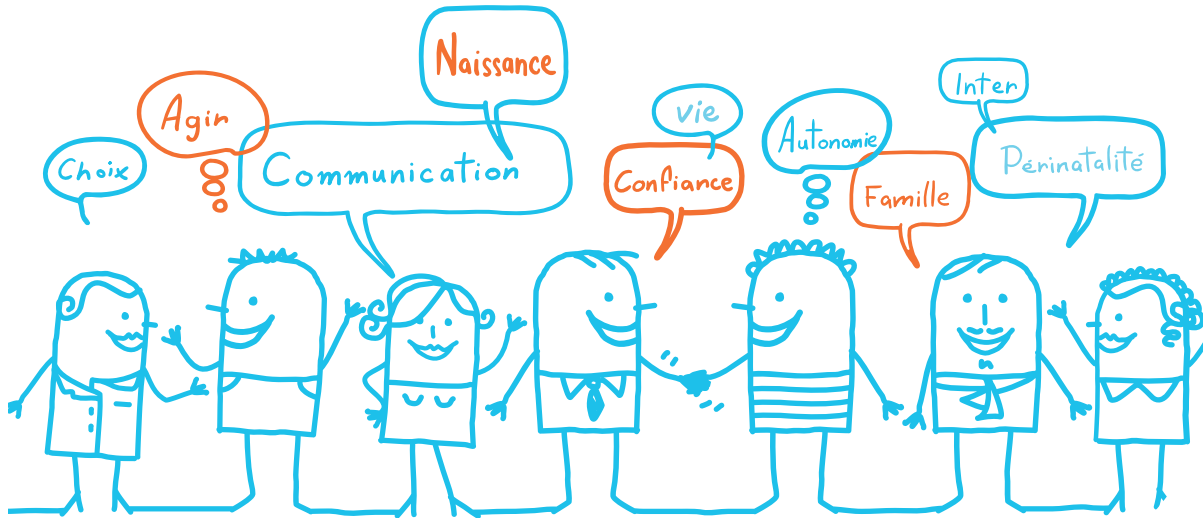


LE PÉRISCOOP

Novembre 2011 Volume 16 Numéro 2 | ISSN-1201-9143



ÉDITORIAL

Communication et période périnatale

CATHERINE CHOUINARD
ASPQ

Inévitablement, à tous les jours et à tout instant, nous sommes amenés à communiquer de l'information aux familles auprès desquelles nous intervenons ainsi qu'à nos collègues avec lesquels nous collaborons dans le cadre de notre travail. Selon le modèle le plus répandu, la communication se définit comme étant la transmission d'un message allant d'un émetteur à un récepteur. Cette perspective rationnelle et pragmatique peut s'avérer pratique pour le réseau de la santé puisque, régulièrement, nous cherchons à transmettre aux familles des messages visant à renforcer, modifier ou induire des comportements jugés souhaitables, en tentant d'être le

plus objectifs possible. Toutefois, de manière réaliste, est-ce concevable de rester neutre dans la transmission de nos messages ?

Si nous partageons vraisemblablement tous un même but, qui est de favoriser une arrivée au monde et un début de vie qui soient le plus heureux possible pour les familles, les objectifs qu'il sous-tend peuvent différer selon les champs disciplinaires et les individus qui les composent. Sur le plan personnel, cette période de la vie nous touche toutes et tous très intimement, ne serait-ce que par nos propres histoires de naissance. À travers les informations que nous

communiquons, nous ne pouvons faire abstraction de l'influence de nos trajectoires personnelles, pas plus que de nos trajectoires professionnelles. Les messages que nous transmettons sont nécessairement imprégnés de nos valeurs et nos expériences propres, tout comme des normes véhiculées par la société dans laquelle nous vivons. De même, notre identité professionnelle, notre formation spécifique, la culture organisationnelle de notre lieu de pratique et les données scientifiques actuelles (multiples, parfois incertaines, voire contradictoires) les influencent également.

→ suite page 2

éditorial

Dans ce contexte, quelle « vérité » nos messages transmettent-ils ? Il est important de nous rappeler les facteurs, tant personnels que professionnels, qui influencent nos interventions et nos messages. Cette mise en évidence nous permet de comprendre et décortiquer leurs subjectivités, nous offrant ainsi la possibilité de questionner à nouveau nos points de vue, nos certitudes, nos mécanismes et nos interventions.

Dans ce numéro du Périscopop, des collaborateurs de milieux très variés réfléchissent sur le thème de la communication durant la période périnatale, qu'elle soit orale ou écrite. Ils nous partagent des expériences cliniques ou des résultats de recherche ; ils nous présentent des démarches visant à une meilleure organisation des soins et services ; ils se posent et nous posent des questions pertinentes relatives à l'information que nous communiquons aux parents, à la coordination des actions visant à préserver

la cohérence des histoires familiales, à la pertinence pour le réseau de travailler sur l'uniformisation des messages populationnels, au pouvoir d'influence des intervenants et à la marge de manœuvre dont les parents disposent pour convenir eux-mêmes des meilleurs choix à faire. L'ensemble du numéro que nous vous proposons aujourd'hui a pour objectif d'initier une réflexion collective sur le sens et l'influence des informations que nous transmettons. Bonne lecture !

CRÉDITS

COORDINATION

Catherine Chouinard

COLLABORATEURS

Chantal Bayard
Alessandra Chan
Catherine Chouinard
Francine de Montigny
Catherine Donner
Julie Émond
Véronique Gagné
Marie Gendron
Carl Lacharité
François Lagarde
Sylvie Lévesque
Réal Morin
Raphaële Noël
Luc Rœgiers

RÉVISION

Marie-Claude Perreault

GRAPHISME

Gabriel Pelletier

CONTRIBUTION FINANCIÈRE

Ministère de la Santé et des Services sociaux

SOMMAIRE [Dans ce numéro du Périscopop]

Éditorial	p. 1
Dossier Communication et période périnatale	
Bien communiquer pour Bien grandir	p. 3
L'information aux parents - Pouvoir d'agir ou d'obéir ?	p. 5
Communiquer entre professionnels de la périnatalité	p. 8
La promotion de l'allaitement – Ce qu'en disent les mères	p. 12
Analyse des dépliants offerts aux parents du Québec	p. 15
La pratique clinique en deuil périnatal	p. 19
Création du Portail d'information prénatale	p. 22
Rapport du Commissaire à la santé et au bien-être 2011	p. 25



Communication et période périnatale

BIEN COMMUNIQUER POUR *BIEN GRANDIR*

Histoire d'une campagne sociétale

MARIE GENDRON | directrice générale, Opération sociétale, Fondation Lucie et André Chagnon

FRANÇOIS LAGARDE | expert-conseil en marketing social et professeur associé, Faculté de médecine, Université de Montréal

En collaboration avec de nombreux partenaires, la Fondation Lucie et André Chagnon a lancé en 2009 une campagne de sensibilisation grand public qui vise à promouvoir l'importance de la petite enfance pour le développement futur des enfants. En sensibilisant les parents et la Société en général au rôle crucial qu'ils jouent auprès des enfants de 0 à 5 ans, la campagne *Bien grandir* les incite à offrir aux tout-petits un environnement encore plus riche en expériences positives, sur tous les plans. Le résultat escompté : permettre aux jeunes enfants de développer leur plein potentiel et d'être bien préparés pour leur réussite éducative.

Bien qu'il soit reconnu que les campagnes sociétales ne peuvent, sans le soutien du milieu, favoriser les changements comportementaux individuels, elles peuvent améliorer les connaissances du public visé ; influencer les perceptions, les convictions et les attitudes susceptibles de modifier les normes sociales ; stimuler l'action ; illustrer des comportements spécifiques ; renforcer les connaissances, attitudes ou comportements ; illustrer les avantages des changements de comportement ; défendre une position sur les enjeux et politiques de santé ; augmenter la demande ou le soutien en matière de services ; réfuter les mythes et les idées fausses ; et renforcer les liens organisationnels (Freimuth et Quinn, 2004 ; Wakefield et coll., 2010).

S'initier aux mathématiques
dès 9 mois... c'est possible

Pour en apprendre davantage, visitez
Biengrandir.com



Un impact significatif

En ce sens, la campagne *Bien grandir* a remporté un vif succès. En effet, la campagne jouit d'une notoriété de 71 % dans la population (76 % chez les parents d'enfants de moins de 6 ans) et est grandement appréciée : 89 % de la population et 93 % des parents la trouvent sympathique ; 85 % de la population et 89 % des parents estiment que son message est clair et facile à comprendre ; la campagne a donné envie à 74 % de la population d'en savoir plus sur le développement des enfants et en a incité 82 % à en faire un peu plus pour stimuler le développement des jeunes enfants autour d'eux. Des gains significatifs ont été observés sur les convictions et les attitudes. Par exemple, le pourcentage de parents qui croient qu'il est essentiel de travailler sur le développement du langage chez l'enfant dès le

berceau est passé de 63 % en septembre 2009 à 76 % en janvier 2011. En septembre 2009, ils étaient 33 % à croire que le cerveau d'un enfant de 3 ans est deux fois plus actif que celui d'un adulte ; ce pourcentage est passé à 54 % en janvier 2011. Finalement, nous avons constaté que les intentions d'adoption de comportements étaient intimement liées aux comportements spécifiquement illustrés dans les publicités (Léger Marketing, 2011). Ces résultats ont été similaires dans tous les groupes socio-économiques. Toutefois, nous avons appris que la durée de la campagne est probablement un facteur clé de réussite. En effet, les parents de groupes socio-économiques plus défavorisés réagissent encore plus favorablement que les autres, mais seulement après un an de campagne. Cette tendance a été mise en évidence par plusieurs indicateurs



tels que l'intention de se renseigner et de se prévaloir des ressources.

Mieux comprendre pour mieux intervenir

La recherche formative est un gage indéniable de succès des campagnes de communication (Siegel et Doner Lotenberg, 2007). Par conséquent, nous avons mené plusieurs activités de recherche, dont une recension d'écrits et campagnes similaires; des consultations de dizaines d'experts, de partenaires, d'intervenants et d'éthiciens; des sondages exploratoires et périodiques pour recueillir des données repères et mesurer les effets de la campagne; des entrevues et des groupes de discussions, notamment auprès de personnes issues de milieux défavorisés.

Voici quelques conclusions de ces activités de recherche qui pourraient être utiles pour quiconque souhaite établir une communication efficace avec les parents québécois, particulièrement ceux de milieux défavorisés (Lagarde et Gendron, 2011) :

- Les parents issus de milieux socio-économiques défavorisés ne répondent pas bien à l'approche de type « plus de risques » (ex. : « les enfants qui n'ont personne pour leur faire la lecture au moins 15 minutes par jour risquent de moins bien réussir à l'école »).
- Par contre, ils vont bien accueillir un message plutôt positif (motivant, stimulant) avec un certain caractère informatif proposant des « trucs et astuces » qui leur donnent des occasions de mieux maîtriser certains aspects de leur vie.
- Leur motivation fondamentale est universelle : un enfant heureux et en santé.
- Les parents ne sentent pas incompétents, coupables ou dépourvus. D'ailleurs, ils sont plus de 71% à croire qu'ils ont toutes les habilités parentales nécessaires. Par contre, ils veulent qu'on les valorise et les soutienne. En fait, le problème n'est pas qu'ils craignent de ne pas en faire assez, mais plutôt qu'ils estiment déjà faire ce qu'ils doivent faire.
- Ils sont plus centrés sur le présent que sur l'avenir.
- Ils craignent une intégration sociale de leurs enfants en milieu scolaire plus difficile, que leurs enfants souffrent de ne pas avoir accès aux mêmes activités parascolaires et que leurs difficultés financières freinent leurs enfants.
- Ils font face à plus d'obstacles et ont donc besoin d'une aide pratique et concrète (ex. : la conciliation travail-famille leur est plus difficile, car ils travaillent pour de petits employeurs qui n'ont pas de politiques en ce sens).
- Parmi les obstacles les plus évidents, citons les coûts, le manque de temps, les autres obligations, le manque d'accès aux services. La fatigue physique et psychologique des parents est aussi une grande source de stress.

Les parents ne sentent pas incompétents, coupables ou dépourvus. D'ailleurs, ils sont plus de 71% à croire qu'ils ont toutes les habilités parentales nécessaires.

Bref, nous avons conclu que ces parents avaient d'abord besoin d'espoir et d'aide. Les incidences sur la campagne ont été majeures. Nous avons décidé de nous concentrer sur les parents plutôt que sur les enfants, en présentant les parents comme les vedettes préférées de leurs enfants. Nous avons aussi mis l'accent sur des incitations à l'action réalistes, sur des gestes faciles à poser dans le quotidien qui suscitent une réponse positive immédiate de la part de l'enfant (rires, sourires, gazouillis).

Pour plus d'information, consultez le site www.biengrandir.com ou communiquez avec Marie Gendron (gendronm@fondationchagnon.org).

Références

- Freimuth, V.S. & Quinn, S.C. (2004). The contribution of health communication to eliminating health disparities. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2053-2055.
- Lagarde, F. & Gendron, M. (2011). Reaching the hard-to-reach with hope and help. *Social Marketing Quarterly*, 17(2), 98-101.
- Léger Marketing (2011). *Bilan des recherches sur la petite enfance*. Février 2011.
- Siegel, M. & Doner Lotenberg, L. (2007). *Marketing public health – Strategies to promote social change* (2^d Ed.). Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers.
- Wakefield, M.A., Loken, B. & Hornik, R.C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*, 376 (9748), 1261-1271.



à multiplier les consignes du type « à faire » et « à ne pas faire » est le souci du risque minimal. Pour éviter la survenue de toute complication, il peut en effet être tentant de « prescrire » dans le menu détail tous les comportements souhaitables au cours de la grossesse : quoi manger et ne pas manger, quelles activités physiques exercer et éviter, quels médicaments prendre et ne pas prendre, etc. De telles recommandations, même lorsqu'elles s'appuient sur des données scientifiques solides, se confrontent souvent au pragmatisme nécessaire à toute communication à la population. L'information sur les consignes transmises doit bien sûr s'appuyer sur la science, les guides de pratiques et les documents des sociétés savantes. Toutefois, une recommandation bien appuyée scientifiquement, mais en décalage avec les conseils des cliniciens ou imposant des changements de comportements trop draconiens et dont l'importance réelle serait mal comprise, ne rendrait pas service aux parents.

Examinons quelques situations. Voici d'abord une information facile à communiquer, la prise d'acide folique pendant la grossesse. Les données scientifiques sur l'importance de ce supplément pendant la grossesse sont solides, la consigne est simple à formuler et le geste à poser est facile. L'acceptabilité des femmes enceintes pour cette consigne est généralement très bonne.

L'information concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse, quant à elle, est plus complexe à transmettre. L'alcool est un produit reconnu tératogène mais, pour certaines femmes, l'abstinence peut nécessiter



Le symposium *L'information aux parents – Pouvoir d'agir ou d'obéir à Enfanter le monde*

©Photodesign BCGD, Bertrand Chassé

un changement d'habitudes de vie significatif. En outre, plusieurs d'entre elles peuvent ressentir de la culpabilité et de l'inquiétude, ayant consommé de l'alcool avant de se savoir enceintes. En fait, il n'existe pas de seuil en deçà duquel la consommation d'alcool est absolument sans risque, mais il faut aussi considérer qu'il est peu probable qu'une consommation « accidentelle », voire épisodique et en faible quantité, puisse provoquer des anomalies chez l'enfant à naître. Par ailleurs, il existe encore une certaine banalisation de la consommation d'alcool dans l'entourage des femmes, dont plusieurs auront connu quelqu'un qui a pris un peu d'alcool au cours d'une grossesse, parfois même leur propre mère ! Combien difficile alors peut devenir la formulation d'un message de prévention sans banalisation ni dramatisation excessive ! Le guide a retenu l'approche de précaution qui vise le risque zéro, mais de la façon la plus nuancée possible.

Dans le cas du sommeil partagé, le guide est aux prises avec une situation où les avantages et les inconvénients semblent en opposition. D'un côté, il arrive que le partage de la surface de sommeil conduise au décès du bébé. Il s'agit d'un événement rarissime mais clairement documenté, généralement

relié à des facteurs de risque évitables. D'un autre côté, le partage du lit procure des bienfaits, notamment le renforcement du lien d'attachement et la facilitation de l'allaitement. Actuellement, les conseils que les parents reçoivent sur le sommeil partagé sont contradictoires. Ils vont varier grandement selon les sources consultées. Le guide choisit d'exposer les faits et les points de vue, sur le ton de la franchise, sans banalisation ni dramatisation. Il appartient alors aux parents de faire le choix. Le but du guide, c'est que ce choix soit éclairé.

L'équipe de *Mieux vivre avec notre enfant* ne prétend pas avoir trouvé les clés d'une communication parfaite sur tous les sujets traités. À tout le moins, elle y travaille sans relâche.

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

Occuper la position de parent et d'enfant dans l'espace social aujourd'hui équivaut à sillonner une route jalonnée de professionnels de la santé et de l'éducation. En effet, il est désormais devenu presque impossible de ne pas subir, d'une manière



ou d'une autre, leur influence. Dans ce contexte, on peut se demander comment les pratiques des professionnels à l'égard des parents contribuent ou font entrave au développement des compétences parentales. En fait, existe-t-il des pratiques plus « exemplaires » que d'autres lorsqu'il s'agit de transmettre l'information aux parents dans le but de soutenir leur développement et leurs compétences ?

Trois études québécoises, réalisées auprès de trois différents groupes de parents¹, ont permis d'examiner la nature des liens entre les perceptions des parents des pratiques professionnelles à leur égard et leurs perceptions de leurs compétences parentales. Dans ces trois études, un même modèle de l'expérience parentale se dessine. Les parents rapportent être moins anxieux ou stressés, se sentir plus compétents, plus en contrôle et percevoir leur relation de couple plus favorablement lorsque les professionnels les soutiennent et les informent d'une manière qui les aide à atteindre leurs buts.

Certaines pratiques « exemplaires » contribuent à soutenir le sentiment de contrôle des parents sur eux-mêmes et leur environnement et, de ce fait, leur sentiment de compétence. Parmi ces pratiques, certaines se démarquent. Par exemple :

- **Accueillir chaque parent comme un individu avec sa propre expérience.**

- **Écouter et respecter.**
- **Explorer les besoins réels des parents et s'y arrimer.**
- **Créer un espace pour que les parents puissent prendre des décisions à propos de leur vie, de leur expérience.**
- **Accompagner les parents dans leurs prises de décision, à leur rythme, en offrant questions, idées, informations et soutien.**
- **Soutenir les relations privilégiées du parent avec sa/son partenaire, son enfant et son réseau.**
- **Nommer les forces et les compétences de chaque parent et leur capacité à prendre en charge les situations de leur vie.**
- **Suspendre son jugement à l'égard des choix des parents.**

En bref, le soutien professionnel facilite le sentiment de compétence parentale, dans la mesure où le pouvoir de décision n'est pas le champ exclusif du professionnel mais bien un terrain partagé avec les parents. Pour le professionnel, co-construire le pouvoir d'agir signifie informer les parents afin qu'ils soient aptes à prendre les meilleures décisions pour eux-mêmes et leur famille, en respect de leurs buts et de leurs projets. Cela peut signifier d'accepter d'accompagner un parent

vers un objectif qui va à l'encontre de ses propres buts, projets et valeurs. À titre d'exemple, un parent peut souhaiter ne pas faire vacciner son enfant, ce qui va à l'encontre des croyances de l'intervenant sur l'efficacité de ces derniers dans la prévention de problèmes de santé majeurs. Adopter des pratiques qui soutiennent le sentiment de compétence des parents signifie pour l'intervenant de libérer le parent de l'obligation d'obéir, pour l'accompagner dans son pouvoir de décider et d'agir.

Adopter des pratiques qui soutiennent le sentiment de compétence des parents signifie pour l'intervenant de libérer le parent de l'obligation d'obéir, pour l'accompagner dans son pouvoir de décider et d'agir.

En conclusion, que ce soit dans le cadre de communications écrites ou celui de rencontres cliniques avec des professionnels, le défi demeure le même : être en mesure de créer des espaces où l'on demeure attentifs à l'impact des informations transmises, de sorte que les parents soient en mesure d'identifier leurs propres forces et compétences.

1 a) 320 parents primipares (160 mères, 160 pères); b) 191 parents multipares (87 pères et 104 mères); c) 420 parents d'enfants de moins de cinq ans (182 pères et 238 mères)

Références

- de Montigny, F., Lacharité, C., (2008). Modeling Parents and Nurses Relationships. *Western Journal of Nursing Research*. 30 (6) : 743-58.
- de Montigny, F., Lacharité, C., Amyot, E. (2006). Becoming a parent: a model of parents'experience in the postnatal period (Tornar-se pai: modelo da experiência dos pais em período pós-natal). *Paidéia*. 16, 3, 25-37.
- Lacharité, C., de Montigny, F., Miron, J.M., Devault, A. et al. (2005). Les services offerts aux familles à risque ou en difficultés: Modèles conceptuels, stratégies d'actions et réponses aux besoins des parents.



COMMUNIQUER ENTRE PROFESSIONNELS DE LA PÉRINATALITÉ

Communication à deux voix

CATHERINE DONNER | obstétricienne, échographiste Hôpital ULB-Erasme, Bruxelles
LUC RŒGIERS | pédopsychiatre périnatal Cliniques UCL-Saint Luc, Bruxelles

Le suivi périnatal a évolué de façon remarquable depuis les premières consultations prénatales initiées en 1920 à Édimbourg par Janet Campbell¹. Les progrès médicaux ont été nombreux tout au long du XXe siècle, tant par l'augmentation des connaissances que des capacités techniques. Le suivi de la grossesse s'est complexifié, les intervenants se sont multipliés. La question de la communication cependant n'est pas nouvelle. En Europe, il a fallu attendre l'utilisation de l'échographie en obstétrique et la création d'une nouvelle discipline, la médecine foetale, pour que la frontière entre les obstétriciens, les sages-femmes et les pédiatres s'estompe et que ces différentes disciplines communiquent. En même temps, l'hyper technicité médicale a souvent fait perdre de vue la femme enceinte dans sa globalité. La communication est présente, mais a pu se vider de sa substance essentielle autour de l'être ou des émotions. La collaboration avec les psychologues et les pédopsychiatres en périnatalité a permis que tous les soignants impliqués réfléchissent et travaillent ensemble dans une dimension émotionnelle ré-habituée.

Une vignette clinique commentée ci-dessous illustre de façon caricaturale l'intérêt évident d'une bonne communication entre professionnels. Toute ressemblance avec des faits réels serait purement fortuite et regrettable car les malentendus décrits ne sont plus



d'actualité dès lors que les professionnels de la périnatalité ont bien compris la nécessité de communiquer.

Pourquoi communiquer autour de la naissance ?

Madame E en est à sa première grossesse. Au fil des consultations prénatales, la sage-femme a eu l'impression chez elle d'une certaine anxiété, mais n'a pas creusé. Madame E vient avec régularité, toujours seule et n'évoque pas de problème particulier.

À l'occasion de l'échographie morphologique, l'opérateur lui parle de « ventriculomégalie » à surveiller. Madame E réagit

de façon très expressive par des sanglots et des tremblements. L'opérateur fait appeler le psy de liaison. Celui-ci questionne la patiente sur ses antécédents et elle révèle qu'elle consultait un psychiatre mais n'a pas osé lui dire qu'elle était enceinte et a arrêté son neuroleptique (risperdal) ; elle ne va donc plus le voir. Elle craint d'être débordée après la naissance car son mari a beaucoup de travail et depuis ses dernières crises, elle est en rupture avec sa famille qui la traite de folle. Le psy de liaison lui conseille de ne pas trop stresser pour le bien de son bébé et la rassure à propos de la ventriculomégalie. Il laisse dans le service un rapport mentionnant que cette femme est psychotique, en rupture de traitement. Les contrôles ultérieurs

1 Dame Janet Mary Campbell (1877-1954) était médecin et Senior Medical Officer au Ministère Britannique d'Hygiène



d'échographie établissent que les ventricules ne dépassent plus des limites préoccupantes mais Madame E reste effrayée. Trois jours après la naissance, elle fait un blues spectaculaire avec attaques de panique. Vu le tableau et la note du psy, on décide de la transférer en unité psychiatrique et son bébé en pédiatrie. Elle n'accepte pas cette situation. Le juge de la jeunesse est interpellé...

Informier, se coordonner, respecter la langue de l'autre

Le mythe de Babel illustre l'incommunicabilité entre les professionnels... dès que la sophistication de la tour exigea une diversification des corps de métiers.

On peut regretter de façon nostalgique l'époque où la grossesse n'était qu'une « simple » affaire de femmes, puis de sages-femmes. Pourtant en soi, le recours à des spécialités représente un progrès... si et seulement si elles parviennent à se coordonner, à s'intéresser au point de vue de l'autre, à communiquer en fonction d'objectifs ciblés. Sinon, on en arrive à lancer des termes hautement inflammables tels qu'ici, « ventriculomégalie » ou « psychotique », sans mode d'emploi ni finalité.

Déployer la richesse de la diversité

La communication entre intervenants peut générer une richesse ajoutée. En effet, il ne s'agit pas en périnatalité d'achever une tour de Babel, mais un projet parental. On est dans une construction humaine qui inclut diverses dimensions de la prise en charge. Nous sommes faits de

chair et d'affectivité, d'intimité et de relation, d'intelligence et d'éprouvés. Dans la vignette clinique présentée, les professionnels ne se soucient guère les uns des autres. La sage-femme s'occupe bien du corps gravide mais ne pense pas à prendre contact avec l'opérateur plus technique qui analysera des paramètres médicaux, ni avec un éventuel psy qui pourrait l'aider dans le registre émotionnel. Le psy est peu connecté à l'équipe. Il n'est pas question non plus de préparer l'accueil de ce bébé en condition de vulnérabilité par une consultation pédiatrique. Le résultat est décevant. Lorsqu'au contraire chaque spécialité se préoccupe du champ de l'autre, la patiente au centre fait l'expérience d'une réunification. Elle remet en lien son corps et son esprit, son intérêt et celui de son bébé, sa réalité personnelle et son contexte social. Face à une patiente fragile comme Madame E, ce travail de (ré)unification est d'autant plus crucial que des vécus d'éclatement, d'incohérence et de non-sens jalonnent son histoire.

Lorsqu'au contraire chaque spécialité se préoccupe du champ de l'autre, la patiente au centre fait l'expérience d'une réunification. Elle remet en lien son corps et son esprit, son intérêt et celui de son bébé, sa réalité personnelle et son contexte social.

Décontaminer

La grossesse est un moment unique de valorisation mais aussi de vulnérabilité. Les lignes de faille n'apparaissent

pas toujours, ou alors indirectement. Face au stress de Madame E, la sage-femme aurait pu prendre le temps, dès le premier trimestre, de lui parler de ses préoccupations saturées d'angoisse. Madame E aurait sans doute expliqué qu'elle ne parlait pas à sa famille de sa grossesse parce qu'elle avait peur d'un placement de son enfant puisqu'on la disait folle. Voilà pourquoi lorsqu'une atypie (soft marker) lui a été révélée à l'écho, elle a tout mélangé en imaginant, par exemple, que son bébé avait « aussi » quelque chose d'anormal dans la tête et qu'elle était confirmée comme mère toxique. Par un entretien prénatal précoce, la sage-femme aurait pu l'aider à recadrer la place d'une aide psychiatrique, non comme une entrave, mais comme un filet de sécurité, avec une médication dont son psychiatre aurait pu garantir l'innocuité pour le bébé avec conseil de pharmacovigilance.

Clarifier et rendre lisible les événements médicaux et les interventions

Madame E est insécurisée mais relativement bien en confiance avec la sage-femme qui la suit en début de grossesse. Malheureusement, celle-ci n'anticipe pas l'échomorpho. Elle ne parle guère du déroulement de la séance à la patiente et ne prévient pas l'opérateur que cette femme a besoin d'explications simples dans un cadre bien « contenant ». Au lieu de ça, Madame E reçoit ce terme de « ventriculomégalie » dont elle ne retient que l'aspect « anomalie du cerveau ». Le passage chez le psy aurait ensuite pu être une ressource, mais l'envoyeur ignorait qu'elle se sentait prise au piège d'une consultation à laquelle, précisément, elle essayait



d'échapper pour enfile ses habits de maman et non plus de malade psychiatrique. Face au psy, elle ne se confie que partiellement. Elle se crispe lorsqu'il se met à parler de la santé de son bébé. Elle comprend deux choses du message de ce psy : elle transmet un stress toxique au bébé et, comme c'est le psy qui donne les nouvelles du bébé – même rassurantes - cela lui confirme que sa grossesse est bien une histoire « psy ». Si la transmission avait pu se faire avec la sage-femme, celle-ci aurait clarifié le diagnostic de l'écho sans télescoper ce mouvement avec l'aide psychologique. Si l'échographiste avait alors eu un retour de la sage-femme, il aurait pu ajuster son attitude lors des séances ultérieures, et ces contrôles se seraient transformés en accueil apaisant. Si une consultation pédiatrique prénatale avait pu intervenir en cas d'anxiété persistante sur l'avenir de l'enfant, celle-ci aurait pu boucler la sécurisation... Chaque professionnel aurait mieux pris sa place, une place lisible et donc rassurante.

Mobiliser la sécurité par la continuité

On connaît peu de choses de Madame E, mais il semble y avoir des ruptures dans sa vie, tout au moins avec sa famille. C'est là une invitation à poser la question de son mari dont on apprendrait peut-être qu'il est absent, mais très concerné par la grossesse et par la santé de sa femme. Madame E détaillerait les membres de sa famille. Une sœur reste plus proche, elle pourrait être remobilisable. On pourrait aussi rétablir de la continuité du côté des professionnels. Le psychiatre a été évacué. Or, il serait recontactable si Madame E était libérée de sa crainte

d'un blâme. La sage-femme pourrait, avec son accord, lui passer un coup de fil ou contacter un éventuel médecin traitant dont Madame E n'aurait pas pensé de parler. Quant au psy, il aurait pu mieux faire en s'intéressant aux points de sécurité de la dame pour les transmettre, plutôt que de transmettre son seul diagnostic (« psychotique ») dont ses collègues ne peuvent faire grand-chose. Enfin, l'équipe de maternité n'agit pas ici dans une continuité de préoccupation avec le suivi prénatal et, comme la sortie de l'hôpital se profile sans aide apparente, le stress précipite des solutions de rupture, encore et toujours.

Anticiper en activant les ressources de l'entourage/ des professionnels

Les collègues, même surmenés, sont souvent contents d'être sollicités pour personnaliser un accueil. On perd du temps de communication dans l'immédiat mais on en gagne toujours à plus long terme. Lorsque les bases de la collaboration sont bien construites, les étages suivantes de la sécurisation prennent moins de temps et, en fin de compte, tout l'édifice ne menace pas de s'effondrer, comme après l'accouchement de Madame E. Dans ce cas, si l'équipe des suites de couches avait été rassurée par le psy sur la possible survenue d'angoisse et surtout sur la façon d'y faire face, et si les professionnels ambulatoires - sage-femme à domicile, infirmière sociale, aide-familiale si nécessaire, médecin traitant, etc. - avaient été invités à faire suite à une prise en charge cohérente, alors Madame E n'aurait probablement pas été séparée de son bébé. Peut-être, dans le mouvement d'organisation, aurait-elle même repris contact avec sa

sœur pour l'aider pendant un temps. Peut-être le papa aurait-il pu être invité à participer avec plus de disponibilité. Cela n'aurait peut-être pas changé fondamentalement la fragilité de personnalité de cette patiente, susceptible de décompenser ultérieurement, mais ce moment clé de la naissance aurait été une confirmation de sa compétence de mère, de la bienveillance des professionnels et, pour le bébé, une chance dans la construction plus sécurisée de ses liens précoces.

Les collègues, même surmenés, sont souvent contents d'être sollicités pour personnaliser un accueil. On perd du temps de communication dans l'immédiat mais on en gagne toujours à plus long terme.

Communiquer pour prévenir

La communication entre professionnels de la périnatalité est particulièrement cruciale lors des situations de grossesses difficiles. Des situations telles que celle de Madame E peuvent représenter de véritables défis pour les équipes. Elles regroupent à la fois la précarité sociale, les problèmes psychologiques et les risques médicaux maternels et/ou fœtaux. Cependant, la communication entre la sage-femme et l'obstétricien, l'obstétricien et le pédiatre, le pédiatre et autre..., est tout aussi importante pour les grossesses normales. Elle permet sans doute d'éviter une forme de médecine iatrogène, vectrice d'angoisse, où les avis divergent, où un professionnel discrédite l'autre, où les malentendus entre les professionnels eux-mêmes, ou bien les professionnels et la femme



enceinte, sont multiples et peuvent à l'extrême transformer un suivi de grossesse normal en suivi à risque.

La communication entre professionnels de la périnatalité est particulièrement cruciale lors des situations de grossesses difficiles.

La complexification de la surveillance prénatale et la multiplication possible des intervenants peuvent compliquer la communication. Le cercle de base du suivi prénatal reste bien sûr le même : la femme enceinte, son compagnon, leur entourage, la sage-femme et l'obstétricien. S'assurer d'une bonne transmission des informations à ce niveau est fondamental et prévient bon nombre de dysfonctionnements. Lorsque le cercle s'élargit, la communication et, conséquemment, la transmission d'informations deviennent plus complexes. La question de la légitimité ou du sens de certaines transmissions se pose. Le moment pour faire intervenir tel ou tel professionnel doit être adéquat, un exemple évident est la place du pédiatre en anténatal. Son intervention sera d'autant plus pertinente si la situation anténatale est la plus claire possible.

Communiquer entre professionnels de la périnatalité dépasse la simple « demande d'avis » qui, même si elle montre que l'autre professionnel n'est pas oublié, n'est pas suffisante. Cela se construit aussi dans la concertation pour maintenir les

liens, la cohérence et le respect de la spécificité de chaque professionnel.

Communiquer n'est pas qu'une notion théorique. Cela nécessite des outils et une organisation pratique. Chaque institution va tenter de mettre en place au mieux de ses possibilités son propre système de communication. Il en va de même pour chaque professionnel. Les solutions locales diffèrent souvent sans que l'on puisse dire que l'une est plus efficace que l'autre.

Communiquer peut se décliner de différentes façons :

- par l'organisation de réunions de staff hebdomadaires pour que l'équipe reste adéquate et informée de chaque cas en cours ;
- par des courriers et des communications téléphoniques, internes ou externes, ou au travers de réunions pluridisciplinaires pour que chaque cas puisse bénéficier de l'éclairage de différents spécialistes ;
- grâce à des réunions de reprises de cas, pour mieux comprendre certains mécanismes et améliorer les prises en charge ultérieures.

Communiquer c'est aussi percevoir l'importance des retours d'information aux différents professionnels qui sont intervenus, pour que chacun puisse progresser, tant dans sa pratique spécifique que dans l'ajustement global, à l'accompagnement des situations difficiles. Des consultations peuvent être organisées avec le

couple après un accouchement difficile ou une interruption médicale de grossesse pour connaître leur vision des événements puisque souvent, lorsque certains dysfonctionnements apparaissent, ceux-ci sont liés à des communications inadéquates. Dans les cas les plus difficiles, l'expérience montre aussi l'importance d'une personne de référence ou d'une personne « relais » pour la femme enceinte et le couple, celle qui garde le fil, centralise les informations, maintient le cap. Ce rôle peut être joué par des professionnels de formations différentes, médecin généraliste, sage-femme, obstétricien... l'important est que ce rôle soit bien identifié par tous.

Communiquer n'est pas qu'une notion théorique. Cela nécessite des outils et une organisation pratique.

Ces quelques exemples d'outils de communication en période périnatale illustrent la diversité des solutions possibles pour « bien » communiquer autour de la femme enceinte et son futur enfant. La variété presque infinie de situations de grossesses difficiles ou non et l'évolution des pratiques médicales continueront de nous surprendre et nous obligeront toujours, lors de chaque situation inédite, à imaginer ensemble d'autres outils pour que toutes les grossesses soient accompagnées au mieux le long du chemin périnatal.

Références :

Molénat F, (coord), Petit traité pour construire des liens humains, Eres, 2009
Rogiers L, Molénat F, (coord), Stress et grossesse, Eres, 2011



LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT

Ce qu'en disent les mères¹

CHANTAL BAYARD | B. Sc. soc, M.A. en sociologie, ASPQ

Depuis les trente dernières années, la promotion de l'allaitement maternel a connu un essor mondial important grâce à plusieurs initiatives développées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)². Au Québec, la promotion de cette pratique s'est également accrue depuis la parution, en 2001, des Lignes directrices en matière d'allaitement maternel du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans lesquelles le gouvernement affirmait sa volonté d'implanter dans les établissements de santé du Québec *l'Initiative des hôpitaux des amis des bébés* (IHAB). Ces dernières années, le MSSS a réitéré sa position en faveur de l'allaitement maternel dans son *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003, p.38) et dans sa *Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, 2008, p.58-59). À l'aube de la publication des nouvelles lignes directrices en matière d'allaitement, prévues pour 2012, que pensent les femmes enceintes de la promotion de l'allaitement au Québec? En réalité, les laisse-t-on libres de choisir ou non d'allaiter?



La fontaine de Neptune à Bologne en Italie

Quelques mots sur la méthodologie

Les résultats présentés dans cet article sont tirés du travail de recherche effectué entre 2006 et 2008 dans le cadre de ma maîtrise en sociologie. Cette recherche exploratoire avait pour objectif de recueillir les propos de femmes enceintes de leur premier enfant quant à leur perception de l'allaitement maternel (lait maternel, geste d'allaiter) et de la maternité. Au total, onze (11) entretiens ont été

réalisés auprès de femmes québécoises, nées au Québec et s'exprimant en français. Au moment de l'entretien, huit (8) d'entre elles avaient atteint leur 30^e semaine (7^e mois) de grossesse, alors que les trois (3) autres en étaient à un stade moins avancé (19, 26 et 28 semaines). De plus, les femmes rencontrées étaient âgées entre 28 et 33 ans et manifestaient le désir d'allaiter. Aussi, neuf (9) d'entre elles avaient pris leur décision avant le début de leur grossesse. Les personnes ayant accepté de

1 Cet article est une synthèse du texte « Les représentations sociales de l'allaitement maternel : points de vue de femmes québécoises rencontrées durant la grossesse » qui sera publié dans l'ouvrage collectif « Regard critique sur la maternité dans divers contextes sociaux » sous la direction de Simon Lapierre et Dominique Damant

2 Parmi ces initiatives : l'adoption du *Code internationale de commercialisation des substituts du lait maternel* (1981), la *Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel* (1990), *l'Initiative des hôpitaux des amis des bébés* (1992) version mise en à jour (2009), la *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* (2003). Pour en savoir plus sur ces initiatives : <http://www.who.int/fr/>



participer à cette recherche avaient, pour la plupart, atteint un niveau de scolarité universitaire et occupaient un emploi rémunéré à temps plein ou partiel. À cause de la composition de l'échantillon et du type de recherche effectuée, ces résultats ne prétendent pas décrire la réalité de l'ensemble des femmes, ils permettent toutefois d'engager une réflexion l'allaitement maternel au Québec.

Allaiter : un choix logique

Pour l'ensemble des femmes rencontrées, la pratique de l'allaitement maternel est valorisée au Québec. Elles le remarquent à l'ampleur de l'information disponible et transmise principalement par les professionnels de la santé. Il s'agit, de leur point de vue, d'un juste retour du balancier par rapport à l'expérience de leurs mères et de leurs grands-mères n'ayant pas été encouragées en ce sens.

« Ce qui arrive avec l'allaitement c'est que je pense que c'est toujours des vagues. Moi dans mon temps l'allaitement, en tout cas ma mère me disait que ce n'était pas quelque chose qui était valorisé. Pis que c'était vraiment plus le biberon puis tout ça pis astéure, c'est vraiment le contraire, t'as des hôpitaux à Saint-Eustache, c'est super pro-allaitement » (Marguerite, 29 ans).

Pour la majorité des répondantes, l'allaitement maternel est un choix qui « va de soi » pour plusieurs raisons. Premièrement, en accord avec les autorités de santé publique, elles considèrent le lait maternel comme l'aliment par excellence pour leur nourrisson à naître. Pour elles, cet aliment est perçu comme « naturel »,

« sain », « bon pour la santé », « parfaitement adapté aux besoins du nourrisson » tout en étant « protecteur » sur le plan immunitaire.

« Le lait maternel, pour moi c'est la santé et (...) nature à 100 % » (Hélène, 28 ans).

Deuxièmement, elles se représentent le geste d'allaiter comme une façon de « transmettre », d'« offrir » ou de « donner la santé » tout en favorisant la création d'un lien privilégié entre la mère et l'enfant. Enfin, elles conviennent que l'allaitement maternel est un geste responsable permettant le développement optimal du nourrisson tant sur le plan physique, psychologique qu'affectif.

...elles se représentent le geste d'allaiter comme une façon de « transmettre », d'« offrir » ou de « donner la santé » tout en favorisant la création d'un lien privilégié entre la mère et l'enfant.

Même si les représentations du lait maternel et du geste d'allaiter font de cette pratique un choix logique pour les femmes rencontrées, la majorité d'entre elles affirment spontanément que la décision d'allaiter ou non son nourrisson est un choix libre et personnel. Toutefois, après réflexion, certaines révisent leur position en présentant l'allaitement maternel comme un « devoir maternel ». Pour elles, une femme doit allaiter, ou du moins essayer de le faire, d'abord parce que la nature lui a donné la capacité biologique de le faire, puis parce qu'elle est suffisamment informée sur les bienfaits

de l'allaitement pour faire un choix « éclairé » en faveur de cette pratique.

La promotion de l'allaitement : des effets peu souhaitables

Même si les femmes de l'étude confient avoir choisi d'allaiter sans pression aucune, certaines pensent que la valorisation de l'allaitement crée une pression sur les femmes au moment de leur prise de décision. Elles remarquent que certaines femmes sont « orientées » ou « incitées », par le milieu de la santé, dans leur choix pendant la grossesse et après l'accouchement. Elles estiment, entre autres, que l'information reçue dans le cadre des rencontres prénatales, bien que pertinente, dépasse la simple valorisation. Sur ce point, elles affirment que le cours prénatal consiste davantage à convaincre les femmes d'allaiter qu'à les informer, et à exercer une pression sur celles qui ne veulent pas.

« J'ai l'impression qu'il y a quand même un jugement qui est fait, qui est plus ou moins formulé, qu'il y a quand même un jugement qui est là sur les femmes qui n'allaitent pas. À moins de vraiment ne pas pouvoir, j'ai l'impression que celles qui n'allaitent pas doivent devoir se justifier un peu » (Véronique, 29 ans).

En plus de cette pression, plusieurs notent les effets négatifs de la promotion de l'allaitement maternel sur celles qui décident de ne pas allaiter ou qui cessent d'allaiter avant ce qui est suggéré. La « culpabilité », le « jugement », le « dénigrement » et le « manque de considération » comptent parmi ces effets négatifs. Les répondantes remarquent que ces femmes



doivent être « convaincues » de leur choix et être en mesure de le « justifier ». Enfin, bien que quelques-unes le déplorent, toutes les répondantes remarquent que le contexte actuel contribue à l'association, de leur part et celles des professionnels de la santé, entre la décision d'allaiter et le fait « d'être une bonne mère ».

Discussion

Dans un premier temps, il est intéressant de constater que les mères rencontrées parlent du lait maternel et du geste d'allaiter dans les mêmes termes que le MSSS. En effet, elles affirment que le lait maternel est le meilleur aliment pour la santé physique et psychologique du nourrisson et considèrent le geste d'allaiter comme un choix éclairé permettant le rapprochement mère-enfant. En ce sens, on peut dire que pour ces femmes, le message de santé publique a bien été intégré. Évidemment, d'autres facteurs ne pouvant être développés dans le présent texte, tels que le réseau personnel et familial ou encore l'expérience de l'entourage, influencent également l'intégration

de ce message. En soi, cela est une bonne nouvelle pour le gouvernement

Toutefois, nous pouvons également relever que l'intensité de la promotion de l'allaitement maternel auprès des femmes enceintes n'est pas sans soulever certaines réflexions. À la lumière de ce que les répondantes ont mentionné, il semble que l'allaitement maternel n'est pas un choix aussi libre qu'il n'en paraît (Kukla, 2006; Murphy, 2003, p. 455; Wall, 2001, p. 605). Une mère qui fait un choix contraire, pour des raisons qui lui appartiennent, doit le justifier auprès des professionnels de la santé afin de démontrer sa capacité de prendre des décisions adéquates en dépit de la non-conformité de son choix avec ce qui est prescrit (Murphy, 1999, p. 205). Ainsi, cette dernière cherche à démontrer que sa décision n'est ni irrationnelle, ni due à un manque d'information sur les bénéfices de l'allaitement (Wall, 2001, p. 605; Blum, 1999, p. 120). Elle recherche, tout comme les femmes qui allaitent, l'acceptation morale de leur choix par les autres et par elle-même. Le discours de santé publique en matière d'allaitement maternel, bien que se voulant positif et encourageant, induit cette

idée que la décision d'allaiter est synonyme de responsabilité et, par conséquent, est associée à la capacité d'être une bonne mère. Cette association, déplorée par diverses auteures depuis plusieurs années (Lee, 2008, p. 476; Lupton et Fenwick, 2001, p. 1011-1012; Wall, 2001, p. 604; Murphy, 1999, p.185-186; Blum, 1999, p. 3, 114; Hays, 1996), devrait demeurer au centre de nos préoccupations dans un contexte où le MSSS s'appête à faire paraître ses nouvelles lignes directrices en matière d'allaitement. En conclusion, il est donc erroné de penser que le discours institutionnel est moralement neutre. En effet, il témoigne plutôt d'un parti pris en faveur de l'allaitement maternel construit de manière à persuader plutôt qu'informer (Knaak, 2006, p.412). On remarque que la notion de « risque du non-allaitement » y est couramment utilisée, ce qui contribue à véhiculer l'idée qu'une mère qui choisit les préparations commerciales met en péril la santé de son nourrisson. Or, cette stratégie de communication devrait tous nous préoccuper puisqu'elle peut affecter la santé mentale des femmes durant une période où certaines d'entre elles sont particulièrement vulnérables.

Références

- Bayard, Chantal. (2008). *Les représentations sociales de l'allaitement maternel au Québec chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter*. Mémoire de maîtrise en sociologie (sous la direction d'Anne Quéniart (UQAM) et Hélène Belleau (INRS)), Université du Québec à Montréal.
- Blum, L. (1999). *At the Breast. Ideologies of Breastfeeding and Motherhood in the Contemporary United States*, Boston, Beacon Press.
- Hays, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*, United States, Yale University Press.
- Knaak, S.J. (2006) « The Problem with Breastfeeding Discourse », *Revue Canadienne de Santé Publique*, Vol. 97, No.5, p. 412-414.
- Kukla, R. (2006). « Ethics and Ideology in Breastfeeding Advocacy Campaigns », *Hypatia*, Vol. 21, No. 1, p. 157-180.
- Lee, E.J. (2008). « Living with risk in the age of 'intensive motherhood': Maternal Identity and Infant feeding », *Health, Risk & Society*, Vol. 10, No. 5, p. 467-477.
- Lupton, D., et J. Fenwick. (2001). « They've forgotten that I'm the mum': constructing and practising in special care nurseries ». *Social Science & Medicine*, Vol. 53, No 8 (october), p. 1011-1021.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2001). *L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Murphy, E. (2000). « Risk, Responsibility and Rhetoric in Infant Feeding », *Journal of Contemporary Ethnography*, Vol. 29, No. 3, p. 291-325.
- Murphy, E. (1999). « "Breast is best": Infant feeding decisions and maternal deviance », *Sociology of Health & Illness*, Vol. 21, No. 2, p. 187-208.
- Wall, G. (2001) « Moral constructions of Motherhood in Breastfeeding Discourse », *Gender & Society*, Vol. 15, No. 4, p. 592-610.



ALLAITEMENT

Analyse des dépliants offerts aux parents du Québec

FRANCINE DE MONTIGNY | Ph.D., Chaire de recherche sur la santé psychosociale des familles, Université du Québec en Outaouais

KATE ST-ARNEAULT | inf. M.Sc.(c), Coordonnatrice de recherche, Centre d'études et de recherche en intervention familiale, Université du Québec en Outaouais

CLAUDIE BÉLAND AUBÉ | B.Sc. N. infirmière clinicienne au CSSS des Pays-d'en-Haut

L'allaitement maternel est reconnu comme étant l'aliment le plus complet et le mieux adapté aux besoins du nouveau-né. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois, de même que sa poursuite après l'introduction de l'alimentation solide, et ce, au moins jusqu'à l'âge de deux ans¹. Pourtant, malgré un taux d'initiation à l'allaitement de 85,1% au cours du séjour en centre hospitalier ou en maison de naissance, seules 46,7% des Québécoises allaitent toujours leur enfant à six mois et un maigre 3% le font de façon exclusive². Les recherches menées au cours des dernières décennies ont permis de démystifier plusieurs facteurs d'influence à ce sujet et, par le fait même, ont mis en valeur que les professionnels de la santé avaient un grand rôle à jouer. En effet, il semble que l'intention prénatale quant au mode d'alimentation de l'enfant, la perception d'efficacité de la mère allaitante ainsi que le soutien dont elle peut bénéficier tout au long de l'expérience puissent être façonnés par l'intervention professionnelle³. Il n'est donc pas étonnant de constater que les intervenants en périnatalité aient ressenti le besoin



de transmettre leurs connaissances et de soutenir les parents en leur distribuant différents documents.

Depuis un peu plus de trente ans, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) produit et distribue un guide d'information⁴ traitant de tous les sujets liés à la grossesse, à la santé et au développement ainsi qu'à la transition familiale qu'engendre les deux premières années de vie d'un enfant. En plus de cette référence, nombre de jeunes familles reçoivent aussi différents dépliants en matière d'allaitement de

la part de professionnels de la santé, consultantes en lactation ou mairaines d'allaitement. Notre équipe de recherche s'est intéressée à analyser le contenu de cette documentation additionnelle, afin de répondre aux questions suivantes : 1) Quels sont les objectifs visés ? ; 2) À qui s'adressent les dépliants ? ; 3) Quels thèmes sont abordés et comment le sont-ils ?

La documentation analysée

À la suite d'un contact téléphonique entre juin 2008 et février

1 Organisation mondiale de la Santé (2011). Retrouvé de <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/> le 4 août 2011.

2 Neill, G., Beauvais, B., Plante, N. & Haiek, L.N. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

3 Meedya, S., Fahy, K. & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months : A literature review. *Women and Birth*, 23, 135-145.

4 Doré, N. & Le Hénaff, D. (2010). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, guide pratique pour les pères et les mères*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.



2009, différents CSSS et organismes d'entraide en allaitement provenant de dix régions du Québec ont transmis un exemplaire des documents remis aux parents à divers moments de la période périnatale. Cent trente-sept dépliants ont été reçus, certains étant représentés plus d'une fois, pour un total de 95 documents différents. De ce nombre, 32 sont des publications professionnelles ou institutionnelles, 43 proviennent de groupes de soutien, 12 de compagnies privées et huit ne sont pas identifiées. Sur les 50 documents qui portent une date, seuls 18 d'entre eux ont été publiés après 2000. La vaste majorité sont des photocopies d'un document original et comportent moins de deux pages. Plusieurs proposent des illustrations représentant le plus souvent un nouveau-né au sein, mais leur nature est plus esthétique ou humoristique que pratique. Dans certains cas, la piètre qualité de la photocopie ne permet pas de discerner aisément l'objet de l'image.

Analyse du contenu des dépliants

Les thèmes abordés concernent principalement les avantages de choisir l'allaitement maternel, les considérations d'ordre technique qui y sont reliées ainsi que différentes ressources disponibles pour soutenir les mères en cas de besoin. Alors que certaines publications affirment vouloir informer et guider les parents à faire un choix éclairé en regard du mode d'alimentation

de l'enfant et les outiller pour faire face au démarrage et à la poursuite de l'allaitement, la majorité n'est pas aussi explicite quant à ses objectifs.

Représentations, avantages et inconvénients de l'allaitement

La liste de qualificatifs servant à décrire l'allaitement au sein semble intarissable. Le lait maternel est représenté, entre autres, comme un aliment naturel, normal, parfait, excellent, supérieur, et réconfortant : il s'agit sans aucun doute du meilleur choix. Le geste d'allaiter est quant à lui décrit parfois comme un apprentissage ou un investissement, souvent comme un instinct ou un réflexe, un privilège, une sensibilité, un acte paisible et agréable, satisfaisant, valorisant, gratifiant, extraordinaire. On y présente une panoplie d'avantages, tant pour la santé de la mère et du bébé à court et à long terme, que pour le rôle de père, l'harmonie familiale ou l'écologie de la planète.

Le geste d'allaiter est quant à lui décrit parfois comme un apprentissage ou un investissement, souvent comme un instinct ou un réflexe, un privilège, une sensibilité, un acte paisible et agréable, satisfaisant, valorisant, gratifiant, extraordinaire.

Les dépliants soulignent en outre que l'allaitement contribue à la qualité de la relation mère-enfant en permettant au bébé de se sentir en sécurité et en confiance, tout en offrant à la mère la chance de découvrir la personnalité et les besoins du bébé. Les seuls inconvénients abordés, tels les douleurs aux seins, la fatigue ou une impression d'insuffisance lactée, sont caractérisés comme passagers, rien qu'un peu de persévérance, de patience ou de soutien ne peut régler.

La technique de l'allaitement : des messages contradictoires

Il est connu que la meilleure façon d'éviter les désagréments, comme la douleur ou les gerçures, et d'optimiser le transfert de lait est de s'assurer une bonne prise du sein, ceci étant garant d'un bon démarrage et d'une partie de la réussite de l'allaitement^{5,6}. Il n'est donc pas étonnant de constater que près de 60% des publications analysées sont principalement axées sur la technique de l'allaitement. La description des positions et de la prise du sein est relativement juste et uniforme à travers les écrits, mais souvent trop vague (par exemple : le bébé doit avoir la bouche grande ouverte, s'assurer que le bébé avale du lait) et rarement accompagnée d'illustrations claires pouvant faciliter la compréhension des parents. Quant aux signes permettant de savoir si le bébé boit assez, il semble exister quelques variations, certains documents étant plus conservateurs que d'autres au sujet du gain de poids

5 Hauck, Y.L., Fenwick, J., Dhaliwal, S.S., Butt, J. & Schmied, V. (2011). The association between women's perception of professional support and problems experienced on breastfeeding cessation: A western Australian study. *Journal of human lactation*, 27(1), 49-57.

6 Lewallen, L.P., Dick, M. J., Flowers, J., Powell, W., Zickefoose, K.T., Wall, Y.G & Price, Z.M. (2006). Breastfeeding support and early cessation. *JOGNN*, 35(2), 166-172.



minimal (entre 105 et 140 grammes par semaine) ou du nombre de selles à observer (entre quatre par jour et une par semaine) par exemple. Des sujets comme l'impact de l'alimentation et de l'hydratation de la mère sur la qualité ou la quantité de lait qu'elle produit ou encore la durée de conservation du lait exprimé font, pour leur part, régulièrement l'objet de contradictions. Par exemple, un certain texte affirme que le lait produit n'est pas affecté par la nourriture ingurgitée, alors qu'un autre met l'emphase sur l'importance de limiter ou d'augmenter certains types d'aliments ou de boissons afin de combler les besoins énergétiques augmentés et de réduire les impacts sur la santé du nouveau-né. Dans le même ordre d'idées, le lait maternel extrait peut être conservé à la température de la pièce entre quatre et douze heures selon le dépliant lu, et entre 24 heures et huit jours au réfrigérateur.

Et la place du père dans tout ça ?

Parmi tous ces écrits distribués aux parents, plus de la moitié ne s'adresse qu'à la mère alors que l'autre moitié tente essentiellement de rejoindre les deux parents, mais dévie habituellement vers la mère en cours de route. Notons au passage que cinq documents s'adressent au père seulement, un vise les grands-parents et trois sont destinés aux professionnels de la santé. Alors que l'acte de nourrir son enfant au sein est présenté comme une réalité biologique de la femme facilitant la création du lien mère-enfant, le rôle du père en contexte d'allaitement maternel est habituellement relégué aux tâches instrumentales de la famille, telles que prendre en charge les tâches ménagères et les

courses, changer la couche du bébé, l'amener à la mère, donner le bain, etc.

Les quelques textes qui s'aventurent à présenter des avantages de l'allaitement spécifiques au père laissent perplexes. En effet, parmi les avantages pour le père, on note que les selles ne sentent pas, que c'est économique, que ça facilite son rôle, surtout la nuit, ou encore que sa conjointe a moins de risques de souffrir d'un cancer des ovaires. Un document avance même que l'allaitement permet alors au père de créer un lien avec ses enfants plus âgés. On perçoit aisément le déséquilibre entre le rôle irremplaçable de la mère et le rôle utilitaire, voire secondaire, du père auprès de l'enfant allaité. Parmi les 95 différents textes reçus, un seul affirme le rôle égalitaire, sans toutefois être identique, des deux parents en contexte d'allaitement, le père étant présenté comme un agent de découverte et une source d'affection aussi importante que la mère.

Parmi les 95 différents textes reçus, un seul affirme le rôle égalitaire, sans toutefois être identique, des deux parents en contexte d'allaitement, le père étant présenté comme un agent de découverte et une source d'affection aussi importante que la mère.

Qu'en est-il du guide « Mieux-Vivre avec notre enfant » ?

Toujours à l'affût des réalités des mères, des pères et des enfants puisque révisé annuellement, ce guide a su s'adapter aux changements sociaux entourant, entre autres, la

naissance, l'alimentation de l'enfant ou encore le rôle du père. Ce document, en plus d'être abondamment illustré de photos pratiques et appuyé sur des données probantes, a l'avantage d'exposer concrètement toutes les options disponibles en matière d'alimentation du nourrisson, laissant aux parents la possibilité de prendre une décision véritablement éclairée. Bien qu'on y mette encore l'accent sur le rôle de soutien du père pendant l'allaitement, on y présente aussi les autres aspects de l'engagement paternel au cours de la période périnatale et de la petite enfance.

En conclusion

Force est de constater que de nombreux dépliants en circulation au Québec sur le thème de l'allaitement maternel véhiculent de l'information souvent incomplète, centrée sur les seuls avantages de l'allaitement et ses aspects mécaniques. Le message envoyé aux parents y est on ne peut plus clair : le parent qui expose son enfant aux préparations commerciales contrevient directement à sa santé et à son développement, et ce, jusqu'à l'âge adulte. Et la mère qui ne souhaite pas allaiter nie sa nature de femme et se prive d'une expérience inestimable. Ces dépliants ouvrent peu d'espace pour des variations dans l'expérience des mères et des pères, ce qui peut être culpabilisant pour les parents dont l'expérience ne correspond pas aux textes. La bonne mère, celle qui allaite, est ici opposée à la mauvaise mère, qui alimente son enfant autrement⁷. De même, l'instrumentalisation du père comme seul soutien à la femme en contexte d'allaitement nie la richesse de son



expérience et de sa contribution à l'expérience familiale de l'allaitement.

Jusqu'à quel point les parents québécois ont-ils un choix à propos de ce qu'ils jugent être bon, vrai et juste pour leur propre vie lorsque bombardés de messages prônant une seule vérité sociétale ?

Trois constats se dégagent :

- l'usage de l'outil créé par l'INSPQ devrait être favorisé ;
- la diffusion des dépliants diversifiés devrait être abandonnés afin de limiter la circulation d'informations contradictoires ;
- il est opportun d'examiner la documentation remise aux parents et de se questionner sur le pouvoir des mots.

Jusqu'à quel point les parents québécois ont-ils un choix à propos de ce qu'ils jugent être bon, vrai et juste pour leur propre vie lorsque bombardés de messages prônant une seule vérité sociétale ? Les études démontrent que le message quant à la supériorité du lait maternel s'est bien rendu jusqu'aux parents⁸, expliquant ainsi le taux d'initiation de 85%. Peut-être devrions nous maintenant engager davantage nos forces et nos ressources vers le soutien affectif à cette pratique car, aussi naturelle soit-elle, elle n'est pas toujours sans difficulté.

7 Holmes, D., Delgado Hito, P. & Perron, A. (2009). Allaitement maternel et nouvel ordre social: gouvernementalité, soins infirmiers et construction de la maternité. Dans Sanni Yaya (Ed.), *Pouvoir médical et santé totalitaire: conséquences socio-anthropologiques et éthiques*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

8 de Montigny, F. Devault, A., Lacharité, C., Goudreau, J., Miron, J.M. et al. (2007). *L'expérience des pères de l'Outaouais de l'allaitement maternel et de la relation père-enfant*. Gatineau: Agence régionale de la Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais.

VOUS N'ÊTES PAS ENCORE MEMBRE DE L'ASPQ? C'EST LE MOMENT !

Être membre de l'ASPQ c'est bénéficier de...

- Un **pouvoir d'action**... pour prendre position et pour plus de concertation.
- Une **tribune**... pour exprimer son point de vue.
- Une **formation continue**... pour élargir ses horizons.
- Une **organisation efficace**... pour devenir un acteur-clé en santé publique!

MEMBRE INDIVIDUEL

Tarif régulier :

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

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

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

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

1 an - Tarif régulier : 146 \$ | 1 an - Tarif réduit : 69 \$

MEMBRE INSTITUTIONNEL

Institution à vocation régionale, sous-régionale ou provinciale :

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

Institution à vocation locale :

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

Organisme sans but lucratif :

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

Consultez notre site Internet : <http://www.aspq.org/fr/etre-membre/avantages-d-etre-membre>



LA PRATIQUE CLINIQUE EN DEUIL PÉRINATAL

Un savoir-être qui **définit** et **régule** un savoir-faire

RAPHAËLE NOËL | Ph.D., psychologue clinicienne, professeure au département de psychologie, Université du Québec à Montréal
JULIE ÉMOND | Bac. Sc. Inf., infirmière clinicienne en santé mentale jeunesse et consultante en éthique clinique,
Centre de santé et de services sociaux de Laval

Perdre un bébé en cours de grossesse ou à l'accouchement continue d'afficher une fréquence qui défie les avancées technologiques de la médecine. La souffrance psychique reliée à la perte d'un bébé a longtemps été socialement banalisée, voire même déniée. Il arrive encore, à l'heure actuelle, que cette tentation soit présente tant les aspects paradoxaux de cette souffrance sont difficiles à cerner. Notre pratique commune de six ans à la clinique du Deuil Périnatal au CARL (Centre ambulatoire régional de Laval), et celle que nous poursuivons maintenant en consultations privées auprès des mères, des pères, des couples et des familles endeuillées, nous a permis de mieux comprendre ce que ces parents attendent avant tout de nous, c'est-à-dire « la circulation d'un savoir fondé sur l'expérience » des autres parents ayant traversé cette même épreuve (Molénat, E., 2001).

Comment parler à ces parents ?
Comment les écouter ? Comment accompagner cette parentalité blessée ? Comment la protéger pour qu'à nouveau le désir d'enfant renaisse ? Est-ce important d'identifier de quelle « place » nous écoutons et nous parlons à ces parents ?

Nous souhaitons aborder ici la complexité cachée de ce savoir-être du côté des intervenants, mais aussi partager avec vous ce qui s'est découvert au fil de notre pratique d'accompagnement en deuil périnatal.



Comment nos expériences cliniques en santé mentale ont constitué les racines de cette pratique, à côté d'une racine plus archaïque qui renvoie chaque intervenant en périnatalité à son propre vécu de bébé.

La face cachée d'une perte périnatale

Accompagner des parents endeuillés d'un bébé ou d'un projet de bébé, c'est d'abord commencer à faire exister ce bébé, pour pouvoir ensuite mieux aménager l'idée de le perdre. Quel paradoxe ! Il s'agit de travailler à étoffer les représentations de cet enfant, par-delà les souvenirs de nature essentiellement sensorielle et les projets anticipatoires fantasmés. Le bébé a effectivement une part d'irréalité, puisque non tenu, ou à peine tenu, dans les bras : il présente un statut

en partie virtuel. C'est ce qui rend sa perte également en partie virtuelle, difficile à nommer, difficile à penser et rendant de ce fait le processus de deuil à risque de complication : « comment faire le deuil de ce qui n'a pas vu le jour ? » (Flis-Trèves, M. 2004).

Ainsi, c'est la difficulté à saisir la complexité des mécanismes psychiques reliés à cette souffrance parentale qui est en cause dans cette tentation de considérer la clinique du deuil périnatal comme une « clinique de luxe ». En effet, pour les organisateurs de services dans le réseau de la santé, il n'est pas toujours évident de comprendre que de s'occuper du destin d'un bébé mort dans la pensée des parents, peut être aussi important que de s'occuper des vivants dont la souffrance physique est bien palpable, pensable et mesurable. Cependant, les histoires cliniques sont là pour



nous rappeler que le fantôme d'un bébé perdu peut venir troubler encore longtemps l'humeur des parents et le destin des enfants qui suivront.

Accompagner des parents endeuillés d'un bébé ou d'un projet de bébé, c'est d'abord commencer à faire exister ce bébé, pour pouvoir ensuite mieux aménager l'idée de le perdre.

Fort heureusement, les parents d'aujourd'hui osent parler et continuent de parler cette souffrance impensable et innommable : leur mouvement pour se regrouper et demander de l'aide devient plus clair et affirmé.

Faire un pas de côté dans la position d'écoute

Nous retrouvons chez chaque parent endeuillé le besoin de savoir comment les autres parents vivent ce processus de deuil, bien au-delà de ce que nous pourrions leur transmettre comme savoir clinique. Et à la manière d'une psychothérapie, ils ont besoin de découvrir leur propre cheminement et d'être accompagnés dans leur propre recherche de sens, tout en s'étayant sur l'expérience des autres parents, dont nous pouvons nous permettre d'être le porte-parole, en préservant bien sûr la confidentialité de chacun.

Ainsi, il s'agit d'une position d'écoute qui se doit de faire un pas de côté par rapport à une position d'expert. Celle-ci prescrirait un savoir-faire de type « protocole à suivre », ce qui aurait pour effet de limiter l'empathie

et la qualité de présence (Molénat, F. 2001). Face à chaque nouveau parent endeuillé, notre savoir est dans un premier temps, et dans une certaine mesure, mis de côté. Il est alors possible de l'accueillir et d'écouter son histoire avec des oreilles neuves et ce n'est que dans un deuxième temps qu'il est possible de lui transmettre des balises et des repères issus de l'expérience des autres parents. La souffrance parentale se retrouve alors légitimée et du même coup circonscrite. Elle est ainsi moins envahissante au quotidien.

Être là quand il n'y a rien à faire

Intervenir en contexte de deuil périnatal, cela ne s'improvise pas et les bonnes intentions ne suffisent pas. Être simplement là lorsqu'il n'y a « rien à faire » (Molénat, F. 2001) est une position qui peut paraître simple, mais qui est dans les faits complexe à mettre en œuvre. En effet, elle suppose une capacité à tolérer la souffrance, en particulier les affects dépressifs intenses, sans se confondre et sans s'activer ni les éviter. Notre héritage commun de plusieurs années de pratique clinique dans le domaine de la santé mentale nous a permis d'acquérir des notions salutaires qui nous rendent aptes faire face à l'intensité de la détresse des parents qui perdent un bébé en cours de grossesse ou à la naissance, tout en restant authentiquement présentes pour eux.

Être simplement là lorsqu'il n'y a « rien à faire » est une position qui peut paraître simple, mais qui est dans les faits complexe à mettre en œuvre.

Ainsi, la notion de cadre (être affectée mais rester en position professionnelle) et la question de trouver la bonne distance dans la relation (celle qui offre une certaine chaleur humaine tout en respectant les frontières) nous ont permis de nous situer au-delà du cliché des positions extrêmes de l'infirmière physiquement trop proche et de la psychologue froide et distante. Accueillir l'intensité de cette souffrance sans se confondre (être touchée tout en différenciant ses propres émotions des émotions de l'autre), c'est la légitimer et ainsi permettre qu'elle se travaille : il s'agit là d'une des racines d'un savoir-être en accompagnement de deuil périnatal.

La juste mesure entre la banalisation et la pathologisation

Par ailleurs, un autre élément issu de cet héritage commun renvoie d'une part la nécessité d'une juste mesure entre la banalisation - voir la simplification - du vécu parental en situation de perte périnatale et d'autre part, à la pathologisation des états psychiques traversés par ces parents. En effet, ces connaissances et ces expériences cliniques nous ont permis de bien faire la différence, en contexte de perte périnatale, entre l'intensité des états affectifs traversés (en termes d'anxiété et/ou de dépression, pour ne nommer que ces deux registres) et un trouble mental. Cette connaissance fine et nuancée de ce qui différencie ces deux registres nous a permis de nous approcher au plus près de cette souffrance des parents, tout en restant des points d'appui solides parce que non inquiètes, en dépit de l'intensité de la détresse. Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance



d'un tel diagnostic différentiel qui est par ailleurs toujours très apprécié par les médecins de ces parents lorsqu'ils ont à faire le choix de médicaliser ou pas ces états dépressifs.

Le deuil périnatal... Traumatique ?

La perte périnatale comporte souvent un aspect traumatique insoupçonné. Aspect traumatique du fait du statut en partie virtuel du bébé et du temps bien particulier que constitue la période périnatale pour les parents (période caractérisée par une « transparence psychique » bien utile pour être au diapason avec le bébé mais fragilisante, Bydlowski, M., 1997). Cela impose la nécessité d'être formée au maniement des éléments traumatiques lorsqu'on accompagne des parents en deuil périnatal. Ce qui signifie que, tout en étant dénuée d'une volonté de faire et d'agir à la place des parents, l'écoute offerte doit revêtir une certaine tonicité, basée sur une sécurité et une solidité face à la détresse et la sensation de mort évoquée. Par ailleurs, les besoins des parents parcourent plusieurs étapes bien en lien avec une logique traumatique : 1- trouver un environnement contenant et étayant pour se répandre ; 2- être aidé pour se ramasser ; 3- faire du sens avec ce vécu de perte afin de les resituer dans leur propre

histoire ; 4- la réparation peut alors commencer à faire son œuvre.

Un accompagnement à la fois maternel et paternel

Ainsi, le savoir-être qui module un savoir-faire se construit à partir d'une position dont les aspects paradoxaux sont à concilier. Il s'agit effectivement de proposer une certaine chaleur humaine dans une relation d'intimité dont la régulation de la distance permet de ne pas se confondre. Il faut ensuite écouter la souffrance, sans suggérer ou prescrire une ligne de conduite, tout en évoquant des repères et en étant dans une tonicité qui procède d'une solidité face aux affects dépressifs. Cette solidité acquise permet alors de dégager une sécurité où la souffrance parentale peut se déposer et ainsi se travailler.

Comment accueillir, soutenir, envelopper et donner tout en étant

structurant, cadrant (au sens d'offrir un cadre et des repères), limitant et agent de différenciation ? Savant mélange de fonctions paternelles et maternelles permettant alors de contenir et de réguler la détresse de l'autre.

Le réveil d'une racine archaïque

Pour terminer, osons rappeler qu'une autre des racines à l'œuvre dans la construction de ce savoir-être est plus archaïque et plus obscure. Elle se réveille consciemment et/ou inconsciemment chez tous ceux qui interviennent en contexte de périnatalité. Il s'agit de celle qui est en lien avec notre propre histoire de bébé. Le savoir, le ressentir et en prendre conscience, c'est déjà travailler cette racine archaïque et permettre qu'elle nourrisse un savoir-être porteur et régulateur plutôt que d'être en interférence avec le vécu des parents et des bébés, que ceux-ci existent dans la réalité et/ou dans le fantasme.



Dominique Porret et les auteures Raphaële Noël et Julie Émond
lors de leur présentation à *Enfanter le monde*

Références

- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF.
- Clervoy, P. (2007). *Le syndrome de Lazare : Traumatisme psychique et destiné*. Paris : Éditions Albin Michel.
- Goulet, C. & Lang, A., « Le deuil des parents qui perdent un enfant pendant la période périnatale », *Frontières*, 1996, 9(2), 47-51.
- Flis-Trèves, M. (2004). *Le deuil de maternité*. Paris : Calmann-Lévy.
- Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie ? Nidification foetale et nidation parentale. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 61-80.
- Molénat, F. (2001). Naissances : pour une éthique de la prévention. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Soubieux, M.-J, & Soulé, M. (2005). *La psychiatrie foetale*. Paris : PUF, Que sais-je ?



CRÉATION DU PORTAIL D'INFORMATION PRÉNATALE

Portrait d'une démarche concertée

SYLVIE LÉVESQUE | Ph.D(c), conseillère scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec
ALESSANDRA CHAN | PhD, conseillère scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec



Contexte

La venue d'un enfant représente un événement de vie majeur qui occasionne de nombreux changements dans certaines sphères de la vie personnelle, conjugale et familiale. Dès le début de la grossesse, la femme enceinte est encouragée à revoir ses habitudes de vie et à suivre des recommandations pour favoriser sa santé et celle du bébé à naître. Les futurs parents s'informent auprès de multiples sources, par exemple des livres, des sites web, des membres de leur entourage ou des professionnels de la santé. Ces sources peuvent présenter des messages divergents, ce qui pourrait nuire à la compréhension de l'information reçue et complexifier les décisions que les parents ont à prendre.

Dans cette optique, le ministère de la Santé et des services sociaux, dans le cadre de la mise en œuvre de sa Politique de périnatalité du Québec 2008-2018, a recommandé et soutenu financièrement l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour élaborer un outil de référence destiné aux professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant en périnatalité. L'objectif de cet outil est d'harmoniser l'information prénatale à transmettre aux futurs parents sur la base de données scientifiques à jour.



La grossesse représente une fenêtre de temps particulièrement propice pour transmettre de l'information de santé aux futurs parents, car ceux-ci démontrent généralement une plus grande motivation à agir sur leurs comportements favorisant la santé et le bien-être.

Objectifs du Portail d'information prénatale

Le Portail d'information prénatale est un outil d'information développé par l'équipe en périnatalité et petite enfance de l'INSPQ en collaboration avec de nombreux partenaires de différents milieux. L'outil est destiné aux professionnels de la santé et des services sociaux du réseau public et communautaire chargés de transmettre de l'information prénatale aux futurs parents dans le cadre d'un

suivi individuel de grossesse ou lors des rencontres prénatales de groupe.

Présenté sous forme de site Internet, le Portail fournit des fiches d'information sur différentes thématiques liées à la périnatalité. L'information qui y est présentée est validée scientifiquement et fait consensus auprès de plusieurs associations et ordres professionnels. De plus, l'outil facilite la communication des professionnels en leur donnant accès aux principaux messages de santé à transmettre aux futurs parents, rédigés dans une perspective populationnelle et formulés de façon à s'adresser directement à ceux-ci.

Élaboration du Portail d'information prénatale

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour parvenir à élaborer les fiches



qui composent le Portail et à obtenir un consensus sur les messages de santé à communiquer aux parents.

Sélection des thèmes et validation des fiches pilotes

En 2008, une analyse de besoins a été effectuée auprès d'un premier

groupe composé d'une trentaine de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux en périnatalité de différentes régions du Québec. Ce travail a permis d'identifier les thèmes pertinents à développer et de recevoir des propositions quant au format souhaité pour l'outil.

Par la suite, deux fiches pilotes ont été rédigées et présentées à un deuxième groupe composé d'une quarantaine de professionnels de la santé et des services sociaux en périnatalité œuvrant au Québec. Leurs ont permis d'améliorer et d'ajuster le contenu et le format des fiches.

ANALYSE DE BESOINS

- Consultation auprès de 30 professionnels de la santé et des services sociaux en périnatalité, dans différentes régions du Québec;
- Sélection des thèmes et des formats les plus pertinents.

CRÉATION DE DEUX FICHES PILOTES

PROCESSUS DE VALIDATION

- Consultation auprès de 40 professionnels de la santé et des services sociaux en périnatalité, dans différentes régions du Québec;
- Amélioration du contenu et de la structure des fiches.

Les thèmes couverts dans le Portail d'information prénatale sont :

1. l'activité physique et le mieux-être
2. l'adaptation à la parentalité
3. l'allaitement
4. l'alimentation et le gain de poids
5. l'alcool
6. le décès et le deuil périnatal
7. les drogues
8. les produits, services et déplacements
9. la santé mentale
10. les soins préventifs et de santé
11. le tabac et
12. la violence conjugale.

Le Portail comprend également deux fiches développées par des équipes autres que celles de l'INSPQ. Une première, rédigée par l'équipe Quarisma du CHU Sainte-Justine, porte sur les interventions obstétricales durant la grossesse. Une seconde, rédigée par une équipe du programme de baccalauréat en pratique sage-femme de l'UQTR, a pour objet les moyens de promouvoir et de favoriser un accouchement naturel.

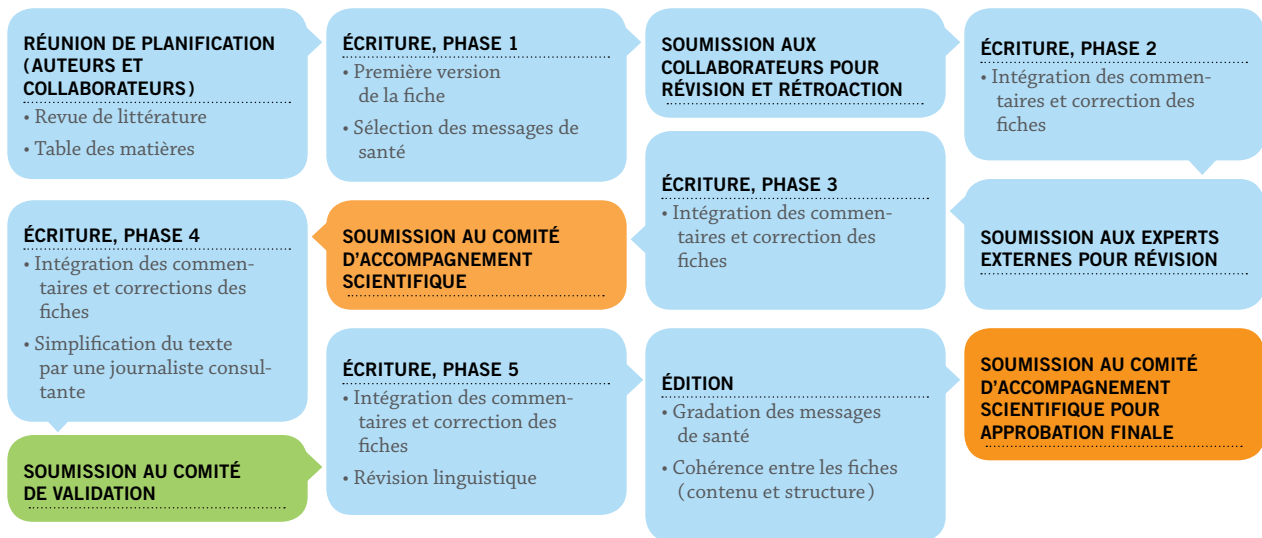
Élaboration du contenu des fiches

Comme en témoigne le graphique suivant, plusieurs étapes et de nombreux partenaires sont nécessaires pour élaborer une fiche d'information.

Le comité scientifique avait pour mandat de s'assurer de la pertinence et de la justesse du contenu des thématiques développées au regard des associations et ordres professionnels et de permettre l'établissement de consensus sur les messages de santé à communiquer aux futurs parents.

Il est composé de représentants des organisations suivantes ::

- Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec;
- Association pour la santé publique du Québec;
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Ordre des sages-femmes du Québec;
- Ordre professionnel des diététistes du Québec;
- Info-Santé;
- Ordre des pharmaciens du Québec;
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;
- Ordre des psychologues du Québec;
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



Le comité de validation avait pour mandat de s'assurer que le contenu des fiches était conforme aux besoins des professionnels et adapté à la réalité de leur travail. Il était composé de professionnelles en périnatalité de différentes régions du Québec occupant des professions variées :

- Infirmière
- Travailleuse sociale
- Nutritionniste
- Sage-femme
- Accompagnante à la naissance

Faire le choix d'une démarche concertée pour faciliter la communication

Le travail d'aller-retour entre la pratique et la littérature, effectué en collaboration avec de nombreux partenaires issus d'horizons

différents, implique du temps, des ressources, des délibérations et des compromis. Néanmoins, les avantages d'un tel mode de production surpassent de loin les défis qu'il peut générer. Ainsi, il en ressort que :

- L'atteinte d'un consensus sur les messages de santé n'aurait pas été possible sans le partage des perspectives multidisciplinaires des professionnels en périnatalité et des représentants des associations et ordres professionnels ;
- Cette démarche concertée a permis de créer une source de référence unique, sensible aux besoins d'information des différents professionnels de la santé et des services sociaux en périnatalité ;
- Cette démarche concertée permet de favoriser la communication de l'information aux parents et de faciliter leur prise de décision en réduisant les divergences parmi les différentes sources d'information.

Conclusion

Le Portail d'information périnatale a été mis en ligne à l'automne 2011. Les futures étapes seront de promouvoir son utilisation en tant qu'outil de référence fiable auprès des différents professionnels de la santé et des services sociaux à travers le Québec.

L'équipe du Portail d'information périnatale est composé de :

- » Sylvie Lévesque, conseillère scientifique
- » Alessandra Chan, conseillère scientifique
- » Julie Poissant, conseillère scientifique

Sous la direction scientifique de Johanne Laverdure, chef d'unité scientifique

Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ

Références :

Agence de la santé publique du Canada. (2009). Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa : Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 - Un projet porteur de vie.



RAPPORT DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE 2011

La périnatalité et la petite enfance

VÉRONIQUE GAGNÉ | M.Sc., agente de recherche et de planification, Commissaire à la santé et au bien-être du Québec



Dans le cadre du Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a choisi de se pencher sur les soins et services offerts au Québec à la clientèle composée des femmes enceintes ainsi que des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille. Ce rapport d'appréciation sera le troisième élaboré par l'équipe du CSBE et remis annuellement au ministre de la Santé et des Services sociaux. Comme pour les deux premiers, il aura été soutenu par un processus délibératif permettant l'acquisition de connaissances à la fois scientifiques, organisationnelles et démocratiques. D'une part, le Forum de consultation du CSBE réfléchit et délibère sur les enjeux éthiques, politiques et organisationnels qui émergent des sujets mis de l'avant par le CSBE; ainsi émanent des connaissances plus démocratiques. D'autre part, d'autres connaissances scientifiques proviennent à la fois de la littérature, de la consultation d'experts (chercheurs, académiciens et autres) et de l'analyse d'indicateurs disponibles

et pertinents à l'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux, au regard du domaine d'intérêt. Enfin, les réalités cliniques et administratives, vécues par les professionnels sur le terrain, sont transmises par les nombreux décideurs que le CSBE consulte (gestionnaires, intervenants et autres), qui sont issus de divers milieux de pratique touchés par le sujet traité.

La démarche du Commissaire

Ainsi, en ce qui a trait plus précisément au thème du rapport présentement en édition, soit la périnatalité et la petite enfance (PPE), le Forum de consultation a permis d'orienter les travaux du CSBE. Dans un premier temps, il a précisé les aspects qu'il jugeait les plus importants à considérer dans le cadre dudit rapport. Dans un second temps, il a décrit ses perceptions quant au contexte dans lequel évolue la PPE ainsi que l'acceptabilité des actions proposées par les experts et les décideurs. Les membres

du Forum ont entre autres abordé des enjeux tels que la pauvreté, les outils mis à la disposition du gouvernement afin de veiller à l'intérêt des enfants et les moyens à mettre en œuvre afin de mieux intervenir à cet effet. Les experts, de leur côté, se sont appuyés sur les connaissances scientifiques et les pratiques exemplaires, québécoises et internationales. C'est ainsi qu'ils ont proposé des domaines dans lesquels des actions en PPE pourraient s'inscrire afin d'améliorer la performance du système de santé et de services sociaux. Enfin, les décideurs ont procédé à l'analyse de l'environnement actuel, dans lequel les soins et services liés à la périnatalité et à la petite enfance sont dispensés. Ils ont ensuite débattu de la faisabilité d'actions proposées dans le cadre de cet exercice consultatif.

Un rapport en quatre volumes

Les diverses informations recueillies dans le cadre de ce processus ont alimenté les quatre volumes



composant le rapport d'appréciation de 2011. Le volume portant sur l'analyse des indicateurs choisis pour apprécier le système de santé et de services sociaux, ainsi que le volume traçant un portrait actuel de la PPE au Québec, sont davantage soutenus par les connaissances émanant de la littérature, des bases de données et des informations organisationnelles transmises à la fois par les décideurs et les écrits gouvernementaux. Les résultats de la consultation effectuée pour étayer l'appréciation et soutenir la rédaction du rapport de 2011 sont résumés dans un troisième volume. Enfin, font l'objet du dernier volume les recommandations apportées au ministre de la Santé et des Services sociaux, au regard de la PPE, qui s'appuient sur la triangulation des divers types de connaissances recueillies : scientifiques, organisationnelles, démocratiques, politiques et éthiques.

Une vision commune, une réponse adaptée, des services cohérents

Le processus délibératif utilisé par le CSBE a permis de récolter une panoplie d'informations provenant de diverses sources. Ces informations nous ont permis, d'une part, de déterminer les enjeux d'importance auxquels sont confrontées les parties concernées et, d'autre part, d'être au fait de différentes conceptions ou visions qui existent à l'égard de la période périnatale. La Politique de périnatalité 2008-2018 nous rappelle que tant la grossesse que l'accouchement sont des processus naturels. Bien qu'elle soit aujourd'hui soutenue par diverses technologies, l'expérience vécue lors de ces périodes est d'abord et avant tout fortement teintée



du contexte de vie et des relations humaines qui l'accompagnent. Il en est de même pour toute la période périnatale. Les témoignages recueillis, riches en information sur la façon dont se sont vécues ces expériences, ont permis de recenser divers besoins ressentis lors de ces périodes. Les principaux intéressés, de même que des intervenants ou des organisations qui les accompagnent dans ce processus, ont également signalé des besoins non comblés. De l'analyse de ceux-ci ressortent des enjeux relatifs à l'organisation des soins et services. Entre autres défis, notons la mise en application de l'interdisciplinarité au sein des équipes d'intervenants. Il importe de se préoccuper de ces enjeux afin d'aspirer à une vision commune sur laquelle asseoir une réponse adaptée à ces multiples besoins exprimés, mais aussi une offre de services réaliste et cohérente.

La Politique de périnatalité 2008-2018 nous rappelle que tant la grossesse que l'accouchement sont des processus naturels. Bien qu'elle soit aujourd'hui soutenue par diverses technologies, l'expérience vécue lors de ces périodes est d'abord et avant tout fortement teintée du contexte de vie et des relations humaines qui l'accompagnent.

Le Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011 du CSBE, qui porte sur la périnatalité et la petite enfance, devrait être rendu public au cours des prochains mois, après avoir été préalablement transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec



Les dépliants *Grossesse et accouchement – Droits des femmes et Césarienne* **Bientôt disponibles en anglais!**

Les 10 000 copies distribuées par l'Association chaque année justifient la pertinence de ces deux outils d'information et démontrent qu'ils répondent à des besoins réels des parents.



LA CÉSARIENNE

La césarienne est une intervention obstétricale en augmentation constante au Québec qui touche désormais près du quart des naissances. Puisqu'il a été démontré que les femmes adéquatement renseignées sont mieux préparées et ultimement plus satisfaites de leur expérience, ce dépliant offre une information supplémentaire sur le sujet qui est juste, documentée et approuvée par un comité d'experts composé de professionnels de la santé.



GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT – DROITS DES FEMMES

Depuis 1989, ce dépliant sert à préparer les femmes afin qu'elles puissent vivre leur grossesse et leur accouchement selon leurs souhaits et en respect de leurs droits. Il contient des informations qui les aident à identifier des sujets dont elles peuvent discuter avec leur médecin ou leur sage-femme. Il a été conçu en accord avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne du Québec.

Surveillez notre site Internet à www.aspq.org

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Lucie Thibodeau, présidente
Sylvie Desjardins, vice-présidente
Jacinthe Arel, secrétaire
Lilianne Bertrand, trésorière
Marie-Andrée Comtois, administratrice
Céline Lemay, administratrice
Martin St-George, administrateur
Marc-Antoine St-Pierre, administrateur
Carmen Veillette-Boucher, administratrice

PERMANENCE

Lucie Granger
Directrice générale
Chantal Bayard
Chargée de projet PSMA par intérim
Catherine Chouinard
Chargée de dossiers périnatalité
Louise Courchesne
Comptabilité
Émilie Dansereau (en congé de maternité)
Chargée de dossiers Saines habitudes de vie
Martine Gagnon
Secrétaire-réceptionniste
Julie Paquette
Agente de bureau
Marie-Claude Perreault
Responsable des communications
et de la coordination d'événements
Yannick Prévost
Adjoint finances, comptabilité, administration

COALITION POIDS

Suzie Pellerin
Directrice
Marie-Pier Chénard
Analyste-rechercheur
Amélie Desrosiers
Responsable des communication
Anne-Marie Morel
Analyste-rechercheur
Marion Saucet
Analyste-rechercheur
Corinne Voyer (en congé de maternité)
Analyste-rechercheur

CQCT

Flory Doucas
Codirectrice et porte-parole
François Bélanger
Agent administratif
Heidi Rathjen
Cofondatrice et codirectrice

NOTRE MISSION

Contribuer à la promotion, au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être / de la population québécoise à titre de ressource autonome de nature associative en santé publique. L'ASPQ entretient de plus des liens avec les communautés de santé publique québécoises, canadiennes et internationales.

NOTRE VISION

L'ASPQ sera reconnue :

- pour sa capacité à mobiliser divers acteurs de la société
- pour l'influence de ses actions sur des enjeux de santé publique au Québec

NOS VALEURS

Équité, justice, solidarité

NOTRE PHILOSOPHIE D'ACTION

L'ASPQ :

- œuvre de façon complémentaire, multidisciplinaire et intersectorielle en regroupant différents acteurs de la société
- est un lieu d'expertise, de soutien, de collaboration, d'influence et de changement par la formation, l'information, la promotion et le développement d'approches novatrices en santé publique
- est un espace servant de forum et d'interface aux coalitions pour des actions et des prises de position au service de l'intérêt commun de la santé publique
- est un lieu d'échanges favorisant l'innovation autour d'enjeux qui mobilisent des gens issus de divers milieux

NOUS VOUS INVITONS À CONSULTER
RÉGULIÈREMENT NOTRE SITE INTERNET :

WWW.ASPQ.ORG