

# Comment SIPPE'rendre?

Bulletin des Services Intégrés en Périnatalité et pour la Petite Enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

Février 2007 | numéro 7

**Comment SIPPE'rendre?** se veut un lieu de réflexion, d'interrogations et d'échanges. **Comment** renvoie à l'expertise, au savoir-être, au savoir-faire concret des acteurs engagés dans les SIPPE. C'est aussi un outil de partage de ces savoirs. **SIPPE**, pour faire bon usage de l'acronyme qui représente déjà ce programme au nom lourd et interminable. **'rendre?** Pour indiquer la direction, les buts visés : la santé et le bien-être des familles ainsi que le renforcement de leur pouvoir d'agir et celui des communautés dans leur quotidien. Un bulletin qui donne la parole aux familles, aux acteurs des CLSC et des tables de concertation ainsi qu'aux décideurs. Il s'intéresse aux deux composantes du programme : l'accompagnement des familles et la création d'environnements favorables.

Nous vous invitons à faire circuler *Comment SIPPE'rendre?* au sein de vos équipes et de vos tables de concertation. Bonne lecture.

Dans le quartier St-Henri

## Un partenariat solide au cœur de la création des environnements favorables<sup>1,2</sup>

Selon le cadre de référence des Services intégrés, « mille et une actions » sont possibles dans le cadre de la composante *Création d'environnements favorables* (CEF) pour le développement optimal des enfants. Si cela suggère une grande liberté dans la mise en oeuvre de ce volet, ça représente également un grand défi : savoir **comment s'y prendre** – concrètement – afin de mettre en pratique des actions qui visent l'amélioration des conditions de vie des familles. Une période intensive avec les partenaires qui siègent à la Table de concertation des services à la petite enfance des quartiers St-Henri et Petite-Bourgogne a permis de décrire en profondeur les pratiques des acteurs et les liens existant entre les partenaires communautaires et institutionnels qui se situent au cœur de l'actualisation de cette composante des Services intégrés.

### Tradition partenariale

Le travail de partenariat dans St-Henri et Petite-Bourgogne ne date pas de l'arrivée des SIPPE. C'est le résultat des efforts soutenus du milieu pour se doter d'une vision partagée des besoins des enfants et des familles et visant la mise en place de stratégies d'action pour y répondre. Ainsi, le programme SIPPE est arrivé au moment où un état de situation pour les 0-24 ans ayant mobilisé un grand nombre d'acteurs, de familles et de jeunes venait d'être complété. Des perspectives de développement avaient aussi été identifiées pour l'ensemble du territoire dans le contexte de ce Plan d'action local 0-24 ans (Projet jeunesse montréalais). Les partenaires oeuvrant plus spécifiquement en petite enfance partageaient également un certain nombre de préoccupations et défis : rejoindre précocement les familles et les enfants, faciliter le passage des familles d'une ressource à l'autre selon la nature de leur besoin, intensifier l'action auprès des familles ayant des jeunes enfants en vue de maximiser les chances de réussite

### Dans ce numéro

- *Un partenariat solide à St-Henri*..... 1
- *Les réflexions de Monique Tremblay* ..... 3-5
- *NIVA : Une place à l'ouverture* ..... 6
- *Allaitement et pauvreté. Deux réalités compatibles..* 6-8
- *L'expérience de Relais-pères* ..... 9
- *Guides et formations*..... 10
- *Outils et documents utiles*..... 11
- *Pour nous contacter* ..... 12

1 Les auteurs remercient chaleureusement les intervenantes du CLSC St-Henri et les partenaires communautaires de la Table de concertation des services à la petite enfance des quartiers St-Henri et Petite-Bourgogne pour leur générosité exceptionnelle.

2 Les données pour cet article proviennent du projet de mémoire de maîtrise de Anika Mendell – *La mise en action du modèle écologique par les acteurs locaux dans le cadre du volet Création d'environnements favorables des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* – sous la direction de Sylvie Gendron et Louise Potvin.



lors de l'entrée à l'école. L'expérimentation du partenariat dans la réalisation d'actions concrètes, telles les SIPPE, a contribué à renforcer les liens entre les partenaires. Ces liens se caractérisent aujourd'hui par un contact privilégié, une familiarité entre les acteurs et une volonté de travailler ensemble, et le réflexe de le faire ainsi.

## Collaboration étroite des partenaires

Les partenaires institutionnels et communautaires collaborent donc à la mise en œuvre du plan d'action *Création d'environnements favorables* comme ils le font pour tous les autres dossiers relevant de la Table de concertation des services à la petite enfance ( Plan d'action Fondation Chagnon, CAPE, dossier parcs, développement du projet habitation familles, Protocole d'entente CPE/CSSS, et autres). L'organisatrice communautaire du CLSC siège à la Table, anime les rencontres mensuelles et soutient la concertation des acteurs autour des différentes actions menées par les partenaires. Elle s'implique de la même façon dans le « sous-comité aviseur SIPPE ». Cette instance comprend l'organisatrice communautaire et les cinq partenaires communautaires offrant des activités dans le cadre des SIPPE (quatre organismes communautaires-famille et un centre de la petite enfance). Les membres du sous-comité se rencontrent deux ou trois fois l'an, afin de déterminer le plan d'action, discuter en profondeur des activités offertes, réfléchir aux enjeux reliés à la composante environnements favorables, réaliser les bilans de fin d'année, et soumettre le tout pour approbation et suivi aux membres de la Table de concertation tout au long de l'année. Les membres de la Table se rencontrent aux quatre à six semaines pour réviser, discuter et adopter les plans d'action et les bilans. Les occasions de travailler ensemble sont donc fréquentes, sans compter que la réalisation de certaines activités suppose la participation de plusieurs partenaires.

## Pour la pérennité des liens : communication et réciprocité

Malgré cette tradition partenariale et cette collaboration étroite, il reste que ces partenaires travaillent dans des milieux communautaires et institutionnels (CLSC) bien distincts. « *Ce sont deux univers différents* », estime une partenaire communautaire. Ces acteurs ont parfois l'impression qu'ils oeuvrent avec des visions difficiles à ré-

concilier dans le quotidien. Cependant, lorsqu'ils rencontrent des divergences ou des difficultés, ils se permettent de « nommer les choses ». En effet, la communication, la souplesse ainsi que la capacité de s'adapter à la réalité et aux contraintes de l'autre, caractérise et renforce ce partenariat. En témoigne cette partenaire communautaire :

*« Les attitudes personnelles, les habiletés de communication, l'ouverture à l'autre, la tolérance à la différence, la tolérance aussi à l'ambiguïté, la capacité de mettre de l'eau dans son vin, la capacité d'abnégation de son intérêt ... Il y a cette culture-là entre nous. Moi, je suis capable de concéder des trucs (à l'organisatrice communautaire) parce qu'elle, je sais qu'après ça, elle va me concéder quelque chose ... On se fait cette marge de manœuvre là pour que ici ça réussisse à connecter. »*

En plus de la communication, la réciprocité entre le CLSC et les acteurs communautaires est apparente dans plusieurs circonstances de la mise en oeuvre des *environnements favorables* et contribue également à la résolution des conflits. Cette réciprocité, caractéristique du lien entre les acteurs, renforce la relation, puisque les acteurs se sentent valorisés et récompensés par leur engagement dans ce partenariat dont chacun bénéficie.

## Partage d'une finalité commune

Si différentes caractéristiques des relations interpersonnelles facilitent la synergie entre les partenaires, il existe aussi un autre moteur dans la réussite de ce partenariat : l'ensemble des acteurs du territoire partagent la même finalité, c'est-à-dire répondre aux besoins des familles. En effet, une intervenante du CLSC estime que : « *Dans les organismes communautaires du quartier, je pense qu'il y a une solidarité, une vision commune. Il y a une réalité qu'on partage, puis il y a ce besoin de s'entendre, de se tenir, pour être capable de faire face aux besoins des familles* ». Ce consensus à propos de l'objectif ultime sert d'aimant, ramenant les acteurs autour de la table pour continuer le travail, comme l'affirme cette partenaire communautaire :

**« Toujours, on reste centré sur les besoins des familles, qu'est-ce que les familles ont besoin? Moi, quand je sens qu'on s'en va dans un cul-de-sac, je me demande : mais là qu'est-ce que les familles ont besoin? ».**



## L'acceptation des divergences

L'existence d'un objectif commun n'empêche pas la présence de variations, de divergences et de questionnements à propos des moyens à privilégier pour atteindre leur but. Cependant, ces points de tension ne mettent pas pour autant le partenariat en péril. Ils témoignent plutôt de son dynamisme, car il s'agit d'opportunités d'évolution, d'adaptation mutuelle et d'actualisation de certaines pratiques. En effet, ces enjeux imposent à ces acteurs qui ont la volonté d'en arriver à une solution, une réflexion critique quant à leurs modes de fonctionnement.

## La création d'environnements favorables : un filet de sécurité autour des familles

Ainsi, ce partenariat donne lieu à des interventions qui, selon une intervenante du CLSC, contribue au tissage d'un filet de sécurité autour des familles du territoire. De fait, ce partenariat renforce les liens sociaux entre tous les acteurs : familles, intervenantes, organismes et regroupements. Comme l'affirme une intervenante du CLSC : « C'est sûr que d'être tout le monde ensemble, ça a un impact; de se tenir, d'être en lien avec les organismes, dans le même but... C'est fort, c'est puissant, surtout dans un petit territoire comme nous ».

**Anika Mendell**

(Collaboration : Martine Thériault, Monique Elliott)

*Les réflexions de Monique Tremblay*

## **Réfléchir l'intervention en équipe SIPPE, l'enrichir dans une supervision clinique : une combinaison gagnante (suite)**

*Dans la première partie de cet article (Comment SIPPE'rendre, octobre 2006, n° 6), j'ai longuement décrit les fruits qu'une équipe de professionnelles retire d'un processus de réflexion en équipe, réflexion portant sur ses interventions et sur les situations vécues par les familles inscrites au programme SIPPE. Dans cette deuxième partie, je présente brièvement les conditions précises nécessaires pour que cette réflexion ait lieu et pour que les intervenantes, l'équipe et l'intervention en profitent pleinement. Alors, installez-vous confortablement et prenez tranquillement connaissance des idées que j'ai élaborées pour vous avec soin... un peu comme je le fais avec les tomates cerises de mon jardin. Bonne lecture !*

### **II. Les conditions d'un travail d'équipe réfléchi et fructueux**

a) *UN CADRE PRÉVISIBLE.* Les rencontres de réflexion en équipe doivent se dérouler à une fréquence régulière, connue de toutes, et dans un lieu qui demeure constant. Un écart de trois ou quatre semaines entre les rencontres permet aux participantes de garder le fil de la réflexion ou, à tout le moins, de le reprendre aisément. La constance du lieu et du moment de la rencontre produit deux effets importants : affirmer la nécessité de la réflexion dans l'intervention et lui donner une place re-



*Monique Tremblay est psychologue. Elle est également l'auteure et l'animatrice de la formation Réflexion sur la périnatalité et la petite enfance en contexte de pauvreté actuellement offerte dans le cadre des SIPPE. Elle a accepté de tenir chronique dans notre bulletin.*



connue sur laquelle toutes peuvent compter pour progresser, créer un espace de confiance où déposer le difficile et le traiter avec les collègues. Savoir qu'un tel espace existe rassure les intervenantes dans les situations les plus complexes et les plus exigeantes.

*b) PARTICIPATION ET ASSIDUITÉ AUX RENCONTRES.* **Les intervenantes impliquées dans les SIPPE participent aux rencontres. Leur présence est nécessaire, si possible à chaque rencontre, pour favoriser la vie d'équipe, le développement de l'esprit d'équipe, l'habitude de réfléchir ensemble ainsi que la confiance mutuelle.**

*c) ANIMATION DES RENCONTRES.* L'animation doit être confiée à une personne qui a démontré les compétences et les attitudes suivantes : une bonne capacité d'écoute, de contenance de ses réactions et de ses émotions, de la sensibilité et de l'empathie envers les autres et envers soi-même. La personne doit être en mesure de veiller au maintien d'un climat de respect envers les participantes et leurs idées. Ce climat s'avère essentiel à l'ouverture sur soi et sur ses interventions ainsi qu'à l'exploration de pistes nouvelles d'intervention. Il est avantageux pour le groupe que la personne qui anime soit suffisamment expérimentée en intervention pour accompagner le processus du groupe et l'aider à cheminer dans les moments plus ardues. Il est essentiel que les membres de l'équipe soient d'accord avec la désignation de la personne qui exercera ce rôle et reconnaissent son leadership dans cette fonction.

*d) DES RENCONTRES PORTANT EXCLUSIVEMENT SUR L'INTERVENTION.* **Les rencontres de réflexion doivent se dérouler indépendamment des rencontres consacrées à l'organisation du travail en équipe, à la gestion des demandes et des dossiers ainsi qu'à la transmission d'informations de nature administrative.** Je recommande fortement de respecter cette condition. L'expérience m'a démontré que dans les réunions d'équipe, les échanges sur la tâche ainsi que les aspects du travail reliés à la gestion accaparent souvent l'agenda et l'espace mental des intervenantes, ce qui rend par la suite la réflexion impossible. Dans les périodes où les établissements réorganisent leurs structures de fonctionnement, de gestion, ainsi que leur offre de services, les préoccupations reliées à la transmission des informations et à l'organisation du travail prennent fréquemment le pas sur le clinique. Dans un tel contexte, il me semble préférable que les rares rencontres consacrées à l'intervention lui soient consacrées exclusivement. Les équipes bénéficiant de la présence d'une cadre expérimentée – soutenant l'intervention et son équipe – ainsi que d'une animatrice compétente peuvent tenter de tenir des rencontres d'équipe strictement divisées en deux parties, une consacrée à la gestion, l'autre à la réflexion sur l'intervention.

*e) MÉTHODE DE TRAVAIL DANS LES RENCONTRES.* Une méthode de travail connue dans certaines équipes, la discussion de cas, favorise la réflexion sur l'intervention. Une autre méthode consiste à proposer une question, un problème, une intuition qui concernent plusieurs interventions. On peut aussi présenter des « bons coups », comme des situations où les familles ont concrétisé de petites ou de grandes réussites, ou encore vécu des événements significatifs et positifs pour elles. L'important ici est que les membres de l'équipe travaillent autour de thèmes choisis ensemble et que la question ou le thème retenu puisse être travaillé dans le temps dont on dispose. **Mieux vaut sur ce point en faire moins et bien que trop et mal.**

*f) DURÉE DES RENCONTRES.* Une dernière condition concerne la durée des rencontres. Une période d'une heure trente m'apparaît être la durée minimale requise pour réfléchir en groupe d'une façon utile. Une période de deux heures s'avère plus confortable, laissant un peu plus d'espace à l'exploration. Une durée de trois heures divisée en deux périodes séparées par une pause de 15 minutes (ou deux pauses de 10 minutes) me semble encore aujourd'hui une durée optimale, si les autres conditions sont respectées. Ici encore, le possible et le faisable sont préférables au souhaitable, et une rencontre d'une heure trente réussie vaut mieux qu'une rencontre de trois heures dont on souhaite ardemment la fin.

Je dirai plus généralement que dans les premières années de la vie d'une équipe SIPPE, il est peut-être plus aidant d'expérimenter deux périodes de réflexion d'une heure trente par mois, qu'une rencontre plus longue. Une rencontre de deux heures aux trois semaines peut se révéler utile, pour une équipe plus expérimentée, avant de passer à une rencontre de trois heures aux quatre semaines. L'essentiel ici est d'évaluer à la fin de chaque rencontre le déroulement du travail, la satisfaction des participantes et d'être à l'écoute des ajustements souhaités. Ce processus d'évaluation continue à chaque rencontre permet au groupe de mieux connaître ses besoins, d'identifier les façons de travailler ensemble favorisant sa réflexion, et d'inventer les conditions qui lui conviennent tout au long de son évolution. Je vous invite à lire l'énoncé de ces conditions comme un guide utile plutôt qu'une recette à suivre.

## **La supervision en équipe : un « plus » pour enrichir les personnes et les interventions**

J'ai décrit précédemment comment une équipe qui réfléchit sur ses interventions consolide ses compétences et alimente ses membres. Ce travail de réflexion peut être enrichi lorsqu'il se déroule dans le cadre d'une supervision d'équipe.

La supervision ajoute à la réflexion en équipe une dimension clinique qui permet de tenir compte des aspects psychologiques de l'intervention. Le superviseur aide l'équipe à se sensibiliser



à la vie psychique des personnes et des familles rencontrées lors de l'intervention, à en reconnaître les manifestations, les forces et les vulnérabilités, dans le but de modéliser l'intervention en conséquence. Il apporte au besoin des éléments de formation théorique et pratique pertinents. De plus, il tient compte des étapes du développement des personnes, des couples et du cycle de la vie familiale ainsi que des enjeux psychiques de certaines épreuves et souffrances humaines vécues dans les familles rencontrées, dans le but de mieux orienter la direction des interventions. Il met l'accent sur les façons dont la famille et ses membres agissent au mieux de leurs ressources et de leurs capacités, réagissent à ce qui leur arrive, font des choix, prennent des décisions **en fonction de ce qui leur semble possible**. L'apprentissage de ce type de vision permet à l'intervenant de voir les personnes et les familles comme les acteurs principaux de leur vie, et d'adopter une position de soutien à leur égard et envers leurs efforts, une position qui favorise le développement de la famille et de ses membres.

Lorsqu'un lien de confiance suffisant existe entre les membres de l'équipe, le superviseur les aide à se sensibiliser aux aspects de transfert et surtout de contre-transfert (réactions des personnes rencontrées envers l'intervenant et réactions de l'intervenant envers ces personnes) dans le travail d'intervention. L'attention portée au contre-transfert a pour but d'aider l'intervenant à identifier les expériences qui le touchent profondément, qui le confrontent, le déstabilisent, ainsi que les types de rencontres qui suscitent chez lui des émotions intenses, voire extrêmes, ou au contraire une absence de réactions. **Ce processus de sensibilisation à soi-même** aide l'intervenant à mieux départager les éléments qui appartiennent à ses perceptions, à ses croyances et valeurs, à ses zones de sensibilité, et aux résonances reliées à ses expériences de vie et de travail. La clarification progressive de sa façon de travailler et de son mode particulier d'implication favorise peu à peu un certain dégageant émotionnel lorsque nécessaire, tout en permettant une approche plus empathique, plus consciente de la complexité humaine, la sienne et celle des autres.

La supervision crée également un espace de soutien professionnel qui permet de valider les qualités humaines et les ressources personnelles que les intervenants et l'équipe investissent dans l'intervention, ce qui stimule la reconnaissance professionnelle entre pairs.

Le superviseur accorde une attention particulière aux intervenants qui dans leur travail avec les familles encaissent des charges émotionnelles massives, font face à des situations au

potentiel traumatique élevé ou encore se retrouvent personnellement en danger. Enfin, le superviseur peut suggérer aux intervenants et à l'équipe des façons de trouver un soutien psychologique plus personnalisé ou encore un support organisationnel plus spécifique (par exemple, un protocole d'intervention dans des situations de danger), pour faciliter leur travail ou le rendre plus efficace.

Cette démarche de supervision gagne à se dérouler sur une période de deux ou trois ans, si possible avec le même superviseur lorsque l'équipe est satisfaite du travail accompli. Le superviseur choisi doit bien connaître le contexte de travail, le programme, le type d'intervention pratiquée de même que la clientèle rencontrée dans le programme et le milieu. Une expérience de travail préalable avec la clientèle ou encore un intérêt vif à son égard facilite la démarche d'ajustement du superviseur avec l'équipe et avec l'intervention.

L'établissement pourra également choisir le superviseur en fonction d'une approche spécifique d'intervention qu'il souhaite implanter. On parlera dans ce cas d'une supervision professionnelle plutôt que clinique. On veillera dans ce cas à privilégier une approche cohérente avec l'intervention préconisée dans le programme SIPPE (sur une longue période, le plus souvent à domicile, avec un soutien des groupes communautaires) et qui sera utile aux intervenants.

La démarche de supervision clinique peut aider les intervenants et les équipes à mieux composer avec les clientèles rencontrées dans les SIPPE, clientèles aux vies marquées souvent par une histoire de souffrances relationnelles, de négligence – pour certaines à la limite de l'exclusion sociale – et dans le cas des réfugiés et de certains immigrants, par des deuils massifs et l'expérience d'avoir échappé de peu à la mort. Accompagner ces clientèles suppose de côtoyer régulièrement leurs souffrances et leurs efforts pour se donner ainsi qu'à leurs enfants une vie meilleure, une vie où les liens affectifs nourrissent la vie et l'espoir des parents, la vie, l'espoir et le développement des petits. Les intervenants ont besoin eux aussi d'être soutenus et alimentés de manière signifiante dans ce travail. À long terme, dans ce genre de programme, ils ne pourront donner que ce qu'ils auront reçu. La supervision clinique fait partie en priorité de ce qu'ils ont besoin de recevoir.

Je vous souhaite une bonne fin d'hiver à toutes et à tous, et un peu de temps pour en savourer la beauté.

**Monique Tremblay**, psychologue



Naître ici et venir d'ailleurs (NIVA)

## Une place à l'ouverture!

À l'automne 2005, nous n'avions aucune idée de l'intérêt que susciterait une formation sur l'immigration. Une invitation aux CSSS de l'île et à leurs partenaires des SIPPE prévoyait seulement cinq journées de formation *Naître ici et venir d'ailleurs* si un nombre suffisant de participantes s'y inscrivaient. Douze mois plus tard, début de décembre 2006, 27 journées de sensibilisation aux parcours migratoires des familles avaient été réalisées dans autant de quartiers de Montréal avec plus de 425 participantes. De ce nombre, la moitié était à l'emploi d'un CSSS, le tiers œuvrait dans un organisme communautaire et le 1/6 en services de garde, centres jeunesse, centres hospitaliers et autres.

Pourquoi un tel engouement ? Si on répond que c'est parce qu'il s'agit d'immigration, la réponse est simple et peut-être facile ! Car, l'immigration à Montréal ne date pas d'hier. Et des formations, il y a en a plusieurs qui mobilisent beaucoup de monde en même temps ! Alors ?

Une compilation partielle des attentes des participantes en début de journée<sup>1</sup> et de leur appréciation à la fin de la formation, nous offre trois pistes d'explication.

D'abord, il y a le désir d'obtenir des réponses à des interrogations de base ou d'approfondir les connaissances sur l'immigration. Quelles sont les raisons qui motivent les immigrants à quitter leur pays d'origine ? Quelles sont les catégories d'admission ? À l'arrivée au Québec, à quels services ont-ils accès ? Quels sont les messages véhiculés à l'étranger pour les inciter à s'établir ici ? Quelles sont leurs principales coutumes et valeurs selon leur provenance ? Bref, les intervenantes désirent s'informer sur les rouages administratifs de leur entrée et de leur installation au pays et cherchent à mieux comprendre le contexte culturel des familles qu'elles accompagnent.

<sup>1</sup> Un bilan complet des journées de formation NIVA sera disponible au printemps 2007.

La deuxième explication possible va au-delà de la seule acquisition des connaissances. Elle concerne l'appropriation de contenus théoriques à partir des expériences de travail des participantes. Et c'est par le biais des études de cas et des récits de familles que se réalisent les échanges et la réflexion. Voici ce qu'ils ont apprécié : «... les exemples précis donnés afin d'expliquer les concepts enseignés... », «... les situations réelles discutées », « la possibilité de discuter de situations avec les pairs »<sup>2</sup>.

La troisième explication est peut-être plus fluide que les deux premières mais combien porteuse de sens. Nous pouvons la traduire par les mots ouverture et besoin de partage. C'est ainsi que le résumé certaines participantes : « *J'ai beaucoup apprécié le respect des opinions des autres, l'écoute...* », « *L'ouverture au dialogue...* », « *Le eye opening...* ». Si la plupart ont apprécié la place accordée par les formatrices à l'écoute, d'autres ont été touchés par les révélations de leurs collègues de travail sur leurs préjugés à l'égard de certaines communautés culturelles. Certaines ont confié qu'elles se définissaient comme « *racistes* » pour exprimer à quel point il est «... difficile d'accepter les différences ». Ces différences ne se concentrent pas seulement dans ce qui rend les minorités visibles mais aussi dans certaines situations de vie qui demeurent délicates pour l'intervention : les situations de violence conjugale et familiale, d'inégalités entre les sexes et d'oppression, par exemple.

Finalement, des participants ont ému le groupe en témoignant de leur propre parcours migratoire ou encore de celui d'un proche. **Bref, ces rencontres ont réaffirmé que si la confrontation aux différences n'est pas facile, c'est avec la communication, l'écoute et le climat de confiance que se crée l'ouverture.**

**Danielle Durand**

<sup>2</sup> À ce propos, nous convions le lecteur à la lecture ou la relecture des réflexions de Monique Tremblay sur la nécessité du partage des connaissances et des pratiques dans le cadre des SIPPE, Comment SIPPE'rendre, octobre 2006, no.6.

Allaitement et pauvreté

## Deux réalités compatibles

### Pourquoi parler d'allaitement en contexte de pauvreté ?

D'abord et avant tout parce que l'allaitement est la mesure de santé publique reconnue par l'OMS comme la plus efficace pour réduire la morbidité et la mortalité chez les nourrissons et,

surtout, parce que plusieurs études ont démontré que la clientèle qui retire le plus de bénéfices de l'allaitement maternel est celle vivant en contexte de vulnérabilité. En ce sens, les résultats de l'Étude longitudinale sur le développement des enfants (ELDEQ 1998-2003) – présentés aux JASP, en novembre 2006 – auraient permis d'identifier, chez les enfants de 6 ans, plusieurs effets bénéfiques de l'allaitement, lorsque pratiqué pendant au moins quatre mois. Parmi ces avantages, on note l'annulation



de l'effet de l'inégalité sociale sur les taux d'hospitalisation, des troubles du déficit d'attention et de l'hyperactivité. On observe aussi une réduction des risques de développement de problèmes langagiers associés à la pauvreté. À eux seuls ces constats méritent que des efforts soient faits afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles cette clientèle semble moins encline à choisir l'allaitement maternel comme mode d'alimentation de leurs nourrissons. En effet, déjà en 1999, alors qu'une étude du GRIS montrait que près de 80 % des nouvelles mères montréalaises initiaient l'allaitement, moins de 50 % de celles participant au programme Naître égaux et grandir en santé (NEGS) allaitaient leur enfant à la naissance.

***Or, des intervenantes enthousiastes, optimistes et convaincues des bienfaits de l'allaitement maternel ont démontré que cela était possible et même bienvenu par les mères les plus vulnérables.***

Parmi ces acteurs persévérants, on retrouve l'équipe du Dispensaire diététique de Montréal (DDM) qui a accepté de partager avec nous son expérience et quelques résultats encore non publiés d'une étude sur l'allaitement menée auprès de leur clientèle en 2005.



## Des chiffres ...

Le Dispensaire reçoit plus de 1800 mères par année. Près de la moitié de celles-ci sont des nouvelles arrivantes, le tiers des femmes suivies ont moins de 11 années de scolarité complétées, le quart d'entre elles sont monoparentales et 10 % sont des adolescentes. Parmi cette clientèle, 55 % touche des prestations d'aide sociale ou d'assurance chômage, 35 % ont un faible revenu et 5 % n'ont aucun revenu. La clientèle du DDM

se compare en plusieurs points à celle du programme SIPPE dans les établissements du réseau de notre région et, bien que le DDM serve une clientèle identifiée comme vivant en contexte de vulnérabilité, il affiche des taux d'allaitement que tout le Québec envie. En effet, en 2005, lors de l'étude sur l'allaitement auprès de sa clientèle, le Dispensaire a constaté que 98 % des femmes suivies initiaient l'allaitement, 94 % allaitaient encore leur bébé à l'âge de deux mois, 86 % poursuivaient l'allaitement à 4 mois et 77 % d'entre elles allaitaient toujours à 6 mois de vie de l'enfant. Il s'agit de données concernant les taux d'allaitement total (c'est-à-dire allaitement exclusif + allaitement mixte). Leur taux d'allaitement exclusif est tout aussi étonnant puisqu'à six mois de vie de l'enfant, 45 % des mères qui ont participé à cette étude allaitaient encore leurs bébés exclusivement. À titre de comparaison, 88 % des mères de la région de Montréal (tout statut économique confondu) initient l'allaitement à l'hôpital et à six mois, bien que 61 % des mères allaitent encore, seulement 4,5 % d'entre elles allaitent exclusivement (ISQ, 2006). Le DDM arrive à ces résultats remarquables avec une équipe composée de 8 diététistes, dont une qui est aussi consultante en lactation, une travailleuse sociale, une éducatrice en périnatalité (également consultante en lactation) et une éducatrice en garderie.

## Quelle est la clef de ce succès ?

On pourrait croire que la forte proportion multiethnique de la clientèle du DDM joue en faveur de ce taux d'allaitement spectaculaire mais cela n'est pas le seul élément. Rappelons qu'il est reconnu mondialement que l'allaitement exclusif est peu pratiqué tant ici qu'ailleurs. Aussi l'approche privilégiée par le DDM constitue certainement un autre facteur pouvant contribuer à ce succès.

Les diététistes de cet organisme appliquent la « méthode Higgins ». Cette façon de faire a été développée par l'une des directrices de cette institution et son efficacité est largement reconnue. Les assises de cette approche reposent essentiellement sur le counseling efficace. Ce counseling comporte deux composantes : la science et l'art. La science est nécessaire afin d'établir les besoins nutritionnels spécifiques de la mère et de bien l'informer sur les différents aspects entourant la grossesse, la naissance et l'allaitement. L'art, se définit comme étant la capacité de communiquer avec respect, au rythme de l'autre, en développant un lien de confiance et une complicité. Selon cette approche, pour que le counselling soit efficace, il faut toujours réunir trois conditions : la sécurité, la motivation et la raison. Si le besoin de sécurité n'est pas comblé, la cliente ne peut avancer. Il faut donc d'abord lui fournir l'essentiel (par exemple, les suppléments alimentaires sont donnés dans ce but). Ensuite, il

1 [www.inspq.qc.ca/jasp/archives](http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives) : présentation de Ginette Paquet, 27-10-06.



faut motiver la mère à l'importance de la nutrition pour assurer le développement optimal de l'enfant à naître. Lorsque la mère est ainsi motivée, il est possible de « travailler la raison » en lui transmettant des connaissances, à petites doses et en s'assurant à chaque fois que celles-ci soient intégrées avant d'en présenter de nouvelles. Cette approche holistique se divise en deux grands types d'activités; le counselling nutritionnel jumelé à l'aide alimentaire et les activités de groupe.

Au DDM, la cliente rencontre la diététiste qui lui est assignée aux deux semaines. En moyenne, il y a neuf rencontres individuelles dont six en période prénatale et trois en période postnatale. De plus, on encourage les mères à participer aux activités de groupe qui portent chacune sur une thématique particulière. À chacune des activités, deux billets d'autobus et une collation santé sont offerts aux mamans. Les mères participent en moyenne à six activités et il y a environ dix participantes par activité.



L'étude sur l'allaitement réalisée auprès des mères du DDM en 2005 a permis entre autres d'évaluer l'impact de la participation aux séances de groupes en allaitement sur les taux d'allaitement total et exclusif. Autant pour l'allaitement total que pour l'allaitement exclusif, au DDM, on a observé que les mères qui participaient aux séances de groupe avaient des taux d'allaitement plus élevés et ce de la naissance de l'enfant jusqu'à six mois. Les taux sont significativement plus élevés à 4 mois (86 % chez les participantes à un groupe c. 78 % pour les non-participantes en ce qui concerne l'allaitement total et, 66 % c. 49 % concernant l'allaitement exclusif) et à six mois (81 % c. 70 % pour l'allaitement total<sup>1</sup> et 54 % c. 38 % pour l'allaitement exclusif). De plus, bien que 48 % des mères interrogées avaient déjà allaité un premier bébé, il n'y avait pas de différence statistique significative entre ces dernières et celles n'ayant jamais allaité. Dans cette étude, on a aussi noté que le nombre de visites prénatales avec la diététiste semble avoir un impact positif sur l'allaitement exclusif.

## Et l'allaitement dans tout cela ?

En plus de parler d'allaitement à chacune des rencontres individuelles avec les clientes, les diététistes invitent les mères – avec et sans expérience en allaitement – à participer, en prénatal, à deux rencontres de groupe. La première traite d'avantage des aspects théoriques de l'allaitement et la deuxième se veut une mise en pratique. De plus, une fois par semaine, le DDM offre une clinique d'allaitement où les mères peuvent venir, avec ou sans rendez-vous, rencontrer une consultante en lactation si elles ont des questions ou des problèmes d'allaitement.

Les suppléments alimentaires sont donnés durant la grossesse. De plus, pour sa participation aux deux sessions sur l'allaitement, la mère reçoit une prolongation de suppléments pendant les six premières semaines après la naissance de son bébé lors du suivi postnatal. Les séances de groupe reposent sur le principe suivant : apprendre tout en s'amusant. Au cours de la séance théorique, on parle principalement des avantages de l'allaitement, de conseils pratiques, des difficultés potentielles et des mythes. Lors de la séance pratique on insiste sur l'importance du contact peau à peau dès la naissance, la prise du sein, le transfert de lait, la méthode de la compression du sein et les différentes positions d'allaitement.

## En conclusion

Les stratégies déployées par le DDM – counseling individuel, jumelé aux suppléments alimentaires, rencontres de groupe théorique et pratique, et clinique d'allaitement – s'intègrent à une approche holistique où la personne est mise au cœur des préoccupations et où l'on privilégie les apprentissages dans une ambiance agréable. Le tout semble donner de bons résultats et démontre que l'allaitement maternel est possible également chez les mères de milieux défavorisés.

Enfin, il est intéressant de constater que les deux premiers CLSC à obtenir l'agrément « Initiative des amis des bébés » en milieu communautaire sont situés dans des secteurs où la population défavorisée représente 20 à 30 % de la clientèle et, dans les deux cas, des actions similaires à celles du DDM ont été mises en place. Il semble bien que cette population souhaite allaiter, il faut maintenant essayer de voir comment nous pouvons soutenir adéquatement ces clientes afin que leurs nourrissons en retirent tous les bénéfices possibles au cours de cette période charnière de leur vie.

**Linda Langlais**

<sup>1</sup> Allaitement exclusif : lait maternel uniquement, sans eau ni jus. Allaitement total : le bébé est allaité mais il peut recevoir d'autres aliments. L'allaitement total inclut l'allaitement exclusif.

Comment rejoindre et soutenir les pères?

## L'expérience de Relais-pères

Depuis les débuts du Programme intégré de services en périnatalité et petite enfance (SIPPE), une réflexion revient périodiquement, accompagner les parents oui, mais comment rejoindre et soutenir les pères. Les travaux du GRAVE-ARDEC<sup>1</sup> et de la communauté scientifique convergent vers l'apport de l'engagement paternel pour le bien-être de l'enfant de même que pour la santé de l'homme et l'harmonie conjugale. La recherche-action Relais-père vise à développer et à évaluer une intervention qui s'appuie sur la pratique reconnue de l'organisme La Fondation de la Visite adaptée pour rejoindre les pères, le père-visitateur. Cette recherche-action, amorcée en 2005, se conclura à l'automne 2007 mais déjà certains résultats préliminaires montrent les liens développés avec les équipes SIPPE des quartiers où se déroule l'expérimentation (Rosemont, Hochelaga-Maisonneuve, Montréal-Nord et Ahuntsic). Ce projet constitue une des interventions novatrices appuyées financièrement par Centraide du Grand Montréal et la Direction de santé publique dans le cadre de sa réflexion sur le rôle et la place du père.

### Le projet

Quatre intervenants communautaires, agissant à titre de relais pour les pères, deviennent le pivot d'une intervention qui consiste à 1° rejoindre, en collaboration avec le milieu, des pères d'enfants de 0-5 ans ciblés par les SIPPE (résidant ou non avec leurs enfants), 2° soutenir individuellement les pères afin de favoriser leur engagement paternel et leur insertion sociale et professionnelle, 3° sensibiliser les organismes du milieu au projet Relais-pères, 4° accompagner les pères vers les ressources du milieu selon leurs demandes. Cette démarche commune se module en fonction des réalités du quartier, des organismes communautaires qui réalisent l'intervention et des intervenants eux-mêmes. Chaque organisme respecte sa propre philosophie d'intervention tout en ayant le même objectif, ce qui permet d'expérimenter des approches variées autour d'une vision commune, mieux répondre aux besoins des pères. Pour le quartier Hochelaga-Maisonneuve et l'arrondissement Montréal-Nord, les intervenants sont engagés par la Fondation de la Visite. Le père-visitateur, un intervenant non professionnel, reprend la philosophie d'intervention de l'organisme et accompagne, soutient et renforce la capacité d'agir de nouveaux pères. À Rosemont, CooPÈRE Rosemont accueille un travailleur de milieu qui



accompagne les pères dans leurs démarches vers les organismes et les renforce dans leur engagement envers leur enfant. Dans Ahunatic, c'est l'organisme Repère qui accueille l'intervenant communautaire qui rejoint et soutient les pères du quartier. Les tables de concertation de ces territoires ont décidé de soutenir financièrement ces organismes dans le cadre de la composante création des environnements favorables

### Les liens avec les équipes SIPPE

Comme son nom l'indique, le projet Relais-pères mise sur les ressources du milieu pour entrer en contact avec les pères et améliorer leurs connaissances des services du quartier, les appuyer dans le renforcement de leur pouvoir d'agir et leur engagement paternel. Ces intervenants les dirigent aussi vers les services les plus susceptibles de répondre à leurs besoins. Dans ce parcours, les équipes SIPPE de ces territoires sont vite devenues des partenaires privilégiés. Compte tenu que le partenariat avec ces équipes était déjà bien assuré, les organismes ont pu introduire, faire connaître et reconnaître le rôle des pères-visitateurs. Plusieurs rencontres ont eu lieu avec le personnel des CSSS et les intervenants des équipes SIPPE. Ce démarchage auprès des équipes a été facilité également par la participation d'intervenants des CSSS au comité de pilotage du projet Relais-pères. Et maintenant, les pères visiteurs sont soit invités à des discussions d'équipe, soit invités à accompagner l'intervenante privilégiée lors de ses visites à domicile, à accompagner les pères des familles référés par l'intervenante privilégiée ou encore à participer périodiquement aux rencontres d'équipe afin de partager leur lecture des besoins des familles du quartier.

### Un premier regard sur cette intervention

Le père-visitateur articule son suivi autour d'une approche fondée sur les principes suivants :

- Maintenir le lien de confiance au fil des mois en montrant

<sup>1</sup> Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants – Alliance recherche sur le développement des enfants et des communautés, <http://www.graveardec.uqam.ca/>

au père qu'il est là pour lui.

- Miser sur les forces du père et le valoriser dans son rôle, lui faire sentir qu'on le prend au sérieux, lui, comme père, et qu'il n'est pas incompetent.
- Adopter une approche des pères qui implique de s'intéresser d'abord à lui plutôt qu'à la conjointe, de faire appel à sa propre expérience et de s'appuyer sur des activités qui font appel à des spécificités masculines.
- Faire des interventions en fonction des besoins du père, avec comme balise le bien-être des enfants et la prévention de la maltraitance.
- Introduire des activités de coparentalité selon des horaires flexibles.

Les interventions du père-visiteur se regroupent en trois types :

- Des interventions spontanées, en fonction des besoins manifestés ou des opportunités du moment, axées sur l'un ou l'autre des facteurs favorables à la paternité.
- Des interventions régulières concernant le lien père-enfant. Ces interventions se font dans le cadre de visites hebdomadaires dans la famille lorsque les urgences ne prennent pas toute la place.
- Des interventions planifiées à plus long terme visant l'un ou l'autre des facteurs favorables à la paternité, notamment l'insertion sociale et professionnelle du père.



## Un témoignage

Relais-pères a récemment fait l'objet d'un reportage au Grand journal du réseau TQS. Sur le thème « Papa pour la vie! », on y présentait un père visiteur de Montréal-Nord, M. Jason Assio. Lors d'une visite à un père de jumelles, il explique les différentes démarches réalisées avec celui-ci concernant sa relation conjugale, son engagement envers ses filles et son insertion professionnelle. Le témoignage suivant de ce père illustre bien ce soutien.

« Un jour, je suis arrivé en retard, Caroline me demande où j'étais. J'ai pas toujours le goût de lui dire et puis on se pogne. L'autre fois, à la place de dire des conneries, j'ai appelé Jason. Il m'a dit : Dis-le à Caroline, dis-lui ce que tu faisais, elle va te faire confiance. »

« Je me ressens comme un papa vraiment aimé par mes filles. »

« J'ai pensé l'autre jour à partir pour aller chercher de l'emploi ailleurs. Jason m'a aidé, il m'a dit : "ne fais pas cela, reste avec ta famille, je vais t'aider à te trouver une formation professionnelle". Je l'ai écouté, je suis resté .»

## Les suites

Le processus de recherche-action se poursuit. L'analyse d'implantation et les résultats de cette action auprès des pères montréalais vulnérables devraient être connus à l'automne 2007. D'ici-là, les pères visiteurs continueront leurs interventions appuyés par les autres partenaires de leur milieu. L'association avec les équipes SIPPE est certes un des éléments importants de la réussite de cette expérience. Pour information, [delavisite@videotron.ca](mailto:delavisite@videotron.ca), (514) 329-2800.

## Gilles Forget

(avec la collaboration de Geneviève Turcotte, Denise Landry et Sylvie Laferrière)

## Guides et formations

### L'attachement au cœur du développement du nourrisson (rappel)

L'offre pour la formation portant sur le guide L'attachement au cœur du développement du nourrisson a été lancée à l'automne 2006. Faites vite car il ne reste que quelques blocs disponibles pour l'automne 2007. Pour vous inscrire, veuillez communiquer avec Madame Chantal Langevin au (514) 528-2400 poste 3387.

*« Un attachement sécurisant procure à l'enfant la confiance nécessaire pour explorer son environnement immédiat et se rassurer rapidement dans les situations stressantes. Il trace la voie à des relations positives avec ses parents, les autres enfants et adultes de même qu'avec ses futurs enfants. Il soutient les apprentissages cognitifs et est relié à la réussite éducative. »*

Ministère de la santé et des Services sociaux (2005). *L'attachement au cœur du développement du nourrisson*. Québec : Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. p. 1.

# Outils et documents utiles

## L'accès aux aliments santé à Montréal\*

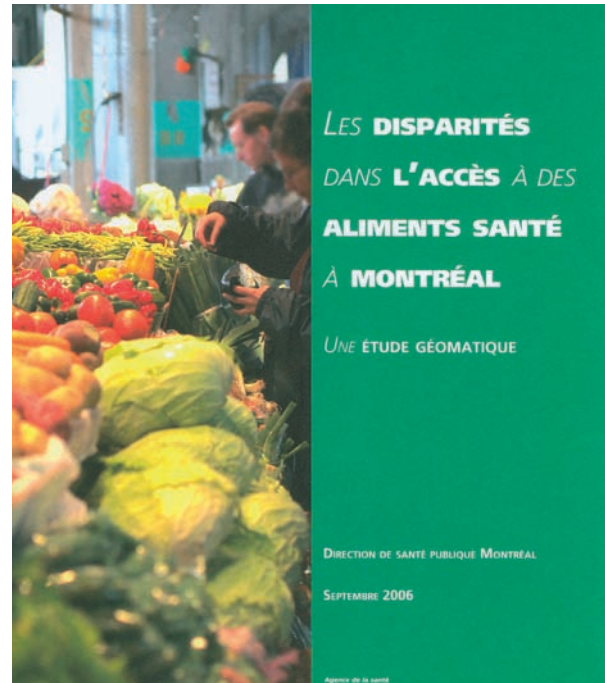
Dans plusieurs pays, en particulier aux États-Unis et au Royaume-Uni, on qualifie de « food deserts » les secteurs pauvres des centres-villes délaissés par les grandes chaînes d'alimentation au profit des banlieues. Question de savoir si cette dégradation dans l'approvisionnement alimentaire existait aussi à Montréal, la DSP a réalisé une étude géomatique des disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal. Les coauteurs de l'étude Lise Bertrand et François Thérien ont répondu à nos questions.

**Quel était l'objectif de la démarche ?** Considérant que l'environnement alimentaire fait partie des déterminants d'une saine alimentation, il s'agissait de vérifier les disparités dans l'accès à des aliments santé sur le territoire de l'île de Montréal.

**La méthode ?** Les fruits et légumes frais ayant été retenus comme indicateurs d'aliments santé, nous avons développé un indice de disponibilité intégrant les mesures de surface de vente dans différents types de commerces d'alimentation et par aire de diffusion (un îlot urbain comprenant environ 560 personnes). L'offre alimentaire a aussi été estimée selon deux zones d'accès : 500 m pour les piétons et 3 km, pour les gens motorisés. Ces mesures et les coordonnées postales des magasins, une fois traitées à l'aide du logiciel Arc GIS, ont permis de dresser « la carte de l'accès aux aliments santé à Montréal ».

**Les principaux résultats ?** D'abord, l'étude révèle de grandes variations dans la disponibilité des aliments santé. S'il existe des « déserts alimentaires » dans quelques aires de diffusion, on note la nécessité de la voiture pour accéder à une diversité suffisante de fruits et légumes, même en excluant la banlieue ouest. On constate ainsi que 40 % de la population ne dispose pas d'un approvisionnement adéquat à distance de marche. Par ailleurs, contrairement aux idées reçues, l'étude montre qu'il n'y a pas de relation entre le niveau socioéconomique des voisinages et l'accès aux aliments santé. Certaines caractéristiques montréalaises permettent toutefois d'expliquer une telle situation. Par exemple, des secteurs pauvres qui, en raison de leur caractère fortement multiethnique, sont souvent bien pourvus en commerces spécialisés. Reste que nous avons identifié plusieurs secteurs pauvres (totalisant presque 100 000 personnes) qui apparaissent mal couverts pour des résidents non motorisés, donc dépendants de la marche ou des transports collectifs pour s'approvisionner en fruits et légumes frais.

**Les enseignements pour l'avenir ?** En dépit de ses limites, cette recherche, dans la perspective de développement durable



où nous nous situons, invite d'emblée à de nouveaux aménagements urbains, à de nouveaux moyens pour assurer un approvisionnement alimentaire adéquat pour toute la population. Les services de proximité sont essentiels pour mieux promouvoir le transport actif. Le rôle des villes a déjà été évoqué pour faciliter l'accès aux aliments santé, notamment par un plan d'urbanisme conséquent, prévoyant, par exemple, rues piétonnières, commerces spécialisés, marchés publics, etc.

Le document *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal* – 16 pages en couleur – était remis début octobre au comité développement durable de la Table de santé publique et sera distribué aux partenaires concernés : villes et arrondissements, milieu communautaire, chercheurs, etc. Par ailleurs, on peut le consulter en format PDF sur le site de la DSP – [www.santepub-mtl.qc.ca](http://www.santepub-mtl.qc.ca). À noter que ce portrait d'ensemble de la réalité montréalaise sera décliné dans les prochains mois en versions sous-régionale (par CSSS) et locale (par CLSC) afin de constituer un outil de sensibilisation et d'intervention encore plus pertinent pour les acteurs de terrain.

### Yves Laplante

(\*tiré de *Passerelle*, bulletin interne de la DSP de Montréal, 2 novembre 2006, n° 22)



## Pour nous contacter ?

### **Sous-région Sud-Ouest**

- 01 - CSSS de l'Ouest-de-l'Île
- 02 - CSSS de Dorval–Lachine–LaSalle
- 03 - CSSS du Sud-Ouest–Verdun
- 04 - CSSS Cavendish

**Monique Elliott**

514 528-2400, poste 3441

### **Sous-région Centre-Nord**

- 05 - CSSS de la Montagne
- 06 - CSSS de Bordeaux–Cartierville–Saint-Laurent
- 07 - CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
- 09 - CSSS Jeanne-Mance

**Nadine Goudreault**

514 528-2400, poste 3354

### **Sous-région Nord-Est**

- 08 - CSSS du Coeur-de-l'Île
- 10 - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
- 11 - CSSS Lucille-Teasdale
- 12 - CSSS de la Pointe-de-l'Île

**Marie-Claude Fournier**

514 528-2400, poste 3970

## **Vous voulez collaborer au Bulletin ?**

Vous désirez faire connaître votre expérience des services intégrés, contactez-nous. Que cette expérience soit facile ou plus difficile, nous sommes intéressées à l'entendre. Le Bulletin se veut un espace de partage des savoirs et des expériences ainsi qu'un outil de réflexion sur les divers aspects du programme.

**Monique Elliott**, 514 528-2400, poste 3441

### **Comment SIPPE'rendre?**

*Une réalisation de l'équipe du programme des services intégrés, secteur Tout-petits, familles et communauté, de la DSP de Montréal.*

**Rédactrice en chef** : Monique Elliott

**Collaboration à la rédaction** : Danielle Durand, Monique Elliott, Gilles Forget, Sylvie Laferrière, Denise Landry, Linda Langlais, Yves Laplante, Anika Mendell, Martine Thériault, Monique Tremblay, Geneviève Turcotte,

**Révision** : Monique Elliott, Yves Laplante, Yolande Marchand, Francine Trickey, Marie-Claude Fournier, Nadine Goudreault

**Édition** : Yves Laplante

**Mise en page** : Javier Valdés

ISSN (IMPRIMÉ) : 1715-9326  
ISSN (EN LIGNE) : 1715-9334  
Dépôt Légal : 2007  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal**

**Québec**   
Santé publique

### **Avis aux lecteurs**

Notez que tous les numéros antérieurs du *Bulletin des services intégrés* — *Comment SIPPE'rendre ?* peuvent être consultés sur le site de la DSP de Montréal à l'adresse : <http://www.santepub-mtl.qc.ca>. Une fois dans le site, voir la rubrique Tout-petits puis la section Services intégrés en périnatalité.

**La rédaction**