

**COMMENTAIRES DU
CONSEIL DU STATUT DE LA
FEMME SUR LA POLITIQUE DE
PÉRINATALITÉ DU MINISTÈRE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX**

Qué
A11S7
A8
63
1993
Ex. 02
QCSF

315 421

QUIC
A1157
A8
E5
1993
EX.02
OCST

**COMMENTAIRES DU
CONSEIL DU STATUT DE LA
FEMME SUR LA POLITIQUE DE
PÉRINATALITÉ DU MINISTÈRE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX**

OCTOBRE 1993

Le contenu de la présente publication a été réalisé par le Conseil du statut de la femme.

Recherche et rédaction
Marie Moisan

Secrétariat
Francine Bérubé

Révision linguistique
Éliane de Nicolini

Production
Direction des communications

Le Conseil du statut de la femme est un organisme de consultation et d'étude créé en 1973. Il donne son avis sur tout sujet soumis à son analyse relativement à l'égalité et au respect des droits et du statut de la femme. L'assemblée des membres du Conseil est composée de la présidente et de dix femmes provenant des associations féminines, des milieux universitaires, des groupes socio-économiques et des syndicats.

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 1993
ISBN : 2-550-28457-7

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. Résumé de la politique	2
2. Commentaires généraux du Conseil sur la politique	3
3. Actions proposées dans la politique pour créer un environnement favorable	5
4. Actions proposées dans la politique pour améliorer les services	6
4.1 La promotion	6
4.2 Les services prénatals	7
4.3 La consultation génétique	8
4.4 Les soins entourant l'accouchement	8
4.5 Le soutien postnatal	10
4.6 Les services aux femmes et aux familles en situation de vulnérabilité	11
5. Actions proposées dans la politique pour favoriser des approches novatrices en périnatalité	11
6. Actions proposées dans la politique pour soutenir l'intervention en périnatalité	11
7. Actions proposées pour organiser les services de façon concertée	12
CONCLUSION	14
BIBLIOGRAPHIE	15

INTRODUCTION

En mai 1993, le ministre de la Santé et des Services sociaux a rendu publique sa politique de périnatalité. Un an plus tôt, le CSF avait fait des commentaires sur le projet qui a précédé cette politique¹. De façon générale, il avait alors bien accueilli les orientations du Ministère, qui correspondaient dans l'ensemble aux principes mis de l'avant par le CSF en périnatalité : approche globale, continuité dans les services, perspective familiale visant notamment à accroître la participation du père, reconnaissance de la grossesse et de l'accouchement comme processus naturel, etc.² Il soulevait toutefois des réserves sur certains aspects et insistait sur l'importance d'en promouvoir d'autres.

Ainsi, le Conseil soulignait notamment la nécessité que le développement des services aux «clientèles à risque» ne se fasse pas au détriment des services gratuits offerts à toute la population. Il regrettait que la question des sages-femmes soit à peine effleurée dans le projet de politique et rappelait que ces intervenantes doivent faire partie de l'avenir en périnatalité au Québec. Le Conseil s'interrogeait sur le réalisme de certaines intentions du Ministère puisque, tantôt le projet de politique ne précisait pas les moyens concrets qui seraient utilisés pour atteindre les objectifs, tantôt les mesures proposées n'étaient accompagnées d'aucune information sur les ressources financières qui devraient y être consenties. Par exemple, aucune précision n'était donnée sur les changements à apporter dans l'organisation des services en périnatalité, ni sur l'augmentation du soutien financier que le Ministère disait vouloir accorder aux organismes communautaires. Le Conseil demandait de plus que, si des pratiques comme la cohabitation avec l'enfant après l'accouchement et l'allaitement maternel étaient encouragées, elles ne soient pas imposées aux mères et aux parents. Enfin, il souhaitait aussi que la politique propose davantage de moyens pour sensibiliser les hommes à leur rôle de père et pour améliorer le partage des tâches domestiques et parentales.

¹ Conseil du statut de la femme, *Commentaires du Conseil du statut de la femme sur le projet de politique en périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux, intitulé «Devenir parents : une étape cruciale dans le développement de l'enfant et de sa famille»*, [recherche et rédaction : Marie Moisan], Québec, Le Conseil, 1992.

² Voir : Conseil du statut de la femme, *Réaction du CSF au document du MAS intitulé «Projet de politique en périnatalité»*, Québec, Le Conseil, 1985. Voir aussi : Conseil du statut de la femme, *Commentaires et propositions du Conseil du statut de la femme sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux, «Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec»*, Québec, 1989.

1. Résumé de la politique

Dans sa politique, le MSSS réitère les orientations du projet de politique. Le propos est cependant mieux articulé, des précisions sont apportées sur les moyens envisagés, et les commentaires du CSF semblent avoir été pris en considération pour nuancer certaines questions. En résumé, la politique fait d'abord un survol de la situation québécoise actuelle en matière de périnatalité et des acquis dans le domaine, et préconise l'adoption d'une approche qui conçoit la maternité et la paternité comme une expérience humaine globale, naturelle et multidimensionnelle. Puis, elle décrit les principaux problèmes qui doivent être résolus et présente les facteurs de risque et les conséquences associées à chacun. Ces problèmes sont :

- la prématurité et l'insuffisance de poids du bébé à la naissance;
- les anomalies congénitales chez les nouveau-nés;
- la négligence et l'abus envers les enfants et la violence conjugale;
- la grossesse, la maternité et la paternité à l'adolescence.

Le document présente ensuite les trois principaux facteurs ayant une incidence sur la santé et la qualité de vie des familles : la pauvreté, qui affecte différents groupes de la population et qui est associée aux problèmes énumérés plus haut; la difficulté de concilier le travail rémunéré et la famille, à cause, entre autres, de l'inadaptation du monde du travail aux besoins des parents; et enfin, les lacunes du système de services de santé et de services sociaux. Parmi ces lacunes, la politique relève particulièrement :

- le manque d'accessibilité géographique et culturelle des services;
- la non-disponibilité de certains services comme l'accueil et l'orientation en CLSC, les rencontres prénatales et postnatales, etc.
- le manque de continuité dans l'intervention (multiplicité d'intervenantes ou d'intervenants, méconnaissance, de la part des spécialistes, des ressources complémentaires;
- les taux trop élevés de certaines interventions obstétricales;
- la concertation insuffisante entre les ressources.

Pour remédier aux problèmes mentionnés et pour agir sur les facteurs ayant une incidence sur la santé et la qualité de vie des familles, le Ministère propose trois grandes orientations assorties d'objectifs. Par la première orientation, il veut valoriser le fait de devenir et d'être parents. Par la deuxième, il compte réduire les problèmes et les écarts de santé et de bien-être, c'est-à-dire diminuer particulièrement l'incidence de la prématurité, des naissances de bébés de poids insuffisant, des anomalies congénitales, de l'abus et de la négligence à l'endroit des enfants, de la violence conjugale, des grossesses à l'adolescence. Le MSSS veut également réduire les taux d'intervention obstétricale. Enfin, par la troisième orientation, il veut s'attaquer aux conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être.

Le MSSS a l'intention de concrétiser ses orientations et ses objectifs en mettant de l'avant une série de moyens qu'il regroupe en cinq grandes catégories ou voies d'action :

- «Voie d'action 1 : assurer un environnement favorable;
- Voie d'action 2 : offrir une gamme de services continus, de qualité et modelés sur les besoins des futurs parents et des familles;
- Voie d'action 3 : développer des approches novatrices;
- Voie d'action 4 : soutenir l'intervention;
- Voie d'action 5 : planifier, organiser et intervenir en concertation» (p. 49-50).

2. Commentaires généraux du Conseil sur la politique

Le «diagnostic» posé par le Ministère relativement aux problèmes qui affectent le champ de la périnatalité, de même que les grandes orientations qu'il privilégie pour y remédier, nous apparaissent tout à fait pertinents. Le Conseil souscrit à toutes les orientations suivantes : une approche globale, humanisée, centrée sur les besoins de la famille, une perspective de prévention qui permet de s'attaquer à la pauvreté, une volonté de résoudre les problèmes de conciliation travail-famille, ainsi que certaines lacunes propres au système de santé et de bien-être. Ces lacunes sont, par exemple, le manque d'accessibilité des services, la discontinuité de l'intervention, l'absence de concertation et les interventions obstétricales superflues. On sent aussi, dans la politique, le souci du MSSS de favoriser l'engagement des pères face au processus de la

naissance et au nouveau-né. De plus, on constate la prise en considération de l'impact de la violence conjugale sur le bien-être des femmes et des jeunes enfants.

Le Conseil partage la préoccupation du MSSS envers l'augmentation des grossesses à l'adolescence et il est heureux de voir que le Ministère compte « (...) s'associer avec le ministère de l'Éducation pour que celui-ci soutienne le milieu scolaire dans ses activités d'éducation en matière d'affectivité, de sexualité et de non-violence » (p. 50). Le CSF aurait toutefois souhaité que le Ministère retienne aussi sa recommandation³ sur l'instauration de la gratuité des moyens de contraception pour les moins de 18 ans. Cette mesure contribuerait à réduire le nombre de grossesses à l'adolescence.

Par ailleurs, la politique reste assez peu explicite sur la place faite aux organismes communautaires et aux sages-femmes dans le système de soins et de services en périnatalité. Or, le Conseil considère que ces intervenantes et intervenants ont été à bien des égards le moteur des transformations survenues ces dernières années et qu'on doit reconnaître et valoriser leur contribution. Il déplore que, plus de trois ans après l'adoption de la loi permettant la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, seulement quatre d'entre eux aient été acceptés, et qu'aucun n'ait encore fait l'objet d'un protocole d'entente avec les médecins. Le CSF demande donc que le droit des femmes de choisir une sage-femme pour leur accouchement cesse d'être entravé.

Au sujet des objectifs mis de l'avant par le MSSS pour atteindre ses fins et des moyens proposés dans les cinq voies d'action, le Conseil a quelques questions ou réserves. Certains objectifs restent très vagues («centrer le système (...) sur les besoins de soutien continu ...») et on se demande comment on pourra mesurer s'ils ont ou non été atteints; d'autres se veulent très précis («diminuer à moins de 5 % le taux de naissance prématurée ...»), mais on peut s'interroger sur leur réalisme : comment peut-on espérer réduire l'incidence de la prématurité alors que, de l'avis du MSSS lui-même, les causes du phénomène sont mal connues?

³ Conseil du statut de la femme, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], Québec, Le Conseil, 1992.

Parce que l'atteinte des objectifs de la politique dépend des actions concrètes qui seront menées, nous examinerons de plus près celles qu'elle préconise.

3. Actions proposées dans la politique pour créer un environnement favorable

La voie d'action 1 vise à assurer un environnement favorable. Pour y parvenir, le MSSS compte s'associer à différents partenaires gouvernementaux pour, entre autres, offrir des activités éducatives à l'école en matière d'affectivité, de sexualité et de non-violence. Cette association viserait aussi à améliorer les services de garde, adapter les milieux de travail aux besoins des familles, bonifier les conditions socio-économiques des familles comptant de jeunes enfants et, enfin, reconnaître et stimuler les pratiques communautaires. Afin de véritablement s'attaquer aux racines des problèmes de santé et de bien-être, particulièrement à ceux liés à la périnatalité, l'approche globale et multisectorielle du MSSS, approche qui fait de la pauvreté une cible privilégiée, semble essentielle. Nulle part dans la politique n'est-il cependant question des budgets qui devront être consentis pour concrétiser les mesures proposées. Comme le Conseil le soulignait dans ses commentaires sur le projet qui a précédé la politique, il y a lieu de douter du réalisme des intentions du Ministère si des sommes supplémentaires ne sont pas accordées en périnatalité.

Parmi les actions précises proposées pour donner un environnement favorable, le MSSS veut améliorer l'alimentation des nouveau-nés. En effet, il a constaté qu'à cause du prix élevé des préparations lactées et parce que l'allaitement maternel est peu répandu dans les milieux économiquement défavorisés, beaucoup de bébés de familles pauvres boivent du lait de vache. Or, le lait de vache n'est pas assez nourrissant pour eux. Le MSSS recommande donc la couverture partielle des préparations lactées et du lait de soya pour les familles prestataires de l'aide sociale. D'ailleurs, le ministre de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle a récemment annoncé une décision allant dans ce sens. Dorénavant, les femmes bénéficiaires de l'aide sociale se verront rembourser une partie du prix de ces produits, qui leur coûteront ainsi l'équivalent du prix du lait de vache. Il est à souhaiter que cette nouvelle mesure modifiera le choix des femmes en faveur des préparations lactées ou du lait de soya.

Sinon, pour éviter les problèmes de malnutrition, il y aurait peut-être lieu d'instaurer la gratuité complète des substituts de lait maternel pour les familles qui reçoivent l'aide de dernier recours. Cet incitatif financier rendrait ces produits plus attrayants que le lait de vache. Les préparations lactées et le lait de soya gratuits ne concurrenceraient pas indûment l'allaitement maternel, puisque les femmes assistées sociales qui allaitent reçoivent déjà des prestations supplémentaires, et que ces prestations viennent d'être augmentées, comme le recommandait la politique de périnatalité.

4. Actions proposées dans la politique pour améliorer les services

Par la voie d'action 2, le Ministère veut bonifier les services en périnatalité. Il prévoit à cet effet des activités de promotion d'attitudes favorables à la santé, l'amélioration des services périnataux et des services plus intensifs pour les familles en situation de vulnérabilité.

4.1 La promotion

Au chapitre de la promotion, les activités envisagées nous semblent fort pertinentes, bien que nous ayons deux remarques. D'abord, le MSSS veut présenter la grossesse, l'accouchement, la naissance et l'allaitement comme des processus physiologiques naturels. Le Conseil tient cependant à rappeler que ces processus ne sauraient être présentés uniquement sous leur aspect physiologique; leurs dimensions sociales, psychologiques et affectives doivent aussi être mises en relief dans les activités de promotion. Deuxièmement, le Ministère compte faire de la promotion pour souligner l'importance de la naissance à terme. Or, comme nous le mentionnions plus haut, les causes de la prématurité sont encore mal connues. La valorisation de la naissance à terme risque d'être culpabilisante pour les femmes qui n'auraient pas «réussi» à avoir un bébé à terme, alors même qu'elles ont finalement peu de contrôle sur cet aspect de leur grossesse.

4.2 Les services prénatals

Pour améliorer les services prénatals, la politique prévoit la consultation prénatale conçue dans une optique globale et familiale. Dans ses commentaires sur le projet de politique, le Conseil avait exprimé des craintes sur le fait que seule la dimension médicale et physiologique soit prise en considération lors de la consultation. Or, la politique dissipe en grande partie ces craintes, puisqu'elle précise que la grille de dépistage de risques devra inclure des facteurs environnementaux, psychosociaux et ethnoculturels et comporter des mécanismes d'orientation vers les services appropriés.

D'autre part, les rencontres prénatales figurent parmi les services d'information, d'écoute et de soutien prévus dans la politique. Nous comprenons que ces services seront donnés par tous les CLSC, puisque le MSSS affirme qu'il veut améliorer les services en périnatalité en les offrant dans toutes les régions du Québec. Cependant, il ne précise pas le nombre de rencontres prénatales. Or, depuis quelques années, de nombreux CLSC ont mis ces rencontres en veilleuse, en réduisant, par exemple, leur nombre à quatre seulement. De plus, la politique n'indique pas si les rencontres prénatales ou les autres services qu'elle préconise seront ou non gratuits. Pourtant, le Conseil croit que pour respecter les principes d'accessibilité, d'efficacité et d'équité entre les régions, principes mis de l'avant par la politique, les rencontres prénatales et les autres services en périnatalité doivent être gratuits et en nombre suffisant pour répondre aux besoins.

Lors de la Journée de périnatalité organisée au printemps 1993 par l'Association pour la santé publique du Québec, des parents ont témoigné de l'angoisse et du désarroi ressentis à la suite de la naissance prématurée de leur enfant. Pas plus les rencontres que la consultation prénatale ne les avaient préparés à affronter cette réalité. La politique ne dit rien sur la nécessité de renseigner les futurs parents sur les conséquences d'une naissance prématurée.

4.3 La consultation génétique

Dans le but de diminuer les risques de naissance d'enfants présentant de graves anomalies, le MSSS compte accroître l'accessibilité à la consultation génétique. Le Conseil note avec satisfaction que le MSSS entend orienter les services de diagnostic prénatal de manière à laisser le choix aux parents d'y recourir ou non et de poursuivre ou non la grossesse. Cependant, le Conseil rappelle que cette liberté de choix appartient d'abord à la femme enceinte.

4.4 Les soins entourant l'accouchement

La politique veut que les soins entourant la naissance soient personnalisés, humanisés et moins «médicalisés». Elle veut favoriser l'établissement d'un lien précoce parents-enfant, faciliter les apprentissages sur les soins à donner au bébé lors du séjour à l'hôpital et privilégier un réaménagement de l'organisation du travail et des départements d'obstétrique pour assurer la continuité. Le CSF est tout à fait d'accord avec de tels principes. Il s'interroge cependant à nouveau sur l'absence d'indication quant aux sommes qui seront consenties pour réaliser de tels changements. La transformation des lieux de naissance à l'hôpital, dans le contexte budgétaire actuel, apparaît comme un vœu pieux pour bien des intervenants et intervenantes.

Le Conseil observe, dans l'approche globale et familiale qui doit présider à l'amélioration des services entourant l'accouchement à l'hôpital, une orientation très «procohabitation» et «proallaitement maternel». Bien que cette orientation doive permettre aux femmes et aux familles de faire de nouveaux choix, elle ne devrait en aucun cas contribuer à désapproprier les premières des décisions qui touchent leur bien-être et celui de leur famille. Si les femmes qui veulent cohabiter avec leur bébé ou l'allaiter doivent être informées et soutenues pour le faire, celles qui font d'autres choix ne devraient pas être culpabilisées. Alors que la politique affirme que le soutien aux parents devra être donné dans le respect des valeurs de ceux-ci, il semble paradoxal de retrouver, à l'annexe 3, une liste des conditions nécessaires au succès de l'allaitement maternel et qui, dans les milieux de la santé, sont considérées comme étant essentielles pour qu'un hôpital soit qualifié d'hôpital «ami des bébés». Parmi

ces conditions, on lit que l'hôpital devrait «ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale» et «laisser l'enfant avec sa mère vingt-quatre heures par jour».

Or, le Conseil croit que ni l'allaitement maternel ni la cohabitation ne sauraient être imposés. Comme des auteurs l'ont indiqué⁴, l'établissement du lien parents-enfant constitue un processus plutôt qu'un événement, et il faut respecter le rythme et le choix des mères dans ce domaine. Loin de faciliter l'attachement, on peut penser que, pour une mère, la cohabitation ou l'allaitement forcés auront des conséquences négatives sur le lien avec son enfant.

Par ailleurs, la politique de périnatalité cherche à améliorer l'expérience de la naissance pour les mères et les pères; or, de nombreuses études ont noté le rapport entre la satisfaction des mères face à l'accouchement et leur sentiment de contrôle⁵. Il semble donc important que les femmes aient le sentiment d'être maîtresses des décisions consécutives à la naissance. Le principe de l'autonomie reproductive des femmes, défendu par le Conseil depuis sa création, devrait prévaloir dans tous les soins et les services en périnatalité.

D'autre part, le Conseil réclame depuis longtemps l'abaissement des taux d'intervention obstétricale. L'augmentation des taux de césarienne lui a semblé particulièrement préoccupante au milieu des années 80⁶. Il est donc heureux de voir que le MSSS prend lui aussi cette question au sérieux en visant une réduction des taux d'épisiotomie et de césarienne. Même si, au Québec, les taux d'intervention obstétricale ont diminué depuis quelques années, on enregistre de grandes variations régionales, et les taux demeurent très élevés comparativement à de nombreux pays européens.

⁴ Voir : STANTON, C.M., «Parents-Infant Bonding : A Proces, not an Event», *Dimensions*, avril 1986, p. 19-20; voir aussi : KLEIN, M. et groupe de travail sur les pratiques médicales, *Controverses médicales et les soins maternels*, Comité régional d'humanisation des soins en périnatalité, Montréal, Conseil de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain, 1986.

⁵ MOISAN, M., L. LEPAGE, A. BEAUDOIN et M. SIMARD, «Les nouveaux modes d'intervention entourant la naissance : contribution de la recherche évaluative», *Apprentissage et socialisation*, vol. 13, n° 3, 1990, p. 187-196.

⁶ Conseil du statut de la femme, *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Le Conseil, 1986.

La politique prévoit aussi des services pour les femmes et les familles ayant des besoins particuliers pour l'accouchement. Des services spécialisés seront-ils offerts dans chaque région, de façon que les femmes qui vivent une grossesse à risque n'aient plus à s'éloigner de leur milieu pendant la grossesse ou lors de l'accouchement? Déjà, en 1985, le CSF a demandé que ces services soient disponibles dans chaque région⁷. Malheureusement, la politique ne le garantit pas, puisqu'elle évoque le transfert de femmes enceintes à l'extérieur de leur région (p. 69).

Par ailleurs, la politique stipule que des services de soutien devront être offerts aux femmes enceintes nécessitant une hospitalisation prolongée, ce qui nous paraît essentiel. Néanmoins, nous croyons que des mesures devraient également être prises pour faciliter l'accompagnement par une personne proche. En effet, les femmes qui, à l'heure actuelle, doivent être hospitalisées à l'extérieur de leur région, vivent beaucoup d'isolement, en plus du stress inhérent aux complications de la grossesse.

4.5 Le soutien postnatal

D'après la politique, le soutien postnatal doit «être à la mesure» des besoins des parents (p. 57). Le Conseil est en accord avec ce principe, mais il croit qu'un soutien de base (visite postnatale par le CLSC) doit être universel et gratuit.

Si la politique prévoit le soutien sanitaire et communautaire à domicile, ainsi qu'une aide domestique et familiale (ce qui nous apparaît fort pertinent), il est cependant muet sur le soutien psychosocial. Il nous semble, entre autres, que les femmes qui vivent une dépression postnatale devraient recevoir une aide particulière pour traverser cette période. Enfin, la politique n'a pas cru bon de retenir les rencontres postnatales comme moyen d'aider les nouveaux parents. Le Conseil s'interroge sur les raisons de ce choix, alors que les rencontres prénatales sont considérées comme essentielles.

⁷ Conseil du statut de la femme, *op. cit.*, 1985.

4.6 Les services aux femmes et aux familles en situation de vulnérabilité

La politique prévoit des services plus intenses pour les femmes et les familles en situation de vulnérabilité. Le Conseil, à l'instar du MSSS, juge que le soutien nutritionnel est très important dans les milieux défavorisés. Comme il l'a fait dans ses commentaires sur le projet de politique, il exprime néanmoins des doutes sur le succès de ce soutien si un budget spécial n'est pas accordé aux CLSC pour assumer les coûts des suppléments alimentaires à donner aux mères et aux bébés. Le Conseil se réjouit par ailleurs que la politique prévoit des services de répit-gardiennage pour les femmes et les familles vulnérables.

5. Actions proposées dans la politique pour favoriser des approches novatrices en périnatalité

Avec la voie d'action 3, la politique fait la promotion d'approches novatrices en périnatalité : programmes intégrés de prévention visant notamment à développer le réseau naturel de soutien des parents, projets-pilotes de sages-femmes, diversification des lieux de naissance, nouvelles modalités de pratique médicale de façon à favoriser la continuité, formules de conciliation famille-travail.

Le MSSS procède ici davantage à une description des possibilités qu'à un véritable choix des actions prioritaires. Si certaines mesures concrètes sont mentionnées (accroissement des suivis de grossesse et d'accouchements normaux par des médecins généralistes, formation d'un groupe de travail sur l'accouchement à domicile ...), la politique reste en général très vague sur les moyens qui seront pris pour mettre en place des approches novatrices.

6. Actions proposées dans la politique pour soutenir l'intervention en périnatalité

La formation et la recherche sont les deux moyens privilégiés dans la voie d'action 4 pour soutenir l'intervention. Le Conseil ne peut que souscrire à ces moyens; la formation est en effet essentielle pour favoriser, chez

les intervenantes et les intervenants en périnatalité, l'acquisition d'attitudes et d'habiletés cohérentes avec l'approche globale et familiale mise de l'avant par la politique. Le MSSS compte offrir la formation continue le plus près possible des lieux où se donnent les services. Il serait également approprié de prévoir des modalités pour faire des personnes qui reçoivent de la formation des agentes et des agents multiplicateurs dans leur propre milieu de travail, tel que l'ont suggéré certaines personnes lors de la Journée annuelle de la périnatalité, tenue à Québec en 1993.

Au chapitre de la recherche, le MSSS dresse une liste des thèmes prioritaires à étudier. Selon nous, il y aurait lieu d'en ajouter d'autres, qui soient liés à l'expérience des femmes, des mères et des pères, à leurs attentes et à la satisfaction de ces attentes : pour instaurer des pratiques qui respectent davantage les besoins des femmes et des familles, il faut connaître mieux ces besoins.

En outre, il serait important de mieux documenter les facteurs favorisant le développement de l'attachement parents-enfant et d'étudier le rôle joué par des variables comme le mode d'allaitement et le type et la fréquence de contacts entre les parents et le nouveau-né à l'hôpital. Les facteurs influençant les désirs et les choix des femmes pour ce qui est de l'allaitement et des contacts avec le bébé à l'hôpital devraient aussi faire l'objet de recherches.

Le MSSS prévoit des recherches évaluatives sur différents thèmes; il faudrait y ajouter l'évaluation des mesures qui seront prises pour favoriser la concertation, puisque la politique fait de la concertation une voie d'action privilégiée.

7. Actions proposées pour organiser les services de façon concertée

La dernière voie d'action retenue par la politique est celle de la planification et de l'organisation concertées. Le MSSS y spécifie le rôle des CLSC, des régies régionales et du MSSS qui, chacun à leur niveau, devraient être des maîtres d'oeuvre de la concertation. Le Conseil espère que le travail qui sera fait dans ce sens par les CLSC et les régies permettra notamment d'assurer la nécessaire continuité entre le prénatal et le postnatal. Il y a encore trop peu de contacts et de collaboration

entre les établissements responsables de ces différentes étapes, et on aurait pu souhaiter que le Ministère prévoie des mécanismes pour remédier à ce problème. Il semble que les solutions devront plutôt être déterminées localement et régionalement. Elles correspondront alors peut-être mieux aux besoins de la population, mais il faudra aussi s'assurer, comme pour d'autres aspects de la politique, de ne pas créer ou accroître les disparités régionales en périnatalité.

CONCLUSION

Dans l'ensemble, le Conseil constate que la politique de périnatalité comporte des orientations qu'il s'est lui-même employé à défendre au cours des dernières années. La volonté d'endiguer la pauvreté, de proposer des mesures de conciliation travail-famille et d'offrir des services accessibles, continus et humanisés devrait contribuer à prévenir les problèmes en périnatalité, ou au moins à les régler mieux et plus rapidement. L'approche globale et familiale préconisée par le MSSS devrait permettre d'améliorer l'expérience de la grossesse, de la naissance, de la maternité et de la paternité.

Le Conseil désire toutefois rappeler que dans l'implantation de toute nouvelle approche, la sensibilité et le respect des personnes qui reçoivent les services doivent être omniprésents. Les besoins et les désirs des femmes en matière de soins et de services entourant la naissance, ainsi que leurs conditions sociales, psychologiques et physiques, sont fort diversifiés. Les nouvelles valeurs en périnatalité ne doivent pas s'imposer dans la contrainte ou la culpabilisation des femmes ou des familles qui dérogeraient au modèle «idéal».

Dans un autre ordre d'idées, le Conseil déplore l'absence d'indication sur les montants qui seront consacrés pour atteindre les objectifs fixés. Comme il le mentionnait dans ses commentaires sur le projet qui a précédé la politique, le Conseil craint que, faute de ressources financières, la politique ne se traduise pas en actions concrètes pour améliorer la santé et le bien-être des femmes, des bébés et des familles.

BIBLIOGRAPHIE

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *L'accessibilité aux services de contraception et d'avortement*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], Québec, Le Conseil, 1992.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Commentaires du Conseil du statut de la femme sur le projet de politique en périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux*, intitulé «*Devenir parents : une étape cruciale dans le développement de l'enfant et de sa famille*», [recherche et rédaction : Marie Moisan], Québec, Le Conseil, 1992.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Commentaires et propositions du Conseil du statut de la femme sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux*, «*Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*», Québec, 1989.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Le Conseil, 1986.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Réaction du CSF au document du MAS intitulé «Projet de politique en périnatalité»*, Québec, Le Conseil, 1985.

KLEIN, M. et GROUPE DE TRAVAIL SUR LES PRATIQUES MÉDICALES, *Controverses médicales et les soins maternels*, Comité régional d'humanisation des soins en périnatalité, Montréal, Conseil de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain, 1986.

MOISAN, M., L. LEPAGE, A. BEAUDOIN et M. SIMARD, «*Les nouveaux modes d'intervention entourant la naissance : contribution de la recherche évaluative*», *Apprentissage et socialisation*, vol. 13, n° 3, 1990, p. 187-196.

STAINTON, C.M., «*Parents-Infant Bonding : A proces, not an Event*», *Dimensions*, avril 1986, p. 19-20.