

LE PÉRISCOOP

Mai 2013 Volume 19 Numéro 1 | ISSN-1201-9143



ÉDITORIAL

La Politique de périnatalité dans tous ses états... ou presque!

GENEVIÈVE GUÉRIN

Analyste-rechercheur, dossier
Devenir et être parent, ASPQ

L'engouement pour le respect du processus biologique de l'accouchement est-il le reflet d'un réel changement de mentalité ou une « mode » passagère ? Sans balayer les avancées médicales qu'a connu le monde de l'obstétrique pour le bien des femmes et des bébés, espérons que ce soit plutôt un réel changement de mentalité, car nous savons maintenant, évidences scientifiques à l'appui, que les interventions obstétricales peuvent avoir un impact sur la santé de la mère et celle du bébé et qu'elles ne doivent pas être prises à la légère. Quoi qu'on en pense, les signes d'une volonté de se

réapproprier la naissance sont bel et bien présents, tant chez les professionnels de la santé et dans leurs milieux, chez les futurs parents où 24% des femmes québécoises accoucheraient en dehors d'un centre hospitalier si elles en avaient le choix¹ (ce qui n'est possible qu'avec les services d'une sage-femme), que dans la Politique de périnatalité 2008-2018 du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cinq années s'étant écoulées depuis le dépôt de la Politique de périnatalité - Un projet porteur de vie par le ministère de la Santé et des Services

sociaux, nous en sommes donc à la mi-chemin. L'ASPQ souhaite faire un bref survol des différentes réalisations via des acteurs directement impliqués dans le domaine de la périnatalité tels que : des infirmières, des sages-femmes et des parents. L'objectif premier est de prendre le pouls sur la façon dont la Politique de périnatalité a influencé les pratiques et les mentalités du milieu et découvrir quelles seront les stratégies mises de l'avant par nos instances politiques pour la deuxième phase qui nous mènera

→ suite page 2

¹ SOM, Étude sur les attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services en périnatalité. Juillet 2005

éditorial

en 2018. Vous trouverez, entre autre, dans ce numéro une incursion dans le monde hospitalier par le biais d'une entrevue avec l'infirmière-chef du centre des naissances du CHUM St-Luc à Montréal, le constat des Sages-femmes par la présidente de leur Regroupement, Claudia Faille, la place des pères dans l'application de la Politique de périnatalité

par le directeur du Regroupement pour la valorisation de la paternité, Raymond Villeneuve, et les constats de quelques parents.

Il est évident que nous ne prétendons pas établir ici la tendance universelle de ce qui se passe au Québec en périnatalité, nous avons plutôt tenté de faire le tour du plus grand nombre

de ses acteurs afin d'analyser si un document aussi important qu'une politique trouverait des échos concrets dans le milieu ou si elle resterait silencieusement posée sur une tablette.

Bonne lecture!

CRÉDITS

COORDINATION ET RÉDACTION

Geneviève Guérin

AUTEURS

Francine de Montigny et Christine Gervais
Claudia Faille
Raymond Villeneuve

COLLABORATION

Guy-Paul Gagné
Nadège Staco

RÉVISION

Myriam Lapointe

GRAPHISME

Gabriel Pelletier

CONTRIBUTION FINANCIÈRE

Ministère de la Santé et des Services sociaux

SOMMAIRE

[Dans ce numéro du PÉRISCOOP]

Éditorial	p. 1
Dossier politique de périnatalité	
Le programme AMPRO ^{OB} : un levier important et menacé pour la mise en œuvre de la Politique de périnatalité	p. 3
La Politique de périnatalité en milieu hospitalier : entrevue avec Nadège Staco, infirmière-chef du Centre des naissances, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc	p. 6
Les Sages-femmes – une pratique de 1 ^{ère} ligne encore trop marginale	p. 9
Les pères et la Politique de périnatalité	p. 12
La Politique en rafale	p. 15
Des nouvelles de la péri	
L'Initiative Amis des pères au sein des familles : Pour reconnaître que les pères contribuent à la vie familiale de 1001 manières	p. 17

LE COURRIER DU LECTEUR

Vous avez des commentaires ou des réactions à nos articles? Écrivez-nous!
gguerin@aspq.org

COLLABORER À LA RÉDACTION

Vous désirez soumettre un article au PÉRISCOOP? Contactez Geneviève Guérin à l'adresse suivante:
gguerin@aspq.org



Politique de périnatalité

LE PROGRAMME AMPRO^{OB}

un levier important et menacé pour la mise en œuvre de la Politique de périnatalité

GENEVIÈVE GUÉRIN | analyste-recherchiste, dossier Devenir et être parent, ASPQ

À la lecture du document *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité* nous constatons que le programme AMPRO^{OB} (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) est un levier important pour la mise en œuvre de la Politique québécoise de périnatalité. En effet, parmi les stratégies suggérées on retrouve l'objectif d'« assurer, dans un contexte d'interdisciplinarité, l'accès à un programme de formation continue sur l'amélioration de la qualité des soins périnataux et la gestion des risques obstétricaux ¹ » et « promouvoir par des moyens concrets une approche physiologique de la grossesse, de la naissance et de l'allaitement ² ». On serait en droit de se demander comment un programme de sécurité des patientes résolument axé sur la réduction des événements défavorables et de la morbidité durant le travail et l'accouchement peut contribuer à la réduction des interventions obstétricales ? Il existe une littérature scientifique (Johanson R, BMJ 2002; 324:892-895) suggérant une corrélation entre ces deux objectifs. On a remarqué que des taux plus élevés d'accouchements physiologiques résultaient des pratiques standardisées, d'un meilleur travail d'équipe et d'une implication plus importante de la patiente dans la prise de décision.

Comment AMPRO^{OB} fait-il cela ?

Le programme AMPRO^{OB} s'inspire d'une approche à haute fiabilité organisationnelle, qui instaure des processus opérationnels pouvant être maintenus sur de longues périodes de temps sans accident, comme on les retrouve chez les contrôleurs aériens ou dans les centrales nucléaires. Ces organisations ont développé une méthode de travail afin de maintenir un niveau de sécurité optimal tout en partageant la responsabilité au sein de l'équipe. Le domaine de l'obstétrique répond bien aux critères d'un milieu à haut risque et les principes appliqués lors de ce type d'interventions contribuent grandement à l'amélioration des soins et à la diminution des événements défavorables.

AMPRO^{OB} vise à implanter dans les services d'obstétrique les principes suivants :

- La sécurité constitue la priorité ; tout en partageant la responsabilité ;
- La communication est de la plus haute importance ;
- Les activités sont un travail d'équipe ;

- Les urgences font l'objet de répétitions ;
- La hiérarchie disparaît en situation d'urgence ;
- On procède à l'examen multidisciplinaire des pratiques courantes et des événements.

Retombées du programme AMPRO^{OB} dans les milieux de soins en obstétrique :

Le programme AMPRO^{OB} a été déployé en trois phases depuis 2008. L'ensemble des hôpitaux et des maisons de naissance visées auront tous terminé leur formation en 2013. Le sondage d'évaluation de la culture des unités de soins administré avant le début du programme et à la fin de chacun des 3 modules démontre déjà une amélioration significative des six éléments reliés aux organisations hautement fiables soit l'habilitation, la communication, le travail d'équipe, la sécurité comme priorité, l'apprentissage et la valorisation des professionnels. Quant aux données de morbidité, elles seront disponibles pour fin d'analyse au début de l'année 2014. Si nous nous fions aux statistiques de l'Ontario ou de l'Alberta par exemple, nous constatons qu'il y a des

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, 2008. P.54

² Ibid.



réductions considérables des admissions aux soins intensifs, de morbidité grave, de mortalité néonatale ou d'enfants placés sur ventilateurs. Le programme AMPRO^{OB} favorise aussi une réduction des dépenses totales d'indemnités et du coût moyen par demande en assurance hospitalière.

En ce qui concerne la formation des professionnels, ils sont majoritaires à indiquer que leur niveau de confiance et de compétence a augmenté suite au programme. Les pratiques et procédures sont maintenant standardisées et uniformes et l'efficacité des équipes se trouve améliorée, notamment en situations d'urgences. Le stress relié au travail est ainsi diminué et l'on observe une hausse du niveau de satisfaction professionnelle.

Il faut savoir que le modèle actuel de pratique traditionnel ne favorise pas l'apprentissage en équipe; les équipes sont divisées, travaillant souvent en silo et la hiérarchie est bien présente. L'échange de connaissances est plutôt formel et la culture de blâme est omniprésente. Ceci entraîne forcément un sentiment d'insécurité et de stress auprès des professionnels. Le programme AMPRO^{OB}, quant à lui, se base sur un modèle de communauté de pratique, encourageant la multidisciplinarité, une culture d'apprentissage réflexif et en équipe qui contribue à un meilleur support de nos pairs et augmente ainsi le sentiment de sécurité.

Quel est l'avenir du programme AMPRO^{OB} au Québec?

Au Québec, la première phase d'implantation du programme AMPRO^{OB} se terminera en 2013 avec un total de

66 hôpitaux et 9 maisons de naissance formés. L'avenir d'AMPRO^{OB} est toutefois incertain. La corporation Salus Global, responsable de l'implantation du programme, a appris en janvier dernier que le financement du ministère de la Santé et de Services sociaux ne sera pas reconduit en 2013. Nous avons donc rencontré le Dr Guy-Paul Gagné, directeur du programme au Québec, et nous lui avons demandé son opinion sur la situation actuelle.

« Les résultats positifs en termes de réduction des coûts reliés aux événements indésirables dans les autres provinces est dû à l'adhésion CONTINUE du programme sur plusieurs années. C'est pour cette raison qu'un programme allégé appelé AMPRO^{OB}Plus a été créé. Il vise à implanter les pratiques et la culture de haute fiabilité de façon permanente dans les unités de soins après le premier cycle d'AMPRO^{OB} ».

Le programme AMPRO^{OB}, quant à lui, se base sur un modèle de communauté de pratique, encourageant la multidisciplinarité

Malgré le support unanime des fédérations médicales (FMSQ et FMOQ) et des associations (AOGQ, AOPQ) et de la recommandation de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), les autorités du MSSS ont décidé que le financement d'AMPRO^{OB}Plus, initialement prévu pour 2013, serait reporté à l'an prochain. Bien que ce report ne garantisse pas le financement futur du programme AMPRO^{OB}Plus, cette nouvelle décision occasionne une période d'attente minimale de trois années entre la fin du programme AMPRO^{OB} et le

début possible d'AMPRO^{OB}Plus. Selon l'évaluation de Salus Global, si rien ne se passe d'ici l'automne 2013, la période d'attente occasionnée par la suspension de financement laisserait les établissements formés à eux-mêmes dans une période charnière d'implantation d'une nouvelle pratique. Malheureusement, cela pourrait conduire, faute de continuité, à l'abandon du programme. Nous savons tous que les processus administratifs prennent du temps et le Dr. Gagné est inquiet: « Si nous voulons remettre le programme en marche le 1^{er} avril 2014, il faudrait que le MSSS entreprenne très bientôt les préparatifs pour une nouvelle entente, prévoir plusieurs mois pour obtenir les contrats des établissements ainsi que les dates de disponibilité des équipes pour la formation. Sinon, le retard minimum entre la fin d'AMPRO^{OB} et le début d'AMPRO^{OB}Plus sera de 4 années pour tous les hôpitaux. Une aberration en pédagogie! Or, les autorités du Ministère ont déjà indiqués que des démarches préliminaires seraient prématurées, donc impossibles à envisager pour l'instant, car les priorités budgétaires ne sont pas encore déterminées ».

Ondes de choc dans le milieu de l'obstétrique

Salus Global n'a eu d'autre choix que d'aviser les équipes du report forcé du programme. « Toutefois, dans ce contexte, nous avons une obligation morale et déontologique de ne pas abandonner complètement les équipes surtout par respect pour le travail déjà accompli et en accord avec le principe directeur du programme: LA SÉCURITÉ EST LA PRIORITÉ DE TOUS, EN TOUT TEMPS. » affirme



encore le Dr. Gagné. C'est pourquoi les établissements pourront payer eux-mêmes la formation en attendant le financement du MSSS. Toutefois, il sera difficile pour la plupart des hôpitaux de trouver la marge de manœuvre budgétaire nécessaire pour faire face à cette nouvelle demande, mais en l'absence du support du MSSS, la responsabilité en ce qui a trait à la sécurité et la qualité des soins revient aux établissements.

Il est certain que la situation actuelle représente un recul majeur en périnatalité au Québec. Sur le terrain, le moral des équipes est au plus bas. Plusieurs sont révoltés ou surpris que les changements instaurés par leur travail dans les dernières années soient ainsi soudainement fragilisés. D'autres encore s'indignent du fait que les considérations budgétaires prennent le dessus sur le souci d'assurer la sécurité des soins. Car à tort ou à raison, le message véhiculé par la récente décision des autorités du Ministère est que « la sécurité n'est peut-être pas la priorité de tous, en tout temps ». De plus, il n'est pas farfelu d'affirmer que le report du programme laisse toute la place aux éléments de résistance au changement

du milieu pour profiter de la situation afin de reprendre les pratiques du « bon vieux temps », remettant ainsi sur la table les problèmes initiaux. Malgré tout, il persiste quelques îlots de succès où les équipes ont poursuivi l'objectif du changement de culture même plus de deux années après la fin du premier cycle. Osons espérer que d'autres modèles s'ajouteront.

le report du programme
laisse toute la place aux
éléments de résistance au
changement du milieu pour
profiter de la situation afin
de reprendre les pratiques
du « bon vieux temps »

Finalement, Salus Global recommande fortement aux équipes de maintenir, dans la mesure du possible, les différents éléments du programme et de continuer à demander que les ressources leurs soit fournies pour qu'elles puissent continuer à progresser vers la sécurité des patientes.

En conclusion

Il est difficile de comprendre la volte-face du ministère de la Santé et des Services sociaux dans ce dossier alors que le milieu est unanime quant aux avantages que le programme AMPRO^{OB} comporte tant du point de vue humain que financier, d'autant qu'il fait partie des stratégies de mise en œuvre de sa propre Politique de périnatalité. Les délais encourus suite au report du programme risquent non seulement de mettre en péril le travail entrepris dans les centres de soins de santé en obstétrique, mais aussi l'investissement des cinq dernières années, car pour bien des cas, il faudra reprendre tout le travail du début avec de nouvelles équipes.

Et maintenant, comment le Ministère atteindra-t-il ses objectifs de mise en œuvre de sa Politique de périnatalité, notamment en ce qui a trait aux interventions obstétricales ? C'est ce que nous devrions voir dans les stratégies de mise en œuvre de la prochaine planification que nous attendons toujours impatiemment.

Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté (SMAR) est l'occasion d'exprimer un engagement commun à travers une mobilisation internationale en faveur du respect de la naissance. Elle a lieu chaque année, au mois de mai. Cette année elle se déroule du 20 au 28 mai.

Activités au Québec :

- » Le 21 mai à 14h : Conférence *L'Accouchement au Québec en 2013 : Quelle place pour la physiologie ?*
À la Maison Parent-Roback. Information : info@naissance-renaissance.qc.ca, (514) 392-0308 poste 2104
- » Le 23 mai à 19h : Projection du film *L'Arbre et le nid* au Cégep du Vieux Montréal.



LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ EN MILIEU HOSPITALIER : entrevue avec **Nadège Staco**, infirmière-chef du Centre des naissances, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc

PROPOS RECUEILLIS PAR GENEVIÈVE GUÉRIN | ASPQ

Dans sa planification de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018, le MSSS a désigné des orientations prioritaires qui ont guidé les interventions en périnatalité durant les 3 premières années de la politique, soit de 2009 à 2012. L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) désire savoir comment ces orientations ont influencé, changé, ou consolidé les pratiques dans le milieu hospitalier. Nous sommes donc allé à la rencontre de Nadège Staco, infirmière en chef du centre des naissances de l'hôpital St-Luc du CHUM.

Objectif de la politique de périnatalité: Diminuer le recours aux interventions obstétricales (césarienne, épidurale, déclenchement, etc.)

- Implantation du programme AMPRO^{OB}
- Promouvoir le caractère naturel de l'accouchement auprès de la population ainsi qu'auprès des médecins et de l'ensemble des intervenants
- Mettre en place divers moyens concrets afin de diminuer le recours aux interventions obstétricales²

1. Est-ce que le CHUM St-Luc a bénéficié du programme de formation AMPRO^{OB}? – Oui, ils sont à compléter la 3^e phase,



mais le CHUM St-Luc avait déjà le souci et la sensibilité d'offrir une approche humanisée des soins autour des naissances. La philosophie du Centre des naissances du CHUM est basée sur des soins et services centrés sur la famille, où la grossesse et la naissance sont considérées comme des événements naturels de la vie³. Cela se traduit notamment par la présence d'une infirmière responsable de la formation de la méthode non pharmacologique de

la gestion de la douleur Bonapace, par la participation au projet de recherche QUARISMA (Qualité des soins, gestion du risque obstétrical et mode d'accouchement au Québec), en effectuant un retour sur les situations d'urgences et en offrant des méthodes alternatives à la gestion de la douleur.

2. Le programme étant toujours actif au sein de votre établissement, comment s'orientent sa mise en œuvre actuelle ou

² Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012, p.17

³ Site Internet du CHUM – Le centre des naissances



à venir ? L'intérêt de continuer l'approche AMPRO^{OB} suite aux trois phases de formation y est. L'approche AMPRO^{OB} est même transmise aux nouvelles recrues. Le défi sera d'assurer sa pérennité sans avoir accès aux documents de références fournis par le programme durant la formation, outil riche et fréquemment consulté par l'équipe de soins.

3. Avez-vous remarqué un changement quant au pourcentage de grossesse normale suivi par un obstétricien ou par un omnipraticien depuis la mise en œuvre de la politique de périnatalité ?

Le CHUM St-Luc a une vocation de suivi de grossesse à risque. L'objectif est donc de réduire le nombre de suivis de grossesses normales afin de libérer les places pour les grossesses à risques. Or, il y a une forte demande pour des suivis de grossesses normales et il y a annuellement une légère augmentation des naissances à St-Luc. Les femmes peuvent donc être suivies par une équipe multidisciplinaire composée d'obstétriciens et d'omnipraticiens accoucheurs même si elles ont une grossesse normale. Plusieurs médecins de famille pratiquent aussi des accouchements au CHUM St-Luc, ainsi que des sages-femmes du CSSS Jeanne-Mance.

4. Le personnel a-t-il reçu ou a-t-il accès à de la formation continue axée sur le processus naturel de l'accouchement ?

Oui, par exemple il est arrivé, en marge du programme AMPRO^{OB}, d'avoir eu une demi-journée de formation avec les sages-femmes

concernant les positions durant le travail. Lors de l'intégration de toutes nouvelles recrues et dans la pratique de toutes les infirmières, elles sont sensibilisées aux diverses méthodes alternatives de soulagement de la douleur durant le travail et l'accouchement.

5. L'aménagement physique des lieux a-t-il été revu ou modifié.

Le CHUM St-Luc comptait déjà des chambres de naissances individuelles pour favoriser l'intimité et ce, depuis 2001. La cohabitation se fait systématiquement, un lit pour le père est disponible, l'accès à des bains tourbillons, à un lecteur CD, etc.

6. Le département offre plusieurs méthodes de soulagement de la douleur, autant naturelles que pharmaceutiques : bain, ballon, méthode Bonapace, péridurale, gaz hilarant, etc. Avez-vous changé vos pratiques quant aux propositions de soulagement de la douleur suite aux recommandations de la Politique de périnatalité ?

Les pratiques n'ont pas vraiment changées. Le personnel propose toujours différentes méthodes plus naturelles de soulagement de la douleur avant d'aller vers la péridurale ou une autre méthode pharmaceutique. Toutefois, le taux de péridurale se maintient toujours au même niveau, et ce, malgré l'information transmise durant le suivi de grossesse par le médecin ou dans la salle d'attente via l'écran d'information et durant le travail. L'équipe tente d'informer le plus possible les patientes afin que leur consentement face à la péridurale soit éclairé. En ce qui

a trait la transmission d'information concernant la péridurale auprès des femmes, nous croyons qu'il y a place à l'amélioration, mais le plus souvent, la demande vient d'abord de celles-ci.

7. Est-il possible dans les conditions actuelles d'assurer aux femmes, tout au long de la période du travail actif et de l'accouchement un soutien continu ? Avez-vous eu à faire des ajustements d'organisation du travail pour y arriver ?

Le temps de travail est divisé en 3 quarts. Une femme se voit assignée une infirmière pour la durée du quart de travail. Comme la durée du travail peut être longue, elle pourra donc être accompagnée par plusieurs infirmières. Toutefois, afin d'assurer un soutien continu, la même infirmière reprendra « son assignation » auprès de la femme si elle est toujours présente en salle d'accouchement. Le contexte de pénurie de personnel peut faire en sorte qu'une infirmière assure le suivi de 2 femmes à la fois. Elle assurera donc une présence et un soutien auprès de la femme en période de poussée, la deuxième femme sera à ce moment soutenue au besoin par une autre infirmière, le temps que la première femme ait donné naissance.

8. Y a-t-il une collaboration entre le personnel hospitalier et les sages-femmes pratiquant à l'hôpital St-Luc ou ces dernières pratiquent de façon autonome ? Lors de transfert que se passe-t-il ?

Certainement. Comme mentionné précédemment, les sages-femmes ont déjà



donné un atelier sur les positions possibles durant le travail. Une proposition qui ferait en sorte que les étudiants en médecine puissent observer le travail des sages-femmes pourrait être envisageable. Avec le programme de formation AMPRO^{OB} les équipes de soins travaillent ensemble et les transferts s'effectuent sans problème. Lors d'un transfert d'une patiente suivie par la sage-femme vers un gynécologue, la sage-femme demeure présente, accompagne sa parturiente et collabore avec l'équipe médicale et les infirmières parce qu'on travaille tous avec le même objectif; que les femmes puissent vivre un accouchement qui réponde le plus possible à leurs attentes.

9. Est-ce que la Politique de périnatalité actuelle contribue à l'amélioration des conditions de travail du personnel ?

La Politique de périnatalité améliore la qualité des soins, mais ne touche pas aux conditions de travail comme tel.

Objectif: Augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel et de l'allaitement exclusif

10. L'initiative ami des bébés est-elle implantée ou en voie de le devenir ?

Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) vise à devenir un établissement ami des bébés. Ainsi, le Centre des naissances s'engage à mettre en œuvre les dix conditions de

succès de l'allaitement maternel définies par l'UNICEF et l'OMS, et à respecter le code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Des infirmières consultantes en allaitement sont présentes sur place et l'allaitement est encouragé.



SUIVEZ LES CHRONIQUES DE L'ASPQ PORTANT SUR LA PÉRINATALITÉ SUR LE SITE INTERNET DE PROTEGEZ-VOUS.CA.



GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT:

Droits des femmes



SUIVI DE GROSSESSE:

Quel professionnel choisir ?



TROUBLE DE SOMMEIL:

Dormir...vous connaissez ?



LES SAGES-FEMMES – une pratique de 1^{ère} ligne encore trop marginale

CLAUDIA FAILLE | sage-femme, présidente du Regroupement Les Sages-femmes du Québec

Les services offerts par les sages-femmes sont en demande au Québec. Dans sa dernière Politique de périnatalité, le ministère de la Santé et des Services sociaux visait à développer ces services afin que les sages-femmes puissent répondre à 10% des suivis périnatals et des accouchements de la province⁴. La première phase des stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012 avait comme objectif de mettre sur pied des services sages-femmes afin qu'en 2012 elles puissent être en mesure d'assurer le suivi périnatal de 5% des femmes enceintes.

Mais qu'en est-il dans les faits ?

À mi-chemin de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018, le constat est que les sages-femmes en sont toujours à effectuer le suivi de 2 à 3 % des femmes enceintes. Entre la légalisation (1999) et la publication de la Politique de périnatalité (2008), le Québec a connu peu de nouvelles maisons de naissance, et ce, malgré le travail acharné des groupes citoyens. Depuis la publication de la Politique de périnatalité, une seule nouvelle maison de naissance a ouvert ses portes à Richelieu et deux nouveaux projets sont en voie d'être développés dans Lanaudière et au Saguenay. C'est certainement un pas dans la bonne direction pour la mise en œuvre de la Politique de



périnatalité, mais c'est toujours insuffisant pour répondre à la demande des femmes et des familles. Aujourd'hui encore, trop peu de femmes ont accès à un suivi sage-femme. Dans la région de Montréal, quatre femmes sur cinq qui en font la demande n'auront pas un suivi avec une sage-femme, faute de places et de ressources !

le constat est que les sages-femmes en sont toujours à effectuer le suivi de 2 à 3 % des femmes enceintes.

Au Québec, le développement de la pratique s'est fait de façon aléatoire, sans réelle consultation des instances représentant la profession sage-femme. À titre de comparaison, l'Ontario n'a légalisé la profession que cinq ans avant le Québec et compte actuellement plus de 650 sages-femmes, contre 160 dans notre province. Il y a environ 15 à 20 nouvelles sages-femmes qui graduent du baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières chaque année (programme de 4 années ½) et il est essentiel d'établir

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Politique de périnatalité 2008-2018, un projet porteur de vie. Québec, 2008, p.25.



des plans régionaux de planification des effectifs sage-femme. Nous demandons au gouvernement de mettre en œuvre tous les moyens pour augmenter l'accessibilité à ce service de 1^{re} ligne qui répond au besoin des femmes et des familles du Québec.

Un comité national pour le développement de la pratique sage-femme

Une pétition concernant la pratique sage-femme et portant sur le droit de choisir le lieu de naissance et le/la professionnel (médecin ou sage-femme) a été déposée le 5 mai 2011 par la députée de Taschereau, Mme Agnès Maltais; elle avait recueilli plus de 13 000 signatures. Dans le cadre de l'étude de cette pétition, le 19 septembre 2011, le Regroupement Les Sages-femmes du Québec (RSFQ), l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), la Coalition pour la pratique sage-femme et l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) ont déposé des mémoires à la Commission de la santé et des services sociaux.

Leur demande était directement en lien avec la mise en œuvre de la Politique de périnatalité: soutenir le développement de 13 nouvelles maisons de naissance d'ici 2018, faire en sorte que 10 % des suivis de maternité soient effectués par des sages-femmes, ramener les soins de maternité des femmes en santé qui présentent une grossesse normale (soit plus de 80 % des femmes) vers la 1^{ère} ligne (dont les sages-femmes font partie) afin, entre autres, de contribuer à la diminution des interventions obstétricales. Aussi, chaque groupe a demandé que soit mis sur pied un comité national pour

le développement de la pratique sage-femme afin qu'il soit réfléchi, organisé et concerté avec les représentants officiels de la profession. Ce comité permettrait d'améliorer l'organisation et l'efficacité du développement.

Suite à ces demandes, la Commission de la santé et des services sociaux a émis des recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en octobre 2011:

1. QUE les efforts visant la mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2008-2018 se poursuivent de manière à ce que les objectifs favorisant l'accroissement de l'accessibilité aux services de sage-femme soient atteints.
2. QUE des moyens soient mis en place afin de favoriser une meilleure coordination entre les différents intervenants en périnatalité, notamment, pour améliorer l'arrimage entre la formation des sages-femmes et l'implantation de nouvelles maisons de naissance.
3. QUE soit menée une campagne de sensibilisation visant à faire connaître le haut degré de sécurité de la pratique des sages-femmes et les avantages qu'elle comporte pour les femmes enceintes et leurs nouveau-nés.
4. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux fasse état du suivi des recommandations du présent rapport à la Commission de la santé et des services sociaux au plus tard le 1^{er} octobre 2012.

Cependant, à ce jour, et même si le document de *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité*

2009-2012 contenait déjà comme actions quelques-unes de ces recommandations (P.6), rien n'a encore été entrepris pour y répondre. Aucun développement planifié avec des représentantes de la profession et pas de mise sur pied d'une campagne de sensibilisation en vue. Il faut savoir que malheureusement, la profession fait toujours face au lobby des corporations médicales qui s'opposent aux accouchements hors centre hospitalier, et ce, malgré une littérature scientifique abondante qui fait la démonstration qu'ils sont aussi sécuritaires pour les femmes en bonne santé qui présentent une grossesse normale. La complémentarité du travail entre les sages-femmes et les médecins est un état de fait, dans le sens où les sages-femmes consultent les médecins ou transfèrent les soins d'une femme ou d'un bébé à un médecin lorsque la situation l'exige, et ce, pour assurer des soins sécuritaires et de haute qualité. Les relations avec le milieu médical sont généralement respectueuses. Cependant, nous faisons encore face aujourd'hui à de l'opposition de la part d'associations médicales et de certains médecins pour qui les préjugés sont souvent basés sur une méconnaissance de notre profession. Un travail à long terme est nécessaire pour modifier la culture de l'accouchement et ainsi éviter que certaines de nos clientes soient prises en otage entre leur sage-femme et leur médecin, parce qu'il arrive régulièrement que des médecins refusent de prodiguer des soins à une femme ou son nouveau-né lorsque celle-ci a un suivi avec une sage-femme pour sa grossesse. La recommandation de la Commission, à l'occurrence, une campagne de sensibilisation pour « faire connaître le haut degré de sécurité de la pratique des



sages-femmes et les avantages qu'elle comporte pour les femmes enceintes et leurs nouveau-nés» devrait se faire en premier lieu auprès des professionnels de la santé, ce qui améliorerait certainement le travail de collaboration médecins/sages-femmes.

La pratique sage-femme offre des soins de premières lignes de qualité, répond à une demande grandissante et permet des économies substantielles à l'état. C'est pourquoi il est primordial d'assurer le développement de la pratique sage-femme ainsi que le développement de nouvelles maisons de naissance, tel qu'exprimé dans la Politique de périnatalité. Le gouvernement actuel dit soutenir le développement de la première ligne, il est temps que cela se traduise par des engagements concrets.

Renouvellement de l'entente sur les conditions de travail des sages-femmes.

Suite à la légalisation en 1999, notre première entente n'a été signée qu'en 2004 sous la menace d'un décret gouvernemental. Elle est échu depuis 2005, il s'agit donc du premier renouvellement et il est attendu ! Nous travaillons sous cette entente depuis bientôt 10 ans et elle comporte des iniquités majeures par rapport aux conditions de pratique de l'ensemble des professionnels du réseau de la santé. Les sages-femmes ont des responsabilités comparables à celles des médecins de famille qui font de l'obstétrique et leur rémunération n'est pas à la hauteur des exigences de leur travail et de leur responsabilité professionnelle. Les orientations principales pour le renouvellement de notre entente sont de renforcer

notre statut de travailleuse autonome et d'amener à un niveau acceptable la rémunération pour la disponibilité (la garde) et les horaires défavorables. Actuellement, une sage-femme reçoit 1 \$ de l'heure de garde (8 \$ pour 8 heures de garde) comparativement aux autres professionnels de la santé qui reçoivent 1 heure de salaire pour 8 heures de garde. L'offre actuelle du MSSS est d'augmenter la rémunération pour la garde à 1.27 \$ de l'heure de garde ! Il est clair que cette offre est insuffisante !

La pratique sage-femme offre des soins de premières lignes de qualité, répond à une demande grandissante et permet des économies substantielles à l'état.

Les résultats optimaux obtenus lors d'un suivi sage-femme sont directement liés à la continuité relationnelle, rendue possible grâce à la disponibilité des sages-femmes. Par ailleurs, les sages-femmes ne bénéficient d'aucune compensation pour les horaires défavorables alors que tous les professionnels de la santé y ont droit. Et ce ne sont que quelques exemples où l'entente nécessite des redressements majeurs ! Les sages-femmes ont travaillé à rabais depuis trop longtemps.

En guise de conclusion, nos demandes représentent un investissement minime (nous sommes actuellement environ 160 sages-femmes au Québec) comparativement aux économies à court, moyen et long terme que représente la pratique des sages-femmes, sans parler des avantages substantiels qu'elle démontre en terme d'amélioration des issues maternelles et néonatales . Il est plus

que temps que le MSSS soutienne l'amélioration des conditions de pratique des sages-femmes pour favoriser l'attraction et la rétention de ces professionnelles qui sont appelées à être de plus en plus présentes dans l'offre de service en périnatalité au Québec !



LES PÈRES

et la Politique de périnatalité

RAYMOND VILLENEUVE | directeur du Regroupement pour la Valorisation de la Paternité (RVP)

La paternité est de plus en plus présente dans l'espace public québécois. Les médias y accordent une place de plus en plus importante et le sujet est, la plupart du temps, traité d'une façon positive et respectueuse. Les téléromans nous présentent aussi de plus en plus de pères engagés dans l'éducation de leurs enfants. On constate également que le congé de paternité remporte un succès au-delà de toutes les attentes puisque près de 80 % des pères qui ont droit à ce congé en bénéficient effectivement. Le ministère de la Famille a lancé en 2012, dans la cadre du Plan d'action pour l'égalité entre les femmes et les hommes, un tout nouveau programme de soutien à l'engagement paternel. Le guide Mieux vivre avec notre enfant a maintenant comme sous-titre Guide pratique pour les mères et les pères et présente une très belle et très juste section intitulée Être papa.

Cette effervescence autour de l'engagement paternel se fonde principalement sur une transformation des rôles de père et de mère qui fait en sorte que l'écart du temps consacré aux tâches domestiques diminue constamment entre les femmes et les hommes, et cela, tout particulièrement chez les adultes de 20 à 29 ans. Les enjeux de conciliation travail-famille sont aussi au cœur de ces nouvelles réalités familiales où chacun doit mettre la main la pâte pour affronter les défis du quotidien. Dans ce contexte social évolutif, il est intéressant d'analyser la Politique de périnatalité 2008-2018



et ses effets sur le soutien aux parents en période périnatale sous l'angle de l'intégration des réalités paternelles.

Une lecture, même rapide, de la Politique de périnatalité 2008-2018 met en lumière une très belle conception du rôle de père et de son importance au sein de la famille. En effet, le mot pères y est présent à plus de 150 reprises dans les diverses sections de la politique : buts, convictions, valeurs, éthique, etc. Son utilisation répétée et distinctive souligne l'importance de chacun des deux parents. Une orientation spécifique énonce même qu'il faut *adapter les pratiques, les interventions et les services offerts dans le réseau de la santé et de services sociaux de façon à accueillir et à favoriser l'engagement des pères envers leur jeune enfant*. La Politique de périnatalité 2008-2018 est donc, à notre avis, exemplaire quant à l'intégration des

réalités paternelles. Ce document pourrait servir d'inspiration à de nombreuses autres politiques gouvernementales qui occultent l'importance de l'engagement paternel, comme, par exemple, le Programme national de Santé publique (2008-2012) qui ne mentionne aucunement les parents masculins alors qu'il fait référence aux mères à plusieurs dizaines de reprises.

Quels sont les effets de la Politique de périnatalité 2008-2018 sur les mesures de soutien à l'engagement paternel en période périnatale? Pour répondre à cette question, il faut consulter les Priorités de mise en œuvre (2008-2011) puisqu'aucun plan d'action de la politique n'a été produit à ce jour. Dans ce document, on indique qu'il faut *s'adresser aux pères lors de l'avis de grossesse et de l'information prénatale, offrir de la formation pour rejoindre les parents, rejoindre*



le couple sur le plan de l'allaitement, pour le congé postnatal, il faut soutenir tant la mère que le père, par exemple, lors des visites à la maison et s'efforcer de faire des visites en présence du père, etc. De la même façon que les réalités paternelles sont intégrées dans la Politique de périnatalité 2008-2018, les réalités des parents masculins sont très présentes dans les priorités de mise en œuvre 2008-2011. Il faut noter cependant que l'orientation de la politique qui vise à favoriser l'engagement des pères n'a pas été priorisée.

Le Regroupement pour la Valorisation de la Paternité (RVP) a recensé en 2009-2011 et mis à jour en 2012 une recension des modalités de soutien s'adressant spécifiquement aux pères du Québec. Les résultats sont évocateurs. Plus de 80 % de ces modalités de soutien sont offertes par des acteurs du secteur communautaire. Une dizaine seulement de ces mesures sont dispensées par des acteurs du réseau public et aucune nouvelle mesure n'a été découverte dans le secteur public dans la mise à jour de la recension en 2012. Il semble donc que les intentions de la Politique de périnatalité 2008-2018 pourtant présentes dans les priorités de mises en œuvre 2008-2011 aient produit peu ou pas d'effets sur les services en l'absence d'une priorisation de l'orientation qui vise à favoriser l'engagement des pères et d'un véritable plan d'action.

Bien sûr, les services de Santé et de Service sociaux n'excluent pas les futurs et nouveaux pères et ceux-ci sont généralement présents lors des rencontres prénatales, lors de l'accouchement et quelque fois aussi lors du suivi post-natal. Rien ne semble cependant être fait pour les rejoindre spécifiquement et tenir compte de

leur vécu qui est nécessairement différent de celui de leur conjointe lors de la période périnatale puisqu'ils ne portent pas l'enfant, ne l'accouchent pas et ne l'allaitent pas. Certaines initiatives isolées ou individuelles visent à remédier à cette situation, mais elles semblent être marginales et peu présentes dans les plans d'action locaux des établissements.

il faut que des directives claires émanent du ministère de la Santé et des Services afin que les actions pour soutenir l'engagement paternel soient priorisées

Un meilleur soutien aux pères en période périnatale permettrait aux familles de mieux bénéficier des bienfaits de l'engagement paternel documentés par la littérature scientifique qui nous apprend que l'engagement paternel profite aux enfants, aux mères et aux pères, donc, aux familles toutes entières. Il ne faut pas oublier non plus que les politiques publiques sont un des déterminants de l'engagement paternel et que des services plus adéquats pour les pères au début de la vie de leurs enfants favorisent l'attachement précoce de ces pères et la prévention de difficultés familiales de tous ordres.

Il nous semble pertinent de mentionner ici que d'autres mesures gouvernementales n'intègrent pas pleinement les réalités paternelles en période périnatale. Le programme PSIPPE (Programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance) s'intéresse à la santé des mères, des pères et des enfants, mais semble peu prioriser celle des pères puisque la fiche de périnatalité qui

permet l'inscription des parents au programme ne comporte pas de case pour noter les coordonnées du père de l'enfant. Lors d'un deuil périnatal, le Conseil de gestion de l'assurance parentale offre seulement un congé à la mère endeuillée et pas au père. Ces deux exemples illustrent bien que les pères ne sont pas toujours considérés comme des parents à part entière par l'État québécois.

Que faire alors ? Pour que les pratiques du réseau de la Santé et des Services sociaux s'adaptent aux nouvelles réalités familiales et intègrent pleinement les pères dans leur offre de services lors de la période périnatale, il faut que des directives claires émanent du ministère de la Santé et des Services à ce sujet, que les pères soient présents non seulement dans la Politique de périnatalité, mais aussi que les actions pour soutenir l'engagement paternel soient priorisées par ce ministère et qu'elles fassent parties intégrantes des Plans d'actions régionaux des Agences de la Santé et des Services sociaux et des Plans d'action locaux des Centre de Santé et de Services sociaux. Des activités de formation devraient aussi être offertes pour accompagner les intervenants et les gestionnaires dans ce processus qui implique souvent des réflexions sensibles et des remises en question des façons de faire. Soulignons que l'Initiative Ami des pères (IAP) qui se déploie actuellement dans quatre territoires québécois, poursuit cet objectif de promotion de l'engagement paternel et de soutien du réseau de la santé et des services sociaux et communautaires dans des actions novatrices et efficaces auprès des pères et de leur famille. Cette initiative sera évaluée et pourrait



certainement amener des actions novatrices et inspirantes à cet égard.

Les réalités familiales ont évolué. Les pères sont de plus en plus présents auprès de leurs enfants. Les mères souhaitent de plus en plus vivre une parentalité partagée et la conciliation travail famille est

un enjeu de plus en plus saillant au sein de notre société. Les décideurs publics doivent donc prendre acte de ces transformations sociales et adapter véritablement les services aux familles qu'ils soutiennent. Nous croyons que la Politique de périnatalité 2008-2018 est excellente et bien fondée. Il s'agit maintenant de

la mettre véritablement en application et de soutenir les intervenants dans cette démarche. Cette action profitera sans nul doute aux enfants, aux mères et aux pères, donc aux familles québécoises toutes entières.



Projeté dans plusieurs régions du Québec. Consulter le lien suivant pour connaître l'endroit et les dates : <http://www.arbre-et-nid.com/>

AUSSI

Dans le cadre de la Semaine Mondiale de l'Accouchement Respecté, le comité de la condition des femmes du Syndicat des professeurs du Cégep du Vieux Montréal en collaboration avec le Regroupement Naissance Renaissance, vous invite à une projection spéciale

- **Quand** : Le JEUDI 23 mai 2013
- **Où** : Au cégep du Vieux Montréal, 255, rue Ontario Est à Montréal
- Ouverture des portes à **18h30**
- Début de la projection à **19h**

Une discussion suivra avec la réalisatrice, les partenaires et le public

Billet en vente au Magasin scolaire

Heures d'ouverture :

Lundi au jeudi de 7 h 30 à 19 h 15
et vendredi de 7 h 30 à 16 h 30

Et en vente sur place le soir même de la projection à partir de 18h



LA POLITIQUE EN RAFALE

Histoires de parents :

On ne prétend pas ici prendre le pouls de la situation québécoise concernant l'application de la Politique de périnatalité et son impact sur les services reçus par les parents, loin de là. Toutefois, les quelques témoignages recueillis portent à croire qu'il y a une volonté chez les professionnels offrant des soins de santé en périnatalité de vouloir appliquer certains principes, notamment, concernant le respect de l'aspect physiologique de la naissance. Les désirs des parents à l'égard de leur expérience d'accouchement semblent de plus en plus écoutés, mais les services demeurent inégaux selon l'endroit où l'accouchement se déroulera et selon le bon vouloir des professionnels impliqués. Malheureusement, encore beaucoup trop de parents devront se battre pour faire respecter leurs choix. Les témoignages nous ont aussi révélé que les cours prénatals sont parfois difficilement accessibles; certains endroits offrent des suivis de grossesse où le médecin change à chaque rendez-vous (ce qui ne déplaît toutefois pas nécessairement à tous); le plan de naissance n'est pas toujours respecté; l'information par rapport aux « méthodes » d'allaitement ne sont pas conséquentes entre professionnels; on ne réfère pas assez rapidement ou pas du tout les mères en difficultés à des consultantes en lactation; et l'écoute des besoins de la mère est un aspect négligé dans le soutien à l'allaitement. Enfin, il demeure difficile pour les nouveaux parents de trouver



rapidement un médecin pour le suivi pédiatrique de leur enfant, particulièrement dans les grands centres.

L'allaitement :

Rien ne porte à croire que les stratégies de mise en œuvre prévoyant l'adoption et la diffusion de nouvelles lignes directrices en matière d'allaitement verront le jour bientôt. Le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuit donc avec les stratégies publiées en 2001 et dans lesquelles on favorisait les éléments suivants :

1. L'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB);

2. L'organisation du soutien à l'allaitement;

3. Le suivi et l'évaluation;

4. Le partenariat avec d'autres secteurs d'activité, nommé « pouvoir d'influence ».

Avancée inattendue, le Québec connaîtra le retour d'une banque de lait maternel. L'étude du projet de loi 29, déposé en commission parlementaire le 17 avril dernier, a pour but d'élargir les fonctions d'Héma-Québec afin qu'il puisse aller de l'avant avec son projet d'implantation d'une banque de lait maternel qui



servira aux enfants prématurés dans le besoin. Aucune opposition n'a été rencontrée de la part des différents partis au pouvoir. La banque de lait devrait donc voir le jour d'ici peu.

Tronc commun provincial d'information pour les intervenants en périnatalité

Le portail d'information prénatale met à la disposition des intervenants en périnatalité des fiches d'informations concernant différents sujets pouvant préoccuper les nouveaux parents. Une douzaine de fiches sont présentement en ligne sur le site Internet de l'Institut national de santé publique. On y traite de différents sujets en lien avec la grossesse tels que l'alcool, les drogues, les soins préventifs et de santé, l'alimentation, l'adaptation à la parentalité, l'allaitement ou l'activité physique. L'information demeure toutefois incomplète puisqu'il n'y a pas encore de fiches relatives au suivi de grossesse ou concernant l'accouchement.

Bilan d'implantation

Un bilan concernant les stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité afin de rendre compte du degré d'implantation des orientations prioritaires après les trois premières années suivant la publication de celle-ci, devait paraître en 2012. En plus de mesurer l'actualisation des orientations désignées prioritaires pour les années 2009 à 2012, il devait servir de base à la planification des trois années subséquentes. Malheureusement, il ne semble pas y avoir de trace de ce bilan ou d'aucun plan subséquent. Nous ne connaissons donc pas les orientations du Ministère pour la suite. À surveiller donc!

Procréation assistée

Le commissaire à la santé et au bien-être a reçu le mandat du ministre de la Santé et des Services sociaux de produire un avis sur les activités de procréation assistée au Québec. Une étude détaillée sera donc réalisée par le commissaire à la santé et au bien-être qui a lancé un appel de mémoires qui se déroulera jusqu'au 20 juin 2013. Des témoignages confidentiels peuvent être soumis jusqu'au 17 juin 2013 par le site Web à l'adresse suivante : www.csbe.gouv.qc.ca/. Si vous avez des questions au sujet de cette consultation, visitez le lien suivant : <http://csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=670>





Des nouvelles de la péri

L'INITIATIVE AMIS DES PÈRES AU SEIN DES FAMILLES : Pour reconnaître que les pères **contribuent** à la **vie familiale** de 1001 manières

FRANCINE DE MONTIGNY, INF. PH.D. | Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles, Université du Québec en Outaouais
CHRISTINE GERVAIS, INF. PH.D.(C) | Coordonnatrice de l'Initiative Amis des pères au sein des familles, Université du Québec en Outaouais



La période entourant la naissance et la petite enfance est charnière pour la formation de la famille. Les pères et les mères font face à des défis importants, par exemple développer un sentiment de compétence parentale tout en maintenant une relation conjugale de qualité. Il est essentiel que les deux parents s'engagent auprès de leur enfant.

Depuis 15 ans, l'engagement des pères auprès de leur enfant est devenu un enjeu majeur sur le plan social. D'ailleurs, plusieurs recherches démontrent l'effet positif de la présence paternelle sur les enfants. C'est pourquoi, dans sa nouvelle Politique de périnatalité (2008-2018), le gouvernement du Québec évoque parmi ses priorités des recommandations visant à reconnaître, favoriser et soutenir activement l'engagement du père au cours de toute la période périnatale⁵.

L'Initiative Amis des pères au sein des familles (IAP) s'inscrit en continuité avec ce courant social. L'IAP vise l'implantation et l'évaluation d'un programme de soutien à l'engagement paternel à l'attention des intervenants et des gestionnaires dans les services de santé, sociaux et communautaires.



Bref historique de l'IAP

Les chercheurs à l'origine de l'Initiative Amis des pères au sein des familles (IAP) étudient la paternité depuis près de 20 ans. Cette équipe s'est intéressée à l'expérience des hommes vis-à-vis la grossesse, la naissance et la petite enfance de leur enfant. Les changements dans l'identité de l'homme et dans ses relations conjugales, coparentales et sociales l'ont aussi fascinée. Cette équipe, sensible aux contextes d'adversité où s'exerce parfois la paternité, a documenté les besoins des pères, leurs

stratégies d'adaptation, leur relation à l'aide et les services à leur égard.

L'IAP est issue de ces recherches. Son programme s'engage dans la même voie que Pères en mouvement, pratiques en changement, une formation qui a parcouru le Québec entre 2002 et 2006. Grâce à la collaboration des auteurs de cette formation, certaines activités se retrouvent dans l'IAP. Toute une gamme de nouvelles activités, conçue spécialement pour l'IAP, s'ajoute à ces incontournables (voir encadré).

⁵ MSSS (2008). Politique de périnatalité



ENCADRÉ 1 : ACTIVITÉS POUR DES ENVIRONNEMENTS ET DES SOINS ET SERVICES AMIS DES PÈRES

- Ateliers réflexifs pour intervenants ou gestionnaires d'une région, de divers milieux et de plusieurs champs de pratiques
- Activités de sensibilisation et de mobilisation au sujet de l'engagement paternel
- Activités avec et pour les milieux et les communautés, selon les besoins exprimés
- Journées À la rencontre des pères
- Colloques Famille interrégionaux
- Midis-causeries dans les milieux
- Revue IMPACT : Intervenants-Milieux-Parents en action
- Bulletin Un père, c'est pour la vie!
- Site Web iap.uqo.ca, page Facebook AuCœurDesFamilles et compte Twitter @cœurdfamilles
- DVD Amis des pères
- Accompagnement offert par l'équipe IAP

Implantation de l'IAP

En 2010-2011, un projet pilote de l'Initiative Amis des pères au sein des familles (IAP) est implanté dans les Laurentides Sud auprès d'une trentaine d'intervenants et d'une dizaine de gestionnaires. Grâce aux résultats de l'évaluation du projet pilote et au financement octroyé par Avenir d'enfants, l'équipe entame en 2012 le déploiement du programme dans quatre régions du Québec.

Depuis 2012, l'équipe IAP prépare l'implantation : elle mobilise les milieux partenaires, conçoit des outils de promotion, des guides pour les animateurs et des cahiers pour les participants. Une responsable de l'évaluation du programme ainsi qu'une responsable des communications se sont jointes à l'équipe. Au printemps 2013, cinq personnes

seront embauchées pour former l'équipe de liaison. Les agents de liaison travailleront à la mise sur pied d'un comité de la paternité dans leur région. Cette équipe dynamisera les régions en matière de paternité, et ce, pour les trois prochaines années.

Le projet a été officiellement lancé le jeudi 21 février 2013 au « 5 à 7 » de la journée annuelle du Regroupement pour la valorisation de la paternité (RVP).

Dès l'automne 2013, des ateliers réflexifs pour intervenants, gestionnaires ou médecins de divers milieux et champs de pratiques seront animés dans chaque région. Ces rencontres permettront aux participants de réfléchir aux croyances et aux pratiques à l'égard des pères. Les intervenants, les gestionnaires et les médecins seront invités à mettre en place de nouvelles

interventions auprès des pères et de leur famille, à raconter leurs bons coups et à discuter des difficultés qu'ils rencontrent. Les ateliers IAP ne sont pas des cours théoriques, mais plutôt des espaces d'échange où l'on analyse ses pratiques professionnelles et en développe de nouvelles. L'IAP offre 24 heures d'ateliers réflexifs aux intervenants, alors que les gestionnaires et les médecins disposent de 9 heures de rencontres. Midis-causeries, journée À la rencontre des pères, colloque Famille... Ces activités, et bien d'autres, se poursuivront jusqu'en 2017.

Pour en savoir plus, consultez : iap.uqo.ca

4126, rue Saint-Denis, bureau 200
Montréal (Québec) H2W 2M5
Téléphone : 514 528-5811
Télécopieur : 514 528-5590
info@aspq.org | www.aspq.org

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Liliane Bertrand, Présidente
Marc-Antoine St-Pierre, Vice-président
Sylvie Louise Desrochers, Secrétaire
Jacinthe Arel, Trésorière
Lucie Thibodeau, Administratrice
Yv Bonnier Viger, Administrateur
Jacques Brodeur, Administrateur
Micheline Séguin Bernier, Administratrice
Sophie Péloquin, administratrice

ASPQ

Lucie Granger
Directrice générale
Geneviève Guérin
Analyste-rechercheuse
Dossier Devenir et être parent
Myriam Lapointe
Agente des communications et coordonnatrice
des événements
Louise Courchesne
Comptabilité
Émilie Dansereau
Chargée de dossiers
Martine Gagnon
Secrétaire-réceptionniste
Julie Paquette
Agente de bureau
Yannick Prévost
Adjoint finances, comptabilité, administration

COALITION POIDS

Suzie Pellerin
Directrice
Amélie Desrosiers
Responsable des communication
Anne-Marie Morel
Chargée de dossiers
Corinne Voyer
Chargée de dossiers

CQCT

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



Nom et prénom :

Organisme :

Adresse : Code postal :

Ville :

Tél. : Fax :

Courriel :

Profession :

Champ(s) d'intérêt :

Nouveau membre :

Renouvellement :

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 – Les individus peuvent adhérer conjointement à l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) et l'Association canadienne de santé publique (ACSP) en une seule procédure d'inscription et pour une durée d'un an.

Visitez le site de l'ACSP à l'adresse suivante afin de télécharger le formulaire : / http://www.cpha.ca/uploads/provinces/join/aspq_f.pdf

Une fois qu'il est complété, veuillez le retourner directement à l'Association canadienne de santé publique en suivant les instructions inscrites dans le document.

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\$

Cochez une seule case sur ce formulaire – Somme ci jointe : _____ \$

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