un fichier Excel a été conçu afin de calculer les indicateurs retenus et de transmettre l'information pour chaque période financière à la DSP qui, à son tour, s'assure de retransmettre annuellement à chaque hôpital les résultats pour toute la région. **Résultats :** Des données sont disponibles pour 69 112 nourrissons nés entre avril 2003 et mars 2009. Durant cette période, l'allaitement exclusif parmi tous les bébés est passé de 55 % en 2003-2004 à 67 % en 2008-2009. L'allaitement exclusif parmi les bébés allaités est passé de 70 % en 2003-2004 à 78 % en 2008-2009. Quant aux raisons pour donner autre chose que du



lait maternel, les données disponibles en 2008-2009 pour 76 % des bébés allaités supplémentés (n = 1889) indiquent que 6 % des raisons déclarées étaient médicalement acceptables, selon l'OMS; par ailleurs, 27 % des raisons étaient attribuées à une décision éclairée de la mère, et le restant, soit 67 %, étaient considérées comme non acceptables. Parmi ces dernières, les raisons mentionnées plus fréquemment étaient: bébé pleure/affamé (12 %), lait maternel insuffisant (10 %) et mère fatiguée (10 %). **Conclusion:** La mise en place d'un système de monitoring régional a permis à chaque hôpital de se situer par rapport aux autres établissements et de réviser leurs pratiques afin de diminuer la supplémentation des nouveau-nés dans la région. De plus, les données fournies par le monitoring permettent aux établissements montérégiens de calculer les statistiques requises pour obtenir ou maintenir la certification IAB, en tenant compte des raisons médicales acceptables pour recourir aux substituts de lait maternel.

Laura N. Haiek, M.D., M.Sc., médecin-conseil, ministère de la Santé et des Services sociaux

Lydia Rocheleau, D.Tp., M.Sc., Direction de la santé publique de la Montérégie

SÉANCE 14 INTERACTION AND RELATIONSHIPS IN BREASTFEEDING FAMILIES

ABSTRACT

Dr. Epstein-Gilboa discusses findings from her study and recently published book on relationships and interactions in families engaging in physiologically based breastfeeding patterns. The study took place over several years and included two large groups of carefully selected key informants. The results and conclusions demonstrate the unique contribution of interactions associated with nursing to family development. Findings provide insight into family themes, behaviours and interactions associated with physiologically based nursing patterns. The implications of these findings have important relevance for infant, child, parental and family development. This information may enrich interchanges with families nursing in tune with physiology. Service providers may also apply insights to all nursing families and help resolve present tendencies to deviate from physiologically based nursing patterns suggested by organizations such as the World Health Organization. Special conditions such as families that engage in adoptive breastfeeding and families with multiple risk factors will be reviewed. The material will also discuss the source of clinical bias and means of resolution in order to enhance interactions with families. This study demonstrates that interactions associated with physiologically based breastfeeding patterns ripple through the family system. Interchanges at all levels of interaction affect breastfeeding and vice versa. Sensitive parenting styles established and maintained through breastfeeding reverberate throughout the system, affecting all members and contributing to the development of a sensitive family style. Physiologically based nursing patterns are accompanied by and contribute to the development of salient family themes and behaviours. Interactions associated with breastfeeding affect infant, child and parental development. Parents engage in unique couple interactions that are affected by and influence physiological nursing patterns. Family interactions associated with breastfeeding have long term implications that extend beyond the family and are replicated in following generations.

Keren Epstein-Gilboa, PhD, MEd, BSN, psychotherapist, author, university instructor, childbirth educator, lactation consultant

LANGUAGE, IMAGES AND CONCEPTS THAT INTERFERE WITH THE NATURAL DEVELOPMENTAL CONTINUUM OF PREGNANCY, BIRTH, BREASTFEEDING AND PARENTING: UNDERSTANDING THE ORIGINS OF OBSTRUCTED BEHAVIOURS IMPAIRING THE PHYSIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL CONTINUUM

ABSTRACT

This presentation is based on presenter's work on language use in prenatal, birth and breastfeeding education, and on her chapter on unresolved patriarchal envy and obstructed breastfeeding patterns in the book *Giving Milk* (R. Shaw & A. Bartlett eds). Birth, breastfeeding and parenting are interconnected events on a normal development continuum. Interference at one level of the continuum will impair function and development at another level. Yet, salient cultural language, image and concepts detach these events from one another, destroying the value of the continuum at all levels. Specific language use impairs the establishment and maintenance of normal developmental events on the continuum. Breaks in the continuum



include technological versus normal birth, increased caesarean rates, and low rates of nursing exclusivity and duration. Ecological and psychological models imply that the breaks on the continuum are deeply rooted and not mere superficial mistakes. Unresolved patriarchal envy is a concept that will be discussed. Examples of images, concepts and language that interfere with health, and tangible solutions will be discussed during this presentation.

Keren Epstein-Gilboa, PhD, MEd, BSN, psychotherapist, author, university instructor, childbirth educator, lactation consultant

THE CONTRIBUTION OF PHYSIOLOGICALLY BASED NURSING PATTERNS TO CHILDREN'S RELATIONAL AND EMOTIONAL DEVELOPMENT.

ABSTRACT

This presentation will discuss findings from Dr. Epstein-Gilboa's study and recently published book on relationships and interactions in breastfeeding families. The findings presented in this session relate to the contribution of interactions associated with physiologically based nursing patterns to children's sense of self, relational capacity and emotional development. Reference to models and brief explanations of salient concepts will help participants understand the far reaching developmental implications of interactions associated with nursing for children. Infants/children engage with their parents in unique interactions associated with physiological breastfeeding. The physicality of nursing and physiological nursing patterns facilitate the transition to the extra uterine relationship, enabling infants to experience maternal-infant oneness and self directed separation. Infants and children allowed to nurse in tune with physiology experience unique developmental trajectories inclusive of child focused nursing, weaning and separation from mother and family. Infant/child focused nursing sessions based on cues initiated by children facilitate the development of parental sensitivity and capacity to contain children. These parenting characteristics contribute to the development of secure attachment systems and a positive view of self in relation to others. Intricate interactional components associated with nursing are mirrored prior to, during, and in between nursing. Interactions associated with nursing are facilitated by and also contribute to additional bi-directional interactions enriching children's unique scripts. Intense tactile interchanges in infancy and early childhood evolve into open communication styles. Early relationships through nursing remain salient parts of children's internal models of interaction and contribute to relationships between siblings, other family members and with others outside of the family.

Keren Epstein-Gilboa, PhD, MEd, BSN, psychotherapist, author, university instructor, childbirth educator, lactation consultant

SÉANCE 15 LE TRAVAIL DES REPRÉSENTATIONS DE LA LIGNÉE PATERNELLE ET MATERNELLE CHEZ L'HOMME PRIMIPARE

RÉSUMÉ

L'objectif de l'étude est d'explorer les remaniements susceptibles de survenir lors de la transition à la paternité dans la manière dont les hommes se représentent les rapports qu'ils entretiennent avec leur conjointe, leur père et leur mère. À cette question, nous ajoutons celle des changements qui surviennent dans la représentation que l'homme a de lui-même. Ces changements sont abordés par le biais de l'évolution du discours des hommes à propos de leur rapport à ces figures sur une période allant du sixième mois de la grossesse au cinquième mois post-partum. L'intérêt de cette étude réside notamment dans le fait qu'elle traite de la question du devenir père dans le présent plutôt qu'en rétrospective et qu'elle aborde cette question par le biais d'une méthodologie longitudinale, ce qui permet de comparer le discours tenu par les sujets à différents moments du processus. La méthodologie est exploratoire, à devis qualitatif. Sept hommes primipares ont participé à l'étude par le biais de quatre entrevues. Ils étaient interrogés sur le contexte dans lequel ils devenaient pères, sur la représentation qu'ils avaient d'eux-mêmes comme pères et des changements qu'ils vivaient, ainsi que sur les représentations qu'ils se faisaient alors de leur conjointe, de leur père et de leur mère. Le matériel recueilli a été soumis à une analyse de contenu automatisée. Une série de thèmes retraçant les textes où le sujet mentionne des contenus à connotation émotive a servi de base aux analyses. Les analyses révèlent que les discours des sujets à propos de leur rapport à leur père et à eux-mêmes comme



pères comportent des similitudes et que les discours des sujets à propos de leur rapport à leur mère et à leur conjointe recèlent aussi des ressemblances tout en étant différents de leur discours sur leur rapport à leur père et à eux-mêmes comme pères. Lorsque les sujets répondent aux questions sur leur rapport à eux-mêmes et à leur père, la proportion de thèmes augmente d'une entrevue à l'autre pour atteindre un sommet lorsque le bébé est âgé de cinq mois. Alors que, lorsque les sujets répondent aux questions sur leur rapport à leur conjointe et à leur mère, la proportion de thèmes est la plus forte au huitième mois de la grossesse et quand l'enfant a trois mois. Ces résultats nous conduisent à formuler deux propositions. D'abord, qu'un travail analogue s'opère autour des représentations mentales de la lignée paternelle, d'une part, et des représentations mentales de la lignée maternelle, d'autre part. Ensuite, que le travail autour des représentations de la lignée maternelle s'intensifie dans la période entourant l'accouchement alors que le travail autour des représentations de la lignée paternelle devient plus prégnant dans un second temps. Bien que d'autres études doivent être faites pour confirmer ces résultats, certaines retombées pour la clinique sont à tirer de cette étude. Nous estimons essentiel que le clinicien en périnatalité retienne qu'il est probable que les préoccupations du père durant la grossesse et dans les premières semaines de vie du bébé concernent plutôt le thème de la maternité. Le questionnement sur sa propre paternité pourrait ne devenir un sujet de préoccupation que dans un second temps. Par conséquent, offrir une plus grande place aux pères pourrait se réaliser, entre autres, par plus d'espace pour parler à leur manière de leurs préoccupations liées au thème de la maternité pour peu à peu parler de paternité.

Isabelle Senécal, M.Ps., psychologue, Département de pédopsychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur

Roseline Garon, Ph.D., professeur agrégée, responsable des programmes professionnels 2e cycle, Université de Montréal

Jean-François Saucier, Ph.D., chercheur titulaire, Faculté de médecine-psychiatrie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

DANSER ET PENSER À 3 : PÈRE - MÈRE - BÉBÉ

RÉSUMÉ

Il y a un historique psychique à la construction du *devenir parent*. Bien avant la naissance et avant même la conception du bébé, le désir d'enfant du futur parent vient chercher pour chaque individu des représentations (images, souvenirs, pensées, affects) issues de sa propre histoire. C'est ainsi que se bâtissent les fondements d'une parentalité psychique qui pourra se représenter et s'exercer sous les formes les plus variées en fonction des possibilités – ou de l'impossibilité – de tenir compte de l'autre parent. La monoparentalité vs la biparentalité psychique évoque la capacité à prendre en considération le tiers dans la relation mère-bébé et père-bébé. Nous proposons une vision systémique de la fonction de triangulation classiquement attribuée au père, mettant en évidence l'articulation des triangulations psychiques et des triades interactionnelles père-mère-bébé. Modèle qui permet à la fois d'intégrer les recherches sur les compétences triadiques précoces des bébés et la vision plus classique du triangle œdipien.

Raphaële Noël, Ph.D., psychologue clinicienne, Clinique de psychiatrie de la petite enfance, Hôpital Rivière-des-Prairies

14h10 à 14h40

Salon de l'expertise des milieux communautaires canadiens

Objectif d'apprentissage : prendre connaissance de la valeur ajoutée de la complémentarité des services communautaires à sa propre offre de services

Expertise Fair of Canadian Community Organizations

Learning Objective: To gain awareness of the value added represented by the complementarity of community services to your own service supply

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

13h10 à 14h40

Sessions parallèles (90 minutes)

Parallel Sessions



SYMPOSIUMS

UNE PREMIÈRE MONDIALE : L'INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LA NAISSANCE MÈRENFANT

A WORLD FIRST: THE INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH INITIATIVE

Objectif d'apprentissage : Décrire l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant

Learning Objective: To describe the International MotherBaby Childbirth Initiative

RÉSUMÉ

Depuis plusieurs années, nous assistons au Québec au déploiement de l'Initiative Amis des bébés (IAB). Au milieu des années 2000, une nouvelle initiative voyait le jour, en continuité avec l'IAB et ayant parmi ses objectifs de supporter les conditions de celle-ci : il s'agit de l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant (IMBCI), dont l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Cowansville est le tout premier site de démonstration au monde. Cette Initiative vise à attirer l'attention sur la recherche scientifique qui fait état des avantages des soins centrés sur la dyade mère-bébé. Dans le cadre de ce symposium, il sera question des origines de cette prometteuse initiative, de son intérêt pour la mise en œuvre de la *Politique de périnatalité 2008-2018* du gouvernement du Québec et des liens qui l'unissent à l'IAB. Nous en apprendrons également davantage sur sa première année d'expérimentation.

ABSTRACT

The Baby-Friendly Initiative (BFI) was adopted in Quebec many years ago. In the mid-2000s, a new initiative saw the day in continuity with the BFI aimed, among other things, at supporting the conditions of the BFI. This new program, of course, is the International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI), for which the Brome-Missisquoi-Perkins Hospital in Cowansville (Quebec) is the very first demonstration site in the world. The IMBCI is intended to draw attention to the scientific research documenting the benefits of care centred on the mother-baby dyad. In the course of this symposium, we will look at the origins of this promising initiative, its appeal in light of the implementation of the Quebec Perinatal Care Policy for 2008-2018, and the ties that bind to the BFI. We will also learn more about its first trial year.

- Qu'est-ce que l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant ?

- What Is the International MotherBaby Childbirth Initiative?

Guy-Paul Gagné, M.D., obstétricien-gynécologue, directeur du programme AMPRO[®] Québec

- Pourquoi adhérer à l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant ?

- Why Join the International MotherBaby Childbirth Initiative?

Christiane Charest, B.Sc.Inf., M.A., chef de programme Périnatalité et petite enfance, Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie

Normand Chagnon, M.D., chef médical du service d'obstétrique, Pavillon des naissances, Hôpital Cowansville, Centre de santé et de services sociaux La Pommeraie

- Comment l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant a-t-elle contribué à la révision et la mise à jour de l'Initiative Amis des bébés ?

- How has the International MotherBaby Childbirth Initiative informed the revision and updating of the Baby Friendly Initiative?

Miriam Labbok, MD, MPH, MMS, FACPM, FABM, IBCLC, pediatrician and director of the Carolina Global Breastfeeding Institute

MODÉRATRICE | MODERATOR

Hélène Vadeboncoeur, Ph.D., chercheure en périnatalité, International MotherBaby Childbirth Initiative

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010



L'INITIATIVE AMI DES BÉBÉS : LE CHEMIN PARCOURU ET LES PROCHAINES ÉTAPES

THE PATH TO BABY FRIENDLY - THE ROAD TRAVELED AND THE STEPS FOR THE FUTURE

Objectif d'apprentissage : Spécifier les objectifs retenus par le Canada à l'égard des pratiques préconisées par l'Initiative amis des bébés

Learning Objective: To specify the objectives adopted in Canada in respect to the practices recommended by the Baby Friendly Initiative

RÉSUMÉ

L'Initiative amis des bébés (IAB) a débuté par une initiative conjointe de l'OMS et de l'UNICEF visant à appuyer les hôpitaux dans leurs pratiques afin d'encourager les mères à faire des choix éclairés quant au mode d'alimentation pour leur bébé. À l'instar de nombreux pays ayant adopté l'IAB, le Canada s'efforce d'implanter des pratiques optimales à l'intention des nouvelles familles dans les centres hospitaliers et les centres de soins communautaires.

Au Québec, les facteurs qui ont aidé à faire de l'IAB la principale stratégie pour augmenter les taux d'allaitement incluent : l'engagement précoce des leaders en allaitement dans le mouvement de l'IAB, l'intégration de l'IAB dans le programme national de santé publique, ainsi que le financement de formations pour les professionnels de la santé et d'un outil unique pour le processus de certification IAB par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les prochaines étapes portent sur la résorption des différences régionales dans la mise en œuvre de l'IAB et sur les défis que pose l'augmentation des demandes de certification IAB à l'échelle de la province en terme de main-d'œuvre.

Le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel, institué par l'OMS, est un outil essentiel pour protéger l'allaitement maternel et fait partie du processus de certification IAB. Que fait le Canada à l'égard de l'instauration de ce Code?

ABSTRACT

The Baby-Friendly Initiative (BFI) began as a WHO/ UNICEF global initiative to support hospital practices that could empower mothers to make informed decisions about feeding their babies. Canada, like many countries struggles to incorporate best practices for new families in hospitals and community facilities.

Factors that helped implement BFI as Quebec's main strategy for improving breastfeeding rates included early involvement of Quebec's breastfeeding leaders in the BFI movement; BFI in Quebec's national public health program; and the provision of dedicated ministry funding for health professional training and unique tool development for the BFI accreditation process. Future directions include addressing regional differences in the uptake of BFI in Quebec, and manpower challenges of meeting escalating demands for BFI certification across the province.

The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes is a critical tool for the protection of breastfeeding and is part of the BFI accreditation. What is Canada doing about implementing the WHO Code?

- Du biberon au sein : le parcours historique d'un Québec devenu leader canadien de l'Initiative des bébés – Étude de cas

- Quebec's Journey from Bottle-feeding Culture to Baby-Friendly Leader: An Historical Case Study

Sonia Semenik, RN, PhD, IBCLC, Assistant Professor, McGill University, School of Nursing Nurse Scientist, McGill University Health Center, Women's Health Mission Coordinator, Quebec Chapter, Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN)

- L'Initiative amis des bébés : Les pays en voie de développement peuvent le faire – où en sommes nous?

- Baby-Friendly: Poor countries can do it - Where are we?

Marina Green, RN, MSn, IBCLC, clinical nurse educator, British Columbia Children's & Women's Health Centre

- Le Code international : un outil essentiel pour la protection de l'allaitement maternel

- The International Code: a critical tool for the protection of breastfeeding

Carole Dobrich, RN, IBCLC, Senior IBCLC, Goldfarb Breastfeeding Clinic, Herzl Family Practice Centre, Jewish General Hospital

MODÉRATRICE | MODERATOR

Monik St-Pierre, P.Dt., M.Sc., répondante régionale pour le dossier Allaitement, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010



LA PÉRIDURALE : BANALE OU NON ?

Objectif d'apprentissage : Identifier la place de la péridurale dans une juste médicalisation des naissances

RÉSUMÉ

Dans le milieu médical, la péridurale est devenue la norme, le standard de pratique. Plusieurs études ont cautionné son utilisation, amenant la communauté médicale et la population générale à la banaliser, voire à la sanctifier. Pour certains, cependant, elle demeure souvent à la source de la cascade d'interventions menant à la médicalisation des naissances. Pour d'autres, elle aurait des impacts dans des zones plus grises, que les études ont peine à montrer : l'expérience de la femme, celle du nouveau-né, l'attachement et l'allaitement. Ce symposium vise à jeter une lumière nouvelle mais objective sur le sujet, à élargir les connaissances et la réflexion. Que sait-on exactement de la péridurale ? Saisissons-nous tous la portée de ces impacts ? La douleur de l'enfantement a-t-elle une utilité, une fonction ? En bref, la péridurale est-elle banale ou non ?

- La péridurale : le pourquoi, le moment, le comment

Renée Bolduc, M.D., anesthésiste, Centre hospitalier de St. Mary

- Nouveau regard sur les données probantes

Michael Klein, MD, CCMF, FCMF, pediatrician, neonatologist, maternal health researcher, maternity and primary-care consultant

- Avoir une péridurale : les bons et les mauvais scénarios

Maxine Dumas-Pilon, M.D., Unité de médecine familiale, Hôpital St. Mary, directrice du Fellowship en santé maternelle et infantile, Université McGill

MODÉRATRICE | **MODERATOR**

Véronique Duguay, gestionnaire de projets - Direction de la transition, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

EPIDURAL ANESTHESIA: TRIVIAL OR NOT?

Learning Objective: To identify the place of the epidural in a fair medicalization of childbirth

ABSTRACT

In the medical world, epidural anesthesia has become the norm, standard practice. After many studies endorsed its use, it became trivialized and even sanctified by the medical community and the general population. For some, however, it remains the source of the cascade of interventions that led to the medicalization of childbirth. For others, it has an impact in grey areas that research been slow to document: how women experience the event, how newborns do, attachment and breastfeeding. This symposium will seek to shed a new objective light on the topic, to broaden knowledge in this regard, and push the process of reflection on the matter forward. What exactly do we know about epidural anesthesia? Do we have a firm grasp of all its effects? Does pain at childbirth serve a purpose or function? In short, has epidural anesthesia become a routine intervention or not?

- The Epidural: The Why, When, and How

- Another Look at the Evidence

- Having an Epidural: Good and Bad Scenarios

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

Bébé fait toujours ses nuits
mais rarement celles de ses parents.
S'allouer du temps pour se reposer,
ça fait une différence !

METTRE AU MONDE EN CONTEXTE INTERCULTUREL : EXPÉRIENCES DES FEMMES, DES FAMILLES ET DES PROFESSIONNELS

Objectif d'apprentissage : Connaître les principaux enjeux liés à l'accouchement et à la naissance dans un contexte de diversité culturelle ainsi que la façon dont les ressources institutionnelles et communautaires peuvent se mobiliser pour répondre à ces besoins

RÉSUMÉ

Ce symposium vise à faire connaître et à partager sur les principaux enjeux liés à l'accouchement et à la naissance dans un contexte de diversité culturelle. Cette initiative a pris forme principalement à travers les travaux de l'ÉDIQ (Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec). Il s'agit d'une équipe interdisciplinaire et intersectorielle constituée de chercheurs universitaires, de partenaires des milieux de gouvernance et de pratiques qui unissent leurs expertises et leurs questionnements autour de trois axes principaux : les collectivités, les institutions et les individus/la famille. À partir des expériences vécues lors de l'arrivée des femmes et des familles en attente d'un enfant ou confrontées à cette réalité dans les premiers temps de leur immigration, nous explorerons comment se manifestent leurs besoins et les réponses que l'on peut y apporter en tant que professionnels ou membres de la communauté d'accueil. La venue d'un enfant et l'accouchement représentent pour toute femme, toute famille, une période charnière de transition et de transformation. Ce phénomène prend une importance toute particulière lorsque l'individu est à une période de sa vie où se redéfinissent son identité et son rapport aux autres dans une nouvelle collectivité. Quels sont ses référents relativement à l'accouchement ? Comment concilier ses repères culturels autour de l'accouchement avec ceux de la société d'accueil ? Comment les pratiques obstétricales influencent-elles ce vécu ? Comment peut-on accompagner les femmes et les familles dans leur expérience, dans le respect de leurs différences et leur désir d'intégration ? Comment mettre en place un environnement propice pour respecter le rythme de chacune, son intimité ? À partir des expériences vécues dans la région de Québec, nous verrons comment les ressources du milieu se développent et se mobilisent pour faire face à cette nouvelle réalité dans un contexte de diversité culturelle.

- **L'accueil des immigrants dans la région de Québec : dépister les besoins de santé des femmes enceintes**

Suzanne Gagnon, M.D., F.C.M.F., M.A., chef de service, Clinique santé des immigrants-réfugiés, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, professeure agrégée, Département de médecine familiale, Université Laval

Dominique Lachance, directrice générale, Centre multi-ethnique

- **L'accouchement physiologique et la reconnaissance des différences : différences culturelles, différences de culture professionnelle, pratiques obstétricales et résilience**

Raymonde Gagnon, M.Sc., sage-femme, professeure, Université du Québec à Trois-Rivières, chercheure, Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec

- **La proximité : pistes pour penser l'enfantement au diapason des nouvelles arrivantes et de leur famille**

Lucie Gélneau, Ph.D., anthropologue, chercheure GRIOSE-SM, professeure associée, École de service social, Université Laval

- **Réflexion sur la pratique interculturelle auprès des femmes enceintes immigrantes**

Joanne Tessier, directrice, Collectif Les Accompagnantes, Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec (ÉDIQ)

- **L'accouchement et devenir mère dans un nouveau milieu : transition et redéfinition de l'identité**

Marie-Louise Thiaw, Ph.D. (c), Département d'histoire (ethnologie), Université Laval

Fernanda Fernandes, M.A. (c), Département d'histoire (ethnologie), Université Laval

- **Ateliers de formation mutuelle et ateliers interculturels de l'imaginaire : interfaces pluridimensionnelles de recherche, de partage des savoirs et des expertises, d'accompagnement et d'intervention**

Lucille Guilbert, Ph.D., professeure et chercheure, Département d'histoire (ethnologie), Université Laval, responsable de l'Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

Objectif d'apprentissage : Accroître ses connaissances dans divers domaines de la périnatalité

Learning Objective: To enhance your knowledge in various areas of perinatality

ATELIERS

PARENTALITÉ, ALCOOL ET DROGUE : UN DÉFI D'INTERVENTION

RÉSUMÉ

Les écrits scientifiques et internationaux nous rappellent sans cesse le défi quotidien que représente la conjugaison « Parentalité, alcool et drogue en période périnatale » pour les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau communautaire. En effet, ils révèlent les risques que représente la consommation parentale de substances psychoactives pour le développement du fœtus, la sécurité et l'avenir des nouveau-nés. Ils indiquent qu'il faut considérer sérieusement l'intervention permettant de renforcer la relation parents-enfant et les compétences des parents et de modifier la consommation parentale afin d'améliorer l'environnement de soins dans lesquels les nouveau-nés exposés pourraient se retrouver. L'atelier a pour objectif de présenter une pratique d'intervention montréalaise de collaboration inter-établissements inspirante et novatrice (« Main dans la main ») entre les intervenants sociaux des milieux hospitaliers et de la DPJ visant à rejoindre les mères consommatrices et leur partenaire dès la grossesse afin de les aider à maximiser leurs chances d'assumer eux-mêmes la responsabilité des soins de leur enfant à naître. Les professionnels de ces établissements se retrouvent ensemble pour partager leur expertise et se doter d'un langage et d'outils d'évaluation communs. Cette pratique de collaboration est centrée sur les besoins et la participation des parents. Il y a trois ans le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU), ainsi que des chercheuses et le Centre des naissances du CHUM (Centre hospitalier de l'Université de Montréal) ont collaboré pour implanter un projet pilote. Depuis, deux autres partenaires se sont ajoutés, soit les centres hospitaliers universitaires Sainte-Justine et Maisonneuve-Rosemont. Les conférencières (intervenantes du CJM-IU, partenaires des milieux hospitaliers et chercheuses) exposeront différents aspects visant à faire connaître Main dans la main, entre autres, les ingrédients de base pour faciliter la mise en place de l'intervention; le processus d'intervention; les outils développés pour la pratique et la recherche afin d'établir un langage et une vision commune entre les intervenants et garantir la même rigueur et uniformité à travers les sites; des constats d'effets de l'intervention pour les professionnels et les parents selon l'expérience du projet pilote et les motifs qui ont incité nos partenaires à participer au projet. Cet atelier devrait aussi permettre aux participants de cerner les contours de la problématique de la parentalité en contexte de consommation. Ils seront invités à partager leurs expériences et points de vue avec les conférencières.

Pauline Morissette, Ph.D., T.S., professeure-chercheuse, École de service social, Université de Montréal

Geneviève Turcotte, Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire

Suzanne Dessureault, Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire

Marie Galarneau, M.Sc., T.S., Département service social, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Patricia Géraldès, Département de néonatalogie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Marielle Venne, T.S., Centre des naissances, Centre hospitalier universitaire Saint-Luc

Chantal Lavergne, Ph.D., chercheuse, Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

FAVORISER L'ATTACHEMENT SÉCURISANT CHEZ LES BÉBÉS ET LES JEUNES ENFANTS : LE CERCLE DE SÉCURITÉ

RÉSUMÉ

Développé aux États-Unis, le programme Cercle de sécurité (Circle of Security, Cooper, Hoffman, Marvin & Powell, 1999) combine des composantes éducatives et thérapeutiques afin de permettre aux parents d'enfants d'âge préscolaire d'apprendre à mieux décoder et répondre aux besoins d'attachement de leur enfant et ainsi favoriser un attachement sécurisant. Cette approche, qui fait l'objet d'applications internationales, illustre les concepts d'attachement de façon simple et accessible à l'aide d'un schéma de base et d'extraits vidéo d'interaction enfant-parent. En plus de développer leurs habiletés d'observation, les parents sont aussi amenés à se pencher sur leurs propres expériences d'attachement afin d'identifier les obstacles à l'émission d'une réponse sécurisante face à leurs enfants. Ainsi, ce programme vise à augmenter la sensibilité parentale et à modifier les modèles internes opérants des parents, soient deux ingrédients clés d'une intervention efficace sur le plan de l'attachement. En 2010, une version DVD de ce programme a été créée, *Circle of Security Parenting*, qui s'adresse aux intervenants œuvrant tant auprès de parents qu'auprès des jeunes enfants. Des extraits seront présentés afin de donner une idée aux participants de son potentiel d'utilisation sous un format individuel ou de groupe.

Claud Bisaillon, Ph.D., psychologue, professeure adjointe, Département de psychologie, Université de Sherbrooke

LA CARIE DU BIBERON : MYTHES ET RÉALITÉS

RÉSUMÉ

La carie de la petite enfance a longtemps été banalisée par son appellation de carie du biberon. **Plan de présentation:** **1.** Importance de la problématique; **2.** Principaux facteurs de risque; **3.** Saines habitudes à privilégier. Le premier volet mettra en perspective le phénomène de la carie de la petite enfance en termes d'impact humain et économique. Son importance sera mise en perspective relativement aux autres principaux problèmes de santé générale reliés à la petite enfance. Le volet suivant portera sur les principaux facteurs de risque de la maladie et notamment sur le caractère transmissible de la flore bactérienne cariogène de la mère à l'enfant. Les saines habitudes de vie à privilégier seront mises en évidence en relation avec les autres principaux facteurs de risque.

Christian Fortin, D.M.D., M.Sc., dentiste-conseil, ministère de la Santé et des Services sociaux

Suzanne Hébert, D.M.D., M.Sc., dentiste pédiatrique; professeur adjoint en médecine dentaire, Université Laval; dentiste-conseil, Agence de la santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale

LES MÉDICAMENTS ET L'ALLAITEMENT : FORCÉMENT INCOMPATIBLES ?

RÉSUMÉ

La réponse est NON ! De plus, la *Politique de périnatalité* dit bien que « ... les professionnels de la santé, y compris les médecins et les bénévoles des groupes d'entraide à l'allaitement ou des organismes communautaires engagés auprès des familles, ont un rôle à jouer, surtout dans la période critique des premières semaines et des premiers mois de vie de l'enfant ». En tant que pharmacienne, mais aussi accompagnante à la naissance et marraine d'allaitement, la conférencière souhaite rendre accessible ces connaissances à tous les intervenants ci-haut mentionnés, pour le mieux-être tant des mamans que des enfants. **Objectifs:** Exposer des exemples problématiques vécus d'utilisation de médicaments en contexte d'allaitement à l'aide d'une histoire de cas: mastite, dépression, douleur périnéale post-partum, candidose mammaire, contraception post-partum, consommation d'alcool, rhume. Présenter la prise de position de l'Association des pharmaciens du Canada et de l'Ordre des pharmaciens du Québec et les attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux envers les professionnels de la santé (*L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices et Politique de périnatalité*). Comment devrait-on choisir un médicament en contexte d'allaitement (collecte



Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

de données, propriétés physico-chimiques, formulation...)? Retour sur le cas avec suggestions de mesures non pharmacologiques et pharmacologiques sécuritaires. Ressources informatives accessibles rapidement aux intervenants.

Nathalie Gagnon, B.Pharm., M.Sc., pharmacienne au Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau, accompagnante à la naissance et marraine d'allaitement bénévole pour Naissance-Renaissance Outaouais

PSYCHIATRIE PÉRINATALE : DÉFIS ET RÉALITÉS HOSPITALIÈRES À QUÉBEC

RÉSUMÉ

Le passage à la parentalité amène plusieurs angoisses et modifications, parfois dès la conception et jusqu'en post-partum. Qu'en est-il lorsque l'un des parents souffre ou n'arrive pas à s'adapter à ces transformations? Lorsqu'il développe une réaction pathologique ou lorsqu'une maladie psychiatrique préexistante s'aggrave? Quels intervenants peuvent alors le supporter, l'évaluer et le traiter si nécessaire? Quel est le rôle du psychiatre, de l'équipe médicale et psycho-sociale? Cet atelier vise donc à : **1.** Décrire les réactions psychologiques normales à la parentalité; **2.** Présenter les pathologies psychiatriques les plus fréquentes à cette période; **3.** Partager l'expérience d'une équipe en milieu hospitalier et sur une unité de grossesses à risques à Québec.

Marie-Julie Cimon, M.D., FRCP., psychiatre, Centre hospitalier de l'Université Laval

Pierre Tremblay, M.D., pédopsychiatre, Centre hospitalier de l'Université Laval

Fabien Gagnon, psychiatre, Service de psychiatrie de liaison en médecine psychosomatique du Centre hospitalier universitaire de Québec

ACCOUCHER DE RIRE

RÉSUMÉ

Être parent, c'est la plus belle chose au monde! Être parent, ça s'apprend! Voyons donc! Être parent, c'est surtout crampant, tordant et délirant! Parce qu'avec tous les changements que la « parentitude » provoque – l'insomnie, les peurs, l'amour, l'insécurité, l'impuissance, la responsabilité, l'inconnu, le manque de temps, l'oubli de soi, les problèmes de communication, l'exercice infini du lâcher prise, les problèmes de couple, l'exercice infini du lâcher prise (x 2), la sexualité ou le manque de, l'exercice infini du lâcher prise (x 3), sans oublier les découvertes, les essais et les erreurs, les conseils de l'entourage (on entend ici surtout ceux de nos propres parents) qui nous donnent des trucs tous contradictoires, la pression de la société, le regard des autres et notre manque de jugement (parce que oui, ça arrive)... Ouf!!!! ON PEUX-TU EN RIRE? Oui, on peut en rire. Surtout si on veut vivre notre rôle de parent au lieu d'y survivre! Les parents vivent des transformations intenses et fondamentales en plus de ressentir et vivre des pressions sociales de toutes sortes. Le rire, c'est bien connu, apporte plusieurs bienfaits autant sur le plan physique que sur le plan psychologique, alors pourquoi ne pas s'en servir. Le rire est une ressource intarissable, c'est gratuit et c'est toujours à portée de main. Accoucher de rire est un atelier humoristique interactif dans lequel chacun explore son sens de l'humour et apprend à l'intégrer concrètement dans son quotidien et sa réalité parentale. Le rire permet de simplifier notre rôle de parent, notre routine de vie et nos interactions. Cet atelier vous proposera des outils afin de rendre possible l'impossible tout en riant!

Émilie Ouellette, humoriste

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE ET POSITIONS D'ACCOUCHEMENT : SUIVRE LE MOUVEMENT

RÉSUMÉ

Les sages-femmes ont une expérience reconnue en ce qui concerne l'accouchement physiologique. Elles sont devenues familières et ont développé une expertise quant aux positions multiples favorisant la pous-sée et la naissance. Elles ont acquis une connaissance pratique en ce qui concerne la mobilisation durant les différents stades du travail et de l'accouchement. Nous vous proposons de partager cette connaissance pratique dans un atelier-pratique. Des mises en situation et des outils concrets seront utilisés : torso, bassin, poupée, banc de naissance, etc. Il sera ainsi plus facile d'explorer concrètement les différentes positions de la mère afin de comprendre ce qui peut faciliter le progrès du travail, favoriser la descente du bébé. Il sera question des avantages et des limites des différentes positions. Il sera question de l'écoute du cœur fœtal, de la protection du périnée, de l'accueil du bébé, des interventions éventuelles pour aider la mère et/ou le bébé, etc., lorsque la mère adopte différentes positions. Il sera enfin question de la mécanique corporelle et de l'ergonomie des intervenants.

Lucie Hamelin, M.A., sage-femme, professeure, Programme de baccalauréat en pratique sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Claude Masson, sage-femme, Maison de naissance Côte-des-Neiges, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne



COMMENT MESURER ET SUIVRE L'ADHÉSION AUX MEILLEURES PRATIQUES DE SOINS EN MATERNITÉ ?

HOW TO ASSESS AND MONITOR ADHERENCE TO BEST PRACTICES IN MATERNITY CARE?

RÉSUMÉ

Les lieux de naissance partout dans le monde intro-duisent des changements organisationnels afin d'assurer l'adhésion aux pratiques et politiques de soins en maternité fondées sur des données pro-bantes. Une évaluation et un monitoring rigoureux sont essentiels à l'efficacité des interventions et au suivi de la progression vers de meilleures pratiques. Cet atelier présentera la méthodologie utilisée et les données obtenues par des études mesurant l'adhésion des hôpitaux et des maisons de nais-sance québécois aux normes internationales en vigueur. En plus de présenter les résultats de ces évaluations, l'atelier offrira en exemple aux partici-pants une structure et un outil. Ils découvriront de ce fait comment recréer leur propre évaluation ou monitoring afin de suivre le changement vers de meilleures pratiques de soins, tels le contact peau à peau immédiatement après la naissance et la cohabitation 24 heures sur 24, tant pour les accou-chements par voie vaginale que pour les accouche-ments par césarienne.

ABSTRACT

Hospitals and birthing centers world-wide are in-troducing important organizational changes to comply with evidence-based maternity-care policies and practices. To be sure these interventions work, and to follow-up progress, reliable monitoring and evaluation is needed. This session will present a methodology used and data obtained from studies performed at hospitals and birthing centers in Qué-bec to assess compliance with current guidelines. In addition to presenting relevant assessment results, the workshop will offer attendees a structure and an example of a tool that will allow them to cre-ate their own assessment to monitor change in best practices, such as skin-to-skin contact and 24-hour rooming in both vaginal and cesarean delivery.

Laura N. Haiek, M.D., médecin-conseil, médecine familiale de l'université McGill, ministère de la Santé et des Services sociaux
Dany Gauthier, I.B.C.L.C, Département de santé publique, Conseil Cri de la santé et des services sociaux

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

SYMPOSIUMS



LA QUALITÉ DES SOINS MATERNELS : QUE FONT LES INFIRMIÈRES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIC?

QUALITY MATERNITY CARE: WHAT CAN PUBLIC HEALTH NURSES DO?

RÉSUMÉ

C'est sans surprise pour les infirmières en santé publique (ISP) qu'une crise sévit dans les services de maternité au Canada. Les préoccupations en santé des femmes et des familles sont plus complexes et les fournisseurs de soins et les services semblent de plus en plus difficiles d'accès dans les communautés locales. De plus, le système des soins de maternité subit une hausse des coûts médicaux et une baisse des résultats pour la santé chez les mères et leurs nourrissons. Au cours des cinq dernières années, le projet MCPMCP ou MCP² (Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) ont énoncé des recommandations pour améliorer les soins maternels au Canada tant à l'échelon fédéral qu'à l'échelon communautaire. Malheureusement, aucune de ces revues ne reconnaît les contributions cruciales que les ISP et le réseau de santé publique peuvent apporter en appui à ces recommandations. Les normes de pratique des infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada (IISCC) et les compétences des Soins infirmiers en santé publique sont les fondements de la pratique des ISP qui déterminent leur rôle unique dans le soutien à des soins maternels de qualité à l'échelle communautaire. Les ISP offrent une expertise quant aux problèmes locaux de santé maternelle et peuvent aider à déceler les lacunes dans la prestation des services en fonction de leurs vastes connaissances de leur communauté respective. Les ISP fournissent régulièrement un leadership aux efforts de collaboration communautaire et facilitent l'établissement de partenariats parmi les principaux intervenants des soins maternels. Les ISP incorporent les stratégies de santé publique en matière de protection de la santé, de surveillance de la santé, de prévention de la maladie et des blessures, de l'évaluation de la santé de la population et de la promotion de la santé dans tous les aspects de la planification communautaire. Ces investissements en amont permettent d'aborder les causes profondes des disparités en santé et des processus morbides. Par l'application d'approches fondées sur les faits en santé publique et développement communautaire, les ISP appuient des modèles de soins accessibles, renouvelables et collaboratifs qui optimisent la santé de la communauté locale à long terme. Les ISP offrent une expertise unique dans les soins de santé mère-enfant qui favorise une prise en charge parmi les femmes, les familles et les fournisseurs de

ABSTRACT

It will come as no surprise to Public Health Nurses (PHNs) that there is a crisis in Canadian maternity services. The health concerns of women and families are more complex and providers and services seem harder and harder to access in local communities. In addition, the maternity care system is experiencing rising health care costs and declining maternal and infant health outcomes. In the past 5 years the Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project (MCP²) and The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) have made recommendations for improvements in the Canadian maternity care system at both the federal and community levels. Unfortunately, neither of these reviews acknowledged the critical contributions that public health nurses and public health can make to support these recommendations. The Canadian Community Health Nursing Standards of Practice and the Public Health Competencies are foundations for PHN practice that identify their unique roles in supporting quality maternity care at the community level. PHNs offer expertise in local maternal health issues and can help to identify gaps in service provision based on their extensive knowledge of their communities. PHNs regularly provide leadership to collaborative community efforts and facilitate partnerships among key maternity care stakeholders. PHNs incorporate the public health strategies of health protection, surveillance, disease and injury prevention, population health assessment and health promotion into all aspects of community planning. These upstream investments assist in addressing the root causes of health disparities and disease processes. Through the application of evidence-based approaches to public health and community development PHNs support accessible, sustainable, and collaborative models of care that optimize the health of the local community over the longer-term. PHNs offer unique expertise in maternal-child health that promotes capacity among women, families and service providers. Together these activities support the common goal of improving healthy pregnancy and birth outcomes across the perinatal continuum. To assist PHNs and others in understanding additional roles that public health can play in supporting changes in the maternity care system, a brief overview of the current crisis in maternity care, and the MCP² and SOGC recommendations will be provided. For PHNs to effectively contribute to local conversations about



Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

services. Ensemble, ces activités appuient l'objectif commun qui vise l'amélioration des résultats pour la santé en ce qui concerne la grossesse et la naissance dans le continuum de soins en période périnatale. Afin d'aider les ISP et toute autre personne à comprendre les rôles additionnels que la santé publique peut jouer en appuyant les changements dans le système de soins de maternité, un aperçu de la crise actuelle dans les soins maternels et des recommandations du MCP² et de la SOGC sera fourni. Afin que les ISP puissent contribuer efficacement aux discussions sur les services de maternité, elles doivent se familiariser avec les cadres de travail existants et les recommandations pour des soins interdisciplinaires, incluant les outils connexes conçus pour appuyer l'implantation. Les ISP sont des expertes en leadership de collaboration et favorisent la résolution de problèmes en groupe d'une façon qui excède ce qu'un intervenant peut accomplir seul. C'est cette combinaison de connaissances, de compétences et d'outils qui appuient les ISP en influençant positivement le développement et la réalisation de modèles collaboratifs de soins maternels et en améliorant les résultats pour la santé des mères et de leurs nourrissons. Ce n'est que lorsque tous les intervenants en maternité sont engagés dans des discussions essentiellement collaboratives pour développer des modèles multidisciplinaires de soins que les résultats pour la santé des Canadiennes et de leurs nourrissons vont s'améliorer.

maternity services, they must become familiar with these existing frameworks and recommendations for interdisciplinary care, including associated tools designed to support implementation. PHNs are experts in collaborative leaders and support collective problem solving in a manner that exceeds what one stakeholder can achieve in isolation. It is this combination of knowledge, skills and tools that supports PHNs in positively influencing the development and realization of collaborative models of maternity care and improving maternal and child health outcomes. It is only when all maternity stakeholders are involved in truly collaborative discussions to develop multidisciplinary models of care that health outcomes for Canadian women and infants will improve.

Lori Webel-Edgar, RN, MN, Program Manager, Reproductive Health, Simcoe Muskoka District Health Unit

AVANT L'ATTACHEMENT, LA SÉPARATION : SE SÉPARER POUR MIEUX SE RETROUVER

RÉSUMÉ

Une nouvelle mère se sent dépressive même si tout semble bien se passer avec son bébé. Une autre mère angoisse à l'idée de devoir reprendre son travail et se séparer de son enfant. Un nourrisson refuse de se nourrir. Un père se demande comment faire pour que son aîné de 16 mois ne soit pas traumatisé à la venue d'un second enfant. Un bambin de 11 mois fait de l'insomnie alors qu'il faisait tellement bien ses nuits. Un parent se demande s'il est responsable de l'asthme de son petit. Une mère se questionne sur le moment de cesser l'allaitement. Un couple n'arrive pas à se retrouver seul dans son lit. Une mère se sent désemparée de ne pas avoir l'instinct maternel. Ce ne sont là que quelques-unes des inquiétudes que viennent nous confier les parents, à la Maison Buissonnière. La question qu'on peut entendre est celle-ci : *comment devient-on un parent suffisamment bon ?* Et la peur qui se cache derrière ne serait-elle pas : *j'ai l'impression de ne pas être un bon parent*. Pour ce symposium, trois intervenantes de diverses disciplines désirent venir témoigner de leur expérience auprès des enfants et de leurs parents, ainsi que de leur réflexion, entamée depuis plus d'un an, à partir de l'œuvre de Françoise Dolto, *Le Sentiment de soi. Aux sources de l'image et du corps* (1997). À l'aide de vignettes, les trois présentatrices veulent démontrer comment le fait d'écouter les enfants et les parents peut transformer la relation entre eux. Elles puisent leur inspiration dans le cadre de leur travail à la Maison Buissonnière où l'on accueille des enfants de 0 à 4 ans, accompagnés de leurs parents. Leur intervention consiste à aider le parent à reconnaître son enfant comme un être distinct de lui, à entendre ses besoins dans ce qu'il exprime par son comportement, et à accompagner par la parole son insertion dans



le social. Ce qu'on observe en ce lieu, ce sont les enjeux d'attachement et de séparation : on y voit comment les impasses relationnelles de cette étape de développement (particulièrement de 0 à 2 ans) peuvent avoir un impact important sur la vie du sujet en devenir. Faciliter le passage de la symbiose à l'autonomie par une parole juste peut permettre de dénouer les impasses : il s'agit de se séparer pour mieux se rencontrer. Ici, on fait de la prévention primaire.

- Les premières empreintes

Andrée Thauvette Poupart, M.S.S., travailleuse sociale, psychothérapeute accueillante, Maison Buissonnière

- Décoder la relation nourrisson-parent

Maryse Crevier, M.Ps., psychologue en intervention précoce, Maison Buissonnière

- Comment entendre le désir de l'enfant

Marie Normandin, M.A. Lin., psychanalyste en pratique privée, accueillante, Maison Buissonnière



LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LE MONDE : PROGRÈS ET RECULS

MATERNAL MORTALITY IN LOW RESOURCE COUNTRIES: PROGRESS AND REGRESS

RÉSUMÉ

Chaque jour dans le monde, un millier de femmes meurent pendant, ou juste après l'accouchement. Les principales causes de mortalité maternelle sont bien connues : hémorragie du post-partum, éclampsie, dystocie et septicémie. Les solutions qui permettent de prévenir et de traiter ces complications existent et sont bien documentées. Au cours des cinq dernières années, plusieurs progrès ont été observés, pourtant les taux de mortalité maternelle continuent d'augmenter dans certains pays. Ce symposium permettra de comprendre les enjeux liés à la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement, tout comme les avancées récentes sur le sujet. Il permettra également de jeter un regard sur des stratégies qui fonctionnent pour diminuer la mortalité maternelle et donnera quelques exemples de succès.

ABSTRACT

Everyday around the world, thousands of women die at childbirth or shortly after. The main causes of maternal mortality during childbirth are well-known: postpartum hemorrhage, eclampsia, dystocia and sepsis. The solutions to prevent and treat these complications exist and are also well known, well documented, and cost-effective. Over the last five years, progress has been observed; yet, maternal mortality rates continue to increase in certain countries. This symposium will enable participants to understand the issues related to maternal mortality in low resource countries, as well as recent advances in this area. Effective strategies and successful examples in reducing maternal mortality will be presented and discussed.

André Lalonde, M.D., F.R.C.S.C., F.S.O.G.C., F.A.C.S., M.Sc., professeur d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa ; vice-président administratif, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ; président du Comité sur la Maternité sans risques et la santé néonatale et du Projets « Sauvons les mères » de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique ; membre du Conseil du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant / Chair FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) committee; Chair FIGO Save the Mothers projects; PMNCH (Partnership for Maternal, Newborn and Child Health) Board member

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

16h10 à 17h15

Plénière



LES CLINICIENS SONT DE MARS ET VÉNUS TANDIS QUE LES FEMMES ET LES FAMILLES CHERCHENT UNE PLANÈTE AMICALE. QUE FAIRE? – QUESTION D'ATTITUDE



Michael C. Klein,
M.D., C.C.M.F., F.C.M.F., pédiatre,
néonatalogiste, chercheur en santé
maternelle, expert-conseil en
maternité et soins primaires

Plenary

PRACTITIONERS ARE FROM MARS AND VENUS WHILE WOMEN AND FAMILIES ARE LOOKING FOR A FRIENDLY PLANET. WHAT SHOULD WE DO? ATTITUDES MATTER

Michael C. Klein,
MD, CCMF, FCMF, pediatrician, neonatologist, maternal
health researcher, maternity and primary-care
consultant (British Columbia)

DISCUTANTE | DISCUSSANT

Christine Colin, médecin spécialiste en santé communautaire, professeur à l'Université de Montréal, directrice du Centre de promotion de la santé, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

PRÉSIDENTE DE SÉANCE | CHAIR

Andrée Gagnon, M.D., C.C.M.F., présidente de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec

17h15

Mots de clôture



Une vie s'est formée
et le corps d'une femme s'est transformé.
Célébrons-le!

Vendredi le 26 novembre 2010
Friday November 26th, 2010

Conférenciers et auteurs

Agoues, Geneviève 16
 Aubin, Diane 47
 Audet, Chantale 17
 Audibert, François 48
 Baillod, Laetitia 29
 Baker, Marleen 39
 Beauchemin, Michel 60
 Beaudet-Hilman, Geneviève 24
 Bédard, Marie-Josée 61
 Bell, Linda 30, 65, 70
 Bellemare, Anne-Marie 15
 Berry, Janet 25
 Bibeau, Gilles 24
 Binek, Véronique 27
 Bisaillon, Claud 59, 80
 Blouin, Julie 34
 Bolduc, Renée 77
 Bonapace, Julie 61
 Bonin, Patricia 61
 Boucher, Louise 68
 Brabant, Isabelle 15
 Brunet, Lise 14
 Buckett, Selma 64
 Bureau, Michel 58
 Capponi, Irène 31, 67
 Chagnon, Normand 75
 Chaillet, Nils 21
 Challut, Isabelle 32
 Charest, Christiane 21, 75
 Chouinard, Catherine 58
 Cimon, Marie-Julie 68, 80
 Ciofani, Luisa 43, 44
 Colin, Christine 86
 Condon, Tracy 63
 Côté, Aurore 16
 Côté, Isabelle 61
 Coulon, Delphine 29
 Couturier, Diane 33
 Crevier, Maryse 85
 Cymbalist, Rivka 43
 de Guise, Michèle 57
 de Montigny, Francine 39, 47, 48, 60
 de Plaen, Sylvaine 16
 Demontigny, Sandra 28
 Deslisle, Caroline 49
 Desrivières, Catherine 34
 Desrosiers-Choquette, Janine 27, 64
 Dessureault, Suzanne 79
 Dionne, Suzanne 44
 Dobrich, Carole 46, 76
 Dove, Marion 15
 Duguay, Véronique 47, 77
 Dumas-Pilon, Maxine 17, 77
 Dupuis, Gilles 34
 Duquette, Marie-Paule 27, 64

Duval, Stéphanie 66
 Émond, Julie 38
 Émond, Claire 56
 Epstein-Gilboa, Keren 72, 73
 Fernandes, Fernanda 78
 Ferreira, Ema 23
 Filteau, Chantal 56
 Fontaine, Lorraine 19
 Fortin, Christian 80
 Fortin, Sylvie 42
 Gagné, Guy-Paul 14, 40, 49, 75
 Gagné, Suzanne 61
 Gagné, Louis-Philippe 44
 Gagnon, Anita 41
 Gagnon, Andrée 86
 Gagnon, Danielle 55
 Gagnon, Nathalie 30, 81
 Gagnon, Fabien 68, 81
 Gagnon, Raymonde 20, 29, 78
 Gagnon, Suzanne 78
 Galarneau, Marie 79
 Galipeau, Roseline 71
 Garon, Roseline 74
 Gauthier, Ariane 55
 Gauthier, Yvon 23
 Gauthier, Simon 52
 Gauthier, Dany 36, 82
 Gauthier, Robert 39
 Gélineau, Lucie 78
 Géraldès, Patricia 79
 Gerbelli, Catherine 49
 Germain, Marc 44
 Germain, Patricia 66
 Gervais, Christine 39
 Gilbert, Sophie 47
 Goffinet, François 51, 57
 Goulet, Céline 71
 Goron, Stéphanie 34
 Gray-Donald, Katherine 26
 Green, Marina 76
 Groleau, Danielle 26
 Guilbert, Lucille 20, 78
 Guay, Josée 55
 Gunner, Annie 33
 Haché, Jean-Baptiste 34
 Haiek, Laura N. 36, 72, 82
 Hamel, Marthe 62
 Hamelin, Lucie 82
 Harper, Samuel 24, 34
 Hébert, Emmanuelle 29, 49
 Hébert, Lucie 34
 Hébert, Suzanne 80
 Hernandez-Sanchez, Olivia 19
 Hersson-Edery, Fanny 15
 Hivon, Myriam 19
 Jimenez, Vania 14, 15
 Kay-Hatfield, Janis 63

Klein, Michael C. 58, 77, 86
 Krymko-Bleton, Irène 51
 Labbok, Miriam 17, 58, 62, 75
 Lachance, Dominique 78
 Lacharité, Carl 36, 39, 45
 Lacombe, Marie 30, 70
 Lafleur, Geneviève 53
 Lalinéc Michaud, Martin 61
 Landry, Danielle 27
 Lang, Ariella 48
 Lauzière, Julie 26
 Lavandier, Karine Alexandra 67
 Lavergne, Chantal 79
 Lebel, Alain 59
 Lefebvre, Pierre-Louis 59
 LeGall, Josiane 42
 Lalonde, André 57, 85
 Lemay, Céline 24, 32, 45
 Lemay, Martine 20
 Lemire, Linda 36
 Léonard, Christiane 14, 48
 Lévesque, Sylvie 27
 Lévesque, Nathalie 36
 Lussier, Véronique 47
 Lynch, Bridget 50
 Mannion, Cynthia 17
 Martel, Marie-Josée 65, 66
 Martel, Johanne 54
 Martin, Debbie 55
 Masson, Marie-Claude 82
 Mathur, Heather 55
 McKay, Nicole 25
 Mercier, Jean-Claude 60
 Molénat, Françoise 14, 58
 Molino, Luisa 26
 Morin, Caroline 23
 Morin, Réal 16, 60
 Morissette, Pauline 79
 Nader, Mélissa 55
 Nantel, Claudette 69
 Noël, Raphaële 38, 74
 Normandin, Marie 85
 Ouellet, Isabelle 70
 Ouellette, Émilie 81
 Ourabah, Sabrina 57
 Pasquier, Jean-Charles 49
 Pelletier, Véronique 67
 Petersen, Fiona 65
 Petitjean, Raphaëlle 55
 Piltan-Goubayon, Anne 14
 Plante, Marie-Carmen 34
 Pino, Nicole 55
 Poliquin, France 21, 35
 Polomeno, Viola 59
 Porret, Dominique 37, 50, 52, 61
 Pothier, Chantal 56
 Puskas, Daniel 47

Racicot, Suzanne 33
 Razurel, Chantal 37
 Reeves, Nicole 67
 Reid, Patricia 21
 Richardson, Mary 27
 Robert, Emmanuelle 67
 Rocheleau, Lydia 72
 Rodriguez, Charo 26
 Rodriguez Del Barrio, Lourdes 19
 Ross, Lise 57
 Rousseau, Hélène 15
 Roy, Christine 20
 Roy, Isabelle 61
 Ruiter, James A. 14
 Sakiagak, Lissie 49
 Santerre, Marie-Josée 61
 Saucier, Jean-François 74
 Sellen, Daniel 44
 Semenic, Sonia 26, 76
 Senécal, Isabelle 74
 Shields, Tammy 63
 Shorten, Allison 40
 Sigouin, Amélie 15
 Srinivasan, Anjana 46
 St-Amant, Stéphanie 19
 St-André, Martin 58
 St-Cyr Tribble, Denise 65
 Sterlin, Carlo 15, 45
 Stern, Meira 46
 Stikarovska, Irena 33
 Stonier, Jennifer 49
 St-Pierre, Monik 61, 76
 St-Pierre, Hélène 54
 Taschereau, Marie-Ève 70
 Tessier, Joanne 20, 78
 Thauvette-Poupard, Andrée 85
 Thiaw, Marie-Louise 78
 Thibaudeau, Bernadette 15, 49
 Thibodeau, Lucie 45
 Tougas- Poirier, Colette 14
 Tousignant, Diane 21, 35
 Tremblay, Audrey 52
 Tremblay, Pierre 68, 81
 Trépanier, Marie-Josée 40
 Turcotte, Geneviève 79
 Turmaine, Anne 55
 Vadeboncoeur, Hélène 19, 45, 75
 Vallières, Pascale 55
 Venne, Marielle 24, 79
 Verdon, Chantal 47, 48
 Villeneuve, Raymond 39
 Vilnef, Stéphanie 63
 Webel-Edgar, Lori 84

Communications par affiche

Arcand, Isabelle : Norme pratique en soutien intra-partum

Bonapace, Julie : Evaluation of the Bonapace method : a specific educational intervention to reduce pain during childbirth

Boucher, Louise : Les centres de ressources périnatales

Courville, Françoise : Intervention formative portant sur les pratiques d'initiation à l'allaitement au sein

Dansereau-Trahan, Émilie : L'obsession de la minceur : une industrie lucrative !

Delagado, Hélène : Effet analgésique de l'allaitement maternel

Demmers, Théa : Des résultats non équivoques = Enfanter mieux

Desrosiers-Choquette, Janine : Des résultats non équivoques = Enfanter mieux

Duquette, Marie-Paule : Des résultats non équivoques = Enfanter mieux

Epstein-Gilboa, Keren : Counter Transference: The Impact of Clinician's Personal scripts on Work with Families Experiencing Pregnancy, Birth and Breastfeeding

Epstein-Gilboa, Keren : Pregnancy Loss: The unspoken component of the pregnancy and birth continuum

Fontaine, Isabelle : Norme pratique en soutien intra-partum

Gagnon, Raymonde : Aperçu statistique de deux maisons de naissance

Gaumont, Isabelle : Evaluation of the Bonapace method : a specific educational intervention to reduce pain during childbirth

Goupil, Érica : La littérature portant sur la sécurité des accouchements à domicile : à l'origine de la controverse ?

Hébert, Emmanuelle : Aperçu statistique de deux maisons de naissance

Kaiser, Barbara : Impact du stress, du soutien social et du coping sur le bien être maternel : revue de littérature

Lacharité, Carl : L'allaitement pour prévenir et soulager la douleur du nouveau-né

Laforest, Marty : Un coup de main, papa ? Perceptions du soutien reçu selon le suivi prénatal

Lane, Geneviève : Norme pratique en soutien intra-partum

Lemire, Linda : L'allaitement pour prévenir et soulager la douleur du nouveau-né

Malenfant, Joëlle : Les soins chiropratiques et la grossesse

Marchand, Serge : Evaluation of the Bonapace method : a specific educational intervention to reduce pain during childbirth

Martin, Natalie : Norme pratique en soutien intra-partum

Minarro, Vanessa : Les CERDAM : des centres ressources documentaires sur l'allaitement maternel

Minarro, Vanessa : Allait' Accueil : une action de promotion de l'allaitement maternel dans la durée, auprès des structures de garde des jeunes enfants

Normand, Ariane : Un coup de main, papa ? Perceptions du soutien reçu selon le suivi prénatal

Obu, Fidel : Measurements of Empowerment : An evaluation of empowerment effects when mothers breastfeed

Paquet, Caroline : La littérature portant sur la sécurité des accouchements à domicile : à l'origine de la controverse ?

Pouliot-Gagné, Geneviève : Intervention formative portant sur les pratiques d'initiation à l'allaitement au sein

Razurel, Chantal : Impact du stress, du soutien social et du coping sur le bien être maternel : revue de littérature

Savoie, Émilie-Paul : Evaluation of the Bonapace method : a specific educational intervention to reduce pain during childbirth

Schroeder, Debbie : Measurements of Empowerment : An evaluation of empowerment effects when mothers breastfeed

Avant l'âge de 2 ans, la grande majorité
des petits regardent la télé alors
que des interactions directes
avec ceux qu'ils aiment
font toute la différence
dans leur développement.



Coup d'oeil sur notre dossier périnatalité

Quelques-unes de nos réalisations

Le dossier périnatalité est majeur pour l'Association pour la santé publique du Québec, et ce, depuis plus de trente ans. Au fil du temps, l'ASPQ s'est taillée une place unique et rassembleuse à l'interface des milieux clinique, communautaire, de la recherche et de la santé publique. L'Association considère la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et les débuts de la vie d'un enfant comme étant un seul et même processus physiologique, une expérience singulière et multidimensionnelle qui a des impacts importants sur la vie de la mère, du père, de l'enfant, des autres membres de leur famille ainsi que sur la vie de leur communauté.

À travers l'ensemble de ses projets qu'elle réalise, l'Association s'efforce de mettre en place différentes stratégies qui mettent de l'avant sa vision, dans l'objectif de favoriser l'autonomie des familles, l'attachement parent-enfant, l'utilisation plus judicieuse des technologies médicales, le respect physique et psychique des personnes ainsi que les pratiques novatrices. Pour l'ASPQ, l'atteinte de ces objectifs sera nécessairement facilitée si l'ensemble des acteurs de la périnatalité, tous secteurs confondus, assurent la complémentarité de leurs actions, travaillent en continuité et assurent des échanges interdisciplinaires continus. Maintenir vivant un dialogue interprofessionnel, assurer la cohérence du discours et nourrir la réflexion, voilà ce à quoi aspire l'ASPQ.

Le Périscoop

Depuis 1995, le Périscoop est le seul bulletin interdisciplinaire en périnatalité. Distribué à 2000 exemplaires dans toutes les régions du Québec et disponible en ligne sur le site de l'Association (www.aspq.org), il traite d'une foule de thèmes liés à la période périnatale, en abordant différentes perspectives. Plusieurs chercheurs, professionnels, intervenants et étudiants collaborent, sur une base régulière, à l'élaboration de son contenu. Les propositions d'articles ou de thèmes provenant de nos lecteurs sont également toujours les bienvenues.



Dépliant La Césarienne

Aujourd'hui, près d'une grossesse sur quatre se termine par une césarienne. Il s'agit d'une tendance inquiétante et d'une importante question de santé publique, principalement parce qu'il est démontré que cette intervention majeure comporte plusieurs risques, et ce, à différents égards. C'est en appui à la mise en œuvre de la Politique de périnatalité du Québec que nous avons produit le dépliant La Césarienne, en collaboration avec le projet de recherche QUARISMA. Il offre aux femmes enceintes des moyens de la prévenir tout en fournissant des informations importantes à connaître lorsqu'elle s'avère essentielle.

Devenir parent: des besoins à connaître et à reconnaître (2009)

Ce document propose une synthèse de la Conférence annuelle 2008 de l'ASPO. La grossesse, l'accouchement et la première année de vie avec un bébé marquent une période de transformations et de changements majeurs dans la vie des parents. Au-delà du suivi médical et du passage de la mère et de son bébé à travers le système de santé et de services sociaux, comment notre société accueille et soutient-elle les familles? Quels environnements mettons-nous en place pour les accompagner dans leur nouvelle réalité? Quelle place accordons-nous à leur expérience et à leurs besoins? Telles sont les questions auxquelles nous avons tenté de répondre lors de cette rencontre.



Dépliant Grossesse et accouchement – Droits des femmes

À travers son dépliant Grossesse et accouchement – Droits des femmes, qui existe depuis 1989, l'ASPO informe les femmes enceintes de leurs droits relativement aux soins et aux traitements qu'elles reçoivent durant la grossesse, le travail, l'accouchement et dans les heures qui suivent l'accouchement. Les événements liés à la naissance d'un enfant sont uniques et méritent de se vivre harmonieusement, en cohérence avec les besoins et les choix de chaque famille. Ce dépliant est avant tout un outil de communication entre les femmes et les professionnels de la santé lors du suivi de grossesse.

Au Cœur de la naissance – Témoignages et réflexions sur l'accouchement (2005)

Ce livre est né du besoin de partager des récits d'accouchements peu entendus. Enchantées de leur expérience, où elles se sont senties en pleine possession de leurs moyens, des femmes et quelques hommes racontent leurs joies et leurs angoisses, leurs appréhensions et leurs heureuses découvertes. De plus, quelques textes de réflexion, signés par des sages-femmes, des médecins et d'autres personnes ressources, nous convient à élargir nos perspectives sur divers aspects de la naissance, en apportant un nouvel éclairage, souvent à contre-courant.

www.aspq.org



Le développement du cerveau

naître^{et}grandir.net

Les premières années sont déterminantes pour le développement du cerveau. Voilà pourquoi on encourage les parents à stimuler leurs enfants. Tout comme vous le faites dans votre pratique, Naître et grandir.net veut aider les parents à prendre connaissance de la capacité phénoménale d'apprentissage des enfants de 0 à 5 ans.

Stimuler, c'est si simple! Tenir bébé sur son épaule tout en marchant lui permet de voir défiler sous ses yeux les différents objets de son environnement. Lui parler, lui fredonner une chanson installe les assises du langage. À chacune des étapes du développement de son enfant, le parent trouvera sur notre site des exemples simples qui le guideront.

Car, vous le savez, pendant les premières années de l'enfance, tous les milieux dans lesquels vivent les enfants ainsi que la qualité de leurs relations avec les adultes influencent grandement leur développement cognitif, affectif et social.

Naître et grandir.net est fier de s'associer à **Enfanter le monde**.



Les amis d'*Enfanter le monde*

Agence de la santé publique du Canada

AMPRO^{OB}

Association canadienne de santé publique

Association canadienne des sages-femmes

Association des obstétriciens et gynécologues du Québec

Association québécoise pour la santé mentale des nourrissons

Association québécoise des consultantes en lactation diplômées de l'IBLCE

Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses

Avenir d'Enfants

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Centre Premier Berceau

Comité organisateur des Journées annuelles de santé publique

Communication Demo

Fédération québécoise des organismes communautaires famille

Hilton Québec

INFACT Canada

Institut national de santé publique du Québec

La Maison Bleue

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Octane stratégies communications

Office du tourisme de Québec

Ontario Public Health Association

Ordre professionnel des diététistes du Québec

Protech L.P. inc.

QUARISMA

Regroupement Naissance-Renaissance

Réseau des centres de ressources périnatales du Québec

Tourisme Québec

Université de Sherbrooke

Université du Québec en Outaouais



Des réponses aussi faciles à trouver.

Avec le site Naître et grandir.net, les parents n'ont plus à chercher bien loin pour trouver les réponses à leurs questions.

Développement, santé, alimentation, comportement, urgences et premiers soins... Un contenu riche en conseils, entièrement validé par des experts. N'hésitez pas à le recommander.



L'infolettre personnalisée à l'âge de l'enfant, une façon simple pour les parents de suivre son développement.

www.naitreetgrandir.net/infolettre