



DEVENIR PARENT

des besoins à *connaître*
et à *reconnaître*

.....
synthèse de la conférence annuelle 2008

Ce document a été produit sous la supervision du comité de lecture
du document synthèse de la Conférence formé de :

Catherine Chouinard, B.A., chargée de dossier en périnatalité,
Association pour la santé publique du Québec

Céline Lemay, Ph. D., sage-femme

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

Lucie Thibodeau, B. Ps., présidente, Association pour la santé publique du Québec

Rédaction : **Andrée Rivard**, Ph. D.

Révision : **Marcelle Roy**

Illustration de la couverture, graphisme et mise en page : **Studiométrique**

ISBN : 978-2-920202-51-1

Dépôt légal : 4e trimestre 2009

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

Tous droits réservés. Imprimé au Canada.

© Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) 2009

4126, rue Saint-Denis, bureau 200, Montréal (Québec) H2W 2M5

Tél. : 514-528-5811 | Téléc. : 514-528-5590

info@aspq.org | www.aspq.org

La Conférence « Devenir parents en 2008 : des besoins à connaître et à reconnaître »
s'est tenue dans le cadre des 12es Journées annuelles de santé publique.

Table des matières

De la famille en question P.10

Une famille à géométrie variable et à visages multiples.....P.12

Des défis et des enjeux vitaux.....P.13

Sur le plan de la santé physique et psychologique.....P.13

Sur les plans anthropologique et écologique.....P.16

URGENT : changement de perspective demandé !.....P.18

Les besoins des familles en période périnatale P.20

La Politique québécoise de périnatalité, 2008-2018 : divers points de vue.....P.22

Vers une périnatalité sociale ?.....P.26

Information et empowerment.....P.30

Des expériences inspirantes.....P.37

La Maison du Collectif de Sept-Îles.....P.37

La Maison bleue.....P.39

Le Centre Premier Berceau.....P.41

Une société accueillante pour les familles. P.42

Penser globalement : démystifier le modèle
social de médicalisation de la naissanceP.44

Agir localement : les municipalités et la création
d'environnements favorables à la familleP.46

Le monde du travail : un point névralgique dans le mieux-être familialP.49

Des mesures de conciliation travail-famille en entreprise :
expérimentation d'une méthode d'implantation.....P.49

Emploi et allaitement.....P.50

Annexe P.54

Les comités de la conférence

Les membres du comité scientifique

Chantale Audet, M.A., agente de recherche,
Institut national de santé publique du Québec

Lise Bourcier, M. Sc., analyste-conseil,
Conseil de la famille et de l'enfance

Julie Brousseau, Ph. D., conseillère en petite enfance,
Fondation Lucie et André Chagnon

Catherine Chouinard, B. A., chargée de projet en périnatalité, Association pour la santé publique du Québec

Isabelle Côté, M. Sc., conseillère aux programmes, direction des services médicaux généraux et pré-hospitaliers, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Lina Côté, B. Ps., Regroupement québécois des organismes communautaires famille du Québec

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

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

Luc Paradis, B. A., Centre de santé et des services sociaux de Dorval-Lachine-Lasalle

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

Marc-André Plante, C., directeur général,
Carrefour action municipale et famille

Pierrette Simard, M. Ps., directrice générale,
Autonomie Jeunes Familles

Lucie Thibodeau, B. Sc., directrice, Réseau des centres de ressources périnatales

Bernadette Thibaudeau, B. Sc. Inf., infirmière,
Maison Bleue et CSSS de la Montagne

Les membres du comité d'organisation

Catherine Chouinard, B. A., chargée de projet en périnatalité, Association pour la santé publique du Québec

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

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

Lucie Thibodeau, B. Sc., directrice, Réseau des centres de ressources périnatales

Un grand merci!

L'ASPQ tient à souligner les nombreux efforts fournis par tous ceux et celles qui se sont engagés, de près ou de loin, dans la réalisation de cette conférence. Elle les remercie chaleureusement.

Si l'événement a connu un tel succès, c'est grâce à la participation constante ainsi qu'au grand intérêt qu'ont témoigné les membres du comité scientifique et du comité d'organisation. Un merci sincère pour le temps précieux que vous avez investi dans la mise sur pied de cette conférence, dans l'élaboration d'un programme des plus intéressants et pertinents. Soulignons également l'apport de tous les conférenciers et conférencières qui, de par leur présentation riche en contenu, ont partagé avec nous leurs connaissances et leurs expériences. Merci à la troupe de théâtre d'intervention participative Mise au jeu qui nous a offert une création sur mesure sur la thématique de la conférence.

Ce document a été réalisé grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans ce document-synthèse sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence de la santé publique du Canada.

La réalisation de la conférence a été rendue possible grâce à l'appui financier du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Préface

Créée en 1943 par des médecins, infirmières et hygiénistes travaillant dans les unités sanitaires du Québec, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) est aujourd'hui une association à but non lucratif qui a pour mission la prévention, la promotion et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Seule association multidisciplinaire et intersectorielle en matière de santé publique au Québec, elle constitue une ressource unique.

L'ASPQ fait la promotion de l'autonomie et du respect du droit des gens à participer aux décisions qui les concernent, tout en croyant au maintien d'un juste équilibre entre les droits individuels et les droits collectifs. Elle contribue aussi à la santé publique en favorisant l'émergence d'environnements propices à l'épanouissement du plein potentiel humain. L'ASPQ occupe de plus une tribune de choix pour appuyer les politiques gouvernementales et les lignes directrices en prévention et en promotion de la santé et du bien-être. Parmi les stratégies utilisées, l'ASPQ privilégie l'organisation de conférences et d'activités de formation et l'appui de coalitions, ainsi que la rédaction et la diffusion de documents et d'outils d'information.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter notre site Internet à l'adresse suivante : www.aspq.org.



La périnatalité à l'ASPQ

Au fil des conférences

Voilà trente ans déjà que la périnatalité constitue l'un des dossiers majeurs investis par l'ASPQ. Depuis les années 80, chaque décennie a été marquée par l'organisation de grands événements publics entourant la périnatalité. Chacun d'entre eux a contribué à l'une ou l'autre des stratégies de l'Association, soit questionner, réfléchir, mobiliser et influencer la société québécoise dans le but ultime de contribuer à la promotion, au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

En **1980**, l'ASPQ se joignait au ministère des Affaires sociales (MAS) pour organiser les colloques « Accoucher... ou se faire accoucher? », où plus de 10 000 personnes, originaires des quatre coins de la province, avaient exprimé leurs inquiétudes en lien avec l'accouchement au Québec. En effet, des comparaisons internationales et des données produites par l'Organisation mondiale de la santé permettaient de prendre conscience que le Québec avait des taux

d'interventions obstétricales particulièrement élevés. La médicalisation et la déshumanisation de la grossesse et de l'accouchement ainsi que le morcellement des soins et des services avaient alors été sévèrement pointés du doigt. Les recommandations émises lors de ces colloques ont nourri la dynamique qui a entouré la périnatalité au Québec dans les années qui ont suivi. Ce premier grand rassemblement est en effet à l'origine de plusieurs changements auxquels l'ASPQ est étroitement associée, dont la légalisation de la pratique des sages-femmes.

En **1990**, l'ASPQ organisait le colloque « Au carrefour de la nouvelle périnatalité », suivi dans les années subséquentes des « Journées annuelles de périnatalité (JAP) », qui se sont déroulées dans la plupart des régions du Québec. Branchées sur les réalités des parents et des intervenants, ces journées réunissaient des participants autour d'un thème commun lié à l'organisation des services en périnatalité, dans le but de mieux comprendre, analyser et proposer des actions aux décideurs et planificateurs régionaux.

¹L'écriture de ce texte a été inspirée d'un article publié dans la revue de l'Observatoire franco-québécois sur la santé : Valentini, Hélène (2004). Notre force de changement - L'évolution de la périnatalité au Québec - 1973-2003, Santé, Société et Solidarité, 2004/1, 49-55.

Les thèmes des JAP :

1993

*La famille au cœur des soins :
l'approche intégrée en milieu hospitalier*

1994

*Et après : être reconnu et soutenu
dans le rôle de parents*

1996

*L'intégration des sages-femmes
dans le système de santé québécois*

1998

*Soutenir la maternité et la paternité
sans s'essouffler*

2000

*En l'an 2000, branché
sur les nouvelles familles québécoises*

En **2004**, la conférence « Obstétrique et santé publique » conviait les intervenantes de la périnatalité (médecins, infirmières, sages-femmes, accompagnantes à la naissance, travailleuses du milieu communautaire, ainsi que les parents) à « Élargir les perspectives sur les réalités de la naissance ». Lors de cette conférence, la prise de conscience la plus importante fut sans nul doute l'omniprésence des risques et de la peur dans le domaine de l'obstétrique et de la périnatalité, tout comme dans la société en général, ayant pour conséquence que nous assistons malheureusement à la perte de confiance de toute une génération de femmes en leur capacité d'accoucher simplement.

En **2008**, nous avons tenté de répondre à bon nombre de questions lors de la conférence « Devenir parents : des besoins à connaître et à reconnaître ». Au-delà du suivi médical et du passage de la mère et de son bébé à travers le système de santé et des services sociaux, comment notre société accueille-t-elle 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 ? C'est la synthèse de cette conférence que vous consultez en cet instant présent.

Enfin, près de 30 ans après « Accoucher... ou se faire accoucher ? », dans un contexte qui à plusieurs égards a énormément évolué, l'ASPQ proposera de mettre en perspective nos aspirations collectives face aux premiers temps de la vie. ENFANTER LE MONDE sera une invitation unique à explorer, dans le cadre d'une réflexion interdisciplinaire, les multiples dimensions reliées aux premiers temps de la vie. Sa particularité sera de rassembler en un même lieu toutes les personnes intervenant en périnatalité et qui, bien qu'œuvrant dans un même domaine, ont peu souvent l'occasion de mettre en commun leurs expériences et leurs questionnements. ENFANTER LE MONDE est organisé en partenariat avec l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec (AOPQ), le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC).

Mot de la présidente de l'ASPQ

Je suis heureuse de vous inviter à lire ce document qui est un résumé de la conférence annuelle de l'Association pour la santé publique du Québec, qui s'est déroulée à l'automne 2008 dans le cadre des Journées annuelles de santé publique. Nous souhaitons que vous y trouviez des rappels de ce que vous avez entendu, mais aussi une perspective différente de ce qui a été livré au cours de cette journée, puisque l'organisation du texte diffère du déroulement de la conférence.

Je vous encourage à le parcourir du début à la fin, avec autant de pauses que vous le souhaitez, pour intégrer des idées, réfléchir à une affirmation ou chercher comment cela peut influencer votre travail en périnatalité. Nous croyons que le contenu de ce document permettra de retenir la « substantifique moëlle » de cette riche journée. La lecture du document peut aussi compenser pour le temps trop court dont nous avons disposé pour approfondir certains aspects des présentations. Vous pouvez ainsi démarrer ou poursuivre les échanges que vous auriez aimé réaliser, mais qui ont dû être écourtés faute de temps.

Nous vous offrons donc cette nouvelle production de l'ASPQ, avec le même objectif d'enrichir votre réflexion, de vous outiller dans votre travail, de vous encourager à partager vos expériences et votre vision en périnatalité et de vous permettre de poursuivre votre travail encore plus confiantes.

Bonne lecture à toutes et à tous.

La présidente



Lucie Thibodeau

« COMMENT ON
FAIT DES BÉBÉS ?
TU VERRAS BIEN
ASSEZ VITE. »
BERNADETTE
(1923 - 2007)

« JE PENSAIS QUE
DONNER MA VIE
POUR MES ENFANTS
PIS MON MARI,
ÇA ME RENDRAIT
HEUREUSE. »
LISE (1943 -)

« JE SUIS MORTE
À L'ACCOUCHEMENT DE
LA PETITE DERNIÈRE, LA
PETITE BERNADETTE. »
ALBERTINE
(1888 - 1923)

Extraits de la pièce de
théâtre de la troupe
Mise au jeu « Devenir
parent en 5 temps, un
survol de l'histoire de la
périnatalité au Québec »

« JE TROUVE ÇA
JEUNE, 28 ANS, POUR
AVOIR UN ENFANT.
JAURAIS AIMÉ ÇA
ATTENDRE À 35 ANS
AU MOINS. »
MARYSE (1981-)

« T'ES ENCEINTE ? AH ! ...
BEN, C'EST COOL... JE VEUX
DIRE... ON ES-TU CONTENT
LÀ ? MOI JE PENSE QU'ON
DEVRAIT ÊTRE CONTENT...
NON ? »
JEFF (1977 -)

De la famille en question

« JE LAISSERAI JAMAIS
TOMBER NATHALIE.
PIS ÇA POURRAIT
MÊME ÊTRE L'INVERSE :
NATHALIE QUI TRA-
VAILLE PIS MOI À LA
MAISON... »
MARC (1964 -)

Le dernier demi-siècle a de quoi rendre perplexes ceux et celles qui s'ingénient à décrire et à saisir l'évolution de la famille québécoise.

En particulier, le passage d'un modèle familial univoque à une famille aux configurations multiples et variables, changeantes au fil de la vie, dans un contexte social nouveau et un extraordinaire développement technoscientifique, a eu des conséquences déterminantes sur la famille et sa qualité de vie. Pour les Québécoises et les Québécois, contrairement à

l'idée répandue, la grande question n'est certes pas celle du désir d'enfant, mais plutôt celle du sens accordé à la parentalité et du soutien cohérent auquel les parents peuvent s'attendre de la part de leur communauté et, plus globalement, de la société. C'est en tout cas ce qu'ont soutenu, dans le cadre de leur conférence respective, Louise Vandelac, professeure titu-

laire au département de sociologie de l'UQÀM, et Marie Rhéaume, présidente du Conseil de la famille et de l'enfance du Québec. Et elles sont loin d'être les seules à l'avoir fait observer lors de la conférence « Devenir parents en 2008 ». Plusieurs autres conférenciers et conférencières, participants et participantes l'ont également souligné via une variété d'autres thèmes.

Une famille à géométrie variable et à visages multiples

Oui, la famille a beaucoup changé au cours des dernières décennies, si bien que persister à parler que LA famille encore de nos jours est devenu un non-sens occultant ses mutations sensibles. Parmi ces changements, il faut souligner la multiplication du nombre de personnes vivant seules et de couples sans enfants, et la décroissance du nombre de personnes par ménage et par famille, de même que du nombre d'enfants par famille. La monoparentalité a de son côté peu évolué, malgré sa précocité tout à fait nouvelle et ses causes (les séparations et les divorces ont remplacé le décès du conjoint) ; le parent seul est encore le plus souvent la mère, et cette famille est davantage affectée par des situations de pauvreté. Le modèle biparental tient relativement bien la route, les familles biparentales intactes représentant en 2001 une part de 67%. Globalement, explique Louise Vandelac, le Québec d'aujourd'hui compte deux millions de familles à géométrie variable et à visages multiples, formées surtout de couples avec enfants représentant 42 % des familles

(la proportion était de 58 % en 1981). Il s'agit toutefois d'un portrait très fluctuant, insiste Louise Vandelac, vu la variété des familles recomposées et leur variabilité dans le temps. Rien à voir avec le modèle familial univoque des années 1950 ! « Les parents ont de moins en moins d'enfants, les enfants de plus en plus de parents », souligne-t-elle tout en notant au passage les récents défis que cette nouveauté représente, spécialement sur le plan de la prise en charge. Les nouvelles familles, observe encore la sociologue, sont « concentrées au temps abrégé de la conception de l'enfant, réduit à quelques années, et elles sont aux prises avec de jeunes adultes qui ne partent plus ; ils traînent à la maison pendant encore cinq ans ou bien ils reviennent épisodiquement ». Amorcer une nouvelle famille est difficile et commence souvent dans la fragilité. L'allongement des études, l'endettement scolaire, la difficulté d'insertion professionnelle, la précarité de l'emploi, l'absence de politique permettant d'avoir des enfants au moment désiré, impliquent pour nombre de jeunes adultes un report constant de la première naissance (aussi n'est-il pas étonnant que l'expérience de la maternité soit d'abord vécue par plusieurs d'entre elles par le biais d'un

avortement aux âges où leur mère ou leur grand-mère avaient déjà un enfant). Les nouvelles conditions sociales liées au travail ont aussi radicalement touché la famille. Depuis trente ans, signale Louise Vandelac, le taux d'activité des mères d'enfants de moins de trois ans a augmenté en flèche, passant de 28,8 % en 1976 à 72,9 % en 2002. En 2001, près de 75 % des conjoints étaient actifs. Durant les années 1970, 35 à 40 heures de travail étaient nécessaires pour faire vivre une famille canadienne comportant deux enfants (pour un revenu médian) ; dans les années 1990, il en fallait entre 75 et 80. En même temps, le travail atypique (emplois à temps partiel, temporaires, contractuels, sur appel, saisonniers, etc.) est devenu typique dans la société québécoise.

Des défis et des enjeux vitaux

Sur le plan de la santé physique et psychologique

Les divers observateurs constatent le désir d'une programmation plus nette des naissances. La croissance des avortements, dont le taux est passé de 20 % à 38,8 % des grossesses entre 1976 et 2001, le report de l'amorce d'une famille et la concentration du calendrier de grossesse, essentiellement entre 27 ans et 32 ans, en sont des indices. « Quand on va vouloir un enfant, constate Louise Vandelac, on va vouloir que ce soit maintenant parce qu'on a l'impression d'avoir réuni toutes les conditions. Donc tout report ou retard va être rapidement considéré comme un problème de santé. » Ainsi, la maternité est de nos jours médicalisée plus rapidement qu'autrefois alors que les naissances étaient plus étalées. Un des effets les plus visibles de ce phénomène est le recours accru aux nouvelles technologies de reproduction humaines (NTRH), un usage en vogue mais qui ouvre la voie à de nombreuses dérives. À titre d'exemple, la sociologue cite le cas des États-Unis, où 54 % des femmes de plus de 42 ans fécondées in vitro en 2004 ont eu recours au commerce d'ovocytes (cette portion de femmes âgées de plus de 42 ans représente 9 % de celles ayant eu recours aux NTRH).

Pour sa part, Marie Rhéaume, présidente du Conseil de la famille et de l'enfance, met en évidence les multiples difficultés d'adaptation qui peuvent joncher le parcours des parents. Si, la plupart du temps, l'annonce d'un enfant est un événement heureux, il existe de nombreuses autres circonstances pouvant laisser entrevoir des situations de vulnérabilité durant la période prénatale. Les grossesses non planifiées, précoces (comme à l'adolescence), celles issues d'un long processus destiné à favoriser la fertilité, ou encore la rupture du couple, une situation économique défavorable, et d'autres facteurs, jouent un rôle dans l'adaptation de la famille au moment de l'arrivée d'un nouvel enfant. De plus, le stress et l'anxiété maternels auraient une influence sur les complications de la grossesse, les accouchements avant terme et la propension à donner naissance à un bébé de petit poids. Autre facteur défavorable, indique Marie Rhéaume, de plus en plus de femmes arrivent épuisées à leur accouchement ; plusieurs causes sont à considérer : certaines caractéristiques des emplois occupés par les femmes enceintes, l'irrégularité de l'horaire de travail, les difficultés accrues pour l'obtention d'un retrait préventif, le stress lié à l'emploi et la tendance des femmes à repousser le moment d'arrêter leur travail (dans le but de bénéficier d'un congé de maternité plus long après la naissance). Pour certaines peut s'ajouter l'appréhension face à l'accouchement. À cet égard, l'accouchement par césarienne est susceptible d'accentuer les difficultés d'adaptation et d'avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé de la mère durant la période postnatale. En 2004, 22 % des naissances au Québec étaient issues de césariennes. Marie Rhéaume rappelle également le stress du père concernant l'accouchement de sa conjointe, un stress d'ailleurs favorisé par le tabou dont il fait l'objet. Par ailleurs, la sortie précoce de l'hôpital en vigueur depuis quelques années (habituellement dans les 48 heures suivant l'accouchement), jointe à l'insuffisance de ressources appropriées et au manque de disponibilité du père durant les relevailles, de même que l'isolement de certaines femmes, sont des conditions qui suscitent un stress important chez les parents. On estime que le syndrome du « bébé blues » toucherait quant à lui jusqu'à 80 % des femmes. Marie Rhéaume cite à cet égard

la pédopsychiatre et psychanalyste française Myriam Szejer qui a tiré la sonnette d'alarme ces dernières années sur le problème de la dépression maternelle. Selon elle, « tout est mis en place pour que les dépressions se multiplient, car jamais une société humaine n'a été aussi dure avec les jeunes mères, ne les a laissées aussi seules² ». Les constats du Rapport 2005-2006 sur la situation et les besoins des familles et des enfants préparé par le Conseil de la famille et de l'enfance est très troublant à ce sujet. En outre, tout en soulignant les lacunes dans le suivi médical au moment des relevailles, le Rapport souligne « l'importance du dépistage précoce des problèmes liés à l'accouchement et ... la nécessité d'avoir du personnel formé qui suit les femmes tout au long de leur grossesse³ ».



En ATELIER, DEUX INTERVENANTS, ALAIN GUITARD ET ISABELLE BRABANT, ONT TOUR À TOUR TÉMOIGNÉ de la multitude d'adaptations auxquelles sont confrontés les futurs et nouveaux parents. Leur vécu personnel (Alain Guitard à titre de père) et leur expérience professionnelle auprès des femmes enceintes et des nouvelles mères (Isabelle Brabant à titre de sage-femme mais sans doute aussi de mère) ont été mis à contribution pour montrer que la période de transition vers la maternité et la paternité est jonchée de mille et un petits détails, souvent impalpables, mais qui exigent des femmes et des hommes une multitude d'adaptations, même s'ils ne vivent pas des difficultés majeures.

Pour les pères (Alain Guitard), accepter la transformation, être responsable de la vie d'un enfant, être un modèle pour la société, être présent pour ses enfants et auprès de sa conjointe, de même que les sentiments mêlés de joie et d'anxiété par rapport à la naissance, la réévaluation nécessaire des priorités, les transformations dans la vie de couple, les questionnements par rapport à l'éducation des enfants, tous ces aspects exigent une grande capacité d'adaptation.

Pour les mères (Isabelle Brabant), le passage du monde du travail rémunéré à une existence centrée sur la vie familiale et l'entretien de la vie exige une acclimatation certaine et beaucoup de souplesse, notamment en raison du changement de rythme de vie. La femme qui devient mère vit une série de gains mais aussi de deuils qu'elle doit apprivoiser. La sage-femme souligne par ailleurs la méconnaissance de la société à l'égard de la femme enceinte (une déclaration à laquelle acquiesce spontanément l'auditoire!), ce qui est loin d'aider à sa nécessaire adaptation aux multiples changements qui surgissent dans sa vie. Que la femme et l'enfant soient considérés de manière séparée, ou pire, que la mère soit vue comme étant potentiellement dangereuse pour son bébé (ce qui est généralement le cas), annoncent la suite des événements. Cette condition culturelle mène trop souvent les mères à la dépression post-partum. Ce dont les femmes ont le plus besoin en période périnatale c'est d'être reconnues, accompagnées et soutenues.

²Notons qu'en 2004, Myriam Szejer était l'invitée de l'ASPQ dans le cadre de sa Conférence annuelle, organisée sous le thème « Obstétrique et santé publique: Élargir les perspectives sur les réalités de la naissance », où elle avait livré ses réflexions sur la question de la médicalisation de la maternité et de la maltraitance institutionnelle des mères.

³Gouvernement du Québec, Conseil de la famille et de l'enfance, Transitions familiales: Le rapport 2005-2006 sur la situation et les besoins des familles et des enfants, Québec, 2007, p. 32-34.

En DEHORS DES RENCONTRES PRÉNATALES QUI VISENT À INFORMER LES PARENTS, QUELS SONT LES SERVICES disponibles pour les futurs parents ? [...] Seulement quelques territoires de CSSS sont munis de centres de ressources périnatales et d'organismes communautaires en périnatalité. Que dira l'infirmière à la mère qui souhaite échanger avec d'autres parents qui sont dans sa situation, être soutenue dans les changements psychologiques qu'elle vit, être rassurée face à sa relation de couple qui change, qui désire suivre des rencontres de yoga prénatal ? »

Lucie Thibodeau, représentante du Réseau de centres de ressources périnatales, lors de la table ronde « Politique de périnatalité et organisation des services : différentes perspectives ».

Et le couple dans tout cela ? Marie Rhéaume rappelle que l'accueil d'un enfant constitue bien souvent une menace pour le couple, exigeant une nécessaire adaptation. Notamment, le stress des nouvelles responsabilités, la gestion de la vie quotidienne, la réorientation du mode de vie favorisent l'éclosion de multiples tensions qui peuvent se répercuter sur les relations affectives et sexuelles, ainsi que sur le niveau d'attachement que les parents développent à l'égard de l'enfant.

La fin du congé parental est une autre étape importante et qui menace la qualité de la vie familiale. Le Conseil de la famille et de l'enfance a souligné les défis présentés alors par les décisions relatives à la prise en charge de l'enfant, la crainte du retour prématuré au travail, le doute suscité par la quantité et la multiplicité de l'information accessible sur l'éducation des enfants, la crainte des parents de ne pas être à la hauteur, les questionnements par rapport au soutien public et aux milieux pas toujours accueillants pour la famille. Tous ces aspects figurent parmi les éléments générateurs de stress pour les parents⁴.

Au même titre, la conjugaison des rôles de parent et de travailleur (ou d'étudiant) exige un niveau d'adaptation très élevé de leur part. Divers travaux ont relevé les conséquences des nouvelles conditions sociales liées au travail sur la qualité de vie familiale et les périls qu'elles présentent pour la santé des membres de la famille. Un marché du travail marqué par la précarité et par de nouvelles conditions atypiques, les difficultés liées à la conciliation famille-travail ou famille-études, l'augmentation du nombre d'heures nécessaires pour faire vivre une famille, le sentiment de solitude des parents qui se sentent socialement peu soutenus, sont certes bien peu

favorables à la santé. Dans leurs conférences respectives, Louise Vandelac et Marie Rhéaume ont souligné l'impact direct de ces nouvelles conditions sur les soins de prise en charge et sur le temps familial et conjugal alors réduit en peau de chagrin. Un rapport aux enfants « marqué par le temps restreint, le temps serré, le temps précipité », indique Louise Vandelac, l'épuisement physique et la détresse psychologique des parents, en sont les effets directs. Les familles biparentales sont bien souvent aux prises avec le casse-tête des horaires inconciliables. « Quand les enfants deviennent un peu plus vieux, surtout dans les familles à géométrie variable, la situation devient impossible », note la sociologue. Cette réalité est plus accentuée précisée-t-elle, chez les parents de moins de trente ans. La situation des familles monoparentales conduites par la mère est quant à elle marquée depuis les années 1980 par l'accroissement nécessaire du temps de travail.

⁴Ibid., partie 2.1.

Sur les plans anthropologique et écologique

Dans les faits, accorde-t-on à la famille autant d'importance et d'attention que le laisse supposer l'extraordinaire inflation du discours sur LA famille? Louise Vandelac s'indigne que ce ne soit malheureusement pas le cas. La mise à l'avant-plan de discours surannés masque, soutient-elle, une variété d'enjeux cruciaux pour l'avenir. D'abord, le fait d'être privé du désir de se perpétuer et de créer des liens intrafamiliaux – extrêmement importants pour notre identité et pour la suite du monde – oblitère à quel point la production domestique mérite considération dans nos sociétés. Généralement présenté comme négligeable, le travail qui s'accomplit à l'intérieur de la famille constitue pourtant entre le tiers et les deux tiers du produit intérieur brut (PIB) d'une nation, surpassant la part du travail salarié. D'un autre côté, on considère la famille comme étant si naturelle qu'il va de soi qu'elle s'inscrive comme éponge première des problèmes sociaux, si bien que trop souvent sans doute elle est conçue comme le lieu spontané de la prise en charge de ses membres dans le besoin. Un autre paradoxe du crescendo discursif sur la famille est qu'il s'accompagne d'une relative indifférence par rapport au décès de quelques onze millions d'enfants dans le monde (selon les chiffres de 2002) en raison de problèmes diarrhéiques. « Avec des services sanitaires de base, cela aurait été évitable », observe Louise Vandelac qui en profite pour dénoncer le « double standard sur l'importance des enfants dans le monde. »



« Il est important de voir qu'on ne pourra plus désormais considérer l'avenir à travers les yeux de nos enfants mais il faudra bien comprendre que le monde habite les yeux de nos enfants et d'autres enfants qui méritent d'être aussi choyés que nos enfants le sont. »

Louise Vandelac, professeure titulaire
au département de sociologie de l'UQÀM

Paradoxalement, observe encore la sociologue, l'investissement idéologique et culturel de la famille contemporaine comme lieu par excellence du confort et de la sécurité est en train de nous conduire collectivement au suicide. « La façon même dont on considère le bien-être, dont on considère le progrès, fait que dans certains cas on s'empoisonne à petit feu et on empoisonne la planète à grand feu. » Cette intoxication écologique ne pourra durer encore bien longtemps, insiste-t-elle. Parmi les conséquences à prévoir figure la restriction du désir d'enfant. Aussi, la question de la reproduction devra nécessairement « être posée dans un cadre beaucoup plus global, beaucoup plus large, en étant beaucoup plus attentifs aux conditions qui président à la conception d'un enfant et aussi au sens qu'on donne à ce geste-là ». Il y a ici une « écologie de l'engendrement » qui est en train d'émerger et auquel on ne pourra plus échapper, soutient la professeure.

La situation mondiale actuelle n'est pas banale, « on est en train de s'introduire dans une mutation anthropologique sans précédent qui passe inaperçue pour la majorité des gens. [...] C'est la première fois dans l'histoire qu'en si peu de temps on met à mal la planète entière ». L'humanité est actuellement au confluent de cinq crises majeures, celles des changements climatiques et de la dégradation de la biodiversité, ainsi que la crise hydrique, la crise des sols et la crise alimentaire, qui touche un milliard d'individus. En même temps, l'humanité connaît des transformations sensibles dans sa façon même de concevoir des enfants.

Et Louise Vandelac déclare :

Je vous avoue que quand je vois ce commerce procréatif se mettre en place avec des femmes, en Inde, littéralement achetées pour en faire des mères porteuses, je me dis : à quoi joue-t-on ? Qu'est-ce qui est en train de se passer dans cette société pour à la fois entreprendre des fractures anthropologiques aussi profondes et d'autre part entreprendre une fracture écologique aussi profonde ? Pourtant on a toutes les ressources humaines, intellectuelles, monétaires pour faire autrement.

Selon la sociologue, il importe de remettre en question la tendance des pays avancés à se biologiser toujours davantage alors qu'« on ne sait plus quoi transmettre au juste à nos enfants », sinon son patrimoine génétique, et que nos existences sont envahies par les médias. Il s'agit là d'un piège à ne pas banaliser. « La mise en sens » de la maternité est beaucoup plus importante que ses aspects biologiques, sur lesquels on insiste pourtant beaucoup dans nos sociétés.

« La mise en sens » de la maternité est beaucoup plus importante que ses aspects biologiques, sur lesquels on insiste pourtant beaucoup dans nos sociétés.

Louise Vandelac, professeure titulaire au département de sociologie de l'UQÀM

URGENT : changement de perspective demandé!

Selon Louise Vandelac, il est impératif de prendre conscience que c'est de l'avenir de l'espèce humaine – rien de moins – qu'il est ici question et que c'est celui-ci qui est au cœur de la présente réflexion sur la famille contemporaine. Et pour commencer, plaide-t-elle, sortons-nous du repli familial et du chacun pour soi! Chaque humain doit se sentir concerné par ce qui se passe ailleurs. « On ne peut plus être les parents d'un seul enfant. On peut simplement être les parents des enfants du monde. [...] Notre rôle en tant que parents est un rôle double, un rôle à la fois de mise en sens de tout ce qui est en train de se passer et surtout de transformation. » À cet égard, elle souligne que les intervenants en périnatalité sont « bien placés pour amorcer ce type de transformation », en tenant compte non seulement des éléments les plus proches de leur réalité mais également de ceux qui paraissent plus lointains et qui se rapprochent à grande vitesse... La question environnementale affecte étroitement la reproduction humaine, et les politiques publiques de santé doivent en tenir compte. Notamment l'environnement est à la source de plusieurs problèmes de fertilité. Parce que la reproduction humaine nous concerne toutes et tous, il faut « forcer les pouvoirs publics à enfin intervenir [...] et à faire en sorte que la santé environnementale soit étroitement liée à tout ce qui se passe du côté de la périnatalité ». Il est également nécessaire de s'assurer que la périnatalité et les questions liées à la reproduction occupent une place prégnante en santé publique, et cela dans une perspective d'écosanté.

La sociologue de l'UQAM soutient en outre que la sécurisation des emplois et l'amélioration des mesures de conciliation travail-famille ou études-famille fourniraient une meilleure marge de manœuvre aux jeunes qui veulent avoir des enfants (ce qui leur éviterait sans doute d'être plus tard confrontés à des choix impossibles et menaçants en termes anthropologiques). « Les conditions de travail font partie de la santé, souligne Louise Vandelac. Elles constituent des possibilités sur lesquelles on peut travailler en amont pour améliorer la santé. » En somme, on ne peut les négliger.

I L Y A UN REPLI FAMILIAL D'AUTANT PLUS FORT que les enjeux globaux au niveau de la planète sont omniprésents et là aussi il faudra voir comment on peut établir des relations, des liens avec un mouvement arc-en-ciel qui, à travers le monde actuellement, commence à travailler sur ces questions-là et dans une perspective toute simple d'intervenir à la source, [...] d'intervenir à chaque fois sur des bases qui ne sont pas frileuses et toutes recroquevillées chacun pour soi en croyant que chacun on pourra se sortir d'affaire. »

Louise Vandelac, professeure titulaire
au département de sociologie de l'UQAM

Le Conseil de la famille et de l'enfance, représenté par sa présidente Marie Rhéaume, abonde sensiblement dans le même sens que Louise Vandelac lorsqu'il affirme la nécessité d'une impitoyable remise en question de la façon dont on considère les familles dans notre société:

Dans notre monde du « chacun pour soi », jusqu'à quel point se préoccupe-t-on de la situation et des besoins des familles et des enfants? Le modèle de la classique famille nucléaire au parcours linéaire est de moins en moins la norme dans la société. Les approches d'intervention tiennent-elles compte des nouvelles réalités? Prêter attention aux familles, c'est d'abord reconnaître leur contribution essentielle à notre collectivité. C'est être attentif à leur réalité et à leurs besoins. Tous devraient se sentir concernés par le bien-être des familles puisque chacun de nous a besoin, à un moment ou à un autre, du soutien familial.

Aussi, le Conseil de la famille et de l'enfance invite les intéressés à soutenir toutes les petites choses qui comptent pour les familles, comme favoriser les échanges et l'entraide, croire en la compétence des parents et leur offrir les outils dont ils ont besoin. « C'est avant tout par l'attention aux détails de la vie quotidienne qu'une société se révèle préoccupée par l'humain et accueillante pour l'enfant et la famille⁵. »

Le rapport 2005-2006 du Conseil de la famille et de l'enfance invite aussi à considérer le soutien à la famille dans la vision la plus large possible tout en envisageant qu'à certains moments, ses membres peuvent ponctuellement avoir des besoins d'aide dont on doit se préoccuper. Il exhorte également à un accroissement des recherches sur les familles tenant compte de l'ensemble du cycle de vie et des transformations en cours. Clairement, plusieurs sujets sont encore nébuleux et mériteraient une plus grande attention de la part des milieux de recherche et des instances publiques. Le sentiment d'isolement des familles est l'un de ceux-là. Il importe ici de souligner que cette dimension est au cœur même de la critique que Lucie Thibodeau a adressée au MSSS lors de cette conférence, dans le cadre de la préparation et de l'imminente mise en œuvre de sa politique de périnatalité, 2008-2018. L'offre actuelle de service et celle qui apparaît en filigrane de la récente politique de périnatalité ne tiennent pas suffisamment compte du besoin de contacts sociaux et de partage d'expérience entre les parents.

A

UCUNE ORIENTATION NE VISE LE DÉVELOPPEMENT DES CENTRES DE RESSOURCES PÉRINATALES QUI ŒUVRENT depuis des années dans leur milieu et contribuent à prévenir les problèmes de santé et les difficultés d'adaptation et à outiller les parents pour créer un réseau local de services en périnatalité. Ces ressources pourraient assurer le suivi postnatal et offrir un ensemble de services aux parents en prénatal, en tenant compte de la multi-dimensionnalité de l'expérience de vivre une grossesse, un accouchement, et de devenir responsables d'un bébé. »

Lucie Thibodeau, représentante du Réseau de centres de ressources périnatales, lors de la table ronde
« Politique de périnatalité et organisation des services : différentes perspectives. »

⁵ Ibid., p. 218.



Les besoins des familles en période périnatale

La Politique québécoise de périnatalité, 2008-2018 : divers points de vue

À l'occasion de sa conférence annuelle, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) a organisé une table ronde sous le thème « Politique de périnatalité et organisation des services : différentes perspectives », où elle avait réuni cinq panélistes : Isabelle Côté du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), Claire Godin, infirmière, déléguée de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Dominique Porret, sage-femme et présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), Pauline Gref, pédiatre, inspecteur et responsable du Comité de périnatalité au Collège des médecins du Québec, et Lucie Thibodeau, présidente de l'ASPQ et représentante pour l'occasion du Réseau des centres de ressources périnatales. Cette activité s'inscrivait bien sûr dans la foulée de la récente publication par le MSSS de sa POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ 2008-2018. La politique québécoise de périnatalité traduit la compréhension gouvernementale des enjeux actuels en matière de périnatalité et précise sa réponse quant aux orientations et interventions qui seront privilégiées au cours de la prochaine décennie. La période périnatale est un moment clé dans l'existence d'une famille, pour qui un bon départ compte beaucoup. Les propos des divers panélistes invités, qui représentent pour la majeure partie des professions de la santé concernées par la périnatalité (médecin, infirmière, sage-femme) mais aussi du milieu communautaire pour l'une d'entre eux, ont montré non seulement la variété des points de vue concernant les besoins des familles et la mise en application de la politique (en correspondance avec les besoins ciblés comme apparaissant les plus fondamentaux) mais bien plus encore le clivage des idées sur la question.

C'est à Isabelle Côté, collaboratrice à la rédaction et responsable de la mise en œuvre de la nouvelle politique de périnatalité au MSSS, qu'il est naturellement revenu d'ouvrir la séance. Tel qu'il convenait, elle a présenté les buts, les convictions, les valeurs et les principes qui ont présidé à son élaboration⁶. Elle a également décrit les priorités qui orienteront la mise en œuvre du premier plan triennal (2009-2011) de la Politique. Parmi les axes privilégiés par le gouvernement et au nombre des sujets les plus discutés, elle souligne l'accessibilité au suivi obs-

tétrical pour toutes les femmes, le développement des services de sages-femmes, l'accès à l'information prénatale et au suivi postnatal, la consolidation ou l'implantation d'un programme d'utilisation systématique de l'avis de grossesse (comme amorce du continuum de services périnataux) et la diminution du recours aux interventions obstétricales⁷. Le menu étant dressé, ses copanélistes y sont allés ensuite de leurs divers points de vue.

Forte d'une longue expérience auprès des nouveaux parents, Lucie Thibodeau s'est d'entrée de jeu réjouie du positionnement clair de la politique concernant la vision selon laquelle la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont, d'abord et avant tout, des processus physiologiques naturels exigeant la mise en place d'environnements propices au libre choix, à l'accompagnement et au soutien, nécessitant une approche globale et intégrée de la périnatalité. Néanmoins elle a exhorté le gouvernement à mettre en branle les moyens nécessaires pour que son discours se traduise « par des orientations claires dans le sens du développement et de la consolidation de l'accompagnement et du soutien de tous les parents dans des ressources de la communauté pour toute la période périnatale » (ressources communautaires, groupes d'entraide, centres de ressources périnatales). Pointant particulièrement deux orientations, l'avis de grossesse et le suivi postnatal, qui sont en soi des axes pertinents, elle se demande toutefois quels sont exactement les « ressources existantes » et les « services appropriés » destinés aux femmes enceintes et auxquels renvoie la Politique ? Elle déplore par ailleurs que le suivi postnatal dont il est question n'inclue qu'un contact téléphonique et une visite à domicile par une infirmière dans les soixante-douze premières heures après le retour à la maison alors que la Politique indique que la période postnatale s'étend durant toute la première année de vie de l'enfant. L'effet néfaste de cette inconséquence risque d'être empiré du fait, explique-t-elle, qu'« aucune orientation ne vise le développement des centres de ressources périnatales qui œuvrent depuis des années dans leur milieu et contribuent à prévenir les problèmes de santé et les difficultés d'adaptation et à outiller les parents ». Lucie Thibodeau presse ainsi le gouvernement à mettre en branle les moyens qu'il faut pour être consistant avec son objectif de soutenir les initiatives locales destinées à répondre aux besoins particuliers des communautés et reconnaître leur contribution à la constitution d'un tissu social fort.

⁶ LA POLITIQUE QUÉBÉCOISE DE PÉRINATALITÉ 2008-2018 est disponible sur le site Internet du MSSS en version PDF à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf> Les buts, les convictions, les valeurs et les principes de la Politique sont énumérés et décrits dans la partie I du document (p. 5 à 14).

⁷ Pour une description détaillée des priorités 2009-2011, voir l'annexe à la Politique de périnatalité.

« La parentalité est une expérience humaine qui se partage, se vit, s'apprend au contact des autres parents, pas de façon isolée. »

Lucie Thibodeau, directrice du Réseau des centres de ressources périnatales

Sur un autre plan, l'intervenante s'est inquiétée que la plus grande part des ressources soit investie « à se préparer au pire », alors que la plupart des enfants viennent au monde et grandissent sans problèmes. On ne peut certes ignorer l'évolution des besoins exprimés par les familles et les pressions exercées par les développements technologiques et scientifiques des dernières années, mais une trop grande préoccupation quant aux divers risques possibles s'oppose en elle-même à la première conviction de la Politique voulant que la grossesse et l'accouchement soient foncièrement des processus physiologiques naturels. Au total, en soulevant certains points névralgiques, c'est un appel à la cohérence avec la vision énoncée par la nouvelle politique de périnatalité qu'a lancé Lucie Thibodeau au MSSS pour sa mise en œuvre.

À l'inverse, la représentante du Collège des médecins du Québec, Dre Pauline Gref, a insisté sur la nécessité d'accroître ou d'améliorer les ressources destinées à SÉCURISER la grossesse et l'accouchement, et de focaliser davantage sur le besoin d'aide prééminent dans les familles aux prises avec des difficultés particulières. Conséquemment, il est impératif de prioriser l'amélioration des équipements et le soutien aux équipes spécialisées dans les situations problématiques. Constatant par ailleurs que des femmes enceintes aux prises avec des complications n'ont pu obtenir les soins précoces que leur condition aurait pourtant exigés, la médecin a noté que l'accessibilité aux services demeure impérieusement un aspect à améliorer. La grossesse et l'accouchement sont-ils des processus physiologiques naturels et normaux comme le stipule la Politique de périnatalité, ou des événements A PRIORI à risque pour toutes ? La représentante du Collège des médecins a paru hésitante sur la question :

La grossesse et l'accouchement sont des processus naturels, oui, et nous adhérons à la démedicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Nous reconnaissons aussi les soins à l'extérieur du cadre des soins médicaux. Mais je veux, paradoxalement à cela, vous rappeler la réalité médicale – et c'est celle que nous vivons quotidiennement : c'est que la grossesse et particulièrement l'accouchement sont des processus normaux pour nous lorsque tout est terminé, donc après la période périnatale. Pour nous, tout peut arriver [...]. Cela sous-entend que des interventions médicales efficaces et rapides doivent être disponibles pour tout accouchement. Connaître le normal et l'anormal, voici le défi auquel font face tous les intervenants en périnatalité.

À son avis, il en va de la « qualité » des soins et des services que les praticiennes et praticiens aient toujours en vue que ce processus, considéré à la source comme « normal », puisse subitement dégénérer, exigeant alors des interventions pour lesquelles il faut toujours être prêts et prêtes. En somme, s'il est « logique d'adhérer à une approche plus humanisée, respectueuse, il faut aussi considérer la culture médicale qui est présente et qui sera toujours présente ». Dans la même veine, la Dre Gref s'est étonnée que la Politique présume que des interventions « non-nécessaires » sont pratiquées. Elle ne croit pas qu'une telle chose existe. Malgré tout, a-t-elle précisé, le Collège des médecins s'inquiète de la hausse de certaines interventions, justifiant la surveillance de l'évolution de certains indicateurs via son Comité de périnatalité. Quant à l'interdisciplinarité professionnelle, le Collège l'accueille avec enthousiasme : il s'agit d'une « approche gagnante, et nous soulignons avec plaisir l'équipe hiérarchisée, le tout assurant la qualité des soins », a déclaré la Dre Gref.

« On a souligné souvent qu'il fallait s'intéresser à l'ensemble des enjeux et clientèles. [...] Moi, ce que je constate, c'est qu'il faut mieux équiper ces familles qui ont besoin d'un support réel. »

Dre Pauline Gref, Collège des médecins du Québec

L'intervention de Claire Godin, représentante de l'OIIQ, allait sensiblement dans le même sens que celle de Pauline Gref, en particulier sur la question de l'humanisation. À ce propos, elle a tenu à établir ceci : « Humanisation des soins, oui, mais j'abonde un peu dans le sens de mes collègues : il faut humaniser les soins mais pas passer à côté de la sécurité et de la qualité des soins. » Pour l'essentiel, elle a souligné les aspects de la Politique qui auront une incidence sur le développement de la profession d'infirmière. « Les infirmières sont des intervenantes qui sont au cœur de la périnatalité », a-t-elle observé. Et elles sont en mesure de relever le défi que leur propose la nouvelle politique, notamment grâce à leur contribution aux suivis pré- et post-natals ainsi qu'à l'éducation qu'elles peuvent dispenser durant ces périodes. Dans la même foulée, l'intervenante s'est réjouie de l'intégration des infirmières praticiennes de première ligne. Toutefois, si la nouvelle politique paraît satisfaisante aux infirmières et infirmiers du Québec, elle offre également à leur profession des défis de taille. Claire Godin nomme entre autres le défi entraîné par le manque d'effectifs en soins infirmiers et en soins médicaux, un déficit susceptible de compromettre l'accessibilité aux services (« il va falloir apprendre à innover et miser sur nos forces », déclare-t-elle). Elle souligne également la révision du continuum de soins qui exigera beaucoup de coordination et une « harmonisation du langage », et la collaboration interdisciplinaire qui requiert que la compétence de chacun soit reconnue. L'approche physiologique de la grossesse et de l'accouchement comporte également sa dose de défis : cela nécessitera de « développer de nouvelles approches, de nouvelles collaborations. Il va falloir prévoir du soutien durant la période de

travail de l'accouchement, avoir une meilleure approche par rapport à la gestion de la douleur ».

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

n'est pas nécessairement facile de maintenir ce modèle actuellement. Il y a beaucoup de pression pour les sages-femmes qui entrent à l'hôpital ». Concilier la profession de sage-femme avec le milieu hospitalier, qui est de culture très différente, n'est pas évident pour ces praticiennes même si elles demeurent résolues à maintenir leur modèle de pratique. L'expérience internationale a bien montré que lorsque l'hôpital est le seul lieu de pratique des sages-femmes, celles-ci sont portées à intervenir davantage. L'accent mis sur une pratique hospitalière mettrait donc en jeu le modèle de pratique qui a fait leur succès. Et elle insiste :

Donc, dans une volonté de diminution des interventions, il va falloir être prudents dans la façon dont on va arrimer les services. Et autant nous croyons dans la possibilité de travailler en partenariat, dans une interdisciplinarité, travailler ensemble en toute complicité et toujours dans l'objectif que les femmes puissent vivre la naissance le mieux possible pour elles... Il va falloir qu'on trouve des chemins...

Le modèle québécois de sages-femmes fait l'envie de nombreux observateurs, poursuit-elle, « c'est un modèle qui a toute sa valeur et qu'il faut essayer de promouvoir en travaillant tous ensemble, je pense que c'est l'essentiel, tout en gardant la communication.

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

« Le partenariat est important mais il doit se faire dans le respect, et l'on doit admettre les différences. »

Dominique Porret,

Ordre des sages-femmes du Québec

Certaines difficultés dans la gestion du temps durant la première demi-journée de la Conférence n'ont pas laissé place aux débats, comme l'exige habituellement la formule « table ronde ». Des rumeurs dans l'assistance et certains commentaires recueillis lors de la dernière séance de la journée ont mis au jour des divergences de vues avec ce qui avait été entendu, spécialement concernant la déclaration de la Dre Pauline Gref – selon qui il n'existerait pas d'interventions « non-nécessaires ». Notamment, lors de la table ronde de l'après-midi, le Dr Martin Lalinette-Michaud a tenu à mentionner sa dissidence par rapport à l'affirmation de sa collègue :

Tout à l'heure la Dr Gref, du Collège, disait qu'il n'y avait pas d'interventions inutiles à l'hôpital. À mon point de vue, il y a des interventions qui sont pas nécessaires qui sont faites [applaudissements du public], et c'est sûr qu'à ce moment-là c'est le médecin qui va influencer ça. On parle de césarienne ou d'intervention comme le forceps ou la ventouse... Il y a quand même beaucoup de littérature mondiale là-dessus : américaine, canadienne... Il y a une étude qui montrait récemment que les doulas, les accompagnantes, diminuaient le taux de césariennes, le taux d'interventions, mais nous, finalement, on voit nos taux d'interventions monter pour des raisons qui sont parfois obscures ou pas nécessairement juste scientifiques.

Par ailleurs, vu que les médecins ne disposent plus des habiletés nécessaires pour les présentations par le siège et que plusieurs refusent les accouchements vaginaux après césarienne (AVAC), il en découle nécessairement un taux accru d'interventions. Dans de tels contextes, il est malaisé pour les parents de maintenir leur pouvoir et leur capacité de décision, étant donné leur état de vulnérabilité. «Donc c'est plus facile pour l'équipe soignante, conclut-il, de décider de la marche à suivre: on a juste à dire que le bébé va mal aller et qu'il faut ÇA...»

Vers une périnatalité sociale ?

En atelier, la sage-femme Céline Lemay a présenté une réflexion sur le concept de «périnatalité sociale» qui pourrait devenir une inspiration pour les sages-femmes et la «lumière» susceptible d'orienter leur agir vers les besoins fondamentaux des familles en attente d'un enfant ou venant de le mettre au monde. De quoi s'agit-il précisément ? La PÉRINATALITÉ SOCIALE réfère, indique Céline Lemay, à «des liens au sens et à la notion de nous, et non pas de l'individu qui est enceinte, qui va mater, ou paterner, ou qui va devoir être compétent dans sa parentalité». Il s'agit d'une vision qui se situe nettement, souligne-t-elle, à contre-courant de l'environnement sanitaire actuel dominé par les experts, axé sur la technique, marqué par une culture du risque et de la peur (puisque le potentiel pathologique est le modèle par défaut), et qui implique de la prise en charge des individus par les soignants et l'institution. Malgré cela, la sage-femme estime que l'idée même de PÉRINATALITÉ SOCIALE est de nature à s'enraciner facilement dans la politique gouvernementale qui, depuis déjà une bonne trentaine d'années, parle de renforcer la première ligne. Les deux notions ont beaucoup en commun : orientation vers la communauté, volonté d'être près des gens, d'offrir des services à domicile et dans les milieux de vie, approche globale de la personne et désir de s'adresser à toute la population.

Pour la conférencière, la présence d'une sage-femme est déjà une contribution à ce mouvement et cela pour plusieurs raisons. D'abord à cause de son regard porté sur la femme (et pas uniquement sur les processus de la grossesse et de l'accouchement) et de sa pratique axée non seulement sur des savoir-faire mais surtout sur une FAÇON D'ÊTRE. C'est d'ailleurs ce qui fait sa spécificité dans le champ de pratique obstétrical. Selon la vision

sage-femme, la grossesse est un processus normal A PRIORI : «Pour nous, ça marche en autant qu'il n'y ait pas autre chose qui nous fasse signe. C'est fait pour ça.» De plus, la sage-femme conçoit la grossesse comme une expérience de transformation singulière : «C'est une transformation de toute la personne, à des niveaux psychiques profonds, spirituels et sociaux, ancrés dans des générations.» Elle la conçoit également comme un phénomène unique,

parce que, non seulement pour chaque femme c'est unique, mais pour chaque femme, à chacune de ses grossesses c'est unique. [...] C'est la première fois qu'elle est enceinte de celui-là et c'est la première fois qu'elle va mettre au monde celui-là. Et donc il y a quelque chose qui demande aux sages-femmes une attention à cette fois-ci, avec elle, là. Donc la femme enceinte, ce n'est pas juste un cas qui arrive, dont on doit bien nommer les paramètres de progression de la grossesse. C'est évident que c'est nécessaire, mais en même temps il y a un volet existentiel, c'est vraiment un moment dans le déploiement d'une existence. La sage-femme prend vraiment le temps de demander à la femme comment elle va.

Le regard que porte la sage-femme sur la naissance est une autre de ses spécificités qui la rapproche de la notion de périnatalité sociale. Elle considère la naissance comme un événement à la fois individuel, familial et communautaire. «La naissance, soutient Céline Lemay, ce n'est pas juste un événement, c'est un avènement. C'est une émergence de quelque chose de nouveau dans la vie des gens et dans la vie d'une société.» La conférencière insiste également sur la valeur sociale, culturelle et affective de l'accueil de l'enfant dans la culture des sages-femmes. La naissance, c'est aussi une occasion de transformation pour les individus, c'est un «événement fondateur de la vie humaine». «Et le potentiel, en nous, de guérison, et parfois de blessure, mais aussi de courage, et tout et tout, est là, possible. Donc les sages-femmes vont aider vraiment à tenir l'espace pour que ces choses-là puissent voir leur potentiel se déployer.»

« On accompagne non pas un processus de production d'un bébé, dont on mesure l'évolution régulièrement à toutes les étapes de la grossesse. Toute la façon biomédicale de voir la grossesse, c'est vraiment *monitorer* l'évolution de la fabrication du produit pour s'assurer que tout va être bien. C'est tout à fait différent quand on pense la grossesse comme un processus de transformation. »

Céline Lemay, Regroupement Les Sages-femmes du Québec

« La naissance est l'arrivée de quelqu'un venu d'ailleurs. Il doit se sentir bienvenu et avoir l'impression d'arriver en un lieu où les être humains sont prêts à recevoir ses dons. »

S. Somé, cité par Céline Lemay

Sa vision par rapport à la femme démarque également la praticienne sage-femme, qui la conçoit comme COMPÉTENTE, AUTONOME, UNIQUE et SITUÉE (puisqu'elle est toujours en lien avec d'autres personnes). La sage-femme a confiance dans la capacité des femmes à porter et mettre au monde leur enfant, elle a confiance dans la physiologie de la venue au monde et dans la vie. « On est au cœur de l'incertitude, de l'imperfection, et ce n'est pas confortable mais en même temps c'est des processus de vie », souligne Céline Lemay. La sage-femme croit en la continuité de la relation car

c'est au cœur de la relation [...] que se développe la confiance mutuelle et que peut se développer l'autonomie. C'est une étape de vie importante, et la sage-femme va cheminer avec la femme. Ce n'est pas une relation exclusive mais c'est une relation privilégiée. Il y a quelque chose qui est précieux d'être là, pendant la grossesse de quelqu'un, d'être là au moment où elle met au monde son enfant et d'être là dans les jours et les semaines qui vont suivre. C'est précieux pour la femme et c'est précieux aussi pour la sage-femme.

La

SAGE-FEMME, SON TRAVAIL C'EST DE TENIR L'ESPACE DANS LE FOND POUR GARDER LE NORMAL PARCE que la naissance c'est un moment de passage, parce que c'est un mystère aussi dont on est participants, et ça fait aussi que la sage-femme est beaucoup attentive au processus et non pas juste centrée sur les résultats. [...] Ce qui se passe est aussi important que ce qui arrive à la fin. »

Céline Lemay, sage-femme

« L'autonomie implique le droit à l'erreur, au regret, au choix déraisonnable, aux conduites absurdes. »

Petr Skrabanek, cité par Céline Lemay

Et la maison de naissance dans tout cela? Il s'agit d'une réalité actuelle, qui s'inscrit en première ligne dans notre système de santé. Selon Céline Lemay, cette présence lance un « message social extrêmement fort »:

La naissance c'est un événement de première ligne aussi. Cela donne le message que la naissance appartient aux femmes et aux familles. La promotion de la santé et de l'accouchement normal, c'est dédié à cela. Et c'est un facteur de protection de la santé aussi puisque dans les maisons de naissance en général, il n'y a que des gens en santé qui s'y retrouvent.

Pour la conférencière, le concept de périnatalité sociale mérite qu'on le rende vivant, et la réflexion autour de stratégies éventuelles sera certes nécessaire si l'on veut l'ac-

tualiser vraiment, compte tenu de sa position qui se situe à contre-courant de la culture dominante axée sur le risque et la peur, la technique, la prise en charge et la prédominance des experts. En ce moment, nous sommes tous et toutes à « travailler la terre pour que notre société devienne une société d'accueil pour les nouvelles familles. [...] Les parents et les familles méritent d'être portés collectivement dans nos cœurs, pas seulement dans celui des sages-femmes ». La présence des sages-femmes n'est qu'une contribution à un mouvement qui se veut plus proche des milieux de vie que des milieux techniques.

- La maternité est une période de profonde transformation pour la femme. C'est un temps de croissance, constitué à la fois de gains et de deuils. Toute sa vie sera marquée par le fait d'avoir un enfant.
- Il n'y a pas de bébé seul ; une mère n'existe pas sans son bébé ; les deux sont inséparables.
- L'accueil de l'enfant est un moment charnière de l'existence, c'est un temps d'attachement (racine du détachement ultérieur nécessaire). L'attachement est un lien de base, c'est le lien relationnel qui sera à la source de tous ceux que l'on développera au cours de sa vie. La sage-femme le perpétue à travers un lien similaire avec la femme (le relationnel étant une forme d'attachement). D'ailleurs c'est dans le relationnel qu'elle va soutenir la femme au moment de l'accouchement, ainsi que dans la continuité.
- Il est indispensable d'offrir aux femmes le soutien particulier dont elles ont besoin à ce moment précis de leur vie (puisque chaque grossesse est unique et que les besoins sont changeants au long d'une même grossesse). Par conséquent, c'est la sage-femme qui doit s'adapter à la femme, et non l'inverse. Pour être vraiment aidante, la sage-femme se doit d'abord de lui demander : « Qu'est-ce que je peux faire pour toi ? »
- En somme, comme l'ont chacune à leur façon souligné Isabelle Brabant et Céline Lemay, la présence sage-femme est non seulement un savoir-faire mais une façon d'être, un regard particulier sur la grossesse et l'accouchement, et sur la femme. Ce regard exige une adaptation de la part de la sage-femme, parce que la femme qui est devant elle est unique et qu'elle vit une étape de profonde transformation. La continuité et le maintien de la relation personnelle sont à la base du soutien accordé par la sage-femme à la femme qui porte et met au monde un nouvel enfant.

Information et empowerment

Il ressort de plusieurs propos et des recherches ayant servi de base aux communications que l'information et la prise en charge personnelle font désormais partie des tendances lourdes en ce qui concerne les besoins des familles en matière de santé.

Selon les études rassemblées par Manon Niquette⁸ professeure de communication à l'Université Laval, et présentées dans le cadre de sa conférence intitulée « En quête d'information, en quête de fiabilité », la recherche d'information sur la santé serait partie prenante des activités des internautes. Une importante étude réalisée aux États-Unis en 2006 révélait que huit internautes sur dix ont cherché des informations relatives à la santé dans Internet et qu'au cours d'une journée typique 7 % des utilisateurs ont cherché une information sur la santé. 53 % des chercheurs d'informations ont déclaré que les renseignements recueillis ont influencé la manière dont ils prennent soin d'eux ou des autres. Ils ont également affirmé que l'information retrouvée dans Internet a pesé sur leurs décisions concernant la façon de traiter la maladie. 58 % ont mentionné que cette information a changé leur point de vue en matière de santé, qu'elle les a amenés à poser des questions à leur médecin ou qu'elle a changé leur façon de concevoir les diètes, l'exercice ou la gestion du stress.

Certains travaux qui ont abordé la question sous l'angle citoyen révèlent que cette pratique de recherche, dans Internet, d'informations relatives à la santé accroîtrait le pouvoir d'agir des individus (EMPOWERMENT), ébranlerait le modèle hiérarchisé de transmission de l'information médicale, libérerait les patients de leur passivité (en leur donnant la capacité de chercher activement les informations plutôt que de s'en remettre à l'autorité) et stimulerait la participation et la circulation de discours incitant à la démocratie. Par ailleurs, les espaces virtuels procureraient des lieux de résistance aux pratiques médicales dominantes. Dans le domaine de la périnatalité, ils seraient un lieu d'action privilégié pour les groupes préoccupés par l'humanisation de la naissance. Pour les intervenants de la santé – qui perçoivent l'autorité médicale traditionnelle comme étant ébranlée par les possibilités offertes par Internet et par l'engouement qu'il suscite –, la nouvelle tendance citoyenne est vue comme un défi de taille. Les médecins disent se sentir menacés par la recherche d'information des patients, qui réagissent alors

négativement en cours de consultation, et ils s'inquiètent que ni eux ni les patients puissent traiter ou critiquer l'information que ceux-ci présentent au cours de la consultation, même lorsqu'ils doutent de sa validité.

Ainsi la traditionnelle relation médecin/patient et le pouvoir fondé sur le savoir expert médical exclusif se trouveraient bouleversés par le comportement nouveau des individus INFORMÉS qui consultent ou se font soigner. Mais qu'en est-il vraiment de la fiabilité des sources d'information recueillies par les individus? Une recherche a montré que la GOOGLEMANIA présente un risque bien réel d'influencer négativement la fiabilité des informations recueillies⁹. Selon cette étude, 70% des chercheurs d'information en matière de santé utilisent Google comme moteur pour entreprendre leur recherche, contre 27% qui se dirigent d'emblée vers un site spécialisé (une proportion qui tend heureusement à augmenter, les sites spécialisés étant de plus en plus connus du grand public). Elle précise également que 15% des chercheurs d'informations disent toujours tenter de repérer la source des informations obtenues (c'est peu), 10% vont affirmer qu'ils la cherchent parfois, et 75% jamais ou presque jamais. Il s'agit là de résultats révélés à partir d'une analyse quantitative concernant le comportement des chercheurs d'informations en matière de santé quand on leur pose la question « Est-ce que vous vérifiez les informations? » Toutefois, lorsque les analyses reposent sur des entretiens en profondeur avec les usagers, les résultats diffèrent. Une des études présentées par Manon Niquette repose sur l'usage routinier d'Internet dans le contexte de la vie quotidienne. Il en ressort que les usagers sont de plus en plus compétents dans la capacité d'évaluer la validité des sources (on peut d'ailleurs observer à cet égard une progression au fil du temps) et qu'ils sont de plus en plus nombreux à utiliser Internet de la bonne façon dans le but de repérer les sites jugés les plus fiables par les experts. Parmi leurs critères d'évaluation figure une plus haute crédibilité accordée à l'information produite à l'intérieur des frontières nationales, au discours des professionnels de la santé et à l'information produite par des organisations RÉELLES (par opposition à celles qui n'existent que virtuellement sur le Web). Ces usagers vont également visiter différents sites pour vérifier si l'information est partout la même. En fait, l'utilisation d'Internet se limiterait la plupart du temps aux besoins immédiats des individus en matière de santé, et c'est surtout dans les cas d'urgence qu'ils chercheraient de l'information, soit via Internet soit à partir

⁸ Les recherches récentes qu'elle décrit ont été réalisées aux États-Unis. Même si elles concernent la situation dans cette contrée, on peut considérer qu'elles constituent un indice de celle prévalant chez nous.

⁹ Il faut se rappeler que Google est une entreprise commerciale et que les sites apparaissant en tête de liste sont ceux qui ont payé pour être les premiers affichés en rapport avec les mots clés utilisés pour la recherche.

de ressources plus traditionnelles telles que les encyclopédies médicales. Cette quête personnelle d'information serait une première étape dans la démarche des individus qui continuent fondamentalement à avoir confiance dans leur médecin.

Les bénéfices que retireraient les individus d'une telle démarche seraient en fait multiples. Des études variées ont montré que la recherche d'informations sur la santé dans Internet favorise la participation sociale et politique des citoyens, qu'il s'agisse d'échanger sur sa maladie avec d'autres individus (blogues) ou avec des groupes (sites d'autopromotion de services), d'obtenir un point de vue d'EXPERT (autre que médical, par exemple sur des sites préparés par des groupes de soutien en allaitement tels que la Ligue La Leche), ou de dénoncer des situations jugées inacceptables (le cas de l'hypermédicalisation de la naissance est parmi les plus connus). L'accès à l'information ou au soutien en ligne autour de diverses expériences de la maladie offre par ailleurs aux personnes touchées par une maladie un sentiment de contrôle sur celle-ci. Alors que la maladie tend à diminuer l'estime de soi des patients, l'usage d'Internet leur permet de développer leur propre expertise et de faire preuve de compétence.

S'il est un domaine où l'action citoyenne en matière de santé au Québec est bien vivante, c'est bien celui de la périnatalité. C'est précisément sur ce thème que s'est penchée **Lorraine Fontaine**, coordonnatrice des dossiers politiques au Regroupement Naissance-Renaissance, dans sa présentation intitulée « Les groupes communautaires : la voix citoyenne ». La démarche étudiée repose sur quatre grands principes : 1) la gratuité, l'accessibilité et l'universalité, 2) une approche globale, 3) l'EMPOWERMENT et 4) l'entraide égalitaire fondée sur les valeurs du respect, du soutien et du partage et axée sur la relation d'écoute et de rencontre (création d'espaces de parole). L'EMPOWERMENT qui en est le cœur est favorisé par la reconnaissance des compétences des individus, l'analyse critique, le réseautage et la diffusion de l'information.

Au Québec, le Regroupement Naissance-Renaissance associe trente-cinq groupes membres, tous préoccupés par la périnatalité, qu'il s'agisse de dispenser des cours prénatals, d'accompagner les familles dans la venue au monde d'un nouvel enfant, de dispenser de l'information ou de fournir du matériel, de permettre les rencontres entre les parents et de soutenir les familles dans leurs actions, d'offrir un cadre de vie pour les femmes enceintes et leur

famille, de dispenser des ateliers de cuisine collective, de soutenir les démarches en allaitement (jumelage et information) ou de donner accès à des services de relevailles ou de répit-gardiennage. Lorraine Fontaine cite trois actions récentes dans le domaine de la périnatalité qui ont été entreprises puis soutenues par des groupes communautaires en périnatalité : l'Initiative Bienvenue aux bébés allaités (dont la contribution au changement de la culture de l'allaitement est la création de conditions favorables à sa pratique en public) ; la mobilisation pour l'ouverture de nouvelles maisons de naissance ; et la promotion de l'Initiative Amis des mères¹⁰.

Selon Lorraine Fontaine, l'action communautaire autonome est une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté. Elle n'agit pas comme simple fournisseur de services, c'est un agent de changement et de mobilisation. Les groupes communautaires participent non seulement au bien-être de la société mais ils sont « le ciment [même] et le cœur de la communauté ». Ils fournissent aux individus une « réponse à leurs besoins d'appartenance, de valorisation, d'action collective et d'espoir », ils renforcent leur capacité d'entraide dans leurs activités quotidiennes et ils favorisent la réalisation de leur plein potentiel. Corollairement, leur concours significatif dans la société demande qu'on les soutienne davantage, notamment grâce à un financement respectueux de l'autonomie des groupes, à l'attribution des moyens nécessaires à l'encadrement, à la formation et à la coordination des bénévoles, et en leur permettant des conditions d'emploi décentes susceptibles d'assurer aux groupes une main-d'œuvre stable et qualifiée.

Oui, les familles, les individus souhaitent être informés, être partie prenante de la prise en charge de leur propre santé, de même que se réapproprier la naissance de leurs enfants, s'engager dans leur collectivité et participer au changement social. Comment les intervenants peuvent-ils alors les soutenir dans leur démarche de réappropriation ? Y a-t-il des écueils à éviter ? Dans la transmission d'information, comment permettre aux parents de préserver un sentiment de compétence ? Ces questions ont été au cœur de la table ronde de fin de journée animée par France Paradis, intitulée « Comment soutenir les parents dans leur quête d'information tout en maintenant leur confiance en leurs capacités parentales ? » Les panélistes invités étaient Johanne Tessier, coordonnatrice au collectif Les Accompagnantes de Québec, le Dr Martin

¹⁰ Il s'agit d'une mobilisation organisée en 1996 par Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). Pour plus d'informations sur Mother-Friendly Childbirth Initiative, consulter le site de CIMS <http://www.motherfriendly.org/> et les articles publiés dans les éditions de juin 2006 et d'octobre 2007 du *Périscoop*, bulletin d'information en périnatalité publié par l'ASPQ http://www.aspq.org/view_buletins.php?id=53.

Lalinette-Michaud, omnipraticien en périnatalité, Céline Lemay, sage-femme, Bernadette Thibaudeau, infirmière en périnatalité, et Pascale Turcotte, collaboratrice à la rédaction du guide MIEUX VIVRE AVEC SON ENFANT (Institut national de santé publique du Québec). L'animatrice France Paradis, elle-même accompagnante à la naissance, a lancé la discussion en posant la question suivante : « La frontière entre informer et influencer est mince. Comment fait-on pour s'assurer qu'on informe mais qu'on n'influence pas ? » Énoncée ainsi, la question a suscité des réponses claires de la part des panélistes : on ne peut pas éviter d'influencer et cela ne serait d'ailleurs pas souhaitable. Selon Pascale Turcotte, il est impossible de ne pas influencer car, indique-t-elle, « plus on crée un lien, plus on est en relation, plus le risque d'influencer est grand. Il faut assumer cela. Mais, quand on est conscient de cela, on fait attention de laisser beaucoup d'espace d'écoute. Là, il y a quelque chose du niveau de l'échange. Et alors, là, il reste de l'espace pour le choix... » Dans la même foulée, Céline Lemay a souligné ceci : c'est précisément dans l'intention de ne donner QUE de l'information que réside le plus grand danger :

C'est là qu'il y a des risques de pouvoir, de prise de pouvoir ou d'abus de pouvoir. Parce que, dans le dialogue, il y a de l'information que moi je partage et il y a des choses que cette femme qui est en face de moi sait que je ne sais pas. Alors là, il y a une danse, des choses qui font qu'il y a circulation dans l'information. Mais si je ne lui présente qu'une chose - « Voici, il y a des avantages, des inconvénients, etc. » -, à mon avis il y a plus de pièges que d'entrer dans le dialogue, de cheminer avec elle dans toutes ces informations-là. Le pouvoir d'influence devient plus dilué quand il y a du partage.

Pour laisser à la femme son autonomie, poursuit-elle, il faut « lui laisser la possibilité de faire à sa tête, selon ses valeurs et selon ses besoins » et cela sans présumer que l'information que l'on apporte à titre d'intervenant est nécessairement LA BONNE ou LA VRAIE.

Tous semblent unanimes sur le fait suivant : il importe de répondre franchement et sans inquiétude aux questions des personnes puisqu'il s'agit déjà là d'une démarche d'autonomie. Bien sûr, indique le Dr Lalinette-Michaud, il est nécessaire de « faire attention à ce qu'on véhicule parce que notre opinion va toujours teinter un peu l'information qu'on donne. Je pense que, si on veut rendre les



gens autonomes il faut avoir une ouverture, être ouvert au dialogue, être capable de voir qu'il n'y a pas qu'une seule façon de faire ». Pascale Turcotte traduit bien cette vision lorsqu'elle explique (à propos de son expérience de rédaction du MIEUX-VIVRE AVEC SON ENFANT) :

J'aime penser que quand les parents s'adressent à nous et qu'ils posent des questions, ils ont aussi agi pour aller chercher des outils et pour avoir plus de pouvoir. Alors moi, dans mon dossier, je fais bien attention de répondre à toutes les questions des parents, il n'y a jamais un courriel qui arrive au Mieux vivre sans réponse [...]. Alors je pense qu'on peut avoir du pouvoir en posant des questions et allant chercher des réponses [...]. Il ne faut pas avoir peur de donner les réponses [...] avoir trop de réserve à influencer, parce qu'on peut faire confiance aussi à la personne qui reçoit l'information et se dire qu'elle va bien traiter tout ça.

Avoir de l'humilité, reconnaître que les intervenants peuvent également apprendre des parents, faire confiance aux individus et à leur intelligence, admettre leur capacité d'utiliser le simple « gros bon sens » et d'apprendre même dans l'inconfort et l'incertitude, sont des notions qui ont été soulignées de plusieurs façons lors de la séance, tant de la part des panélistes que du public invité à faire part de ses commentaires.

L'intervention d'une infirmière, Marie-Josée Santerre, consultante en lactation, illustre plusieurs autres points de vue entendus lors de la séance, en ce qui concerne la démarche d'autonomie des parents et celle des intervenants capables de s'en distancer :

À la clinique on voit beaucoup de parents qui se sentent désemparés [...]. On parlait du pouvoir d'influence : quand ils viennent à la clinique d'allaitement, ils ne viennent pas se faire dire d'arrêter d'allaiter, sinon ils restent chez eux et arrêtent tout seuls. Effectivement, ils viennent chercher de l'information, ils veulent connaître les options et avoir des feedbacks : « Je te propose ça, ou ça, ou ça, qu'est-ce que t'en penses ? » De dire qu'on est détaché du choix des parents, d'avoir du respect... Se sentir accueillis, je pense que c'est important pour les gens.

Le pouvoir est ainsi remis aux parents qui ont le dernier mot. Par ailleurs, elle observe que suggérer une gamme de choix aux parents ne donne pas nécessairement les effets escomptés : « Les gens sont fatigués, ils n'ont pas les connaissances. On leur offre des options et on voit

qu'ils sont complètement désemparés, ils ont confiance en nous... ils demandent... » Leur grand besoin est souvent d'être guidés et écoutés.

Oui on a un pouvoir d'influence, admet la participante, et il faut savoir l'utiliser, je pense, il ne faut pas avoir peur de l'utiliser parce que les parents viennent chercher quelque chose. Comme Pascale [Turcotte] le disait, ils agissent déjà en venant chercher de l'information et ils se sentent plus compétents après aussi.[...] Je pense qu'il faut ramener les parents à des choses qu'ils connaissent. On a un premier bébé, on veut faire ce qu'il y a de mieux pour notre enfant. Ils se sentent désemparés, ils n'en savent jamais assez. Il faut les ramener à ce qu'ils vivent.

Reconnaître leurs sentiments d'incompétence (courants dans le quotidien, faut-il l'admettre) est important. La réalité est que ces parents ne se sentent pas bons. Il faut simplement les ramener à d'autres sentiments d'incompétence et qui ont été modifiés.

Bernadette Thibaudeau et Céline Lemay ont souligné le statut particulier de la périnatalité en matière de santé – qui se situe la plupart du temps dans le NORMAL. Dans ce contexte, la marge de manœuvre est plus importante et les échanges peuvent être plus libres. Discuter d'une grossesse normale ou à propos d'une otite est différent d'avoir à préparer une opération à cœur ouvert. Parallèlement, Bernadette Thibaudeau se réfère à la liste de discussion sur Internet gérée par le Groupe MAMAN (Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel) et qui souvent a été la scène de débats sur des visions plus marginales en périnatalité (accouchement non assisté, pratiques obstétricales, soins aux jeunes enfants, etc.). Elle considère que ces échanges-là entre parents sont extrêmement importants, quels qu'ils soient, car les espaces de liberté en cette matière et les possibilités d'expression et d'échanges sur des visions différentes sont très rares. Quelles que soient les opinions personnelles, ce qui compte c'est la démarche individuelle et la capacité de maintenir la relation (avec l'enfant, avec l'intervenant).

Qu'en est-il du rapport d'autorité entre l'intervenant et les parents ? Johanne Tessier a d'abord souligné qu'un tel rapport n'existe pas dans la relation d'accompagnement à la naissance, c'est un rapport égalitaire puisqu'il s'agit d'une « femme qui aide une autre femme ». On crée un espace pour que les femmes puissent exprimer ce dont elles ont besoin et on démystifie le déroulement d'un

accouchement, sans les « diriger ». Les rencontres prénatales permettent de discuter de leur vision de l'accouchement, de leurs craintes, des outils à leur disposition, etc. Il revient aux femmes et à leurs conjoints de « s'approprier l'événement, on ne peut pas aller plus loin que ça en tant qu'accompagnantes ». Le Dr Lalinette-Michaud fait observer que le fait de « diriger » les femmes demeure très présent dans le contexte hospitalier au moment de l'accouchement. Il tient d'ailleurs à mentionner son désaccord concernant la déclaration, dans une autre séance, de la Dre Pauline Gref, du Collège des médecins, selon laquelle il n'y avait pas d'interventions obstétricales inutiles à l'hôpital. De nombreuses études internationales montrent qu'elles existent bel et bien. Dans ces moments, il est certain que le médecin a une influence déterminante sur le choix des parents. La fragilité des parents rend malaisé l'exercice de leur propre pouvoir. Pour l'équipe soignante, souligne-t-il, il est alors facile de décider de la marche à suivre : « On a juste à dire que le bébé va mal aller et qu'il faut ça... » En somme, dans des conditions plus compliquées, il est plus commode pour le médecin « de diriger, et il est plus difficile pour les parents d'avoir de l'autonomie et du pouvoir, parce qu'ils sont en situation de vulnérabilité¹¹ ». Et puis il y a toute l'ambiance de peur, les croyances personnelles des personnels médicaux qui ont certes un effet négatif (« tant que le bébé n'est pas né, ce n'est pas une grossesse normale »). L'effet NOCEBO est également à pointer : « Quand on croit que quelque chose de mal va arriver, il y a plus de chances que ça arrive. » L'absence de confiance en la capacité des femmes d'accoucher par elles-mêmes finit par se refléter dans la réalité : « On leur met des contraintes qui entravent un peu le déroulement physiologique et puis finalement on a plus de complications. On intervient en plus et ça perpétue nos croyances aussi. » Céline Lemay hésite, quant à elle, à incriminer spécifiquement les intervenants dans ce contexte qui cause de toute évidence des difficultés aux femmes qui accouchent. Il y a l'institution en elle-même, avec son organisation particulière du travail, ses espaces, sa relation au temps. Si bien qu'on oublie trop souvent qu'il y a un enfant qui naît...

Respecter les parents de manière tangible, les rendre partie prenante des décisions, accepter qu'ils aient le dernier mot sont certes des attitudes et des comportements favorables à l'accroissement du sentiment de compétence parental. À ce propos, Céline Lemay a tenu toutefois à mettre en garde contre un danger potentiel :

Il ne faut pas se piéger dans le sentiment de compétence [...], comme si c'était la fin d'un trajet, le but de nos interventions. C'est le chemin qui est important, non pas la destination. La compétence ou le sentiment de compétence, c'est comme la santé : ce n'est pas un but, c'est un moyen pour s'accomplir dans la vie. Donc, c'est d'aider les parents à être en chemin. Et le sentiment de compétence va se développer [...]. Il y a quelque chose que la vie lui [la femme] apporte aussi [...]. Ça permet dans d'autres grossesses, dans d'autres occasions, de faire d'autres pas. Et moi j'ai semé quelque chose parce que j'ai été avec elle et puis que j'ai fait confiance à ça. Mais je n'ai aucune idée où ça va aller, et puis ce n'est pas mon travail de le faire. Je crois à la terre, je crois qu'il y a de la confiance à y avoir et que les gens sont capables. Mais je ne vais pas aller vérifier si elle se sent capable...

S'il est une chose sur laquelle tous s'entendent, c'est bien que le sentiment de compétence est quelque chose qui évolue et grandit au fil de temps. Ne reste qu'à le nourrir... La transmission d'information y est favorable, mais sans doute plus encore la relation établie.

¹¹ Lors des interventions du public, Lorraine Fontaine, du Regroupement Naissance-Renaissance, a souligné qu'il fallait être très forte pour « tenir sa propre perspective ». Elle a rapporté entre autres l'histoire d'une femme ayant accouché à l'hôpital et à qui le médecin avait permis d'expulser son enfant en position à quatre pattes, vu le bon déroulement des choses. Or, selon le témoignage de l'accompagnante, ce médecin aurait déclaré que, s'il avait su que cette femme avait un plan de naissance (où ce désir était mentionné), il ne l'aurait pas laissée terminer ainsi la naissance. De telles histoires sont bien connues dans le milieu de la périnatalité. Des chercheurs osent même parler de maltraitance obstétricale, même si l'expression reste encore peu courante. Les tabous persistent à ce sujet.

« C'EST UNE QUESTION QUE JE ME SUIS POSÉE DÈS LE DÉPART ET J'AI PRIS LE PARTI D'ÉCRIRE TOUT [MON] livre¹² comme si ma lectrice ou mon lecteur était une personne intelligente [...] : je vais prendre ça comme a priori. Juste là, tu as une révolution, mettons ! Donc, non seulement [je suis] une personne agissante lorsque je suis en train d'écrire, mais quand je suis en face de quelqu'un qui me dit : « J'ai des brûlements d'estomac qui me dérangent », ma première question c'est de dire : « Toi, qu'est-ce que tu fais ? » Elle est intelligente, elle est agissante. Ce n'est pas quelqu'un qui arrive là complètement démuni [...]. Il y a des femmes qui me disent [...] : « J'ai fait ça, j'ai fait ça, j'ai fait ça... » Déjà, dans cette interaction-là, tu poses le fait qu'elle est capable et agissante et non pas le déversoir de ton savoir, même si tu en as énormément. [...]

Il est impossible de ne pas influencer et, soyons clairs : je veux influencer ! Et je pense qu'il faut nommer son biais. Donc, quand je donne de l'information, je dis : « Moi j'ai un parti pris total et absolu pour l'accouchement naturel mais je peux te donner les données qu'on a. » Si je nomme des faits, je peux donner les limites des connaissances, des recherches et tout. Les commentaires que j'ai [de mon] livre – et c'est un exemple de livraison de l'information – [...], souvent j'entends : « C'est tellement objectif... » Pourtant c'est le contraire d'objectif ! Mais quand je donne les résultats de recherche, je dis « Les résultats de recherche, ça dit ça, ça et ça », et tout le long c'est clair, clair, clair où est mon parti pris, mais en même temps je le fais de manière qui, je le pense, dit aux gens : « Moi c'est ça que je pense, c'est ça que je crois. Toi c'est quoi ? » Ça leur laisse à eux...

Je pense que ce qui est utile, pratiquement, c'est de donner des exemples de dissensions, [...] pas pour les proposer. Je dis : « J'ai pas de données scientifiques là-dessus, je peux pas te dire si ça fonctionne bien ou quoi », mais c'est juste pour dire « Voici un éventail des autres choses que les gens font », pour que ça ouvre juste un petit peu l'espace de ne pas être d'accord [...]. Si tu ne donnes pas d'autres options, ça peut être un peu plus difficile.

D'autre part, par rapport à la compétence [...], il faut que tu fasses ce que tu professes. [...] Si c'est vrai qu'on valorise les compétences des gens, il faut qu'on les valorise quand on est avec eux. On dit « Ton bébé, comment il va ? Quel genre de bébé ? Est-ce que c'est un bébé qui bouge beaucoup ? Est-ce qu'il y a des positions qu'il préfère ? » Mais c'est elle, la mère, qui a la réponse, ce n'est pas moi en cent ans ! Et à partir du moment où on la place, elle, la mère, et ça peut être le père, ça les place dans cette position-là de dire « Moi je le sais, ah ! moi mon bébé... je fais ci ou ça, le matin ou le soir... » Tout de suite on vient de déplacer le jeu de pouvoir. Je vous dis pas qu'on réussit à 100 %, et je suis d'accord qu'on ne réussit pas toujours, mais je pense que de se mettre humblement dans le faillible, dans le fait qu'on a un biais... Moi, le mien, il est clair, mais un obstétricien pour qui l'accouchement médical c'est son biais, qu'il le dise ! C'est correct, il a droit à son biais, et toi en face tu as droit au tien. »

Isabelle Brabant, sage-femme

¹²Isabelle Brabant,
UNE NAISSANCE HEUREUSE,
Éditions Saint-Martin, 2001, 440 p.

En

MILIEU HOSPITALIER, IL Y A ÉNORMÉMENT DE PRISE DE POUVOIR DE LA PART DES ÉQUIPES SUR CE QUE vivent les femmes et les couples dans les salles d'accouchement. On voit régulièrement, tous les jours, des situations encore incroyables en 2008. Donc c'est sûr que tout ce qui se dit ici en ce moment, en effet, c'est ce qu'il faut faire, mais il faut vraiment qu'on ouvre le milieu médical à cette conscience-là de respecter les parents et de leur redonner leur pouvoir. Moi je pense que c'est le gros défi dans le milieu conventionnel parce que, dans le milieu parallèle, les maisons de naissance, et dans les accouchements à domicile, c'est sûr qu'on travaille beaucoup dans ce sens-là. [...] Heureusement, par rapport à la formation, moi je donne des cours prénatals depuis trois ans dans plusieurs CLSC et je réalise en fait, en donnant une information complète – ce qui était souvent pas fait dans les CLSC – [...], les parents sont extrêmement réceptifs à ça. Quand on explique aux parents l'historique de l'obstétrique, pourquoi on en est arrivés là dans les hôpitaux, ça marche ! Les parents se transforment, reprennent leur place, questionnent les médecins et vont être différents dans les salles d'accouchement. Donc c'est quelque chose qu'il faut que l'on diffuse dans le milieu conventionnel. Il faut qu'on rejoigne les femmes qui accouchent en milieu hospitalier, c'est faisable... On voit quand même des choses qui se passent dans les salles d'accouchement, des femmes qui prennent leur place, des équipes qui les écoutent, mais il faut qu'on diffuse l'information à toutes ces femmes-là. On voit les transformations. »

Isabelle Challut, infirmière et accompagnante

Des expériences inspirantes

Quelques expériences en périnatalité, présentées dans le cadre de la Conférence, montrent les efforts réalisés depuis quelques années pour mieux s'adapter aux besoins des familles. Elles ont ceci de commun : la volonté de développer des solutions originales à des difficultés présentes en certains milieux ou aux manques de ressources appropriées et celle de coller de très près aux besoins particuliers des familles. Voici donc le portrait de quatre expériences inspirantes, qui sauront peut-être, nous l'espérons, insuffler l'espoir et stimuler la créativité susceptible d'engendrer plein de petits...

La Maison du Collectif de Sept-Îles

L'expérience de la Maison du Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes a été présentée par France Bouffard, directrice de l'organisation. Le Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes existe depuis trente ans. Organisme à but non lucratif, le Collectif consiste en un centre de référence en santé sexuelle et reproductive, dont la mission est de favoriser l'autonomie des femmes en ce domaine.

L'élaboration en 2004 du projet de la Maison du Collectif part du constat des effets néfastes sur les jeunes familles d'une particularité géographique : celle d'une population éparpillée et de communautés vivant isolées les unes des autres. La Côte-Nord est un territoire long de 1200 km où vivent quelque 100 000 individus dans des villes et villages dont la majorité n'est pas desservie par la route ou est marquée par la faible efficacité du réseau (pour les villes nordiques et pour tout le secteur à l'est de Natashquan, le seul transport est l'avion). Or, depuis quelques années, les médecins ont quitté les localités isolées en raison d'une clientèle trop peu nombreuse. Si bien que les familles, par exemple de Blanc-Sablon, de Havre-Saint-Pierre et de Fermont, doivent dorénavant se rendre à Sept-Îles pour y mettre au monde leur enfant. Le projet de la Maison du Collectif de Sept-Îles est donc né de la volonté de trouver des solutions aux problèmes vécus par les familles ayant à vivre l'accouchement loin de leur milieu de vie.

Au début, le Collectif a dû consentir beaucoup d'efforts pour la promotion de son projet au sein de la communauté, pour obtenir des appuis et rassembler des partenaires. Il a dû profiter de toutes les tribunes possibles. France Bouffard considère que la planification stratégique du nouveau projet a été une démarche essentielle pour sa réussite. Pour ce faire, l'organisme a travaillé avec un outil axé sur les « cinq capitaux » dans le but de s'assurer que toutes les sphères du développement étaient couvertes : social, économique, écologique, culturel et humain. Cette démarche lui a permis de ne pas passer à côté d'aspects extrêmement importants, tels que la réduction des inégalités sociales et le bénéfice culturel des nations autochtones.

« La réflexion, l'analyse et l'évaluation ne prennent jamais trop de temps. C'est une économie à moyen et à long terme. »

France Bouffard, directrice, Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes

Après seize mois de gestation, la Maison a ouvert ses portes au printemps 2006. Dès lors, le Collectif est en mesure de fournir un lieu d'hébergement aux femmes enceintes et à leurs accompagnants, en plus des services déjà offerts, c'est-à-dire ceux d'accompagnement à la naissance, de soutien à l'allaitement et de centre de référence. Les familles y séjournent environ un mois avant l'accouchement. Elles arrivent généralement vers la 35^e semaine de grossesse, en raison du fait que les compagnies aériennes n'acceptent pas de transporter les femmes enceintes de plus de 36 semaines. Il arrive par ailleurs à l'occasion que le séjour des familles prévu pour un mois soit prolongé à cause de l'hospitalisation du nouveau-né (par exemple à cause d'un faible poids à la naissance).

Le succès obtenu par le nouveau service d'hébergement est immédiatement palpable. Au cours des vingt-quatre premiers mois d'opération, l'établissement a hébergé 43 familles, représentant au total 114 personnes (mères, enfants, conjoints, accompagnants naturels, grands-parents, etc.)! Une employée y travaille à temps plein et d'autres embauches sont à prévoir. Avec la Maison, le budget annuel du Collectif est passé d'environ 20000 \$ à près de 150000 \$. La maison, initialement louée, est aujourd'hui sa propriété.

Sur le plan social, l'organisme rassemble un grand nombre de partenaires et participe à plusieurs tables de concertation locales, à l'échelle de la Côte-Nord et de la province. Il contribue également à l'établissement des conditions favorables à un accouchement naturel et à l'allaitement maternel. Son apport humain est extrêmement important puisqu'il offre un environnement adapté aux mères qui doivent quitter leur milieu de vie pour la mise au monde de leur enfant. Ce milieu leur procure un sentiment de sécurité, améliore leur bien-être, leur offre support et entraide. Lorsque les femmes se sentent isolées, elles ne pensent qu'à retourner chez elles et elles peuvent alors être portées à demander à leur médecin un déclenchement ou une césarienne, pour en finir au plus vite. Dans cette perspective, fournir aux femmes un milieu de vie accueillant est certes plus favorable à un accouchement sans interventions inutiles.

Depuis que le Collectif offre un service d'hébergement, la demande de services a fait boule de neige : la demande d'accompagnement à la naissance a augmenté (car beaucoup de femmes arrivent seules, les membres de la famille ne pouvant pas toujours les suivre) et la demande de soutien à l'allaitement a aussi réalisé un bond. Parallèlement à ces développements, le Collectif fait actuellement des démarches en vue d'obtenir l'ouverture à Sept-Îles d'une maison de naissance avec services de sages-femmes.



La Maison Bleue

Sise dans le quartier Côte-des-Neiges à Montréal, la Maison bleue s'est donnée pour mission de fournir aux femmes enceintes et à leurs familles un milieu de vie axé sur la prévention des problèmes de santé des enfants. Cette ambitieuse réalisation a été présentée par Bernadette Thibault et la Dre Fanny Hersson.

À la source du projet, on retrouve la Dre Vania Jimenez, omnipratricienne en périnatalité et chercheuse à l'université McGill, Amélie Sigouin, intervenante en petite enfance, Jacques Lorion, ex-directeur du CLSC Côte-des-Neiges, de même que le pédiatre social Gilles Julien et Bernadette Thibault, infirmière. Avec une telle composition, on comprend rapidement l'intérêt pour ses fondateurs et fondatrices d'aborder les soins dans une perspective interdisciplinaire. Pour eux, le besoin était clair, celui d'accompagner les familles, spécialement celles vivant dans un contexte difficile comme il s'en trouve beaucoup dans le quartier Côte-des-Neiges, en tablant sur les forces que procurent la précocité des interventions de même qu'une structure souple et une équipe de petite taille, l'interdisciplinarité, un lieu chaleureux et convivial, un bon ancrage dans la communauté et des rapports de proximité avec les personnes.

Actuellement l'équipe de la Maison bleue est formée d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une travailleuse sociale, d'une éducatrice et de quatre médecins. À cette cellule de base viennent se greffer selon les besoins des consultants en ethnopsychiatrie, en pédopsychiatrie, en pédiatrie sociale, des stagiaires de diverses disciplines de la santé, des doulas et des bénévoles. Une des particularités de la Maison bleue est sa structure administrative hybride. Une partie du personnel est formée d'employés du CLSC Côte-des-Neiges (infirmière clinicienne, travailleuse sociale, éducatrice, sage-femme, ethnopsychiatre) tandis qu'une autre est formée de médecins du Groupe de médecine familiale de Côte-des-Neiges (lié au Centre de santé et de services sociaux). Constituée en organisme à but non lucratif, la direction administrative est assurée par un conseil d'administration, et sa gestion autonome relève d'une directrice et d'une coordonnatrice, assistées par une secrétaire médicale. La source de financement de la Maison bleue est par conséquent double (étatique et participation financière privée).

Trois grandes valeurs guident les diverses interventions : l'importance de célébrer et de protéger la vie et ce, malgré les diverses difficultés de l'existence, le partage culturel, la reconnaissance que la maternité appartient d'abord aux femmes et aux familles et qu'elle offre l'occasion de se découvrir des forces. L'approche qui a été développée découle d'une vision écologique du développement considérant l'enfant, sa famille et la communauté comme un ensemble dynamique et interlié. Par conséquent, l'équipe y valorise ou favorise au quotidien :

- la capacité des femmes à vivre leur grossesse et leur accouchement avec leur pouvoir et dans la dignité ;
- les compétences des parents à créer un environnement favorable pour l'accueil de leur enfant ;
- l'établissement des liens d'attachement sécurisants entre l'enfant et ses parents ;
- le développement du plein potentiel des familles.

À la Maison bleue, la participation et l'engagement de ses usagers dans le milieu de vie qu'elle leur offre sont considérés comme un apport vital à son existence. Les commentaires, demandes ou initiatives particuliers (mentionnés ou recueillis dans des contextes tant informels que formels) sont accueillis avec enthousiasme par les intervenants, qui leur donnent suite ou offrent le meilleur soutien possible aux projets proposés par les parents. La petite taille de l'établissement, sa convivialité, sa flexibilité administrative, les rapports proches et personnels établis avec ses usagers sont favorables à l'existence communautaire, à sa vitalité et à la participation des usagers.



La Maison bleue cible d'abord comme clientèle les femmes enceintes et leurs enfants de moins de cinq ans du quartier Côte-des-Neiges (parce qu'ils conçoivent que le soutien à l'enfant passe par celui des personnes de son entourage, les intervenants acceptent également la clientèle des conjoints et des autres enfants de la famille). Vu la configuration du quartier où les contextes de vulnérabilité sont fréquents, ses clientes sont plus précisément souvent des adolescentes, des immigrées de récente date, des demandeuses d'asile, des femmes monoparentales, des personnes isolées, vivant en contexte de violence conjugale ou dans une autre situation les plaçant en état de difficulté. La Maison bleue offre à ses familles usagères une variété de services : suivi de grossesse en consultation privée par médecin ou par sage-femme, suivi prénatal et postnatal de groupe, rencontres prénatales de groupe pour la préparation à l'accouchement, suivi postnatal à domicile par une infirmière ou une sage-femme, suivi de santé de la famille, vaccination, stimulation précoce des enfants en groupe, art-thérapie, groupes de tricot, orthophonie, massothérapie (offerte par des bénévoles), évaluations dentaires des femmes enceintes, ethnopsychiatrie, activités parents-enfants. Un projet de théâtre liant parents et intervenants est également en voie de réalisation.

Les suivis de groupe sont une originalité dans le domaine. Ces séances débutent par une rencontre individuelle avec un médecin ou avec une sage-femme. Le suivi de groupe a ensuite lieu au rythme d'une rencontre par mois. La fréquence des consultations prénatales augmente à partir de la 30^e semaine de grossesse grâce à l'ajout de rencontres individuelles avec le médecin ou la sage-femme (il est à tout moment permis à une femme de prendre rendez-vous avec son intervenant lorsqu'elle souhaite s'entretenir avec lui ou elle personnellement). Les séances de groupes comptent de six à huit femmes enceintes ou venant d'accoucher. Les femmes prennent elles-mêmes les mesures relatives à leur tension artérielle, le poids, l'urine, et font le calcul des semaines de grossesse. Cela permet non seulement à l'intervenant de gagner du temps mais procure également aux femmes un sentiment de compétence. Ensuite l'intervenant écoute le cœur foetal, mesure la hauteur utérine, cela sur le divan du salon, durant le temps que les autres femmes effectuent leurs propres mesures. La séance se termine par une discussion informelle en groupe. La Dre Fanny Hersson souligne que les femmes apprécient beaucoup ce type d'approche qui favorise le partage entre les personnes (brise l'isolement), valorise les connais-

ces personnelles et établit un rapport nouveau avec les intervenants, plus égalitaire. « On a beaucoup de bons commentaires », indique-t-elle. Elle mentionne en outre au passage un aspect sans doute trop souvent négligé, celui de l'élévation du niveau de satisfaction des intervenants eux-mêmes. Il s'agit, a-t-elle fait observer, d'une dimension importante, surtout si l'on souhaite augmenter le nombre des intervenants en périnatalité...

Le Centre Premier Berceau

L'expérience du Centre Premier Berceau de Montréal a été présentée par Pierre-Louis Lefebvre, intervenant clinique, et Pierrette Simard, directrice générale d'Autonomie Jeunes Familles, la corporation fondatrice du Centre Premier Berceau (CPB). Le CPB vu le jour en 2005 grâce au soutien financier de la Fondation Lucie et André Chagnon et du ministère québécois de l'Emploi et de la Solidarité sociale (fonds de lutte à la pauvreté). Visant à développer des pratiques qui préviennent la transmission intergénérationnelle des traumatismes et de la pauvreté, son mandat spécifique consiste à dispenser des services à Montréal et à créer un milieu de recherche autour de pratiques novatrices. Le CPB mise sur des pratiques professionnelles différentes, axées sur la psychothérapie dans une approche globale, c'est-à-dire donnant toute son importance aux dimensions humaines, relationnelles, émotives, affectives autour d'une transition vers la parentalité, de la mise en place d'un couple de parents, de la grossesse elle-même, de l'accouchement et de l'accueil du bébé.

Le Centre est un complément important aux services déjà offerts par d'autres organismes du milieu œuvrant en périnatalité (groupes communautaires, CLSC et CSSS, hôpitaux, organismes gouvernementaux tels que Carrefour jeunesse emploi, les centres locaux d'emploi ou autres). Sa clientèle consiste souvent en des personnes vivant dans une vulnérabilité psychologique ou sociale et ayant été recommandées par un autre organisme. Essentiellement le Centre Premier Berceau accueille des femmes enceintes en transition vers la parentalité (première grossesse) ayant eu une enfance parsemée d'événements de vie traumatisants ou vivant actuellement dans un contexte personnel difficile pouvant avoir un impact sur la venue d'un nouvel enfant¹³. Le CPB propose aux familles une intervention soutenue en leur offrant un soutien prolongé qui s'étend de la grossesse à la petite enfance. Ses services personnalisés et gratuits visent des changements rapides et durables pour les individus.

¹³ Au besoin, l'intervention auprès des couples peut être poursuivie avec la venue d'un deuxième ou troisième enfant.

Pour atteindre leurs objectifs, les intervenants misent sur la compréhension globale de chaque famille, le regroupement des services en un seul lieu, le travail interdisciplinaire (thérapeutes, travailleuses sociales, ergothérapeutes, orthopédagogues, conseillères en emploi, éducateurs, enseignants, accompagnantes à la naissance) et l'action concertée avec les intervenants de l'extérieur. Leur plus grand défi? Développer des approches cliniques originales qui permettent de travailler avec des personnes vulnérables et issues du cadre psychothérapeutique habituel qui souvent ne convient pas à la demande des individus.

Mais pour les familles qui bénéficient de ses services, le Centre Premier Berceau est d'abord et avant tout un milieu de vie où elles peuvent se rendre en tout temps, durant la semaine. Physiquement, le CPB consiste en un milieu convivial et accueillant où les familles peuvent se retrouver et partager. Parfois des parents viennent seuls afin de prendre un répit. Ces passages peuvent être l'occasion d'heureuses interventions spontanées et imprévues qui permettent de sortir la thérapie de son cadre classique. Il n'y a pas de cadre rigide à l'intervention, celle-ci peut avoir lieu dans le lieu physique du CPB, tout comme elle peut se dérouler à domicile, à l'hôpital ou en tout autre endroit, selon les besoins. Les rencontres sont l'occasion de fournir un soutien direct aux parents, que ce soit en termes de santé physique (suivi de grossesse complémentaire à celui de la sage-femme ou du médecin, soutien à l'allaitement, etc.), d'autonomie sociale (logement, scolarisation, emploi, etc.) ou encore d'aide à la famille (suivi clinique en psychologie, interventions informelles sur les lieux).

La dimension « recherche » du mandat du Centre Premier Berceau occupe une place importante car on espère que l'expérience clinique acquise auprès des familles servira éventuellement à d'autres. Plus concrètement, il s'agit par là de renforcer les capacités cliniques des intervenants œuvrant auprès des nouvelles familles, de développer à l'échelle provinciale des activités ou une offre de services en prévention et de diffuser les connaissances acquises pour contribuer à l'amélioration des services aux familles dès la première grossesse.

Le Centre Premier Berceau caresse maintenant le projet de développer une pratique de sages-femmes auprès des femmes vulnérables. Ce projet est actuellement à l'étude en collaboration avec le CSSS Jeanne-Mance. Le CPB envisage également de développer une pratique auprès des enfants entre 0 et 6 mois en situation de protection par l'État.





Une société accueillante pour les familles

C'est avant tout par l'attention aux détails de la vie quotidienne qu'une société se révèle préoccupée par l'humain et accueillante pour l'enfant et la famille¹⁴.

Penser globalement : démystifier le modèle social de médicalisation de la naissance

Selon Isabelle Challut, infirmière en périnatalité et auteure, le terrain social est mûr pour une révision des pratiques hypermédicalisées en périnatalité. C'est notamment ce qui ressort de sa présentation intitulée « Stratégies pour diminuer le stress pendant la grossesse ». S'inspirant de son expérience à titre d'accompagnante à la naissance et d'éducatrice prénatale mais aussi de mère, sa conférence avait pour but de discuter des sources de stress de la femme enceinte. Car fournir aux femmes enceintes un environnement sécurisant où le stress est à son minimum est déterminant tant pour leur santé que pour celle de leur enfant et constitue un préalable à la qualité de l'accueil du nouveau-né, un moment charnière de l'existence familiale.

Au cours du dernier siècle, constate-t-elle, l'accouchement est passé d'une affaire de femmes à un processus outrancièrement médicalisé. Le passage du lieu d'accouchement du domicile à l'hôpital, la généralisation du suivi prénatal et l'intérêt croissant pour le dépistage des anomalies de la grossesse, le développement de diverses techniques et méthodes d'accouchement (« accouchement sans douleur », péridurale, césarienne) et leur facilité d'accès, ont entraîné dans leur sillage une obsession pour le contrôle de la grossesse et de l'accouchement.

Compte tenu de cette évolution, la conférencière a identifié trois principales sources de stress pour les femmes enceintes : les examens médicaux où la norme est conçue comme le critère absolu de référence, l'institution hospi-

talienne et l'attitude des femmes par rapport à leur corps. C'est ainsi, note-t-elle, qu'« on voit souvent des mères [...] inquiètes en fin de grossesse parce que dans leur suivi médical on leur transmet tous les résultats d'examen ». Même l'annonce de petits débalancements est source d'anxiété parce qu'ils sont perçus comme une épée de Damoclès suspendue au-dessus de leur tête. Le contexte hospitalier est particulièrement générateur de stress chez les femmes enceintes, ce qui est très problématique vu qu'il s'agit du lieu d'accouchement de la très grande majorité des femmes. L'habitude chez la plupart des intervenants de ne pas respecter la physiologie de l'accouchement (liée à l'absence de connaissances à ce sujet, pour plusieurs qui n'en ont jamais été personnellement les témoins) et leur préoccupation maladive pour le risque entraînent de profonds déséquilibres chez les femmes. « Quand on donne des cours prénatals, précise Isabelle Challut, si on pose la question le premier soiraux mamans qui sont dans la salle, il y en a neuf sur dix qui vont nous dire que, si elles sont là, c'est parce qu'elles ont peur. » Finalement « tout le monde a peur dans les salles d'accouchement » et « on n'est plus du tout sûr que notre corps est bien organisé pour accoucher ».



¹⁴Conseil de la famille et de l'enfance, TRANSITIONS FAMILIALES..., p. 218.

De plus, la conférencière déplore « qu'on parle très peu aux femmes de la beauté de l'accouchement, du sacré de ce passage-là, de l'importance de ce moment-là dans la vie de nos enfants et dans la vie des parents aussi. On parle beaucoup plus en termes de dangers, de risques et de surveillance. Donc, là, il y a encore beaucoup de stress qui s'infiltre encore une fois ». La conception dominante du corps est une autre source potentielle d'anxiété pour la femme : dans notre société, soutient-elle, les individus sont très « coupés de leur corps », c'est une part de l'être qui n'est guère valorisée. Durant la grossesse, les femmes suralimentent leur cerveau avec l'ingestion d'une grande quantité d'informations. Pourtant, c'est avec son corps qu'une femme accouche, et pas avec son intellect... C'est dans cette relation privilégiée avec le corps que les femmes peuvent développer la confiance d'accoucher par elles-mêmes.

Tous ces éléments, sources de tension durant la grossesse, ont malheureusement un impact sensible sur le déroulement de l'accouchement. « Ce qui est important dans le déroulement d'un accouchement physiologique, rappelle l'éducatrice prénatale, c'est qu'il y ait un bas niveau d'anxiété chez les mères. Une mère qui est stressée, angoissée, ne pourra pas sécréter ses hormones pour que son accouchement se déroule de façon physiologique. » Très rapidement, les femmes vont perdre la confiance en elles et en leur capacité d'accoucher par elles-mêmes.

Les solutions qu'Isabelle Challut propose sont multiples. D'abord il importe de « protéger l'état émotionnel des femmes enceintes » : il est indispensable de dire aux femmes « que le stress qu'elles vont vivre pendant leur grossesse a un impact sur le déroulement de leur accouchement » ; il faut également en informer leurs proches et mieux sensibiliser les professionnels à cet égard. On doit en outre ré-enseigner la physiologie de la naissance aux professionnels et aux parents. Développer le contact des femmes avec leur corps et l'écoute de leurs sensations est par ailleurs de nature à favoriser leur confiance en elles-mêmes et à diminuer le stress. Isabelle Challut mise beaucoup sur la période prénatale (suivi médical et préparation à l'accouchement) pour soutenir les femmes dans cette indispensable démarche. Cela implique une préoccupation des professionnels concernant la façon dont ils transmettent l'information médicale aux femmes, de manière à éviter qu'elles se sentent continuellement en danger. Ils devraient également favoriser leur confiance

en elles-mêmes, notamment en évitant de leur faire porter tout le poids des résultats et projeter leur propre anxiété sur elles, en leur redonnant le pouvoir et en leur permettant de retrouver l'essence et le sacré de la naissance.

Pour atteindre ces objectifs, Isabelle Challut offre en partage aux divers intervenants des stratégies qu'elle a été en mesure d'expérimenter dans le cadre de sa pratique d'éducatrice prénatale au Centre Pleine Lune. D'abord, il importe dans les cours prénatals, d'« essayer de déprogrammer toutes les vieilles craintes qui sont en place autour de la grossesse et de l'accouchement ». Dans le but de stimuler la confiance des femmes en leur capacité d'accoucher, Isabelle Challut prend le temps d'expliquer la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement par leur mise en contexte historique. « Ça marche extrêmement bien ! » souligne-t-elle. Elle a pu constater un effet très palpable chez les femmes suivies au Centre Pleine Lune et accouchant à l'hôpital, et à qui ce genre d'information est dispensé depuis quelques années.

Le fait qu'on donne l'information aux parents, que les parents en discutent avec les médecins, qu'on discute avec nos médecins et qu'on se permet dans les salles d'accouchement d'amener les mères à se faire confiance... Les médecins ont vraiment suivi le processus et observé à quel point, lorsque les femmes s'écoutent, il y a moins d'interventions, les hospitalisations durent moins longtemps, les bébés vont mieux, les mères vont mieux, le lien d'attachement se fait plus facilement et le retour à la maison va mieux. Donc c'est faisable.



La préparation corporelle est aussi très importante :

Il faut qu'on trouve le moyen de ramener les femmes dans leur corps [...]. Il faut qu'on les fasse bouger. Alors toute préparation, yoga, tai chi, n'importe quelle forme de préparation corporelle, va être bénéfique. L'équilibre au quotidien, ça aussi, c'est un enseignement à faire. Il faut qu'on parle [notamment] de l'alimentation [...], c'est vraiment important que les gens fassent des choix éclairés par rapport à la façon de se nourrir et de nourrir leurs enfants.

On ne peut trop insister également sur la nécessité de parler de la physiologie de l'accouchement. On doit expliquer aux couples le rôle des hormones dans un accouchement et l'importance de l'environnement pour favoriser les sécrétions hormonales, notamment les endorphines. « Il faut que ça soit dit dans toutes les rencontres prénatales. » Par ailleurs, les femmes enceintes doivent être informées de leurs droits (l'ASPQ a préparé un dépliant très utile sur le sujet).

Sa conclusion ?

Tous les professionnels devraient être conscients qu'ils accompagnent des femmes. Et quand on regarde dans le dictionnaire, accompagner c'est « se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui ». [...] Les femmes ont toujours dû s'adapter aux besoins des équipes. En fait, c'est nous, les équipes, qui devrions nous adapter aux besoins des femmes.

Il s'agit là d'un préalable capital pour que les femmes, les bébés et leur famille puissent se sentir respectés et accueillis par la société dans laquelle ils vivent.

Agir localement : les municipalités et la création d'environnements favorables à la famille

Si la manière d'intervenir en périnatalité et, plus globalement, de se représenter la santé compte beaucoup pour le départ harmonieux d'une nouvelle famille et pour la santé de ses membres, l'accueil réservé aux familles en diverses sphères de la société est également important dans l'atteinte de ces objectifs. En raison de leur échelle limitée et de leur situation comme cadre premier où vivent les familles, les municipalités constituent un lieu privilégié où les sociétés peuvent agir sur leur qualité de vie. En vogue en Europe depuis plusieurs années, la mise en place de politiques familiales par les municipalités est un phénomène plutôt récent au Québec. Il revient à la ville de Brossard d'avoir été une grande pionnière, par l'établissement de la première politique familiale municipale en 1989. Depuis, plusieurs municipalités ont adopté la leur. Dans le cadre de la Conférence annuelle 2008 de l'ASPQ, une communication était destinée à brosser un portrait de la notion de POLITIQUE FAMILIALE municipale (PFM) tandis qu'une autre visait à présenter une expérience concrète, soit celle acquise par la ville de Victoriaville.

Dans un premier temps, Linda Duval, organisatrice communautaire au Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska, a décrit le concept de politique familiale municipale (PFM). Une PFM consiste en un cadre de référence dont se dote une municipalité pour affirmer sa volonté politique et guider ses décisions relatives au bien-être des familles de son territoire. En vue de répondre aux besoins spécifiques des familles, la PFM détermine des lignes directrices et leur offre un ensemble de mesures de soutien. Ces mesures s'inscrivent nécessairement dans le cadre limité au champ de compétence des municipalités. Celles-ci doivent en outre respecter le travail des organismes communautaires avec qui il importe de créer des collaborations.

Les démarches des municipalités québécoises concernant les politiques relatives aux familles ont connu un regain à partir de 2002 en raison de l'adoption de mesures incitatives par le ministère de la Famille et des Aînés. Alors qu'avant cette date, seulement 60 PFM étaient en vigueur au Québec, depuis l'intervention gouvernementale on a vu naître plus de 220 nouveaux projets. Ceux-ci rejoignent plus de 80 % des familles au Québec (les municipalités de moins de 5000 habitants sont celles où l'on note la plus faible participation). Actuellement, environ 450 responsables des questions familiales œuvrent au sein des conseils municipaux. Au printemps 2008, le Ministère a reconduit son programme de subventions aux municipalités. Par cette intervention, les municipalités sont en mesure de recouvrer environ 50 % des coûts de l'élaboration de leur politique familiale et peuvent bénéficier de l'accompagnement du Carrefour action municipale et famille (créé en 1989).

Ses domaines d'action sont variés. Ils touchent le plus souvent l'habitation, les loisirs, l'aménagement des quartiers, la sécurité et les transports. Linda Duval fournit une liste d'exemples concrets, dont voici un aperçu :

- Aménagement d'une aire spéciale destinée aux futurs parents à la bibliothèque
- Cours : aqua-maman, cardio-poussette, activités parents-enfants
- Permission accordée de laisser les poussettes ouvertes dans les autobus
- Rabais sur l'achat de couches de coton
- Adaptation de la température de l'eau des piscines publiques pour les poupons
- Cliniques de vérification des sièges d'auto
- Offre gratuite de locaux municipaux à l'usage des regroupements de parents
- Offre gratuite de terrains pour l'installation de Centres de la petite enfance
- Prêt d'équipement spécialisé
- Encouragement auprès des entreprises pour organiser des activités destinées aux familles
- Aménagement du territoire en fonction des équipements pour enfants



Dans le dossier des PFM, Marie-Josée Monfette, responsable Vie active et culturelle à la municipalité de Victoriaville, et Lina Côté, coordonnatrice de l'organisme Parents Ressources de l'endroit, ont voulu présenter le cas concret de l'expérience de la ville de Victoriaville. Victoriaville est pionnière au Québec en matière de politique familiale municipale puisque son action remonte à 1996. Elle en est donc à son cinquième plan d'action triennal. Victoriaville constituait à la source un terreau très fertile pour l'implantation d'un tel projet. Depuis 1988, il existait sur le territoire un comité consultatif de la politique familiale, le Comité Famille Bois-Francs, formé de neuf organismes et établissements du milieu. C'est ce comité qui, en 1996, a poussé la municipalité à mettre sur pied une véritable politique familiale. Ces organismes ont continué à participer au projet dans le cadre du Comité consultatif de la politique familiale chapeauté par la municipalité. Il s'agit de la commission scolaire, du CSSS, de l'organisation Zone pastorale, de l'Association des Colombiens et de divers organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la famille. À ces représentants du milieu s'ajoutent les deux conseillers municipaux responsables des questions familiales.

Marie-Josée Monfette tient à préciser qu'à Victoriaville, «le penser et agir familial est dans toutes les sphères de la municipalité, donc ce n'est pas seulement le loisir qui est touché par l'action famille mais c'est aussi l'administration générale, l'information, les travaux publics, la sécurité, [...] Toutes les sphères de la municipalité sont touchées». C'est d'ailleurs ce que nous a permis de constater sa collègue Lina Côté, membre du Comité consultatif de la PFM, dans sa présentation des diverses mesures implantées à Victoriaville depuis 1996. Parmi ces mesures dont tous sont très fiers figurent :

le programme «Je plante un arbre pour mon enfant» (tirage de quatre arbres par mois ou d'un certificat cadeau échangeable dans un centre jardin, remis chaque année lors d'une cérémonie officielle)

- le sceau «Qualité famille» (logo et certificat remis annuellement aux entreprises démontrant un souci particulier pour les familles)
- le programme «Bienvenue chez nous, bienvenue bébé» (guide de ressources et services aux familles)
- l'aide financière de 100 \$ par enfant pour l'achat de couches de coton
- le passeport naissance (tirage mensuel d'un passeport comprenant notamment des services de relevailles)
- l'aménagement d'espaces de courtoisie pour les familles dans les stationnements publics
- l'installation de bancs à l'ombre dans les nouveaux parcs
- les prêts de vélos communautaires dotés d'un siège d'enfant
- l'installation de tables à langer dans les salles de toilette municipales

L'intervenante tient à souligner que plusieurs mesures sont très peu coûteuses ou n'impliquent aucun coût supplémentaire pour la municipalité en raison des diverses collaborations et que certaines se font à même son budget régulier (par exemple, l'aménagement des stationnements municipaux).

Le monde du travail : un point névralgique dans le mieux-être familial

Parce que les parents y consacrent une grande part de leur temps, le monde du travail est un lieu déterminant pour la qualité de vie familiale. Deux conférences ont porté sur des expériences ou des propositions de stratégies novatrices susceptibles d'en inspirer d'autres. Il s'agit de celle de Manon Labelle, intitulée « Expérimenter une méthode d'implantation de mesures de conciliation travail-famille en entreprise et présentation des outils », et celle de Marie-Josée Santerre, « Comment concilier allaitement et emploi ».

Des mesures de conciliation travail-famille en entreprise : expérimentation d'une méthode d'implantation

La communication de Manon Labelle, consultante en employabilité, visait à présenter une démarche d'implantation de mesures de conciliation travail-famille-études-maternité (CTFEM) dans des entreprises de la région des Basses-Laurentides. Ce projet est né à l'initiative de la table de concertation « Table d'employabilité femmes des Basses-Laurentides », créée en 2000. Composée d'une quinzaine de représentantes des organismes issus des milieux communautaires, économique, gouvernemental et de l'éducation, ce groupe a pour objectif d'améliorer l'employabilité de la main-d'œuvre féminine, via la réalisation de projets et d'activités de partenariat, de concertation et de développement. Le projet a été rendu possible grâce au soutien financier des Centres locaux d'emploi de Mirabel, Saint-Eustache et Sainte-Thérèse, ainsi que de Service Canada et du ministère de la Famille et des Aînés.

Six entreprises ont participé à la recherche et à l'expérimentation de la démarche qui s'est déroulée sur une période de trois ans, de 2005 à 2008. Le but du projet n'était pas d'élaborer un programme de conciliation ou d'expérimenter des mesures prédéterminées mais plutôt de faire le bilan de celles existant déjà dans les six entreprises participantes, de cibler les mesures les mieux adaptées aux problèmes identifiés, de fixer leurs modalités d'application, puis d'établir un mécanisme de suivi. Dans l'établissement des mesures à privilégier, les éléments considérés étaient leur flexibilité, le maintien de la relation de confiance, le contrôle individuel sur son temps, la prévisibilité, la diversité et l'accès aux mesures.

Les principales mesures implantées dans les entreprises du projet-pilote ayant accepté d'y participer ont été les suivantes :

- Horaires flexibles avec plages fixes
- Semaine comprimée se terminant le vendredi à midi
- Semaine comprimée sur quatre jours
- Semaine comprimée 70-9 (70 heures en 9 jours)
- Compte épargne-temps 39-40 (en vue d'accumuler des congés, travail de 40 heures mais rémunération pour 39)
- Télétravail

Au total, la méthode expérimentée d'implantation s'est avérée efficace. Parmi ses bénéfices, on a noté une plus grande ouverture dans la communication entre les directions et les employés. Par ailleurs, l'évaluation des mesures a permis d'observer chez les employés une baisse du stress, une meilleure gestion des absences, ainsi qu'un accroissement du sentiment de contrôle et de la motivation. Pour les entreprises, prendre l'initiative de l'implantation de mesures de conciliation travail-famille est difficile, parce que cela ne fait pas encore partie de leur culture (l'adaptation doit encore généralement provenir des parents eux-mêmes). Toutefois les résultats convaincants du projet-pilote montrent son bénéfice pour les deux parties.

En vue de partager l'expérience acquise et d'encourager les entreprises à adopter des mesures de CTFEM, l'équipe du projet-pilote travaille actuellement à la réalisation d'une trousse d'outils¹⁵ qui comprendra :

- un fascicule (intitulé « Pour vous convaincre d'agir ») où seront expliquées entre autres les transformations dans les sphères du travail et de la famille, comment celles-ci sont devenues des vases communicants, les coûts engendrés par les difficultés de conciliation travail-famille et les avantages pour les entreprises d'adopter des mesures ;
- onze fiches pratiques qui correspondront chacune à une étape de la démarche (avec questions, réflexions et actions à poser) ;

un guide d'implantation de mesures de CTFEM, comprenant la description des mesures et des expériences concrètes vécues dans les six entreprises du projet-pilote, des références sur des points de loi, ainsi que des sites d'intérêt sur Internet.



Emploi et allaitement

Dans notre culture occidentale où de plus en plus de femmes travaillent à l'extérieur du foyer, concilier allaitement et emploi est un véritable défi et ce, même si les autorités en santé publique recommandent l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie du nourrisson (et même s'il se prolonge durant encore un an, deux ans et même plus, en combinaison avec d'autres aliments). Selon les mères cessant l'allaitement, le retour au travail serait le principal motif de la décision de sevrer. Comment donc atteindre les recommandations internationales en allaitement dans un contexte où de très nombreuses femmes sont sur le marché du travail ? Comment soutenir la mère travailleuse dans la poursuite de ses objectifs personnels d'allaitement ? Comment aider les femmes dont l'arrêt d'allaitement est justifié par la perception que travail et allaitement sont incompatibles ? C'est précisément à ces questions qu'a voulu répondre Marie-Josée Santerre, infirmière et consultante en lactation.

La poursuite de l'allaitement après le retour au travail des mères résulte d'une série de facteurs :

- l'âge du bébé (plus le bébé est âgé, plus l'allaitement pourra être poursuivi longtemps),
- le nombre d'heures de travail (une femme qui retourne travailler à temps partiel aura plus de facilité à gérer son allaitement),
- le type d'emploi (la possibilité d'avoir des horaires flexibles est parmi les facteurs positifs),
- le milieu de garde (la proximité du lieu de travail et l'ouverture du personnel sont des facteurs favorables),
- le soutien de l'entourage,
- la production de lait (la « clé de la poursuite », selon la conférencière) et l'habileté pour son extraction,
- et divers facteurs individuels tels la motivation, l'efficacité personnelle, le contrôle, la durée du congé et l'expérience antérieure.

En vue de soutenir la mère travailleuse dans ses objectifs d'allaitement, tous ces aspects doivent donc être considérés.

¹⁵ Pour les intéressés, il serait bon, sans doute, de noter les coordonnées de Manon Labelle: procar@videotron.ca

En termes de conditions gagnantes et de stratégies, voici celles que Marie-Josée Santerre propose (listes extraites de ses diapositives Power Point):

Pour les jeunes bébés:

- S'informer
- Bien débiter l'allaitement
- Avoir une bonne production de lait
- Être à l'aise avec le tire-lait
- Connaître l'extraction manuelle
- Avoir une réserve de lait congelé
- Éviter les biberons précoces (débiter une semaine avant le retour au travail)
- Allaiter souvent lorsque la mère est à la maison
- Prévoir un retour progressif au travail
- Considérer le télétravail

Pour les bambins:

- Bon départ d'allaitement
- Allaiter à la demande et offrir plus souvent le sein lorsque la mère est à la maison (fins de semaine, jours de congé, inversion du cycle jour/nuir)
- Horaire différent les jours de travail et les jours de congé (l'enfant s'adapte)
- Souvent l'enfant plus âgé préfère attendre sa mère
- Allaiter lorsque la mère est présente et donner le liquide au verre lorsqu'elle est absente
- Pour les bébés de plus de neuf mois, possibilité de donner du lait à 3,25 % lorsque la mère est absente
- Trouver une autre façon que la tétée pour endormir le bébé.

Horaire type

Allaiter à la demande et offrir plus souvent

- Fin de semaine
- Jours de congé
- Lorsque présente avec bébé
- Cycle nuit/jour inversé

Si bb prend 8 tt/jr = 56 tt/sem

Si bb manque 3 tt x 5 jrs = 15 tt/sem

- Donc reste 41 tt/sem i.e. 73% des tt

Horaire type: tétées et 5-15-5

6h00	Se réveiller et allaiter (au lit). Se doucher, s'habiller, déjeuner et tirer du lait si nécessaire
7h30	Quitter la maison avec bébé
8h00	Laisser le bébé à la garderie, discuter de ses besoins avec l'éducatrice
8h15	Allaiter juste avant de quitter le bébé.
8h45	Arrivée au travail (tirer du lait si besoin ↑ production)
10h00	1ère pause tire-lait
12h30	Dîner et 2e pause tire-lait
15h00	3e pause tire-lait
17h00	Quitter le travail et aller chercher le bébé
17h30	Arrivée à la garderie, allaiter bébé et discuter de la journée de bébé
18h00	Arrivée à la maison, souper
19h30	Allaiter bébé et le mettre au lit
20h00	Nettoyer le tire-lait et préparer les biberons et les choses lendemain.
22h00	Allaiter ou tirer du lait si bébé dort et se mettre au lit.

Pour les mères, les ressources en français sont malheureusement peu nombreuses. Elles peuvent trouver des informations sur les sites Internet de la Ligue La Leche (France, Québec) ou de groupes communautaires d'entraide en allaitement, de même que sur celui de la ville d'Ottawa. Aux États-Unis, il y a beaucoup de publications portant sur l'allaitement et le retour au travail. Ce pays a d'ailleurs adopté un nouveau programme appelé « The Business Case for Breastfeeding » qui décrit les moyens pour créer un environnement favorable à l'allaitement en milieu de travail. Dans la région de Québec, il existe une affiche et un dépliant destiné aux employeurs.

Il utile de noter au passage qu'aux États-Unis, des études ont montré que l'ajout d'un service de consultante en lactation est un aspect qui augmente la satisfaction et la rétention du personnel. Voilà sans doute une suggestion fort pertinente à retenir dans l'élaboration par les entreprises de mesures de conciliation travail-famille!

L'allaitement au travail
une affaire d'équipe!



« Des mesures adéquates pour favoriser l'allaitement maternel constituent un investissement dans la main-d'œuvre actuelle et celle de l'avenir car les bébés d'aujourd'hui sont les travailleurs de demain. »*

Guide pratique pour l'employeur

*Initiative pour les lieux de travail amis des mamans, Semaine mondiale d'allaitement 1993, World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)

**À l'antôt
pour la
tétée!**



**Travail
Étudiez l'allaitement : une réalité d'aujourd'hui**

Logo of the World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) and other organizations.

Hôtel Hilton Québec
 Mercredi 19 novembre 2008, 10h
 Conférence de l'ASPQ

Devenir parent en 2008 : des besoins à connaître et à reconnaître

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?

Nous explorerons la période périnatale en portant attention aux processus autant qu'aux résultats et examinerons le parcours des parents et leurs besoins dans la première année de vie de l'enfant. Cette conférence s'adresse à l'ensemble des acteurs interpellés par les thématiques de la famille ainsi qu'aux intervenants de la santé puisque la prévention, la promotion et la protection sont en jeu dès le début de la vie. Elle permettra aux participants d'analyser la période périnatale en considérant la globalité de l'expérience des parents et d'intégrer à leur pratique de nouvelles stratégies d'intervention.

Bloc 1 : Devenir parent au fil du temps : différentes perspectives

Animation :

France Paradis, bac en formation des maîtres (orthopédagogie), auteure, scénariste et animatrice

Objectifs pédagogiques :

- Décrire l'évolution des familles et de leurs besoins au sein de la société québécoise.
- Discuter de l'apport de la Politique de périnatalité sur l'organisation des services.

10 h à 10 h 10

MOT DE BIENVENUE

Céline Lemay, Ph. D., présidente de la conférence, présidente du Regroupement Les Sages-femmes du Québec

Lucie Thibodeau, B. Sc., présidente, Association pour la santé publique du Québec

10 h 10 à 10 h 25

DEVENIR PARENT EN CINQ TEMPS

Troupe de théâtre d'intervention Mise au jeu

10 h 25 à 10 h 45

PERSPECTIVES SOCIOLOGIQUES DE LA PARENTALITÉ
 DES 50 DERNIÈRES ANNÉES

Louise Vandellac, Ph. D., professeure titulaire, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal

10 h 45 à 12 h

TABLE RONDE - POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ ET ORGANISATION
 DES SERVICES : DIFFÉRENTES PERSPECTIVES

Participants :

Lucie Thibodeau, B. Sc., Réseau des centres de ressources périnatales

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

Claire Godin, B. Sc. inf., infirmière, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Pauline Gref, M.D., inspecteur-enquêteur, Collège des médecins du Québec

Isabelle Côté, M. Sc., chargée de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Une période d'échanges et de questions de 25 minutes est prévue dans cette table ronde.

13 h 30 à 15 h

ATELIERS SIMULTANÉS

ATELIER 1 - CONCILIATION FAMILLE ET EMPLOI

Animation :

Guy Gosselin, CRHA, consultant en management et en développement organisationnel

- Identifier des conditions liées à l'emploi qui ont une incidence sur la santé de la mère et de son bébé.
- Expérimenter une méthode d'implantation de mesures de conciliation travail-famille en entreprise et présentation des outils

Manon Labelle, B. Sc., consultante en employabilité

•STRATÉGIES POUR DIMINUER LE STRESS DURANT LA GROSSESSE

Isabelle Challut, infirmière en périnatalité, accompagnante à la naissance, auteure

•COMMENT CONCILIER ALLAITEMENT ET EMPLOI?

Marie-Josée Santerre, IBLCE, consultante en lactation, infirmière clinicienne, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

Une période d'échanges et de questions de 30 minutes est prévue dans cet atelier

ATELIER 2 - LES MUNICIPALITÉS : TERRES D'ACCUEIL DES NOUVELLES FAMILLES

Animation :

Marc-André Plante, directeur général, Carrefour Action municipale et famille

- Reconnaître le rôle prépondérant joué par divers secteurs dans le mieux-être et la santé des familles.

•LES POLITIQUES FAMILIALES MUNICIPALES

Linda Duval, M.A., organisatrice communautaire, Centre de santé et de services sociaux Richelieu-Yamaska

•VICTORIAVILLE : UNE VILLE QUI CONCILIE FAMILLES, AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET SERVICES COMMUNAUTAIRES

Marie-Josée Monfette, B.A., responsable vie active et culturelle, municipalité de Victoriaville

Lina Côté, B. Ps., coordonnatrice, organisme Parents-ressources

•LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES : DES MILIEUX DE VIE POUR TOUS LES PARENTS

Lorraine Fontaine, B.A., coordonnatrice des dossiers politiques, Regroupement Naissance-Renaissance

Une période d'échanges et de questions de 30 minutes est prévue dans cet atelier

ATELIER 3 - VERS UNE PÉRINATALITÉ SOCIALE?

Animation :

Luc Paradis, B.A., organisateur communautaire, Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-Lasalle

- Résumer quelques expériences novatrices contribuant à développer un modèle de périnatalité sociale.

•LA MAISON DU COLLECTIF : POUR QUE L'ATTENTE SOIT BONNE!

France Bouffard, B.A., directrice, Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes

•LE MODÈLE SAGE-FEMME COMME STRATÉGIE DE PÉRINATALITÉ SOCIALE

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

•LA MAISON BLEUE : MILIEU DE VIE PRÉVENTIF À L'ENFANCE

Fanny Hersson, M.D., La Maison Bleue, Centre de médecine familiale Herzl

Bernadette Thibaudeau, B. Sc. inf., infirmière, La Maison Bleue et Centre de santé et de services sociaux de la Montagne

• LE CENTRE PREMIER BERCEAU :
GRANDIR AVEC SON PREMIER ENFANT

Pierrette Simard, M. Ps., directrice générale, Autonomie Jeunes Familles

Une période d'échanges et de questions de 30 minutes est prévue dans cet atelier

ATELIER 4 - EN TRANSITION VERS...

Animation :

Julie Brousseau, Ph. D., conseillère en petite enfance, Fondation Lucie et André Chagnon

- Distinguer les étapes de transition vécues par le père, la mère et le couple durant la période périnatale.

• EN TRANSITION VERS... LA PATERNITÉ :
VOYAGE AU CŒUR D'UN PÈRE

Alain Guitard, C., président, Services de Développement Professionnel SDP Inc.

• EN TRANSITION VERS... LA MATERNITÉ : EXPÉRIENCE LINÉAIRE
VERSUS PROCESSUS DE TRANSFORMATION

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

• EN TRANSITION VERS... LA PARENTALITÉ :
UN COUPLE DEVIENT PARENT

Marie Rhéaume, D.E.S.S., présidente, Conseil de la famille et de l'enfance

Une période d'échanges et de questions de 30 minutes est prévue dans cet atelier

BLOC 2 : PARENTS EN QUÊTE D'INFORMATION... OU COMMENT
DONNER UN SENS À TOUT ET SON CONTRAIRE?

Animation :

France Paradis, bac en formation des maîtres (orthopédagogie), auteure, scénariste et animatrice

Objectifs pédagogiques :

- Juger de la fiabilité des sources d'information accessibles aux parents.
- Partager des moyens qui soutiennent les parents dans leur quête d'information.

15 h 30 à 15 h 40

EN QUÊTE D'INFORMATION, EN QUÊTE DE FIABILITÉ

Manon Niquette, Ph. D., professeure de communication, Département d'information et de communication, Université Laval

15 h 40 à 16 h 10

TABLE RONDE - COMMENT SOUTENIR LES PARENTS DANS LEUR
QUÊTE D'INFORMATION TOUT EN MAINTENANT LEUR CONFIANCE
EN LEURS CAPACITÉS PARENTALES?

Participants :

Joanne Tessier, B.A.A., coordonnatrice, Collectif Les Accompagnantes de Québec

Martin Lalinec-Michaud, M.D., chargé d'enseignement à l'Unité de médecine familiale Haute-Ville, Université Laval et membre de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec

Bernadette Thibaudeau, B. Sc. inf., infirmière, La Maison Bleue et Centre de santé et de services sociaux de la Montagne

Pascale Turcotte, D.E.S.S., Guide Mieux vivre avec notre enfant, Institut national de santé publique du Québec

Christiane Léonard, responsable sage-femme, coordonnatrice, Maison de naissance du Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île

Une période d'échanges et de questions de 20 minutes est prévue dans cette table ronde.

16 h 10 à 17 h

FORUM AVEC LES PARTICIPANTS ET LES CONFÉRENCIERS - DES
BESOINS À CONNAÎTRE ET À RECONNAÎTRE

